



โรงพยาบาลขอนแก่น
Khon Kaen Hospital



วารสารทางการแพทย์และ บริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System
Management Khon Kaen Hospital

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2568
VOL.3 NO.1 : JANUARY - MARCH 2025



ISSN:2822-082X (Print)
ISSN: 2822-0846 (Online)

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ
โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management

Khon Kaen Hospital

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1: มกราคม - มีนาคม 2568

Vol. 3 No.1: January - March 2025

ชื่อหนังสือ	วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น
เจ้าของ	โรงพยาบาลขอนแก่น
ISSN	2822-082X (Print) 2822-0846 (Online)
พิมพ์ที่	โรงพยาบาลขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2568

ทีมบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ
พว.พินรัฐ จอมเพชร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น

บรรณาธิการ

นพ.กฤษ สาลัง
ดร.ผณีแก้ว คลังคา

นายแพทย์ชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รองบรรณาธิการ

ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม
ดร.รติอร พรกฤษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์
รศ.ดร.กล้าเผชญ์ โชคบำรุง
รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร
ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน
ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม
ผศ.ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์
ดร.สุพัฒนา ศักดิ์ฐานนท์
ดร.ทิพรรัตน์ อุดมเมืองเพีย
ดร.รัตนดาวรรณ คลังกลาง
ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย
ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
ดร.สุทิน ชนะบุญ
ดร.สุเพียร โมคทิพย์
ผศ.ดร. อิดารัตน์ เลิศวิทยากุล
ดร.พรรณิภา ไชยรัตน์
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง
ดร.มลิวลิย์ อังคะนิตย์
ดร.อุบล จ้วงพานิช
ดร.นิภาพร ละครวงศ์
ดร.ผณีแก้ว คลังคา
ดร.นิตยา ศรีสุทธิกมล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีมหาสารคาม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีมหาสารคาม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขก.
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขก.
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยโสธร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

ดร.รติอร พรภุณา
ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม
ดร.อุมาภรณ์ สอนปัญญา
พว.นิศานาถ ชีรพันธ์
พว.สุภาพรณั์ ตัณฑ์สุระ
พว.ศิริธานี คำอู
ดร.รัตนา ทองแจ่ม
ดร.อรรวรรณ ดวงมังกร
ดร.เพชรภรณ์ ประสารน้า

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม
ดร.รัตนา ทองแจ่ม
พว.อุไรลักษณ์ พิมพ์ศรี
นางสาวศรุตตา ใจซื่อ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
นักวิชาการการศึกษา

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวม
ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1-10
Development of a Health Literacy Enhancement Model to Prevent Arm
Lymphedema in Breast Cancer Surgery Patients
จิราพร คล่องการ
Jiraporn Klongkan
- การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน 11-22
The competency development of nurse leaders in caring
for patients with septic shock in emergency room
ธงชัย มีไกรลาด, ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา, สมพร หงษ์เวียง,
พรทิพา ตันติบัณฑิต
Tongchai Meekrailad, Thanyaras Piyawatchwela,
Somporn Hongveang, Porntipa Tantibundit
- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและไขมันในเลือด
ของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น 23-36
The impact of a supportive health education program on self-care behaviors and
serum cholesterol among state enterprise staff in Khon Kaen Province
พัชณี มีสัจ
Patchanee Meesat
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น 37-50
Development of a Nursing Practice Guideline for Discharge Planning and
Continuity of Care in Patients with Lower Cervical Spine and Spinal Cord Injuries
at Khon Kaen Hospital
สุธิดา แสนสูง
Sutida Sansung

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัด
มะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ: กรณีศึกษา 2 ราย 51-61

Nursing Care for Patients with Advanced Thyroid Cancer and Comorbidities
Undergoing Total Thyroidectomy with Neck Lymph Node Dissection: A Case
Study of Two Patients

จันทร์สุดา สิงห์ธานี

Chunsuda Singthane

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา 2 ราย 62-71

Nursing Care for Type 2 Diabetes Mellitus Patients : A Two-Case Study

นิตกร สอนภิรมย์

Nitakorn Sonpirom

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

จิราพร คล่องการ พย.ม.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ : ภาวะแขนบวมเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ มีผู้ป่วยที่เกิดแขนบวมหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่เข้าถึงการรักษาล่าช้า ร้อยละ 2.22 และ 2.66 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน พัฒนารูปแบบฯ โดยใช้แนวคิดของ (Borg & Gall, 1989) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา 2) พัฒนาเครื่องมือและแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ ตามแนวคิดของ Sorensen และประเมินคุณภาพรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ ตามเกณฑ์ AGREE II โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้คุณภาพโดยรวมร้อยละ 95.5 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ และประเมินผล 4) สรุปผลและเผยแพร่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลแขนบวม 2.2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการภาวะแขนบวม 2.3) แบบประเมินภาวะแขนบวม 2.4) แบบคัดกรองภาวะแขนบวม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้ข้อมูลแขนบวม พฤติกรรมการป้องกันการภาวะแขนบวม โดยใช้สถิติ Paired Sample T-test

ผลการศึกษา: 1) รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาล แผ่นพับแขนบวม วิดีทัศน์ สมุดประจำตัว 2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าระดับการรับรู้ข้อมูลแขนบวมหลังการใช้รูปแบบฯ เหลือ เท่ากับ 14.43 สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 7.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พฤติกรรมการป้องกันการภาวะแขนบวมหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีอัตราการเกิดแขนบวม ร้อยละ 1.19

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแขนบวม

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม การผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะแขนบวม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of a Health Literacy Enhancement Model to Prevent Arm Lymphedema in Breast Cancer Surgery Patients

Jiraporn Klongkan M.N.S.*

Abstract

Background and Significance: Arm lymphedema is a common complication following breast cancer surgery with axillary lymph node dissection. At Khon Kaen Hospital, 2.22% and 2.66% of patients with postoperative arm lymphedema experienced delayed access to treatment.

Methods: This research and development study aimed to develop and evaluate a health literacy enhancement model to prevent arm lymphedema in breast cancer surgery patients. The sample comprised 30 breast cancer patients who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study, along with 5 registered nurses. The model was developed following Borg & Gall's (1989) four-step process: (1) analyzing the situation and problems, (2) developing the tools and the health literacy enhancement model based on Sorensen's concept, and assessing the model's quality using the AGREE II criteria by three experts (overall quality score: 95.5%), 3) piloting and evaluating the model; and (4) concluding and disseminating the findings. Data collection instruments included: (a) a perceived arm lymphedema information questionnaire, (b) an arm lymphedema prevention behavior questionnaire, (c) an arm lymphedema assessment form, and (d) an arm lymphedema screening form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Perceived arm lymphedema information and arm lymphedema prevention behaviors before and after the intervention were compared using a paired-sample t-test.

Results: 1) The health literacy enhancement model included a nursing practice guideline, an arm lymphedema pamphlet, a video, and a personal booklet. 2) After the intervention, patients' mean perceived arm lymphedema information increased significantly to 14.43 ($p < 0.05$), compared with 7.00 before the intervention. Arm lymphedema prevention behaviors also improved significantly ($p < 0.05$), and the incidence of arm lymphedema decreased to 1.19%.

Conclusion and Recommendations: The health literacy enhancement model should be implemented consistently for breast cancer surgery patients to prevent arm lymphedema.

Keywords: Breast cancer, surgery, health literacy, arm lymphedema

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

มะเร็งเต้านม เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก จากการศึกษาพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเพศหญิง โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปี 2023 ประมาณ 297,790 ราย คิดเป็น 15.2 % ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 43,170 ราย คิดเป็น 7.1% ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่¹ หรือใน 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน จากข้อมูลสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานว่า ปี พ.ศ.2563 มีหญิงไทยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 39.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนและเสียชีวิตเฉลี่ย 10 คนต่อวัน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2583 จะมีผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 27,600 รายต่อปี²

ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาหลัก ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยการผ่าตัดเนื้อเต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ โดยเป้าหมายเพื่อกำจัดก้อนมะเร็งออกมากที่สุดและเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการวินิจฉัยระยะของโรค นำไปสู่การวางแผนใช้การรักษาเสริมที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการผ่าตัดเต้านมออกร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลือง มีความเสี่ยงเกิดเป็นภาวะแขนบวม 1.37 เท่าของการตัดเต้านมอย่างเดียว ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ในทุกๆ 1 ต่อมน้ำเหลืองที่ถูกตัด^{3,4} และผลกระทบนี้ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างระบบไหลเวียนน้ำเหลืองบริเวณเต้านม ทำให้การระบายน้ำเหลืองลดลง (Decreased lymph transport) ลดการดูดกลืนน้ำเหลืองเข้าหลอดเลือด (Decreased lymph absorption) และเกิดการแช่ของน้ำเหลืองบริเวณแขน (Increased lymph stasis) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยด้านการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic factor) ที่ส่งผลให้เสียสมดุลระหว่างการกรองของเหลวผ่านหลอดเลือดกับการดูดซึมของเหลวในช่องว่างระหว่างเซลล์กลับเข้าหลอดเลือดดำ (Interstitial fluid absorption) เกิดการคั่งของของเหลวที่มีโปรตีนสูง (Protein-rich fluid) และรั่วออกสู่เนื้อเยื่อจนปรากฏเป็นอาการบวมของแขน⁵

ภาวะแขนบวม (Breast cancer-related lymphedema) เป็นภาวะเรื้อรัง สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะยาวตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภาวะแขนบวมแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะแขนบวมระยะเริ่มต้น (Primary lymphedema) เกิดในระยะน้อยกว่า 3-6 เดือนหลังผ่าตัด อาการไม่คงอยู่ถาวร และภาวะแขนบวมระยะเรื้อรัง (Secondary lymphedema) อาการจะคงอยู่

อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ภาวะแขนบวมหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นชนิดเรื้อรัง⁵ อุบัติการณ์ภาวะแขนบวม พบได้ที่ระยะเวลา 12 เดือน 30 เดือน และ 60 เดือน ภายหลังการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง โดยพบได้ร้อยละ 44, 81, และ 94 ตามลำดับ⁷ ร่วมกับอาการแสดงหลายอาการ เช่น หนักแขน คับแน่น รู้สึกผิวหนังตึง แข็ง ขาเมื่อยล้าแขน ขยับแขนลำบาก และผิวหนังเปลี่ยนแปลง เป็นต้น^{5,8} เมื่อเกิดภาวะแขนบวมขึ้นแล้ว หากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคุกคามชีวิตตามมา เช่น การอักเสบติดเชื้อที่แขน (Cellulitis or lymphangitis) หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia)⁹ ผลกระทบจากภาวะแขนบวมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันหรือการทำงานบ้านที่ต้องอาศัยการหยิบจับ การยกของหนัก กิจกรรมที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวอย่างละเอียด เช่น การเย็บ การหริ่ม งานครัวเรือน การสวมใส่เสื้อผ้า และนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจและสังคม เช่น ปัญหาด้านภาพลักษณ์และการสวมเสื้อผ้าจากแขนที่ใหญ่ขึ้น^{5,8} ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดความรู้สึกอาย วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม การมองตนเองในด้านลบ การสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นผู้ป่วยควรมีทักษะในการดูแลป้องกันตนเอง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และต้องมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรม

จากสถิติบริการศัลยกรรมรักษามะเร็งเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 294, 320 และ 293 คน โดยในปี 2565-2566 มีผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified Radical Mastectomy จำนวน 123 และ 145 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้พบอุบัติการณ์ภาวะแขนบวม คิดเป็นร้อยละ 2.22 และ 2.66 และระยะการเกิดแขนบวมอยู่ระยะ 1-3 เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งจะพบอาการนี้ เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการหนักแขน ตึงแน่นที่แขนและปวดขาแขน หรือบางรายแขนบวมจนยกไม่ได้ จากการศึกษาสำรวจโดยสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการบริหารแขนและข้อไหล่ ขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแขนบวม ใช้แขนผิดวิธี ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ ขาดผู้ดูแล ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และพบว่าทำให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ

ในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแขนขามวมได้อย่างเหมาะสมในการดูแลตนเองระยะยาว ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง มีทักษะการดูแลตนเอง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

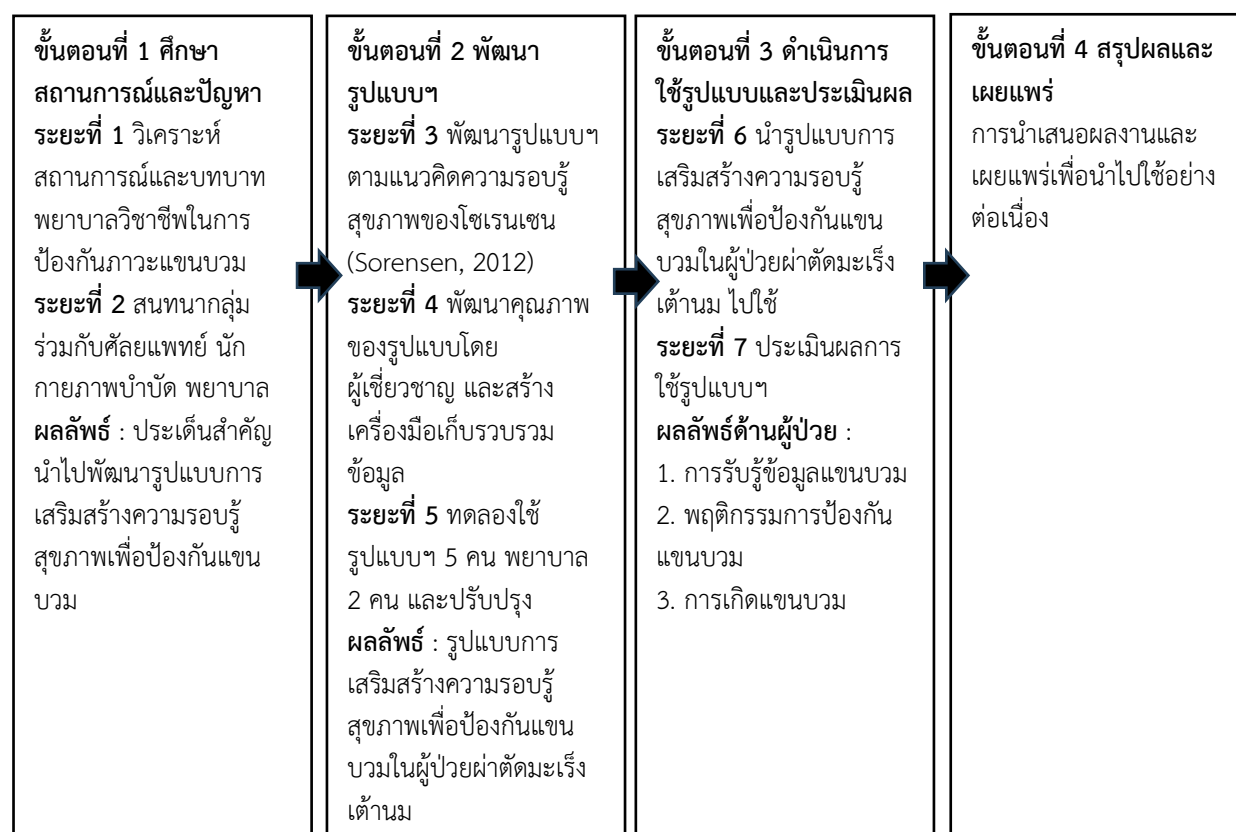
วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนขามวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนขามวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่ ระดับพฤติกรรมการ

ป้องกันแขนขามวม ระดับการรับรู้ข้อมูลแขนขามวม และอัตราการเกิดแขนขามวม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ บอร์กและกอลล์ (Borg & Gall, 1989)¹¹ ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen¹² มีองค์ประกอบ 4 อย่าง ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง คือ ความสามารถในการค้นหาข้อมูลเรื่องการป้องกันความเสี่ยงการเกิดแขนขามวมที่น่าเชื่อถือ 2) ทักษะการเข้าใจ คือความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเรื่องการเกิดแขนขามวม และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแขนขามวมที่ถูกต้อง 3) ทักษะการประเมิน คือ ความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับมาประเมินความเหมาะสมในการดูแลตนเอง และ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์และการกำหนดแนวทางในการดูแลตนเองไปปฏิบัติให้เหมาะสมและ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนขามวมอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ชนิดการวิจัย การวิจัยนี้ครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กำหนดการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ทบทวนวรรณกรรม (เดือนกันยายน พ.ศ.

2566) ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ ตามแนวคิดของ Sorensen และประเมินคุณภาพรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ ตามเกณฑ์ AGREE II¹³ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 - ธันวาคม พ.ศ. 2566) ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้

รูปแบบและประเมินผล (เดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567) และ ขั้นตอน ที่ 4 สรุปและเผยแพร่ (เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2567)

สถานที่ศึกษาและวันเวลาที่ศึกษา ดำเนิน การศึกษาที่ศูนย์รักษเต้านม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะที่ 1-3 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น และ 2) พยาบาลปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม และ 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งเต้านม รายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็ง เต้านม จำนวน 30 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม ตารางของ สมหมาย คชนาม โดยค่าประชากร 100-1,000 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ปรับขนาดกลุ่ม ตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการสูญหาย ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้ 1) ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Modified Radical Mastectomy และ Total mastectomy with Axillary Lymph Node Dissection 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานให้การ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีจำนวนทั้งหมด 5 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ศูนย์รักษเต้านม จำนวน 2 คน และพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 3 คน ที่ได้รับมอบหมาย ดูแลรายโรคมะเร็งเต้านม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันแขนบวม ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการป้องกันแขนบวมสำหรับ พยาบาล แผ่นพันแขนบวม วิดีทัศน์ และสมุดประจำตัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย มี 6 คำถาม ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ ระดับการศึกษา วิธีการผ่าตัด และระยะวัน

นอนโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน

การเกิดภาวะแขนบวม⁴ เป็นแบบสอบถาม พฤติกรรม 4 ด้าน จำนวน

17 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 1 การป้องกันการติดเชื้อ 3 ข้อ ด้าน ที่ 2 การป้องกันได้รับบาดเจ็บของผิวหนัง 6 ข้อ ด้านที่ 3 การหลีกเลี่ยงสัมผัสความร้อนและเย็น 3 ข้อ และ ด้านที่ 4 การ ส่งเสริมการไหลเวียนของน้ำเหลือง 5 ข้อ คำตอบเป็น มาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ¹⁵ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-51 คะแนน การแปล ผล 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดแขนบวม ใน ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยคะแนนเฉลี่ย 0 – 17 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการแขนบวมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 18 –34 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการ แขนบวมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 35 – 51 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการแขนบวมอยู่ใน ระดับสูง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ดัชนีความ ตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความ เทียบโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลภาวะ

แขนบวม⁴ จำนวน 6 ข้อ คือ 1) การรับทราบความเสี่ยง ของตนเองในการเกิดแขนบวม 2) ปัจจัยเสี่ยง 3) อาการ และอาการแสดง 4) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแขนบวม 5) การจัดการเมื่อเกิดอาการ และ 6) แหล่งข้อมูล คำตอบ เป็นมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ¹⁵ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 0-18 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ข้อมูลระดับน้อย ระดับปานกลาง และ ระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ย 0-6 หมายถึง การรับรู้ข้อมูล อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 7-12 หมายถึง การรับรู้ ข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง การรับรู้ข้อมูลอยู่ในระดับมาก ตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.82

2.4 แบบประเมินภาวะแขนบวม¹⁴

แบ่งระดับของภาวะแขนบวมเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะ 0 ไม่มีอาการบวมแต่รู้สึกตึง คับ หนัก ระยะ 1 มีอาการบวม กดบวม ยุบบวมได้เอง หรือยุบด้วยการยกแขนสูง และมี ขนาดรอบวงแขนเพิ่มขึ้นจากปกติไม่เกิน 2 ซม. ระยะ 2 มีอาการบวมตึง กดไม่บวม มีพังผืดมาเกาะ ผิวหนังเริ่มแข็ง ตึง และมีขนาดรอบวงแขนเพิ่มขึ้นจากปกติ ประมาณ 2 – 5 ซม. ระยะ 3 มีอาการแขนบวมแข็งมากขึ้น ผิวหนังหนา

มีรอยพับย่น ขนาดใหญ่ และมีขนาดรอบวงแขนเพิ่มขึ้น จากปกติเกินกว่า 5 ซม

2.5 แบบคัดกรองอาการแขนบวม ระยะเริ่มต้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการ ทบทวนวรรณกรรม เป็น

ลักษณะแบบ check list จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย แขนตึง แขนหนัก แขนแข็ง แขนชา แขนกดเจ็บ ปวดเมื่อย แขน ขยับแขนลำบาก หากพบอาการตั้งแต่ 1 ข้อ ให้ทำการวัดขนาดรอบวงแขนเพื่อประเมินภาวะแขนบวม โดยใช้สายวัดมาตรฐานวัดขนาดรอบวงแขน มีหน่วยวัดเป็น เซนติเมตร เกณฑ์พิจารณาแขนบวม จากความแตกต่าง ของเส้นรอบวงแขน ณ ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ≥ 2 เซนติเมตร ของแขนข้างผ่าตัด โดย National Lymphedema Network¹⁶ แนะนำการวัดความยาวเส้น รอบวงที่ตำแหน่งต่ำกว่ากระดูกข้อศอก 10 เซนติเมตร (Proximal to the lateral-epicondyle) และเหนือ กระดูกข้อศอก 10 เซนติเมตร (Distal to the lateral-epicondyle)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ในการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขน บวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมและสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการพัฒนา ที่สำคัญ นำสู่การวางแผนพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) การสอบถามผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาหลังผ่าตัดที่ ศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 10 คน โดยใช้แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแขนบวมและ พฤติกรรมการป้องกันแขนบวม 2) ข้อมูลการรายงาน ตัวชี้วัดคุณภาพของศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ.2565 และ 2566 และ 3) การสนทนากลุ่ม (Focus group) 2 ครั้ง กับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านม จำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลประจำ ศูนย์รักษเต้านม จำนวน 2 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง จำนวน 4 คน ศัลยแพทย์รักษผู้ป่วย มะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน และนักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความ รอบรู้สุขภาพ ตามแนวคิดของ Sorensen และประเมิน คุณภาพรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ ผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรม และยกร่างรูปแบบฯ มีผู้ร่วมพัฒนา รูปแบบฯ รวม 9 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 6 คน แพทย์ 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน ร่างรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ

ประกอบด้วยคัลยแพทย์เฉพาะทางมะเร็งเต้านม พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และพยาบาล เฉพาะทางมะเร็ง ด้วยเครื่องมือ AGREE II¹²แบ่งเป็น 6 หมวด จำนวน 23 ข้อ มีผลการประเมินคุณภาพดังนี้ 1) ความชัดเจนของขอบเขตวัตถุประสงค์มีคุณภาพ ร้อยละ 93.2 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องมีคุณภาพร้อยละ 100 3) ขั้นตอนการพัฒนาแบบมีคุณภาพร้อยละ 91.5 4) ความชัดเจนและการนำเสนอมีคุณภาพร้อยละ 94.5 5) การประยุกต์ใช้มีคุณภาพร้อยละ 92 และ 6) ความมีอิสระ ของทีมจัดทำรูปแบบมีคุณภาพร้อยละ 100 ส่วน ใน ภาพรวมมีคุณภาพร้อยละ 95.5 ผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม จำนวน 5 ราย และ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม จำนวน 2 ราย นำผลจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ภายหลัง การปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 30 คน และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 5 คน โดยก่อนรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่ พัฒนาขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องก่อน มีการดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลและการทำกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ดังนี้ ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด ในวันที่ 1 ขณะที่มารักษาอยู่ใน โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเตรียมผ่าตัด ให้ทำ แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแขนบวมและ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนบวม วัดเส้นรอบวงแขน จึงเริ่มดำเนินการตามรูปแบบฯ 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access to information) เป็น การสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้มีความรู้เรื่องแขนบวมและ การแสวงหาข้อมูลในสื่อต่างๆ ใช้เวลา 7 นาที 2) ทักษะ การเข้าใจ (Understanding) เป็นการฝึกทักษะการสังเกต อาการแขนบวมในระยะเริ่มต้นและสอนการวัดเส้นรอบวง แขน พร้อมลงบันทึกในสมุดประจำตัว ใช้เวลา 10 นาที 3) ทักษะการประเมิน (Appraise) เป็นการยกตัวอย่าง พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ใช้เวลา 5 นาที 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ (Apply) เป็น การตรวจสอบและติดตามผู้ป่วยให้ทำการวัดเส้นรอบวง แขนทุกสัปดาห์ต่อเนื่อง และรายงานอาการหรือความ ผิดปกติต่อพยาบาลหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาล โทรศัพท์สอบถาม ครั้งที่ 2 ระยะหลังผ่าตัด 5 วัน เพื่อ ทวนสอบการปฏิบัติวิธีสังเกตอาการแขนบวม ครั้งที่ 3 ระยะติดตามอาการ พยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการ และติดตามช่วยเหลือหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 พบ ผู้ป่วยที่ศูนย์รักษเต้านมเมื่อมาติดตามอาการ 2 เดือน โดย ให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันแขนบวม การ

รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแขนง และประเมินภาวะแขนง
บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 สรุปรูปแบบฯ ผลการวิจัย และ
เผยแพร่ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวล
กาย เพศ ระดับการศึกษา วิธีการผ่าตัด ระยะวันนอน
โรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ
แจกแจงความถี่และร้อยละ

2. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแขนง และ
พฤติกรรมป้องกันแขนง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเกิดอุบัติเหตุแขนง วิเคราะห์โดย
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบกับเกณฑ์
มาตรฐานโรงพยาบาล

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ข้อมูล
เกี่ยวกับแขนง พฤติกรรมป้องกันแขนง โดยใช้
สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย
การแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย
และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่
ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และใช้
รหัสแทนชื่อจริงพร้อมชี้แจงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธ
การเข้าร่วม ทั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการ
วิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยและใน
ระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่พอใจ
หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากกรวิจัย
ได้โดยไม่ต้องรอให้การดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลง และ
ไม่ต้องบอกเหตุผล โดยการกระทำดังกล่าว ไม่มีผลต่อการ
รักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ไม่มี
กลุ่มตัวอย่างคนใดออกจากการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง
ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันแขนงในผู้ป่วยผ่าตัด
มะเร็งเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า รูปแบบการ
เสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนง
ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่นที่
พัฒนาขึ้น เป็นกิจกรรม 4 ครั้ง ประกอบด้วย 1) ครั้งที่ 1
ระยะก่อนผ่าตัด ในวันที่ 1 ขณะที่มารักษาอยู่ใน
โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเตรียมผ่าตัด เสริมสร้างความ

รอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนงในผู้ป่วยผ่าตัด
มะเร็งเต้านม ตามแนวคิดของ Sorensen ได้แก่ (1)
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access to information) เป็น
การสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้มีความรู้เรื่องแขนงและ
การแสวงหาข้อมูลในสื่อต่างๆ ใช้เวลา 7 นาที (2) ทักษะ
การเข้าใจ (Understanding) เป็นการฝึกทักษะการสังเกต
อาการแขนงในระยะเริ่มต้นและสอนการวัดเส้นรอบวง
แขน พร้อมลงบันทึกในสมุดประจำตัว ใช้เวลา 10 นาที (3)
ทักษะการประเมิน (Appraise) เป็นการยกตัวอย่าง
พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตัวเอง
ใช้เวลา 5 นาที (4) ทักษะการประยุกต์ใช้ (Apply) เป็น
การตรวจสอบและติดตามผู้ป่วยให้ทำการวัดเส้นรอบวง
แขนทุกสัปดาห์ต่อเนื่อง และรายงานอาการหรือความ
ผิดปกติต่อพยาบาลหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาล
โทรศัพท์สอบถาม 2) ครั้งที่ 2 ระยะหลังผ่าตัด 5 วัน
พยาบาลหอบผู้ป่วยตรวจสอบการบริหารแขนของผู้ป่วย
และบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังแขนง เพื่อทวนสอบการ
ปฏิบัติตามวิธีสังเกตอาการแขนง 3) ครั้งที่ 3 ระยะติดตาม
อาการและช่วยเหลือหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ โดยพยาบาล
โทรศัพท์สอบถามอาการหรือติดต่อทางไลน์ออฟฟิศเชียล
และ 4) ครั้งที่ 4 เมื่อผู้ป่วยมาติดตามอาการตามนัดหลัง
การผ่าตัด 2 เดือน

2. ผลลัพธ์การนำใช้รูปแบบการเสริมสร้างความ
รอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันแขนงในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม
โรงพยาบาลขอนแก่น รายงานผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
อายุเฉลี่ย 58.16 ปี โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป
คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ
30 และช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 26.6 ตามลำดับ ดัชนีมวล
กาย ส่วนใหญ่อยู่ระดับอ้วน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ
ระดับปกติ ร้อยละ 40 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 36.6 รองลงมาเป็นระดับ
มัธยมศึกษา ร้อยละ 30 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ
33.3 ตามลำดับ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified
Radical Mastectomy คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ Total
Mastectomy+ Axillary Lymph Node คิดเป็นร้อยละ
26.6 และมีค่าเฉลี่ยระยะวันนอนโรงพยาบาล เท่ากับ 8.9
วัน

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การนำใช้รูปแบบการเสริมสร้าง
ความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนงในผู้ป่วย
ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ดังนี้

2.1 การรับรู้ข้อมูลภาวะแขนบวม ก่อนใช้รูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ข้อมูลภาวะแขนบวมเท่ากับ 7 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน 14.43 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ข้อมูลภาวะแขนบวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (n = 30)

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแขนบวม	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนใช้รูปแบบ	7.00	2.212	16.28	0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	14.43	1.165		

*p < 0.05

2.2 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนบวม พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนบวมทุกด้าน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

รับรู้ข้อมูลภาวะแขนบวมโดยใช้สถิติ t - test พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ข้อมูลภาวะแขนบวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

การป้องกันภาวะแขนบวมโดยใช้สถิติ t - test พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนบวมทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนบวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (n = 30)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแขนบวม	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. การป้องกันการติดเชื้อ	2.0667	0.5832	7.0667	1.0482	22.829	0.012*
2. การป้องกันการได้รับบาดเจ็บของผิวหนัง	3.5333	1.4319	13.8667	1.0416	31.962	0.003*
3. การหลีกเลี่ยงสัมผัสความร้อน/เย็น	5.5667	0.5683	7.5667	1.04	9.243	0.010*
4. การส่งเสริมการไหลเวียนของน้ำเหลือง	9.1333	1.4793	13.1333	0.8995	12.654	0.007*

*p < 0.05

2.3 การเกิดภาวะแขนบวม พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดภาวะแขนบวมต่ำกว่าก่อนการพัฒนา

โดยก่อนการพัฒนาพบอัตราการเกิดภาวะแขนบวม ร้อยละ 2.66 ภายหลังการใช้รูปแบบฯ มีอัตราการเกิดภาวะแขนบวมลดลงเป็นร้อยละ 1.19 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการเกิดภาวะแขนบวม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนบวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (n=30)

ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
อัตราการเกิดภาวะแขนบวม	< ร้อยละ 3	2.66	1.19

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการพัฒนาแบบเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนขาบวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ ของ Sorensen พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแขนขาบวมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแขนขาบวมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรวม 4 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 2) การทำความเข้าใจกับข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้อง 3) การฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดวิธีการดูแลตนเอง และ 4) การฝึกทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ถูกต้องมาใช้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้เหมาะสมและมีความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรธีรา บุญฉวีและคณะ¹⁷ ที่กล่าวว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการได้รับข้อมูลและฝึกทักษะ โดยมีการติดตามทางไลน์แอปพลิเคชัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุริพร ชุมแดง¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกและการรักษาเสริมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนความรอบรู้ในการใช้การแพทย์ทางเลือกและการรักษาเสริมของกลุ่มทดลองได้ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโดยเน้นการจัดกิจกรรมเรียนรู้แบบ Active learning ด้วยการอภิปราย การระดมสมอง การตอบคำถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์โดยการใช้สื่อการเรียนรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสายรุ้ง ประกอบจิต¹⁹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พฤติกรรมการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงขึ้น เนื่องจากมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้และการป้องกันมะเร็งเต้านมมากขึ้นทำให้เกิดทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบเชิงทดลองวัดสองกลุ่มก่อนและหลังเพื่อหาประสิทธิผลของรูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแขนขาบวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2. ควรมีการนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline: CNPG) เพื่อป้องกันภาวะแขนขาบวมในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยมุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแขนขาบวม

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ. ธมล ลีธนาคม หัวหน้าศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น พว.ศิริณี คำอู หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก พยาบาลในหน่วยงานศัลยกรรมหญิง 1 และบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลขอนแก่น ที่สนับสนุนเวลา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนางาน จนทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. National Cancer Institute strategic plan 2019–2022 [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://www.nci.go.th/th/today/download/Pdf>
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2020. Bangkok: Medical Digital Division, Cancer Registry Unit, National Cancer Institute; 2020.
3. Togawa K, Ma H, Sullivan-Halley J, Neuhaus M, Imai Y, Baumgartner K, Smith A, et al. Risk factors for self-reported arm lymphedema among female breast cancer survivors: a prospective cohort study. Breast Cancer Res. 2014;16:414.
4. Judpashjam T, Harnirattisai T, Prasert W. Factors associated with breast cancer-related lymphedema following breast surgery with lymph node dissection. J Nurs Sci Chulalongkorn Univ. 2021;33(3):28-40. Thai.
5. Wanchai A, Armer JM, Stewart BR, Lasinski BB. Breast cancer-related lymphedema: A literature

- review for clinical practice. *Int J Nurs Sci*. 2016;3(2):202-7.
6. Kaspas M, Kanongsunthornrat N. Prevention and management of arm lymphedema in breast cancer survivors: nurses' roles. *Rama Nurs J*. 2017;23(1):1-10. Thai.
 7. Armer JM, Stewart BR. Post-breast cancer lymphedema: incidence increases from 12 to 30 to 60 months. *Lymphology*. 2010;43(3):118-27.
 8. Fu MR, Axelrod D, Cleland CM, Qiu Z, Guth AA, Kleinman R, et al. Symptom report in detecting breast cancer-related lymphedema. *Breast Cancer Targets Ther*. 2015;7:345-52. [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://www.dovepress.com>
 9. Sakorafas G, Peros G, Cataliotti L, Vlastos G. Lymphedema following axillary lymph node dissection for breast cancer. *Surg Oncol*. 2006;15(3):153-65. [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <http://www.sciencedirect.com>
 10. Tachavijitjaru C. Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. *J Thai Army Nurses*. 2018;19:1-11. Thai.
 11. Borg WR, Gall MD. Educational research: an introduction. 5th ed. White Plains (NY): Longman; 1989.
 12. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, HLS-EU Consortium. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
 13. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Thai version of the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/>
 14. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. *Lymphology*. 2013;36:84-91.
 15. Tato R. Nursing research: concepts to application. Revised edition. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018.
 16. National Lymphedema Network. Screening and measurement for early detection of breast cancer-related lymphedema [Internet]. 2011 [cited 2023 Sep 10]. Available from: <http://www.lympnet.org/pdfdocs/nln>
 17. Boonchawee P, Nunthaitaweekul P. Effect of a health literacy enhancement program on stroke-preventive behaviors among stroke patients in the recovery stage. *Thai J Nurs*. 2024;73(2):51-60. Thai.
 18. Chumdaeng S, Sukcharoen P. Effectiveness of a health literacy promotion program for breast cancer patients using complementary and alternative medicine. *Thai J Public Health*. 2021;51(3):206-13. [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.ph.mahidol.ac.th/thjph/>
 19. Prakobchit S, Glangkarn S. Effectiveness of a health literacy development program for first-degree relatives of breast cancer patients on breast cancer-preventive behaviors. *Srinagarind Med J*. 2021;36(1):82-9.

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน

ธงชัย มีไกรลาด พย.บ*

ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา ศศ.ม**

สมพร หงษ์เวียง พย.ม**

พรทิพา ตันติบัณฑิต พ.บ.***

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic Shock ในห้องฉุกเฉิน ดำเนินการศึกษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 5-12 ปี จำนวน 19 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ **ระยะที่ 1** วิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นและประเมินความต้องการพัฒนา โดยการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ พบช่องว่างของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติที่ยังไม่ได้มาตรฐานและเกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย **ระยะที่ 2** ออกแบบและพัฒนากระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย septic shock โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาออกแบบยกร่างรูปแบบ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน **ระยะที่ 3** ทดลองใช้ โดยนำร่างรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาล 5 คน ปรับปรุงแก้ไขเป็น ER KKH Septic Shock Competency Model ประกอบด้วย 1) Intensive Training Program 2) 9-Step Clinical Practice Guideline 3) On-the-Job Training 4) Objective Structured Clinical Examination 5) ระบบนิเทศและติดตามผล **ระยะที่ 4** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการพยาบาลผู้ป่วย septic shock ในห้องฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนสมรรถนะโดยรวมของพยาบาลหัวหน้าทีม หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานตาม 1-hour Sepsis Bundle ดีขึ้น โดยเฉพาะระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) 3) ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพิ่มขึ้นร้อยละ 52.2 4) ระดับความพึงพอใจของพยาบาลหัวหน้าทีมต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะในระดับมากที่สุดคือ (Mean=2.8, S.D.=0.4) สรุปกล่าวคือ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมโดยใช้ ER KKH Septic Shock Competency Model สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Septic shock ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าทีม และองค์กร จึงควรผลักดันโมเดลนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานและขยายผลสู่โรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยในบริบทที่หลากหลาย

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล พยาบาลหัวหน้าทีม ผู้ป่วย septic shock

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

*** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

The competency development of nurse leaders in caring for patients with septic shock in emergency room

Tongchai Meekrailad B.N.S*

Thanyaras Piyawatchwela M.A.**

Somporn Hongveang M.S.N**

Porn-tipa Tantibundit M.D.***

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a competency model for team-lead nurses in the care of patients with septic shock in the emergency department. The study was conducted at the Accident and Emergency Department of Khon Kaen Hospital from October 2022 to September 2023. A purposive sample of 19 professional nurses with 5-12 years of experience was selected. The study was divided into four phases: Phase 1: Needs Analysis. A mixed-methods approach (qualitative and quantitative) was used to analyze necessary competencies and assess developmental needs. The findings revealed a competency gap among team-lead nurses, leading to non-standardized practices and delays in patient care. Phase 2: Model Design and Development. Based on the data from Phase 1, an initial competency model was drafted. It was subsequently validated by a panel of three experts. Phase 3: Implementation and Refinement. The draft model was piloted with a group of 5 nurses. Following the trial, the model was refined and finalized as the "ER KKH Septic Shock Competency Model," which consists of five core components: 1) an Intensive Training Program, 2) a 9-Step Clinical Practice Guideline, 3) On-the-Job Training, 4) an Objective Structured Clinical Examination (OSCE), and 5) a Supervision and Monitoring System. Phase 4: Effectiveness Evaluation. The effectiveness of the model was assessed. The results demonstrated that: 1) The post-intervention overall competency scores of team-lead nurses were significantly higher than their pre-intervention scores ($p < 0.001$). 2) Performance on the 1-hour sepsis bundle improved, with a significant reduction in the time to blood culture collection ($p = 0.03$). 3) The percentage of patients transferred to the intensive care unit (ICU) increased by 52.2%. 4) Team-lead nurses reported a very high level of satisfaction with the competency development model (Mean = 2.8, SD = 0.4). **Conclusion:** The development of team-lead nurses' competencies using the ER KKH Septic Shock Competency Model effectively enhances the quality of care for patients with septic shock, yielding positive outcomes for patients, nurses, and the organization. Therefore, it is recommended that this model be promoted as a standard practice and expanded to network hospitals to improve patient care effectiveness across diverse contexts.

Keywords: Nursing Competency, Team Leader Nurse, Septic Shock Patients

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

*** Medical Officer, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก^{1,2} จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2017 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะพิษเหตุติดเชื้อประมาณ 48.9 ล้านคนต่อปี และในจำนวนนี้เสียชีวิตสูงถึง 19.7 ล้านคน ทำให้ภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก³ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย แม้จะมีความพยายามพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเสียชีวิตยังสูง โดยข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) พบว่าอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 31.9, 34.1 และ 35.5 ตามลำดับ⁴ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (Septic Shock) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต¹ ในหน่วยงานด้านหน้าอย่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าทีมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการกระบวนการทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ Surviving Sepsis Campaign⁵ ที่เน้นย้ำถึงความเร่งด่วนในการบรรลุเป้าหมายของ 1-hour Sepsis Bundle บทบาทดังกล่าวครอบคลุมถึงการกำกับดูแลกระบวนการทั้งหมด ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินค่าแลคเตท การเก็บส่งตรวจเพาะเชื้อด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง⁶ การสื่อสารข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย การบริหารจัดการเพื่อให้ยาปฏิชีวนะได้ทันเวลา และการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย² ดังนั้น ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีมจึงถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันการลุกลามของโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น พบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 638, 780 และ 975 ราย ตามลำดับ⁷ สะท้อนถึงภาระงานและความรุนแรงของปัญหาที่หน่วยงานต้องเผชิญ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น พบช่องว่างเชิงปฏิบัติที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมที่ยังต้องการการพัฒนา (ค่าเฉลี่ย 78.5%) ซึ่งส่งผลให้กระบวนการดูแลตาม

แนวทาง Sepsis Bundle เกิดความล่าช้า โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการวินิจฉัย 20.6 นาที การเก็บส่งตรวจเพาะเชื้อ 31.7 นาที และการให้ยาปฏิชีวนะ 23.3 นาที ความล่าช้าเหล่านี้สัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ คือ อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงที่สูงถึงร้อยละ 47 ขณะที่อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตมีเพียงร้อยละ 16.7

องค์กรพยาบาลนับเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสังคมในมิติการดูแลสุขภาพ การมีพยาบาลที่มีสมรรถนะตามมาตรฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในบริบทของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต พยาบาลหัวหน้าทีมไม่เพียงแต่ต้องมีความรู้ความสามารถทางคลินิก แต่ยังต้องมีภาวะผู้นำทางคลินิก ในการนำพาทีมไปสู่การปฏิบัติงานที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ⁸ เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถปฏิบัติภารกิจนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการกำหนดกรอบสมรรถนะที่จำเป็น 4 ด้านหลัก โดยบูรณาการจากภาระงานจริงและความรู้เชิงวิชาการเฉพาะโรค ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการคัดกรอง 2) สมรรถนะด้านการประเมินและการให้การพยาบาล 3) สมรรถนะด้านการบันทึกทางพยาบาล และ 4) สมรรถนะด้านความคิดเชิงวิเคราะห์ ซึ่งสมรรถนะทั้ง 4 ด้านนี้เป็นหัวใจสำคัญของการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย Septic Shock ในห้องฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการยกระดับคุณภาพการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ประกอบเชิงระบบหลายประการเข้าด้วยกัน ได้แก่ 1) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ผ่านการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง⁹ 2) การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Practice Guideline) ที่ชัดเจนเพื่อสร้างมาตรฐานและลดความแปรปรวนในการปฏิบัติ¹⁰ 3) การนิเทศกำกับติดตาม (Clinical Supervision) โดยเฉพาะรูปแบบการนิเทศของพร็อกเตอร์ (Proctor's Model) ที่เน้นการสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้มั่นใจว่าแนวปฏิบัติถูกนำไปใช้อย่างถูกต้อง¹¹ และ 4) การบูรณาการนวัตกรรมสนับสนุน (Innovative Support) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน¹² การบูรณาการองค์ประกอบทั้งสี่นี้เข้าด้วยกันจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและ พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic Shock ในห้อง

ฉุกเฉิน โดยบูรณาการองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 9 ขั้นตอน และการใช้กระบวนการนิเทศอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีมาตรฐาน สามารถวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เชื่อถือได้ และยกระดับศักยภาพของบุคลากร ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ของพยาบาลหัวหน้าทีม ในห้องฉุกเฉิน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย
 - 3.1 สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน
 - 3.2 ระยะเวลาของการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้แก่ ระยะเวลาของการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ
 - 3.3 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (sepsis)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยปัจจัยนำเข้า (Input) คือ แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) ของ Bandura แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (Septic shock) โดยอ้างอิง The Surviving Sepsis Campaign (SSC) Guidelines ปี 2021 แนวคิดสมรรถนะ (Competency) ของ McClelland และรูปแบบการนิเทศของพร็อคเตอร์ (Proctor's model)

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในห้องฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของห้องฉุกเฉิน โดยกำหนดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) 2) การฝึกอบรมในงาน (On-the-job training) 3) การใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง (Mentoring system) 4) การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning) โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นและประเมินความต้องการพัฒนา (Analysis research: needs assessment) ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Model development) ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น (Implement research) ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

1. รูปแบบของการวิจัย (Research design)
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ดำเนินการศึกษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 ดำเนินการ 4 ระยะ (ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, 2559) ดังนี้

2. ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย

2.1 ระยะที่ 1 วิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นและประเมินความต้องการพัฒนา (Analysis research: needs assessment) (R1) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 โดยมีกระบวนการดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล ในระยะนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565) จำนวน 50 ฉบับ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลรองหัวหน้างาน 1 คน พยาบาลประสภารณ์ > 15 ปี 1 คน แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ โดยแบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการทบทวนข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน ได้แก่ ระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ และระยะเวลาของการให้ยา ATB

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน ระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ และระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ และระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังใช้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะฯ โดยใช้สถิติ t-test

2.2 ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา รูปแบบ (Model development) เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565

กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในระยะนี้ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลรองหัวหน้างาน 1 คน พยาบาลประสบการณ์ >15 ปี 3 คน แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน

การดำเนินการ 1) ผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย septic shock ในห้องฉุกเฉิน และวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) ผู้วิจัยสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการสรุป ออกแบบยกกร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมในการพยาบาลผู้ป่วย Septic

shock ในห้องฉุกเฉิน (Product design) (D1) ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ แนวทางการประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน 3) นำร่างรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจสอบความเหมาะสม (IOC $\geq$ 0.80) 4) ปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบฯ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลลัพธ์ของการพัฒนา ผลลัพธ์ของการพัฒนาในระยะนี้ คือ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ประกอบด้วย 1) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ 2) แนวทางการประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบ OSCE 4 สมรรถนะ

2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวทางการพัฒนาขึ้น (Implement research) (R2) ดำเนินการเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น มีจำนวนทั้งหมด 5 คน ผู้วิจัยคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 12 ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีม 2) กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะ Septic shock และเข้ารับบริการตรวจรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ประกอบด้วย 1) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ 2) แนวทางการประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบ OSCE 4 สมรรถนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีม 2) แบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ ระยะเวลาการวินิจฉัย

ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ และร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ และแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน เป็นการประเมินโดยรูปแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการวิจัยกับพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 2) จัดประชุมวิชาการเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาล 3) จัดประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าเวร ชี้แจงและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับสมรรถนะที่คาดหวังในการพยาบาล โดยนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ไปทดลองใช้กับพยาบาล 5 คน และผู้ป่วย Septic shock ในหน่วยงาน จำนวน 10 คน 4) เก็บรวบรวมข้อมูลผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ประกอบด้วย ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock รวมถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน 5) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ภายหลังการทดลองใช้เพิ่มเติม โดยพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) ในห้องฉุกเฉิน เพื่อนำใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2 (D2)

2.4 ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ (R3) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) **กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (สำหรับวัดสมรรถนะและความพึงพอใจ)** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น มีจำนวนทั้งหมด 58 คน ผู้วิจัยคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 5 - 12 ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ตามเกณฑ์มีทั้งหมด 19 คน 2) **กลุ่มผู้ป่วย (สำหรับวัดผลลัพธ์ทางคลินิก)** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะ Septic shock และเข้ารับบริการตรวจรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 - กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ 1) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ 2) แนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) ในห้องฉุกเฉิน 9 ขั้นตอน 3) แนวทางการประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน 4) สมรรถนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำตอบแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน

2.2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน เป็นการประเมินโดยรูปแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) ใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการคัดกรอง สมรรถนะด้านการประเมินและการให้การพยาบาล สมรรถนะด้านการบันทึกทางการพยาบาล และสมรรถนะด้านความคิดเชิงวิเคราะห์ แบบประเมินมีลักษณะรายการ Checklist จำนวน 34 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (Bloom, 1976) ปฏิบัติสมบูรณ์ 3 คะแนน ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน การกำหนดช่วงร้อยละของค่าคะแนนเพื่อการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน ดังนี้ ร้อยละ 80 - 100 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับดี ร้อยละ 60 - 79 หมายถึง ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ควรปรับปรุง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ด้านเนื้อหา ความสะดวก ประโยชน์ ความเป็นไปได้ การนำมาใช้ได้จริง และความพึงพอใจ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) การกำหนดช่วงของค่าเฉลี่ยเพื่อการแปลความหมาย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มีความพึง

พอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.67 -2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

2.4 แบบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ ระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ และร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในขณะนี้ ได้กำหนดให้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ร่างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน 3) พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ นำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ยอมรับที่ค่า 0.80 ขึ้นไป โดยแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) ในห้องฉุกเฉิน 9 ขั้นตอน แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน เป็นการประเมินโดยรูปแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) และได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock และบทบาทพยาบาลหัวหน้าทีม โดยใช้รูปแบบ OSCE 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้กับพยาบาลหัวหน้าทีม เป็นระยะเวลา 1 วัน โดยเนื้อหาครอบคลุมประเด็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (Septic shock) 3) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยใช้รูปแบบ On the job training โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงนิเทศการปฏิบัติ และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) 4) ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน และร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังการพัฒนา

สมรรถนะ 5) ผู้วิจัยประเมินสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบการประเมิน OSCE และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 6) วิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาและสะท้อนข้อมูลภายหลังการพัฒนา โดยการประชุมเพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหานำสู่การปรับปรุงระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คะแนนสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในด้านการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมฯ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะฯ โดยใช้สถิติ t-test

2. วิเคราะห์ระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ และระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการวินิจฉัย ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ และระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังใช้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะฯ โดยใช้สถิติ t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติร้อยละ

4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) ในห้องฉุกเฉิน โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. หลักการเคารพในบุคคล ครอบคลุมเรื่องความเป็นอิสระ การตัดสินใจด้วยตนเอง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การป้องกันกลุ่มที่อ่อนแอกว่า และการรักษาความลับส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของพยาบาลกลุ่ม

2. หลักประโยชน์ หรือไม่ทำให้เกิดอันตราย การวิจัยครั้งนี้มีการระมัดระวังไม่ทำให้เกิดความเสียหายหรือทำให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

3. หลักความยุติธรรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน และจะต้องเป็น

0.001) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนสมรรถนะทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=19)

สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย septic shock	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. สมรรถนะด้านการคัดกรอง	10.1	1.8	13.5	1.5	-7.6	<0.001*
2. สมรรถนะด้านการประเมินและการให้การพยาบาล	50.4	5.3	55.9	3.9	-4.3	<0.001*
3. สมรรถนะด้านการบันทึกทางการพยาบาล	8.9	2.3	9.2	1.8	-0.9	0.17
4. สมรรถนะด้านความคิดเชิงวิเคราะห์	9.2	2.0	13.2	1.0	-8.7	<0.001*
รวมคะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	78.5	9.3	91.8	7.4	-6.7	<0.001*

$p < 0.001$

3.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนา พบว่า 1) สมรรถนะด้านการคัดกรองผู้ป่วย Septic shock พบว่าร้อยละความถูกต้องในการคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84 เป็น ร้อยละ 100 2) สมรรถนะด้านความคิดเชิงวิเคราะห์

พบว่า ผลลัพธ์ด้านการดักจับและป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 3) สมรรถนะด้านการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 100 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีม	ร้อยละผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. ด้านการคัดกรอง		
1.1. ร้อยละความถูกต้องในการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย Septic shock	84	100
2. ด้านความคิดเชิงวิเคราะห์ (การดักจับภาวะแทรกซ้อน)		
2.1 ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ Cardiac arrest	4	0
2.2 ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	4	0
2. ด้านการบันทึกทางการพยาบาล		
3.1 ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล	78	100

$p < 0.001$

3.3 ระยะเวลาของการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ภายหลังการพัฒนา พบว่าระยะเวลาในกระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ลดลงในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p =$

0.03) ส่วนระยะเวลาการวินิจฉัยและระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ ถึงแม้จะมีระยะเวลาลดลงและแสดงถึงแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$ และ $p = 0.45$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาของการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Septic shock ก่อนและหลังพัฒนา (n=50)

กระบวนการปฏิบัติงาน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ระยะเวลาของการวินิจฉัย	20.6	55.3	7.3	13.2	1.6	0.05
2. ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ	31.7	53.9	15.9	15.2	1.9	0.03*
3. ระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ	23.3	16.6	23.2	14.2	0.1	0.45

3.4 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) ในห้องฉุกเฉิน พบว่า ในภาพรวมของการปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติตามมาตรฐานโดยรวม 99.6% (448 จาก 450 รายการปฏิบัติ) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (Sepsis) ในห้องฉุกเฉิน (n = 50)

แนวปฏิบัติที่	รายการ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	
		จำนวน	ร้อยละ
1	การประเมินภาวะติดเชื้อเบื้องต้น (Initial Septic Workup)	50	100
2	การให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Therapy)	50	100
3	การควบคุมแหล่งกำเนิดการติดเชื้อ (Source Control)	50	100
4	การให้สารน้ำทางหลอดเลือด (Fluid Therapy)	50	100
5	การให้ยาเพิ่มความดันโลหิตและยาบีบหัวใจ (Vasopressor and Inotropes)	50	100
6	การเฝ้าระวังติดตามอาการ (Monitoring)	50	100
7	การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Support)	50	100
8	การดูแลระบบไต (Renal Support)	48	96
9	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic Control)	50	100
รวมทั้งหมด		448	99.6

3.5 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ภายหลังการพัฒนา ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 52.2

3.6 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (Mean=2.8, S.D.=0.4)

การอภิปรายผล (Discussion)

1. อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ของพยาบาลหัวหน้าทีม ในห้องฉุกเฉิน

ผลการศึกษาสะท้อนว่า สมรรถนะที่จำเป็น 4 ด้านสำหรับพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ได้แก่ การคัดกรอง การประเมินและการให้การ

พยาบาล การคิดเชิงวิเคราะห์ และการบันทึกทางการพยาบาลนั้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงสมรรถนะ ซึ่งมองว่า สมรรถนะคือการบูรณาการความรู้ ทักษะ และเจตคติที่นำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ¹³ โดยเฉพาะช่องว่างของสมรรถนะด้าน การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และ การคัดกรอง (Screening) นั้น ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิค ซึ่งจำเป็นต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางคลินิก¹⁴ และเป็นแกนหลักของภาวะผู้นำทางคลินิก (Clinical leadership) ที่ต้องใช้ความสามารถในการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำ ซึ่งจะนำไปสู่การลดระยะเวลาเริ่มต้นการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้¹⁵ ปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการพัฒนาความเชี่ยวชาญของ Benner ซึ่งชี้ว่าพยาบาลอาจยังอยู่ในขั้นที่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ได้ แต่ยังขาดความสามารถในการมองภาพรวมและคาดการณ์ปัญหาล่วงหน้า ซึ่งเป็นคุณลักษณะของ

ระดับผู้ชำนาญ (Proficient) หรือผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ดังนั้น ข้อค้นพบนี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญยิ่งในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาที่ตรงจุด เพื่อยกระดับพยาบาลหัวหน้าทีมให้สามารถบริหารจัดการสถานการณ์วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่สร้างขึ้นนี้มีรากฐานมาจาก หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ซึ่งเน้นประสบการณ์และการแก้ปัญหาหน้างานเป็นศูนย์กลาง¹⁶ โดยมีหัวใจสำคัญคือ การฝึกอบรมผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation-based Training) และการสะท้อนคิดหลังปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับภาวะวิกฤต¹⁷ กระบวนการนี้ยังสะท้อนวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่เน้นการลงมือทำและเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ทักษะทางคลินิก รูปแบบยังให้ความสำคัญกับการพัฒนา ทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิค โดยเฉพาะภาวะผู้นำ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม¹⁴ เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถนำการเปลี่ยนแปลงและกำกับดูแลทีมให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินผลของ Kirkpatrick ที่มุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการนำไปใช้ในสถานที่ทำงานจริง โดยสรุป รูปแบบการพัฒนานี้เป็นการผสมผสานแนวคิดการเรียนรู้สมัยใหม่เข้ากับการพัฒนาภาวะผู้นำทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างบทบาทของพยาบาลหัวหน้าทีมให้เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการดูแลเร่งด่วน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในบริบทจริง

3. อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในห้องฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ของการพัฒนาฯ แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใน 2 มิติ คือ 1) การยกระดับสมรรถนะบุคคล คณะสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เป็นการยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยเฉพาะการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation) และการสะท้อนคิด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Kolb การที่ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ และการคัดกรอง เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด สะท้อนความสำเร็จในการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิค ซึ่ง

จำเป็นต่อการจัดการภาวะวิกฤต 2) การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ สะท้อนผ่านตัวชี้วัดคุณภาพที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะที่ลดลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากทักษะส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากภาวะผู้นำทางคลินิกของพยาบาลหัวหน้าทีมที่สามารถบริหารจัดการทีมสหวิชาชีพให้ปฏิบัติตามแนวทาง Hour-1 Bundle ได้สำเร็จตามมาตรฐานสากล⁵ โดยสรุป ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้พิสูจน์แล้วว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะนี้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงการเรียนรู้สู่การปฏิบัติจริง และสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Septic shock ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

- ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ 1) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าทีมในห้อง

ฉุกเฉินอื่น ๆ 2) ควรมีการจัดอบรมต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พร้อมระบบ coaching หลังปฏิบัติ 3) โรงพยาบาลควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วย sepsis

- ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในบริบทโรงพยาบาลต่างระดับ (รพ.

ชุมชน-ศูนย์) 2) ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผล เพื่อตรวจสอบการคงอยู่ของสมรรถนะ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะหัวหน้าทีมกับผลลัพธ์ผู้ป่วยในภาพรวม (Mortalities, Length of stay)

- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือระบบบริการ 1) ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณและเวลาฝึกอบรมสำหรับ

พยาบาลหัวหน้าทีมห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ควรสร้างเครือข่ายพยาบาลหัวหน้าทีมห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับเขตสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) พัฒนาเป็น “คู่มือมาตรฐานการพัฒนาสมรรถนะผู้นำทีมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน”

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการอย่างราบรื่น และบรรลุวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้นำผล การศึกษานี้ไปเผยแพร่ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และในระดับกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-10.
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. Regulation of the Thailand Nursing and Midwifery Council on limitations and conditions of nursing and midwifery practice (No.2) B.E. 2560 (2017). Royal Thai Government Gazette. 2017;134(Special Issue 208 Ng).
3. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;395(10219):200-11.
4. Health Service Support Center 7 Khon Kaen. Operational manual for community quality-of-life management based on district-level quality-of-life development standards for public health personnel. Khon Kaen: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2023.
5. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021;47(11):1181-247.
6. O’Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [cited 2025]. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>
7. Khon Kaen Hospital. Statistics of bloodstream infections. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2023.
8. Stanley D. Congruent leadership: a model for today's healthcare environment. *J Healthc Manag*. 2017;62(1):16-9.
9. Supatra P, Orapan K, Nichakorn K, Rattanaorn K. Development of a knowledge management model to enhance nurses’ competencies in caring for critically ill patients with sepsis: Chai Nat Narenthorn Hospital. *J Nurs Health Care*. 2018;36(3):184-93.
10. Parisana W, Somporn C, Arporn D. Effect of a knowledge management program on nurses’ competencies in advanced resuscitation: Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J*. 2018;33(5):449-57.
11. Proctor BM. The path of least resistance: a model for competency development. *J Nurses Staff Dev*. 2001;17(4):179-84.
12. Orawadee K. Effect of a competency enhancement program using a Best Practice Guideline on nurses’ knowledge and skills in preventing central line-associated bloodstream infection: Khon Kaen Hospital. *Khon Kaen Hosp J*. 2020;45(3):284-98.
13. McClelland DC. Testing for competence rather than for “intelligence”. *Am Psychol*. 1973;28(1):1-14.
14. Flin R, O’Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Aldershot: Ashgate; 2008.
15. Liu V, Escobar GJ, Greene JD, Soule J, Whippy A, Angus DC, et al. Hospital deaths in patients with sepsis from 2 independent cohorts. *JAMA*. 2018;312(1):90-2.
16. Knowles MS. The adult learner: a neglected species. 3rd ed. Houston (TX): Gulf Publishing; 1984.
17. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of clinical criteria for sepsis: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):762-74.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและไขมันในเลือดของ พนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

พัชณี มีสัง พย.บ.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมันในเลือดของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 59.26, SD = 9.95 เป็น 63.39, SD = 8.47) และระดับคอเลสเตอรอลรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 223.73 มก./ดล, SD = 15.19 เป็น 201.08 มก./ดล, SD = 23.78) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการออกกำลังกายและดัชนีมวลกายไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพในองค์กรอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ไขมันในเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

The impact of a supportive health education program on self-care behaviors and serum cholesterol among state enterprise staff in Khon Kaen Province

Patchanee Meesat, B.N.S.*

Abstract

Background and Significance: Hyperlipidemia is a major public health concern worldwide, as it is a key risk factor for cardiovascular diseases. Proper self-care can help reduce complications.

Objective: To examine the effects of a supportive health education program on self-care behaviors and serum cholesterol among state enterprise employees in Khon Kaen Province

Methods: This quasi-experimental study included 23 purposefully selected participants who received the supportive health education program for 12 weeks, from May to August 2024. Data collection instruments included a self-care behavior questionnaire focused on diet and physical activity. Data were analyzed using a paired t-test.

Results: After the intervention, the participants' mean dietary self-care score increased significantly (from 59.26, SD = 9.95 to 63.39, SD = 8.47), and total serum cholesterol level decreased significantly (from 223.73 mg/dL, SD = 15.19 to 201.08 mg/dL, SD = 23.78). However, physical activity behaviors and body mass index did not show statistically significant changes.

Conclusion and Recommendations: The supportive health education program effectively promoted improved dietary self-care behaviors and reduced serum cholesterol levels. It is recommended that the program be applied in other organizations to sustainably enhance employee health.

Keywords: Supportive health education program, self-care behaviors, serum cholesterol

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีการสูงขึ้นของระดับคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol :TC) ไกลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำหรือ แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (Low Density Lipoprotein Cholesterol: LDL-C) และ ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides :TG) โดยอาจมีความผิดปกติของไขมันตัวใดตัวหนึ่งหรือหลายตัวร่วมกัน¹ องค์การอนามัยโลก² จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกเพราะเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน และในเอเชียสูงถึง 58% จากทั่วโลก หรือเป็นจำนวน 10.8 ล้านคนสำหรับประเทศไทยอยู่ที่ปีละประมาณ 300,000-350,000 แสคนต่อปี เฉลี่ยนาทีละ 2 คน³ ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงไขมันจะไปเกาะที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้เกิดการอักเสบและภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เมื่อสะสมเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดแดงจะมีการตีบหรืออุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ เกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิต⁴ หรืออาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอเกิดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และการขาดงานอาจทำให้เกิดความสูญเสียเป็นทวีคูณ อีกทั้งยังส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ⁵ ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ในระหว่าง พ.ศ.2556 - 2560 เท่ากับ 26.9, 27.8, 29.9, 32.3 และ 31.8 และสอดคล้องกับอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 431.91,407.70,501.13,210.21 และ 501.41 (ต่อประชากร100,000คน) ตามลำดับ⁶ เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30 - 69ปี) ลำดับที่ 4 ในเพศชาย และลำดับที่ 3 ในเพศหญิง (Disability-Adjusted Life Years:DALYs) พ.ศ 2557⁶ และความบกพร่องทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร ทั้งในด้านอัตราการเสียชีวิตและภาวะโรค

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD risk) เป็นการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปีข้างหน้า เพื่อให้ประชาชนทราบความเสี่ยงของตนเอง โดยแบ่งความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ข้อดีของการประเมินโอกาสเสี่ยง 1) เป็นการประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคลำเนื้อหัวใจตาย และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า 2)

ทราบความเสี่ยงของตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่ต้องแก้ไข 3) ได้รับคำแนะนำในการจัดการตนเองเบื้องต้น ผลจากการประเมินที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มเสี่ยงควรได้รับการติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยง/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อยทุก 6 เดือน และติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างน้อยทุกปี⁷ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดการป้องกันและแก้ไขไม่ให้ปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูง เกิดการลุกลามและส่งผลกระทบทางสุขภาพต่อประชากรไทย โดยเฉพาะประชากรกลุ่มวัยทำงาน เพราะประชากรกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ หากมีภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงต่อเนื่องยาวนาน ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงระยะแรกส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ทราบได้จากการตรวจเลือดเท่านั้น หากรอให้แสดงอาการมักจะเป็นอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของหลอดเลือดตีบตัน ซึ่งนับว่าเป็นภัยเงียบ โดยอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นและผลกระทบที่เกิดขึ้นแสดงถึงความรุนแรง ถ้าปล่อยไว้จะต้องเผชิญกับความเสียหายและความรุนแรงของโรค ฉะนั้น การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองไขมันในเลือดจะช่วยให้อาสาหาแนวทางการป้องกันและรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ได้

ผู้วิจัยมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการตรวจสุขภาพประจำปีที่พบไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงได้นำแนวทางการดูแลตนเองของโอเร็ม (Self – care Theory)⁹ มาเป็นแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบัน ภาวะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีบริบทการทำงานที่เฉพาะเจาะจง คือต้องทำงานแข่งกับเวลา ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การพึ่งพาอาหารจานด่วนหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีความเครียดจากการทำงาน ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงนำไปสู่ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ดังนั้น การส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดของพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยโปรแกรมนี้ถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านเวลาและวิถีชีวิตของพนักงานโดยเฉพาะ ช่วยให้อาสาหาเข้าถึง

ข้อมูลสุขภาพได้ทุกที่ทุกเวลา และมีการสื่อสารแบบโต้ตอบผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและทีมสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประยุกต์แนวความคิดการดูแลตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของสุภาวดี (2563) พบว่าการใช้โปรแกรมตามแนวคิดโอเริ่มช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ ศิริพร และคณะ (2564) ที่รายงานว่าการให้คำปรึกษาผ่านสื่อออนไลน์ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับงานวิจัยในต่างประเทศ (Wong et al., 2022; Lee & Kim, 2021) ที่ยืนยันว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์และแอปพลิเคชันมือถือช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับ คอเลสเตอรอลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่วยให้สามารถเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ถือเป็นแนวทางใหม่ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในได้อย่างยั่งยืน เป็นผลให้พนักงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่เหมาะสมอีกทั้งการใช้แอปพลิเคชันไลน์ยังช่วยลดข้อจำกัดต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เข้าถึงพนักงานได้ง่าย ไม่ต้องคำนึงถึงระยะทาง สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้ทั้งภาพ เสียงหรือข้อมูลต่างๆ ได้ชัดเจน ลดภาระของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและไขมันในเลือดของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังทดลอง (one group pre-post design) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ นำผลที่ได้ในแต่ละครั้งมาเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่ใช้ทดลองในโปรแกรม 12 สัปดาห์ ณ ห้อง

ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานรัฐวิสาหกิจในจังหวัดขอนแก่น ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ที่โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และมีระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นพนักงานที่มีอายุมากกว่า 35 ปี
2. มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ามีระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) อยู่ในช่วง 200-239 มก./ดล.
3. สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ และสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ
5. ไม่เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบเผาผลาญ
6. ไม่ได้รับประทานยาลดไขมันในเลือด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อระดับไขมันในเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบเผาผลาญ
2. อยู่ระหว่างการรับประทานยาลดไขมันในเลือด
3. พนักงานที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent sample t-test) ของอรุณ จิรวรรณกุล¹⁰ โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของ ธนิตา โอฬาริชาติ (2562) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

σ_d^2 = ความแปรปรวนของผลต่าง

(Variance of difference)

$\mu_1 - \mu_2$ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

$Z\alpha + Z\beta$ = ค่าคงที่ทางสถิติ

แทนค่าลงในสูตรได้ดังนี้

$$N = \frac{(1.65 + 0.84)^2 (16.87)^2}{(225.39 - 211.64)^2}$$

$$N = 15 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกหรือไม่สามารถติดตามได้ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 โดยใช้สูตรการปรับขนาดตัวอย่าง ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 23 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เกณฑ์ที่กำหนด (purposive random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 12 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ประกอบด้วย 4 วิธี คือ

1.1 การสอน หมายถึง กิจกรรมให้ความรู้แก่พนักงานภาวะไขมันในเลือดสูงเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องไขมันในเลือดสูง ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดความเครียด ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ติดตามเพิ่มเติมในกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์

1.2 การชี้แนะ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ และอาจต้องใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

1.3 การสนับสนุน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการให้สื่อการเรียนรู้ วัสดุทัศน คู่มือการดูแลตนเองผ่านกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ การโทรศัพท์เยี่ยมเป็นรายบุคคลเพื่อ

ติดตามซักถามถึงปัญหาในการดูแลตนเองและกระตุ้นเตือนให้กำลังใจเพื่อให้พนักงานดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อม หมายถึง การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มพนักงานใช้กระบวนการกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มละ 10 คน เพื่อจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างแรงจูงใจ โดยใช้การตั้งกลุ่มไลน์ เป็นช่องทางในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจและการเพิ่มคุณค่าในตนเอง

2. คู่มือการดูแลตนเองของพนักงานเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีไขมันในเลือดสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการปฏิบัติงาน และอายุการปฏิบัติงาน และ 2) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ วันที่ตรวจสุขภาพ ระดับคอเลสเตอรอล น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว (เซ็นติเมตร) ชีพจร ความดันโลหิต ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 20 ข้อ และ 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (มากกว่า 0.80) แสดงว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try-out) กับพนักงานรัฐวิสาหกิจอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความสม่าเสมอของเครื่องมือโดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ผลการวิเคราะห์ พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงในระดับที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัย จึงดำเนินการขอ หนังสือแนะนำตัวจากโรงพยาบาลขอนแก่นถึงผู้จัดการ รัฐวิสาหกิจ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้จัดการ รัฐวิสาหกิจที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้จัดการ ทั่วไป เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อพนักงาน รัฐวิสาหกิจที่มีภาวะคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูงจาก เอกสารการตรวจสุขภาพประจำปี 2567 ของทาง รัฐวิสาหกิจ

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการ เพื่อล่อรับ สมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ

4. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีพนักงานสนใจลงสมัครเข้า ร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น และได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก ครั้งตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้า ร่วมโปรแกรมจำนวน 30 ราย

5. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย อธิบายชี้แจง เนื้อหาของข้อคำถามต่างๆ วิธีการตอบแบบสอบถาม และข้อสงสัย หรือข้อคำถามต่างๆ ของพนักงาน และ ในช่วงแรกมีการร่วมกับผู้วิจัยในใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย/ การมีกิจกรรมทางกายในพนักงาน

6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำ ตัว ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การตอบ แบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมใน เอกสาร พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการ ดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย/ การมีกิจกรรมทางกาย ค่าดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยระดับ ไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้การ ทดสอบ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูล มีการแจก

แจงปกติ ($p > 0.05$) จึงใช้สถิติแบบพาราเมตริก คือ Paired Sample t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมันคอเลสเตอรอล ในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการ KEF67003 วันที่ 11 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 อายุระหว่าง 35-40 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 สถานะโสดและสมรส จำนวนเท่ากันคือ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาเป็นระดับ ประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 รายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 10 คน คิด เป็นร้อยละ 43.5 ระดับการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็น ระดับปฏิบัติการ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 87.0 อายุการทำงานในหน่วยงานระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 (Min= 2 Max=33) ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 ต้ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้ง จำนวน 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.5

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ความยาวรอบเอวและระดับ คอเลสเตอรอลพบว่า พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 90-129 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 52.2) (Mean = 128.37, S.D. = 10.49, Min = 112, Max = 147) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิต ซิสโตลิกระหว่าง 90-129 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 13 คน (ร้อยละ 56.5) (Mean = 125.78, S.D. = 9.65, Min = 104, Max = 138) ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความดัน โลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 66 - 99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 22 คน (ร้อยละ 95.7) (Mean = 82.86, S.D.=10.25, Min = 61, Max = 110) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิ กระหว่าง 66-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 23 คน (ร้อย ละ 100) (Mean = 80.78, S.D. = 8.94, Min = 62, Max = 99)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 59.26 (S.D.= 9.95) ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 63.39 (S.D.= 8.47)

เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง (n = 23)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	Mean	S.D.	t	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	59.26	9.95	4.13	-7.55 – 0.70	0.020
หลังการทดลอง	63.39	8.47			

$p < 0.05$

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย ก่อนการทดลอง เท่ากับ 35.04 (S.D. = 7.30) หลังการทดลอง เท่ากับ 37.04 (S.D.= 5.31) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังการทดลอง (n = 23)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย/ กิจกรรมทางกาย	Mean	S.D.	t	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	35.04	7.30	2.0	-4.72 - 0.72	0.142
หลังการทดลอง	37.04	5.31			

$p < 0.05$

ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลเท่ากับ 223.73 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (S.D. = 15.19) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลลดลงเท่ากับ 201.08 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (S.D. = 23.78) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคอเลสเตอรอลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคอเลสเตอรอลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย มีค่าเท่ากับ 26.14 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 4.10) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมีค่าเท่ากับ 26.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ (S.D. = 3.91) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคอเลสเทอรอล และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง (n = 23)

ภาวะสุขภาพ	Mean	S.D.	t	95%CI	P-value
ระดับคอเลสเทอรอล					
ก่อนการทดลอง	223.73	15.19	22	12.85-32.45	0.0
หลังการทดลอง	201.08	23.78			
ดัชนีมวลกาย					
ก่อนการทดลอง	26.14	4.10	0.054	0.01-0.40	0.752
หลังการทดลอง	26.08	3.91			

$p < 0.05$

การอภิปราย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น และมี คอเลสเทอรอล และดัชนีมวลกายลดลง อภิปรายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและไขมันในเลือดของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นตัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่เร็วขึ้น

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และระดับคอเลสเทอรอลรวมในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและไขมันในเลือดของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นตัวช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่เร็วขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย และระดับคอเลสเทอรอลรวมในเลือดของพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะไขมันใน/เลือดสูงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นตัวช่วยเร่ง และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนในพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีความพร้อมให้สำเร็จเร็วขึ้น เห็นได้จากหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยมากกว่าช่วงก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า หลังได้รับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจะชัดเจนมากกว่าก่อนการทดลอง สำหรับเหตุผลที่ทำให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นำมาใช้ปรับพฤติกรรมพนักงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ยมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตื่นตัวด้านสุขภาพ มีความสนใจในโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีการแสวงหาข้อมูล และส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางด้านการดูแลสุขภาพระดับหนึ่ง จึงมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง แม้กระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็อาจส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

2. นโยบายสุขภาพพื้นฐานขององค์กร รัฐวิสาหกิจมีนโยบายหลายอย่างที่สนองตอบและสนับสนุนการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของพนักงาน เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการมีบอร์ดประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้พนักงานเกิดการดูแลสุขภาพตนเองได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของเรคเซททีและคณะ¹¹ พบว่า นโยบายขององค์กร เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ก็สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพดีขึ้น โดยเรคเซททีและคณะ ทำการเปรียบเทียบการให้โปรแกรมระหว่างโรงงาน A และ โรงงาน B ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 151 คน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงาน โดยเปรียบเทียบการให้โปรแกรมตามปกติด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี กับโปรแกรมที่พัฒนาเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า โรงงาน A ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น

โรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 57 ส่วนโรงงาน B สามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้เช่นกันโดยลดลงได้ร้อยละ 51

3. รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวและมีการวัดผลซ้ำ (pre-test และ post-test) ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ข้อดีคือ สามารถกระตุ้นให้พนักงานรัฐวิสาหกิจเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างชัดเจน โดยพบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทัศนีย์ (2563) ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้งานวิจัยของธนิดา โอฬาริกชาติ (2562) ก็ยืนยันว่าโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดระดับไขมันในเลือดและปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างได้เช่นกัน

4. การออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม เนื่องจากชุดกิจกรรมในโปรแกรมถูกบูรณาการมาจากหลายแนวคิดที่สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนได้ โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับหลักการบริโภคอาหาร และหลักการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะมีกลวิธีในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกันตามระยะของพฤติกรรม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องในการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยต้องการให้เกิดผลสำเร็จเพื่อจะสร้างกระแสสุขภาพขึ้นในรัฐวิสาหกิจและสถานประกอบการอื่น ๆ การออกแบบชุดกิจกรรมในการศึกษานี้ ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับระยะของพฤติกรรม จึงจะประสบผลสำเร็จได้ การศึกษานี้ได้นำกลวิธีและเทคนิคต่าง ๆ จากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ โดยออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่าน 5 ขั้นตอนหลัก ซึ่งประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อม โดยให้พนักงานประเมินตนเอง (self-reevaluation) เป็นการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึกผิด โดยผ่านการสนทนากลุ่ม พบว่า กิจกรรมนี้ช่วยให้พนักงานเกิดการเรียนรู้ และตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่นำการประเมินตนเองมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ช่วยตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ขึ้น^{16, 18} (2) การวางแผนและกำหนดเป้าหมายโดยใช้ธงพันธะสัญญา (self-liberation) เป็นตัวช่วยสนับสนุนให้

พนักงานพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเทคนิคนี้จะสนับสนุนให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมและแสวงหาทางเลือก มีผลยืนยันในหลายการศึกษาว่าสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ อีกทั้งได้นำกลวิธีการจับคู่กันของเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมมาช่วยให้เกิดความสำเร็จมากขึ้น^{16, 18} (3) การลงมือปฏิบัติและเสริมแรง ผู้วิจัยได้เพิ่มปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (stimulus control) เพื่อให้เกิดการสนับสนุน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น จัดสถานที่ออกกำลังกายหรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนเลิกงาน เป็นต้น ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกลยุทธ์ที่มีอิทธิพลสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานประกอบการ¹⁷ นอกจากนี้ ยังมีการติดตามเยี่ยมพนักงานเป็นระยะ เพื่อเสริมแรง(reinforcement management) และช่วยเป็นตัวกระตุ้นในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดผลสำเร็จ (4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงแก้ไข โดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มผ่านกิจกรรม 4 เอฟที่ร่วมกันพูดคุยสะท้อนถึงปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนช่วยให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติม และมีข้อมูลในการแก้ไขปัญหามากขึ้น (5) การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมจะมีการประเมินผลและให้รางวัล ซึ่งการให้รางวัลเป็นกลวิธีและเทคนิคที่ใช้กันแพร่หลายและมีประสิทธิภาพ เป็นแรงเสริมในการดึงดูดใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ¹⁴ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า การใช้รางวัลเป็นเครื่องดึงดูดใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพนักงานโรงแรมได้ดี นอกจากนี้ เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีการจัดทำใบประกาศเกียรติคุณ มอบให้พนักงานที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ 5 อันดับแรก พร้อมประกาศอย่างเป็นทางการในการประชุมสรุปบทเรียน ทำให้เกิดแรงผลักดันแก่ผู้ที่สามารถปรับพฤติกรรมได้ดีและสำเร็จในครั้งนี้ มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีแก่พนักงานท่านอื่น ๆ ต่อไป

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากจะอาศัยกลวิธีจากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ยังประยุกต์ใช้กลวิธีที่หลากหลายช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพนักงาน ได้แก่ (1) การให้ความรู้โดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญร่วมกับการชมสื่อวีดิทัศน์ ทำให้พนักงานเกิดการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ง่าย (2) การสนทนากลุ่ม ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มในรูปแบบกิจกรรม 4 เอฟ ซึ่งทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากขึ้น (3) การใช้สื่อทั้ง

แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ สมุดบันทึกและคู่มือพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับกลุ่มตัวอย่างนำกลับไปอ่านที่บ้าน ซึ่งให้ผลดีกว่าไม่มีสื่อการสอนใด ๆ และส่วนที่เป็นสมุดบันทึกเป็นเครื่องมือช่วยในการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผล (4) การติดตามกระตุ้นเตือน เป็นกลวิธีที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดตั้งเป็นกลุ่มไลน์เพื่อใช้ติดตามพนักงาน ซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทางที่สะดวกรวดเร็ว สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ตลอดเวลา (5) การจัดแสดงนิทรรศการ นับเป็นวิธีการหนึ่งที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยนิทรรศการเป็นสื่อที่มีศักยภาพสูงในการดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมายได้ดี เนื่องจากมีความหลากหลายของสื่อ สามารถตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เข้าชมได้ การจัดนิทรรศการช่วยให้พนักงานมีการรับรู้และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการตอบรับที่ดีจากพนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรมและพนักงานที่ไม่เข้าร่วม ซึ่งมีความสนใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยศึกษาข้อมูลจากสื่อนิทรรศการต่าง ๆ ที่วางไว้ หน้าสำนักงานของพนักงาน เป็นอีกแรงเสริมที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพนักงานได้สำเร็จ

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์พฤติกรรมรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ทำให้เหงื่อออกหรือพูดลำบากอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ แต่เป็นลักษณะ “นาน ๆ ครั้ง” ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมน้ำหนักให้ลดลงได้²⁷ นอกจากนี้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า ช่วงที่มีการจัดกิจกรรมเป็นช่วงที่มีผลไม่รบกวนจัด เช่น เงาะ ทุเรียน ฝรั่งสด ลินจี และน้อยหน่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยายามจำกัดปริมาณการรับประทาน แต่จากข้อมูลทางโภชนาการพบว่า น้ำตาลฟรุกโตสในผลไม้ที่มีรสหวานจัด หากบริโภคในปริมาณมากสามารถส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน^{25, 26}

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมให้สอดคล้องตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของประชากรและคณะ¹¹ โดยอาศัยเทคนิคหรือกลวิธีทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายที่สอดคล้องกับระยะของพฤติกรรม อีกทั้งได้นำหลักการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ หลักการออกกำลังกายการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องนั้น มาบูรณาการร่วมกับการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการมีกิจกรรมทางกาย/ของพนักงานรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อความตรงของผลการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบจากการที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย (Hawthorne effect) ซึ่งทำให้พนักงานมีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจและพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผลลัพธ์ออกมาดีขึ้นและทำให้ผู้วิจัยพึงพอใจ แต่ในบางกรณีอาจเกิดความลำเอียงหรือการแสดงพฤติกรรมที่ต่างจากความเป็นจริง นอกจากนี้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและระยะเวลาการติดตามที่จำกัด อาจทำให้ผลการศึกษายังไม่สามารถแสดงผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้อย่างชัดเจน และอาจมีความแปรปรวนของตัวแปรที่ไม่ได้ควบคุมอย่างเต็มที่ดังนั้น เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่แม่นยำและน่าเชื่อถือ ควรมีการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานและไลฟ์สไตล์ของพนักงาน เช่น การใช้สื่อดิจิทัลร่วมกับการสนับสนุนในรูปแบบกลุ่มที่เพิ่มความต่อเนื่องและแรงจูงใจ รวมทั้งควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งในโรงพยาบาลขอนแก่น และรัฐวิสาหกิจที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาด้านแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ขอขอบคุณผู้บริหารที่ทำการไปรษณีย์ จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ทั้งเรื่องสถานที่จัดกิจกรรม และอำนวยความสะดวกให้พนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการวิจัย งานวิจัยสำเร็จลุล่วงและสมบูรณ์ด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ทุกคน เป็นทั้งผู้ให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการวิจัย และท้ายที่สุดคุณค่าและคุณประโยชน์อันได้นอกเหนือจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่บุญการ ครอบครัวย ตลอดจน

ทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Siriraj Piyamaharajkarun Hospital. High blood cholesterol increases the risk of heart and vascular diseases [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/dyslipidemia>
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 11]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of heart and vascular diseases 2019. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
4. Cheewayapan B. Prevalence and factors associated with dyslipidemia among hospital personnel in Photharam Hospital. Hua Hin Sukjai Klaikangwon Journal. 2018. (in Thai)
5. Waissayayan N. Diet for patients with hyperlipidemia [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://sriphath.med.cmu.ac.th/th/knowledge-> (in Thai)
6. Department of Disease Control, Division of Non-Communicable Diseases. World Heart Day 2018 campaign issues [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 1]. Available from: <http://www.thaincd.com> (in Thai)
7. Ministry of Public Health, Bureau of Non-Communicable Diseases. Mortality rate of non-communicable diseases and road accidents per 100,000 population by province and health service area, 2015 [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> (in Thai)
8. Uplabpat N, et al. Job satisfaction of employees at Servier (Thailand) Ltd. Chiang Mai: Graduate School, Chiang Mai University; 2014. (in Thai)
9. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 5th ed. St. Louis (MO): Mosby Year Book; 2001.
10. Olarikchat T, Chitnanun P, Srikaew M. The effect of behavior modification program on health behaviors and blood lipid levels among hotel employees with hyperlipidemia. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016;36(Suppl):September–December. (in Thai)
11. Racette SB, Deusinger SS, Inman CL, Beulis TL, Highstein GR, Buskirk TD, Peterson PL. Worksite Opportunities for Wellness (WOW): Effects on cardiovascular disease risk factors after 1 year. Prev Med. 2009;49:108–114.
12. Ruacha Y, Lertmaleewong M, Laohajinda Y, Leesuan W, Puthawatana P, Thanurak R. Nursing research. 6th ed. Bangkok: [publisher unknown]; 2017. (in Thai)
13. Khunthong T. The effect of a self-management support program on self-management behaviors and blood sugar levels among insulin-treated type 2 diabetes patients [master's thesis]. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; 2012. (in Thai)
14. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Harper Collins Publishers; 2006.

15. Division of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. National Nutrition Action Plan 2019–2023 under Strategic Framework 3: Food education, National Food Management Strategy of Thailand (2nd ed., 2018–2040). Nonthaburi: Amarin Printing and Publishing Public Co., Ltd.; 2019. (in Thai)
16. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
17. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2015.
18. Prapasrivorakul N, Suksomboon N, Phanchaipetch T. The effect of self-assessment process on health behavior modification among patients with chronic diseases. *J Community Public Health*. 2019;25(3):45–56. (in Thai)
19. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–395.
20. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38–48.
21. Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan; 1953.
22. Thongsri P, Srisuphan W. Positive reinforcement for health behavior modification among factory workers. *J Nurs Sci*. 2020;38(2):112–125. (in Thai)
23. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*. 2011;52(2):145–161.
24. American College of Sports Medicine. ACSM’s guidelines for exercise testing and prescription. 11th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2021.
25. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for healthy fruit consumption suitable for Thai people. Bangkok: Bureau of Nutrition, Department of Health; 2021. (in Thai)
26. Lustig RH, Schmidt LA, Brindis CD. The toxic truth about sugar. *Nature*. 2012;482(7383):27–29. <https://doi.org/10.1038/482027a>
27. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น

สุธิดา แสนสูง พย.บ.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิการถาวรสูง ต้องได้รับการดูแลระยะยาว อีกทั้งมีระยะวันนอนในโรงพยาบาลนาน ค่ารักษาพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำสูง การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทากาด ดำเนินการวิจัย 3 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ระยะเวลาวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนมีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง รับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลขอนแก่น 30 ราย

ผลการศึกษา: แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 แนวปฏิบัติหลัก ผลการนำใช้แนวปฏิบัติรอบที่หนึ่งระหว่างปี 2562-2564 พบว่า อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 99.59% อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงเหลือ 6-11% และวันนอนเฉลี่ยลดลงเหลือ 27.78 วัน ได้ปรับปรุงรูปแบบการเขียน Family genogram เกณฑ์ระยะเข้าสู่การฟื้นฟู ช่องทางสื่อสารและระบบประสานเครือข่าย นำใช้แนวปฏิบัติฯ ในรอบที่สอง ปี 2565 ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงเหลือ 5% และวันนอนเฉลี่ยเหลือ 12.9

สรุปและข้อเสนอแนะ: แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ดังกล่าว ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่างอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางต้นแบบในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, กระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนคอส่วนล่าง, การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of a Nursing Practice Guideline for Discharge Planning and Continuity of Care in Patients with Lower Cervical Spine and Spinal Cord Injuries at Khon Kaen Hospital

Sutida Sansung, B.N.S.*

Abstract

Background and rationale: Patients with lower cervical spine and spinal cord injuries are at high risk of permanent disability and often require prolonged hospitalization and long-term rehabilitative care. These conditions are associated with substantial healthcare costs and frequent hospital readmissions. Effective discharge planning and continuity of care are therefore essential to ensure patient safety, optimize functional recovery, and enhance quality of life.

Objective: To develop and evaluate the outcomes of an evidence-informed nursing practice guideline for discharge planning and continuity of care among patients with lower cervical spine and spinal cord injuries at Khon Kaen Hospital.

Methods: This participatory action research was guided by the conceptual framework of Kemmis and McTaggart and implemented in three phases: (1) situational analysis, (2) development of the nursing practice guideline, and (3) evaluation of its implementation. The study was conducted from October 2018 to March 2021. Participants included 15 registered nurses and 30 patients with lower cervical spine and spinal cord injuries admitted to the Spine Unit of Khon Kaen Hospital.

Results: The developed nursing practice guideline comprised nine core nursing protocols. Implementation during the first cycle (2019–2021) demonstrated improvements in patient satisfaction (increased to 99.59%), a reduction in hospital readmission rates (decreased to 6–11%), and a reduction in average length of stay (reduced to 27.78 days). Revisions were subsequently made to the Family Genogram documentation, rehabilitation admission criteria, communication pathways, and the interprofessional referral and coordination system. Following implementation in the second cycle (2022), hospital readmissions further decreased to 5%, and average length of stay was reduced to 12.9 days.

Conclusion and Recommendations: The nursing practice guideline effectively enhanced the continuity and quality of care for patients with lower cervical spine and spinal cord injuries. It serves as a model framework for strengthening discharge planning systems for patients with spinal injuries in similar healthcare settings.

Keywords: nursing practice guideline; lower cervical spine and spinal cord injury; discharge planning; continuity of care

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ภาวะบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 10.4 จากจำนวน 10 อันดับโรคแรก ซึ่งพบเป็นกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนคอมากถึง 50%¹ การได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังนั้น อาจนำมาซึ่งระยะการดูแลรักษาที่ยาวนาน ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการ และอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิต² จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สาเหตุการบาดเจ็บที่ไขสันหลังส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ ยานพาหนะร้อยละ 37.6 รองลงมาคือตกจากที่สูงร้อยละ 31.5 นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละปีนั้นมีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังรายใหม่เพิ่มขึ้น และจากจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตทั้งหมดเป็น Incomplete tetraplegia, Incomplete paraplegia, Complete paraplegia, Complete tetraplegia, Normal ร้อยละ 47.1; 20.1; 19.8; 12.5; และ 0.6 ตามลำดับ³ สำหรับประเทศไทยไม่พบรายงานสถิติการบาดเจ็บไขสันหลังภาพรวมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในบัญชีการจำแนกโรค ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ทศวรรษอาณัติ ปี 2560–2564 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาจำนวน 30,975; 34,771; 37,607; 39,248 และ 37,352 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการครองเตียงนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง⁴

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังและยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีหอผู้ป่วยกระดูกสันหลัง (Spine unit) เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะวิกฤตถึงวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการเก็บข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการในปี พ.ศ.2559-2561 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง จำนวน 89 ราย มีอัตราการครองเตียงสูง ค่าเฉลี่ยระยะเวลาวันนอน (LOS) สูงถึง 82.5 วัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาที่ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน และยังพบผู้ป่วยกลับมาปรึกษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุการติดเชื้อมาก่อน บัสดาสะ การอุดตันทางเดินหายใจ และบางรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต อีกทั้งส่งผลกระทบต่ออัตราความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยที่อยู่ต่างอำเภอ จากการวิเคราะห์ทบทวนสาเหตุ พบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่รุนแรง นอกจากนี้แนวทางที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายยังไม่

ชัดเจน ความรู้ทักษะในการดูแลต่อเนื่องยังไม่เพียงพอผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีอุปสรรคทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่มีช่องทางขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และการดำรงชีวิตตามสมรรถนะที่เหลืออยู่⁴ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงเดิมตามสมรรถนะที่เหลืออยู่และพึ่งพาตนเองได้นั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โดยมีการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะวิกฤตและวางแผนจำหน่ายโดยใช้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ให้มีความต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน มีความคุ้มค่า คุ้มทุน เพิ่มความมั่นใจให้บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนและมีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขอนแก่นสู่โรงพยาบาลเครือข่ายใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย

3.1 ผลลัพธ์ด้านองค์กรพยาบาล ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการให้บริการพยาบาล

3.2 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ได้แก่ 1) ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) 2) การ Re-admit หลังจำหน่าย 28 วัน 3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Index)

3.3 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง พร้อมทั้งพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง (C5-C8) และญาติผู้ดูแลหลักที่เคยได้รับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่นและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน หอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง เดือนมีนาคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โดยใช้กรอบแนวคิด 2 แนวคิด ดังนี้

1. กระบวนการวิจัยดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁵ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection)

กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ ผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ

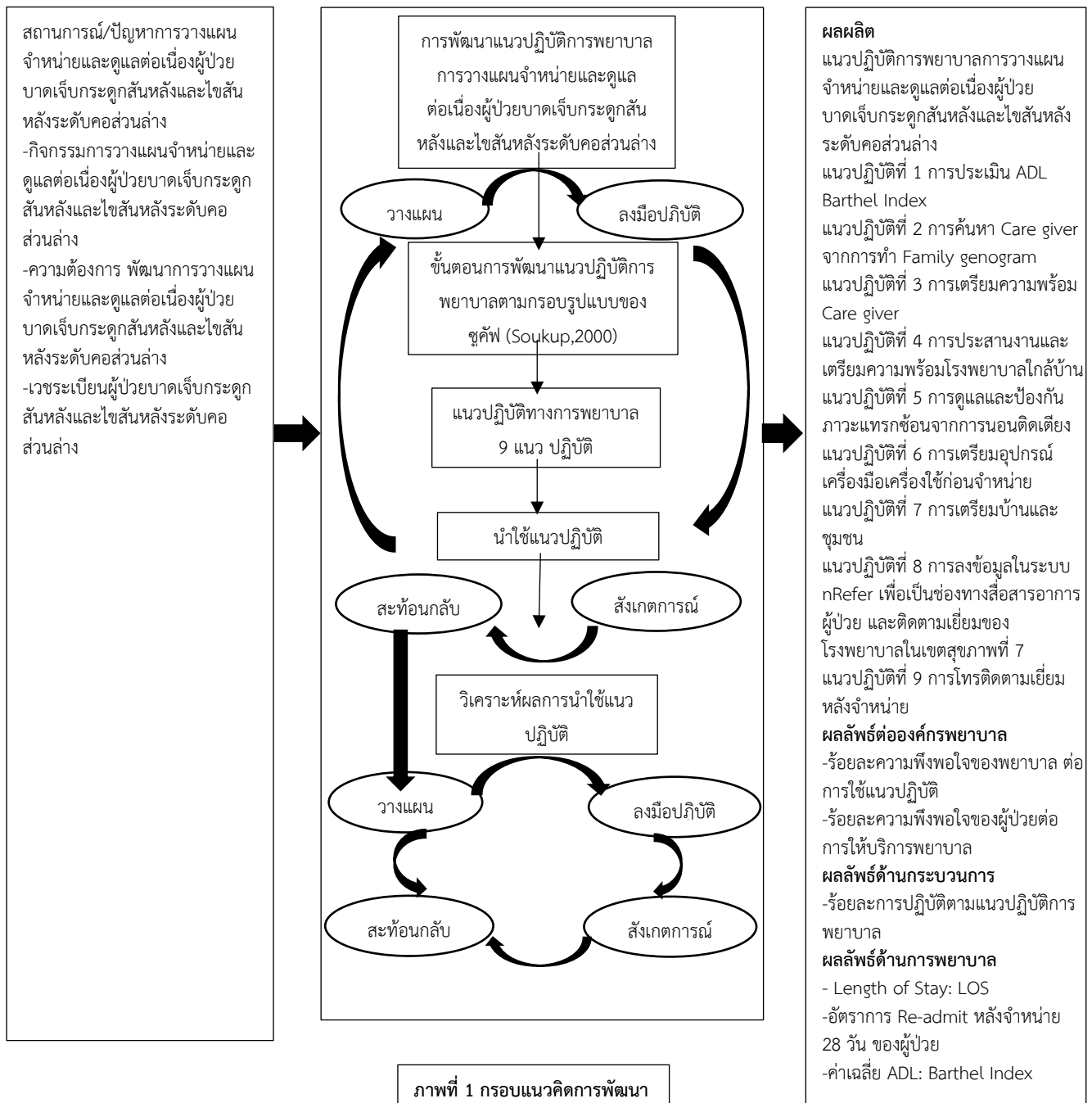
2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Soukup Model⁶ มาเป็นกรอบในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) 2) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence Support phase) 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence base phase)

ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาปีเดียน⁷ มาเป็นกรอบในการกำหนดผลลัพธ์แบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย

1) ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการพยาบาล

2) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

3) ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) การ Re-admit หลังจำหน่าย 28 วัน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Index) ของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ตามขั้นตอน Soukup model ดังนี้ 1) การสืบค้นปัญหา
ทางคลินิก กำหนดประเด็นปัญหาจากการทบทวน
อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยการ
ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไข
สันหลังระดับคอส่วนล่าง (C5-C6) จำนวน 20 ฉบับและ
ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
ในปี 2562 จำนวน 2 ฉบับ สรุปประเด็นปัญหา และ
สาเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์โดยสัมภาษณ์เชิง
ลึกผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือน

ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 และอยู่รักษาใน
โรงพยาบาลนานเกิน 28 วัน 2) สืบค้นและวิเคราะห์ ผล
การจากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการ
วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก
สันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่างได้ทั้งหมด 357
เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จาก PubMed 125 เรื่อง
Cochrane 20 เรื่อง Science direct 86 เรื่อง ProQuest
28 เรื่อง Google scholar และThaiJo 98 เรื่อง นำไปใช้
ได้จริง 23 เรื่อง 3) การยกร่างแนวปฏิบัติฯ จากหลักฐาน
เชิงประจักษ์ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล 9 แนวปฏิบัติหลัก
(แยก ออกเป็น 19 แนวปฏิบัติย่อย) และ 4) นำแนว

ปฏิบัติการพยาบาลที่ยกร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ ปรับปรุงแก้ไขรวบรวมข้อมูลจุดแข็งจุดด้อย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอย่างละเอียด พร้อมประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติจากการนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ โดยนำแนวปฏิบัติ ที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 15 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่างจำนวน 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน หอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลขอนแก่น และ 2) ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง (C₅-C₈) และ 3) ญาติผู้ดูแลหลักที่เคยได้รับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือก

1. พยาบาล จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง 2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือไม่ได้ทำงานในหอผู้ป่วยตลอดการเก็บข้อมูล และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนครบกำหนด

2. ผู้ป่วยจำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บกระดูกสันหลังและ/หรือไขสันหลังระดับ C₅-C₈ 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) ได้รับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น 4) จำหน่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน และ 5) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 80 ปี และ 2) มีโรคทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญา 3) มีโรคประจำตัวอื่นที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมได้

3. ผู้ดูแลหลักจำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) เป็นบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่คัดเลือกเข้าในข้อ 2 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการ

วิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการเก็บข้อมูลครบถ้วน และ 2) มีโรคทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มผู้ดูแลหลัก (Care giver) และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง (C₅-C₈) โดยเครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการวิจัย ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์โดยบันทึกข้อมูลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง (C₅-C₈) จากเวชระเบียนประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และเลือกตอบเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย HN เพศ อายุวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หอผู้ป่วยที่รับไว้รักษา สาเหตุการบาดเจ็บ และระดับการบาดเจ็บ

ส่วนที่ 2 การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของการดูแล (Nursing Outcomes) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะจากการทบทวน ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน ในขั้นตอนระยะที่ 1 ของการวิจัย (ระยะวิเคราะห์สถานการณ์) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง (Semi- structure open-ended questions)

จำนวน 20 ข้อ เพื่อให้ทราบกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและความต้องการการพยาบาล ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง

3. แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการประเมินผลลัพธ์ในขั้นตอนระยะที่ 3 ของการวิจัย (ระยะศึกษาการใช้ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารับการรักษาและวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) คะแนน ADL หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) LOS 3) อัตราการ Re-admit หลังจำหน่าย 28 วัน

4. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยในการรับบริการ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนระยะที่ 3 ของการวิจัย (ระยะศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้ความหมายแต่ละค่าคะแนน ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับมาก 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับน้อยที่สุด

5. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนระยะที่ 3 ของการวิจัย (ระยะศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ หน่วยงานที่สังกัด อายุการทำงานและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 5 ด้าน 20 ข้อย่อย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้ความหมายแต่ละค่าคะแนน ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับมาก 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับตามข้อความนั้นในระดับน้อยที่สุด

6. แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนระยะที่ 3 ของการวิจัย (ระยะศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) เพื่อใช้ในการประเมินตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบตรวจสอบรายการปฏิบัติ (Checklist) ตามเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาลในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติจากการบันทึกเวชระเบียน และการสังเกตการณ์ปฏิบัติบันทึกคำตอบแบบเลือกตอบใน 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติและ ไม่ปฏิบัติ ให้ความหมายและค่าคะแนน ได้แก่ ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในข้อรายการนั้นให้คะแนน 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในข้อรายการนั้นให้คะแนน 0 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ในระยะที่ 2 ของการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสก้า ประเทศสหรัฐอเมริกา ของซูคัพ⁶ ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาที่สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีการค้นหาปัญหาในขั้นตอนการพัฒนามีการปรับปรุงแก้ไข ทดลองใช้จนมั่นใจก่อนนำไปใช้จริง ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) Evidence triggered phase 2) Evidence supported phase 3) Evidence-observed phase และ 4)

Evidence-base phase ซึ่งรายละเอียดของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติดังแสดงในระยที่ 2 ของการวิจัย ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยแนวปฏิบัติหลัก 9 แนวปฏิบัติหลัก รายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่ 1 การประเมิน ADL Barthel Index แนวปฏิบัติที่ 2 การค้นหา Care giver จากการทำ Family genogram แนวปฏิบัติที่ 3 การเตรียมความพร้อม Care giver แนวปฏิบัติที่ 4 การประสานงานและเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลใกล้บ้าน แนวปฏิบัติที่ 5 การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง แนวปฏิบัติที่ 6 การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ก่อนจำหน่าย แนวปฏิบัติที่ 7 การเตรียมบ้านและชุมชน แนวปฏิบัติที่ 8 การลงข้อมูลในระบบ nRefer เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารอาการผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ แนวปฏิบัติที่ 9 การโทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบประเมินความการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทาง Spinal cord injury 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง 2 ท่าน และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ให้คะแนน = + 1 หมายถึง เหมาะสม สอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์ ให้คะแนน = 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ ให้คะแนน = - 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์จากนั้นนำคะแนนแต่ละข้อมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของโรวินลลี และแสมเบลตัน ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อนับคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 และ 0.95 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายและแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทาง Spinal Cord Injury 1

ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง 2 ท่าน และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 ท่าน ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)⁸ ให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม โดยทั่วไปใช้มาตรวัด 4 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่สอดคล้อง 2 = สอดคล้องบางส่วน ต้องปรับปรุงมาก 3 = สอดคล้องมาก ต้องปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 = สอดคล้องมากที่สุด นำมาวิเคราะห์และแปลผลตามเกณฑ์ ผลการหาค่า CVI ของเครื่องมือทั้ง 2 ชนิด ได้ค่าเท่ากับ 0.96

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง Spinal Cord Injury 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลัง 2 ท่าน และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 1 ท่าน ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา ให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม โดยทั่วไปใช้มาตรวัด 4 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่สอดคล้อง 2 = สอดคล้องบางส่วน ต้องปรับปรุงมาก 3 = สอดคล้องมากต้องปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 = สอดคล้องมากที่สุด นำมาวิเคราะห์และแปลผลตามเกณฑ์ผลการหาค่า CVI ได้ค่าเท่ากับ 0.8 ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง⁹ ให้คะแนน = + 1 หมายถึง เหมาะสมสอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์ให้คะแนน = 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ ให้คะแนน = - 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์จากนั้นนำคะแนนแต่ละข้อมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของ โรวินลลี และแสมเบลตัน ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Congruence: IOC) เมื่อนับคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมของการวิจัยครั้งนี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์การสอบถาม

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ ที่มาและความสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการ

เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแนะนำตัว ขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึก และขอความยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและความสำคัญ ของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย ความเสี่ยงและ ผลกระทบที่อาจจะได้รับ การป้องกันและแนวทาง ช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสี่ยง การปฏิบัติตัวของกลุ่ม ตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ผู้วิจัยมอบเอกสารคำชี้แจง อาสาสมัครให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่ออ่านทวนซ้ำ และ ประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในแบบแสดงความยินยอม

5. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศเป็น กันเอง สัมภาษณ์ตามแนวคำถามโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จัดสถานที่ สัมภาษณ์ในห้องที่มีมิติขจัดบรรยากาศผ่อนคลาย ใช้การ บันทึกเทป และการจดบันทึกในขณะสัมภาษณ์ ระยะเวลา ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 – 60 นาที

7. ผู้วิจัยทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่ที่ ทำการศึกษา สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศเป็น กันเอง ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเฝ้าดูปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมที่ดำเนินไปตามธรรมชาติบันทึกข้อมูล ระหว่างการสังเกตเป็นระยะ

8. ทำการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมที่กำหนด เก็บ รวบรวมผลลัพธ์ตามแผนการดำเนินการวิจัย

9. นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม วิเคราะห์สรุป อภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการ สอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยบาดเจ็บ กระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ใช้การ วิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ กระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง วิเคราะห์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลลัพธ์การนำใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการ ใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล

วิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยการแจก แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล วงรอบ ที่ 1 ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและ ดูแลต่อเนื่องบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับ คอส่วนล่าง ประกอบด้วยแนว ปฏิบัติการพยาบาล 9 แนว ปฏิบัติหลัก (แยกออกเป็น 19 แนวปฏิบัติย่อย) ได้แก่ แนว ปฏิบัติที่ 1 การประเมิน ADL Barthel Index แนวปฏิบัติ ที่ 2 การค้นหา Care giver จากการทำ Family genogram แนวปฏิบัติที่ 3 การเตรียมความพร้อม Care giver (แนวปฏิบัติย่อย 7 แนวปฏิบัติ) แนวปฏิบัติที่ 4 การ ประสานงานและเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลใกล้บ้าน แนวปฏิบัติที่ 5 การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก การนอนติดเตียง (แนวปฏิบัติย่อย 5 แนวปฏิบัติ) แนว ปฏิบัติที่ 6 การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ก่อน จำหน่าย แนวปฏิบัติที่ 7 การเตรียมบ้านและชุมชน แนว ปฏิบัติที่ 8 การลงข้อมูลในระบบ nRefer เพื่อเป็นช่องทาง สื่อสารอาการผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมของโรงพยาบาลใน เขตสุขภาพที่ 7 แนวปฏิบัติที่ 9 การโทรติดตามเยี่ยมหลัง จำหน่าย จากการสะท้อนผลลัพธ์การพัฒนาในวงรอบที่ 1 จึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ CNPG ในวงรอบที่ 2 คือ 1) มีการระบุ Pattern การเขียน Family genogram 2) มีเกณฑ์ระยะเวลาการเข้าสู่ระยะ พื้นฟูคือ 48 ชั่วโมงหลังสัญญาณชีพปกติ 3) จัดทำ Line วางแผนจำหน่าย 4) มีการติดต่อประสานงานโรงพยาบาล เครือข่ายใกล้บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูและจัดทำ Quality round ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและ ภายนอกโรงพยาบาล

2. ผลลัพธ์ของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องบาดเจ็บกระดูกสัน หลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการทำงานพบว่า มีประสบการณ์ ทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40 ประสบการณ์ในการ ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลักสูตร 4 เดือน ร้อยละ 20 ประสบการณ์ฝึกอบรมเฉพาะทางการ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังหลักสูตร 10 วัน ร้อย ละ 20 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นเพศชายร้อยละ 80 ช่วง อายุที่พบในการเข้ารับการรักษาอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อย ละ 50 ระดับการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคือ Cervical spine ระดับ 6-7 ร้อยละ 40 และคะแนน ADL Barthel index น้อยกว่า 75 ร้อยละ 100

2.1 ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล

2.1.1 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (mean = 5, S.D. = 2.6) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง จำแนกตามคำถาม (n=15)

ข้อ	คำถาม	ค่าเฉลี่ยคะแนน (mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความพึงพอใจ
1	ด้านความสะดวกในการใช้งาน	5	2.6	มากที่สุด
2	ด้านความครอบคลุมของเนื้อหา	5	2.6	มากที่สุด
3	ด้านความเหมาะสมของการนำมาใช้ใน หน่วยงาน	5	2.6	มากที่สุด
4	ด้านประสิทธิผลของการใช้นโยบาย	4.2	2.1	มาก
5	ความพึงพอใจโดยรวม	5	2.6	มากที่สุด

2.1.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการเข้ารับบริการโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 5, S.D. = 2.6) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการเข้ารับบริการโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง

ข้อ	คำถาม	ค่าเฉลี่ยคะแนน (mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความพึง พอใจ
1	ความเข้าใจในการวางแผนจำหน่าย	5	2.6	มากที่สุด
2	การได้รับข้อมูลครบถ้วนก่อนกลับบ้าน	5	2.6	มากที่สุด
3	การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย	5	2.6	มากที่สุด
4	คู่มือในการดูแลผู้ป่วย	5	2.6	มาก
5	ความต่อเนื่องของการบริการหลังจำหน่าย/ ระบบติดตามเยี่ยม	4.2	2.1	มากที่สุด

2.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

2.2.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง

ของพยาบาลวิชาชีพ 15 คน โดยใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า พยาบาลมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 98.11 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง

ข้อที่	แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล	
		จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1	การประเมิน ADL Barthel Index	30	100
2	การค้นหา Care giver จากการทำ Family genogram	30	100
3	การเตรียมความพร้อม Care giver	30	100
4	การประสานงานและเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลใกล้บ้าน	30	100
5	การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง	30	100

ข้อที่	แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	
		จำนวนครั้ง	ร้อยละ
6	การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ก่อนจำหน่าย	30	100
7	การเตรียมบ้านและชุมชน	30	100
8	การลงข้อมูลในระบบ nRefer เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารอาการผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7	28	93
9	การโทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย	27	90
รวม		265	98.11

2.3 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

2.3.1 LOS ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ปี 2561) มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 82.57 วัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องใช้เวลาพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน อันเนื่องมาจากความซับซ้อนของโรคและการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 1 ตั้งแต่ปี 2562-2564 พบว่า LOS ลดลง

อย่างต่อเนื่องค่าเฉลี่ย 27.78 และในการพัฒนาแนวปฏิบัติการรอบ 2 ในปี 2565 LOS ลดลงเหลือร้อยละ 12.90 เมื่อเทียบกับค่าพื้นฐานก่อนใช้แนวปฏิบัติ (ปี 2561) ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถลด LOS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น

ตัวชี้วัด	เกณฑ์มาตรฐาน	LOS	แปลผล
ระยะวันนอนรักษาเฉลี่ยในโรงพยาบาล	28		
- ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		82.57	สูงกว่าเกณฑ์
- หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 1		27.78	ต่ำกว่าเกณฑ์
- หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 2		12.90	ต่ำกว่าเกณฑ์

2.3.2 อัตราการ Re-admit หลังจำหน่าย 28 วัน ของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ปี 2561) ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่างมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 18.75 แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล

หลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ครั้งที่ 1 ตั้งแต่ปี 2562-2564 พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างชัดเจนเหลือเพียง 7.8 เมื่อมีการสะท้อนปัญหาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลรอบที่ 2 ในปี 2565 อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอีกครั้งเหลือเพียง ร้อยละ 5.00 ซึ่งถือว่าต่ำกว่าค่าพื้นฐานก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงอัตราการ Re-admit หลังจำหน่าย 28 วัน ของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น

ตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วย IMC ระดับคอส่วนล่าง	จำนวนผู้ป่วย Re-admit (ครั้ง)	ร้อยละ
อัตราการ Re-admit หลังจำหน่าย 28 วัน			
- ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	32	6	18.75
- หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 1	64	5	7.8
- หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 2	20	1	5

2.3.3 คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Index) ของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่างมี

ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL 25.67 คะแนน (S.D. = 6.85) อยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับ “พึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด” หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 52.43 คะแนน (S.D. = 8.12) อยู่ในช่วง 45 - 60 คะแนน จัดอยู่ในระดับ “พึ่งพาบางส่วน” ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง โรงพยาบาลขอนแก่น

รายการ	จำนวนผู้ป่วย (n)	ช่วงคะแนน ADL (คะแนน)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)
ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	30	0-30	25.67	6.85
หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	30	45-60	52.43	8.12

การอภิปรายผล (Discussion)

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง จากผลการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลพื้นฐาน พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่างเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนสูง ต้องได้รับการดูแลทั้งด้านการประเมินทางเดินหายใจ การประเมิน Motor-Sensory function การจัดทำป้องกันแผลกดทับ การ Immobilization ตลอดจนการจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่น Atelectasis และ Pneumonia ซึ่งสัมพันธ์กับการหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เนื่องจากก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ พยาบาลยังมีความไม่สม่ำเสมอในการประเมิน การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลต่อเนื่องส่งผลให้ LOS (Length of Stay) ยาวนาน และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ามาตรฐานที่ควรเป็น 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินการหายใจและทางเดินหายใจ การประเมินสมรรถภาพการเคลื่อนไหวและความรู้สึก การประเมิน ADL ตั้งแต่แรกเริ่ม การจัดทำนอนและพลิกตะแคง การใช้ Collar/Immobilization การดูแลระบบปัสสาวะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Continuity of Care และ Transitional Care Model หลังการอบรมและทดสอบแนวปฏิบัติ พยาบาล

สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถึงร้อยละ 98.11 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติถูกออกแบบให้ปฏิบัติได้จริง มีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้ในภาวะจริง และสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ยิ่งไปกว่านั้นพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (mean = 5, S.D. = 2.6) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและตอบโจทย์การทำงานจริงในทางคลินิก 3) ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง มีรายละเอียดดังนี้ ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจสูงต่อการใช้งานแนวปฏิบัติการพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน แสดงถึงคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นและความต่อเนื่องในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 98.11 ซึ่งสะท้อนว่าสามารถทำให้กระบวนการพยาบาลเป็นไปอย่างเป็นระบบลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกันผลลัพธ์ด้านการพยาบาล LOS ลดลงจากค่าเฉลี่ย 82.57 วัน (ก่อนใช้แนวปฏิบัติ) เหลือ 27.78 วัน ในการใช้แนวปฏิบัติครั้งที่ 1 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12.90 ในรอบการพัฒนาครั้งที่สอง การลด LOS อาจเนื่องมาจากพยาบาลมีแนวทางการดูแลที่เป็นระบบตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงก่อนจำหน่าย ช่วยให้ทีมสหสาขา (Multidisciplinary team) วางแผนฟื้นฟูได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีสุตา และคณะ¹⁰ ที่รายงานว่าการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยลดวันนอนเฉลี่ยลงได้ถึงร้อยละ 25 ภายในหนึ่ง

ปี อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงจากร้อยละ 18.75 เหลือเพียงร้อยละ 7.8 และลดลงอีกครั้งเป็นร้อยละ 5.00 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติรอบที่ 2 อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ลดลงอย่างชัดเจนภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายมีความต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและความจำเป็นต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) ที่เน้นความต่อเนื่องของข้อมูลและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย¹¹ คะแนน ADL เพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 25.67 คะแนน (ระดับพึ่งพาเกือบทั้งหมด) เป็น 52.43 คะแนน (ระดับพึ่งพาบางส่วน) ซึ่งเป็นหลักฐานสำคัญว่าสามารถเพิ่มสมรรถภาพการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL แสดงถึงประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในบ้าน และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนภายหลังกลับบ้านซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith, Johnson, และ Lee¹² ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยไขสันหลังมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 35 ภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะในด้านต่างๆไว้ 2 ลักษณะคือ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติจริง มีการกำกับติดตาม นิเทศและประเมินผลผลลัพธ์การพยาบาล และนำสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความทันสมัยและใช้งานได้จริง นอกจากนี้ ควรนำไปใช้ในการพัฒนาและประเมินสมรรถนะพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอส่วนล่าง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป: ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในรูปแบบ โปรแกรมดิจิทัลหรือแอปพลิเคชัน (Digital Discharge Planning System) เพื่อช่วยในการติดตามผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล ADL และการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และควรทำการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากโรงพยาบาลขอนแก่น ขอขอบคุณ พว.พินรัฐ จอมเพชร รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล พว.ดร.ผนิกรแก้ว คลังคา รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ และรองประธานคณะกรรมการวิจัยฝ่าย R2R พว.สุภาพร ตันติ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และ พว.ดุสิตา เหมทะยาน หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ที่ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิจัย กระบวนการวิจัย จนทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งขอขอบคุณทีมพยาบาลหอผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลขอนแก่น ในการช่วยประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Statistics of spinal cord diseases. Bangkok: Neurological Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2017.
2. Sooksuphasert N. Roles of counseling psychologists in psychological rehabilitation of patients with spinal cord injury and their families. Ratchasuda College Journal for Research and Development of Persons with Disabilities. 2019;15(2):105–15.
3. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Rehabilitation practice guidelines for persons with spinal cord injury. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing Co., Ltd.; 2013.
4. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. Qual Health Res. 2012;22(10):1435–43.
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
6. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301–9.
7. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

8. Wongwanich S. Construction of questionnaires and research instrument quality assessment. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011.
9. Jusoh Z, Zubairi AM, Badrasawi JI. Validity evidence using expert judgement: A study of using item congruence involving expert judgements for evidence for validity of a reading test. *Al-Shajarah*. 2018;(Special Issue):307–20.
10. Srisuda P, Pongpipat and colleagues. Effects of discharge planning on activities of daily living among patients with chronic illness in a tertiary hospital. *Thai Nursing Journal*. 2021;36(2):45–58.
11. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219–21.
doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
12. Smith J, Johnson R, Lee K. The effectiveness of family-centered discharge planning on functional recovery in spinal cord injury patients. *J Rehabil Nurs*. 2021;46(3):150–8.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ: กรณีศึกษา 2 ราย

จันทร์สุดา สิงห์ธานี พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: มะเร็งไทรอยด์ หากอยู่ในระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่รอบด้าน การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลถูกต้อง และครบถ้วน จะป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปั่นปุดสภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณี จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตและเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ศึกษาและทบทวนข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและแพทย์ผู้ให้การรักษา

ผลการศึกษา: พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ 1) ก่อนตรวจ 2) ขณะตรวจ และ 3) หลังตรวจ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานำไปจัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาลโรคมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมด รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลาม, การผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Patients with Advanced Thyroid Cancer and Comorbidities Undergoing Total Thyroidectomy with Neck Lymph Node Dissection: A Case Study of Two Patients

Chunsuda Singthanee, B.N.S.*

Abstract

Introduction: Advanced thyroid cancer requires comprehensive nursing care. Correct and complete application of the nursing process can prevent complications, promote recovery, and enhance patients' quality of life.

Objective: To compare the application of the nursing process in caring for patients with advanced thyroid cancer and comorbidities undergoing total thyroidectomy with neck lymph node dissection

Methods: This case study involved two patients with advanced thyroid cancer and comorbidities who underwent total thyroidectomy with neck lymph node dissection. Data were collected through interviews, observations, and patient medical records. Content analysis was conducted, and findings were reviewed and discussed with the multidisciplinary team and treating physicians.

Results: The two cases differed in baseline characteristics, risk factors, and complications. Nursing care was provided across three phases: 1) preoperative, 2) intraoperative, and 3) postoperative. This approach ensured patient safety, prevented complications, enhanced understanding of the disease, promoted self-care, and improved quality of life.

Conclusion and Recommendations: The findings can inform the development of nursing standards for advanced thyroid cancer patients undergoing total thyroidectomy and serve as a guideline for developing and evaluating registered nurses' knowledge and skills.

Keywords: Nursing care, advanced thyroid cancer, total thyroidectomy

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

มะเร็งไทรอยด์ เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั่วโลก โดยรายงานขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ปี พ.ศ.2563 ระบุว่า มีอุบัติการณ์ 1.9 คน ต่อแสน ประชากร¹ ในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 43,720 ราย เสียชีวิตประมาณ 2,120 ราย²จากสถิติโรคมะเร็งไทรอยด์ของประเทศไทย ในประเทศไทยมีรายงานพบมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้นเป็น 6.9 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 1.6 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วง ปี พ.ศ. 2562 - 2564 เทียบจาก 5.6 คน ต่อประชากร 100,000 ราย ในผู้หญิง และ 1.4 คนต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วง ปี พ.ศ. 2559 - 2561 ในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2564 เทียบจาก 5.6 คน ต่อประชากร 100,000 ราย ในผู้หญิง และ 1.4 คนต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วง ปี พ.ศ. 2559 - 2561³ มะเร็งไทรอยด์ในเพศหญิง พบมากเป็นอันดับที่ 6 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง เมื่อแยกอุบัติการณ์ตามรายภูมิภาคของประเทศไทยพบว่า ภาคกลางมีอุบัติการณ์สูงสุด อัตราอุบัติการณ์ในเพศหญิงและชายเท่ากับ 9.7 ราย และ 2.1 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ³ โรคมะเร็งไทรอยด์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในต่อมไทรอยด์ พัฒนากลายเป็นเนื้อร้าย สามารถเกิดได้กับต่อมไทรอยด์ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา รวมทั้งในเนื้อเยื่อที่เชื่อมต่อนทั้งสองข้าง ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง เคยได้รับรังสีรักษา หรืออายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 60 ปี แล้วพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ควรได้รับตรวจรักษาเพิ่มเติม⁴ การรักษา มะเร็งไทรอยด์ ได้แก่ ผ่าตัด การใช้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง การทำเคมีบำบัด การฉายรังสี การรับประทานยาฮอร์โมนไทรอยด์ การรักษาด้วยไอโอดีน-131 เป็นต้น⁵ ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยไอโอดีน-131 ได้แก่ ภาวะไทรอยด์ต่ำ (Hypothyroidism) หรือเสี่ยงต่ออาการทางตาเพิ่มขึ้น รวมถึงภาวะโซเดียมต่ำรุนแรงถึงขั้นวิกฤตได้ หลังการรักษาควรมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจติดตาม ผลเลือดไทรอยด์และปรับยาตามความเหมาะสม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและคนรอบข้าง⁶

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ให้บริการผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด จากสถิติ

โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งไทรอยด์เข้ารับการรักษารวม 1,079, 1,063 และ 1,186 รายตามลำดับ โดยผู้รับบริการที่ห้องตรวจ หู คอ จมูก ปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวน 987, 985 และ 1,079 รายตามลำดับ⁷ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ 1) การดูแลรักษาพยาบาล 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การฟื้นฟูสภาพ 4) การส่งเสริมสุขภาพ โดยครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ส่งเสริมให้เกิดพลังในทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด และเข้ารับการรักษารักษาที่ห้องตรวจ หู คอ จมูก จำนวน 2 ราย เพื่อวางแผนพยาบาลและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมถึงปัญหาทั้ง 4 มิติ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ

วิธีการดำเนินการศึกษา: การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รับรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 8 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา:

นำเสนอผลการเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดดังนี้

ต่างๆ และการรักษาที่ได้รับ เปรียบเทียบข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ

รวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ผลการตรวจพิเศษ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจพิเศษต่างๆ ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	65 ปี	66 ปี
น้ำหนัก/ ส่วนสูง	63 กิโลกรัม/158 เซนติเมตร	45.8 กิโลกรัม/173 เซนติเมตร
การศึกษา อาชีพ รายได้	สำเร็จการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ 1,000 บาท/เดือน	สำเร็จการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ 1,000 บาท/เดือน
ประวัติโรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เก๊าท์	โรคเบาหวาน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน	ปฏิเสธโรคประจำตัวในครอบครัว
ประวัติการแพ้ยา และอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร
ประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่	ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง ไม่สูบบุหรี่	ปฏิเสธการดื่มสุราและปฏิเสธการสูบบุหรี่
อาการสำคัญ	มีก้อนที่คอ เสี่ยงแหบเป็นมา 1 ปี	พบก้อนที่คอโตขึ้น เป็นมา 2 เดือน
ประวัติการเจ็บป่วย	1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนที่คอ เสี่ยงแหบ รักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม CT neck ผลการตรวจ Suspicious Malignant neoplasm of thyroid gland with Left Cervical Lymph Node (CLN) Metastasis จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น	ปี พ.ศ.2553 เคยผ่าตัดก้อนที่คอไปตรวจไม่ได้ติดตามการรักษาต่อ 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล พบก้อนที่คอโตขึ้น ไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ ไม่ไอ น้ำหนักลด 15 กิโลกรัม ไปรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้ทำ FNA ผลตรวจ Metastasis carcinoma to neck node (Primary CA thyroid/lung และได้ทำ CT Scan ผลตรวจ 1.Lung Mass 2.Atelectasis with adjustment lung fibrosis ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น
การวินิจฉัยโรค	Malignant neoplasm of thyroid gland	Malignant neoplasm of thyroid gland
ผลการตรวจร่างกาย	รู้สึกตัว รู้เรื่องดี ไม่เหนื่อย เสี่ยงแหบ การประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5°C อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/79 mmHg	รู้สึกตัว รู้เรื่องดี ไม่เหนื่อย ไม่หอบ การประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5°C ชีพจร 62 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/69 mmHg ไม่มีไข้ ไม่ไอ รูปร่างผอมรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด 15 กิโลกรัม
Scan (CT)/FNA	Suspicious Malignant neoplasm of thyroid gland with Left Cervical Lymph Node (CLN) Metastasis	1) Lung Mass 2) Atelectasis with adjustment lung fibrosis] FNA ผลตรวจ Metastasis carcinoma to neck node (Primary CA thyroid/lung)

การรักษาที่ได้รับ	ผ่าตัดวันที่ 29 พฤษภาคม 2567: Total thyroidectomy with left neck dissection ส่งต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วยไอโอดีนกัมมันตรังสี (RAI)	แผนการรักษาคือ ส่งมาปรึกษาที่แผนกหูคอ จมูก เพื่อทำ Cervical lymph node biopsy ผลชิ้นเนื้อพบว่า Papillary thyroid carcinoma, metastasis papillary carcinoma In eighteen lymph nodes การผ่าตัดครั้งที่ 1 (1 พฤษภาคม 2567) : Total thyroidectomy with left neck dissection การผ่าตัดครั้งที่ 2 (8 พฤษภาคม 2567): Tracheostomy ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วยไอโอดีนกัมมันตรังสี (RAI)
การจำหน่าย	แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ มีนัดติดตาม ครั้งต่อไปอีก 90 วัน	แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ มีนัดติดตาม อาการครั้งต่อไปอีก 90 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายมีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เป็นเพศชายวัยผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ไม่มีอาชีพ รายได้เท่ากัน และมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองอย่างเหมาะสม โดยตระหนักว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามและจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทั้งสองรายมีประวัติด้านสติปัญญา การรับรู้ การรับข้อมูลสุขภาพ การปฏิบัติตามนัดหมายและการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังนับถือศาสนาพุทธเหมือนกันและมีความเชื่อทางศาสนาไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทางคลินิกใน ตารางที่ 1 พบความแตกต่างด้านความรุนแรงของโรคและผลการตรวจพิเศษที่สำคัญ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีหลักฐานของมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ลุกลามเฉพาะที่และกระจายต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 พบการกระจายของโรคไปยังปอด (Lung mass) มีภาวะ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่า เป็นโรคมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลาม ต้องได้รับการผ่าตัด ติดตามอาการหลังผ่าตัด และรับยาต่อเนื่อง	ผู้ป่วยรับรู้ว่า เป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลามไปบริเวณอื่น มาตามแพทย์นัดเพื่อผ่าตัด ติดตามอาการหลังผ่าตัด และรับยาต่อเนื่อง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

ปอดแฟบ (Atelectasis) และจำเป็นต้องได้รับการทำ Tracheostomy เพิ่ม เพื่อเปิดทางเดินหายใจ เนื่องจากมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคที่มากกว่าอย่างชัดเจน ในด้านการรักษา ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัดตัดต่อมไทรอยด์ทั้งหมดร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ และถูกส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยไอโอดีนกัมมันตรังสี (RAI) เช่นเดียวกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ต้องเข้ารับการผ่าตัด Tracheostomy เพิ่ม ส่งผลให้การฟื้นตัวและการดูแลหลังผ่าตัดมีความซับซ้อนมากกว่า

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ผลการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของกอร์ดอน Gordon⁸ เปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียด ดังในตารางที่ 2

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนครบ 3 มื้อ รับประทานได้น้อยน้ำหนัก 63 กก. BMI 25.24	ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลา น้ำหนัก 45.8 กก. BMI 15.3	กรณีศึกษารายที่ 1 โภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 รับประทานอาหารได้น้อย BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ มีภาวะขาดสารอาหาร
3. การขับถ่าย	สามารถขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้เอง	สามารถขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้เอง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย เพลีย	ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง แต่มีอาการเหนื่อยง่าย เพลีย เนื่องจาก น้ำหนักลดลง สามารถเดินรอบบ้านได้ ทำงานได้เล็กน้อย	กรณีศึกษารายที่ 1 ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย กรณีศึกษารายที่ 2 ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง แต่มีอาการเหนื่อยง่าย เพลีย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาในการนอน	นอนหลับวันละ 4-5 ชั่วโมง นอนไม่ค่อยหลับ หลับไม่สนิท บางวันตื่นมากลางดึก	กรณีศึกษารายที่ 1 การนอนหลับปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ผู้ป่วยหลับไม่สนิท ทำให้ตื่นกลางดึก
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งไทรอยด์ และมาตามนัด	อ่านหนังสือออกเขียนหนังสือได้ ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งไทรอยด์ และมาตามนัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีปัญหาสถิติปัญหาและการรับรู้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคนในครอบครัวช่วยดูแล กังวลกลัวเป็นภาระ	รับทราบว่าตนเองเจ็บป่วย ต้องมาตามนัดบ่อยๆ กลัวอยู่บ้านจะเป็นภาระครอบครัว กังวลเรื่องการมาตรวจตามนัด ทุกๆ 3 เดือน เพื่อเปลี่ยนท่อเจาะคอ และกังวลเรื่องภาพลักษณ์	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการรับรู้ที่ตนเองป่วย แต่มีความกลัว กังวลจะเป็นภาระครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 มีความกังวลเรื่องภาพลักษณ์
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัว ในครอบครัวมีสัมพันธภาพดี รักใคร่กันดี	เป็นหัวหน้าในครอบครัว ในครอบครัวมีสัมพันธภาพดี รักใคร่กันดี	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในครอบครัวมีสัมพันธภาพดี รักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีเพศสัมพันธ์	ไม่มีเพศสัมพันธ์	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เพศและการเจริญพันธุ์เหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม	มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วย มะเร็งในระยะลุกลามเหมือนกัน

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
11. ค่านิยมและความเชื่อ	ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน มีความเชื่อไม่แตกต่างกัน

จากตารางที่ 2 พบว่า แบบแผนที่มีความสอดคล้องกันระหว่างกรณีศึกษาทั้งสองราย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งไทรอยด์ระยะลุกลามและตระหนักถึงความจำเป็นของการรักษาต่อเนื่อง ไม่พบปัญหาในแบบแผนการขับถ่าย การรับรู้และสติปัญญา ทั้งสองรายสามารถอ่าน-เขียน เข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์ และปฏิบัติตามนัดหมายได้ดี นอกจากนี้ยังมีสัมพันธภาพครอบครัวที่ดีและมีการสนับสนุนเพียงพอ รวมถึงมีความเชื่อและค่านิยมทางศาสนาที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้มีแรงสนับสนุนด้านจิตใจเหมาะสม และสามารถเผชิญความเครียดจากโรคได้ในระดับหนึ่ง แม้จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระครอบครัวและความเจ็บป่วยอยู่บ้างก็ตาม ในแบบแผนด้านโภชนาการ กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการรับรู้ตนเอง มีความแตกต่าง

เด่นชัด โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะโภชนาการปกติ ทำกิจกรรมได้ ไม่เหนื่อยง่าย และนอนหลับเพียงพอ ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีน้ำหนักลดลงมากจนเกิดภาวะทุพโภชนาการ (BMI ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมาก) มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และมีปัญหาการนอนหลับไม่สนิท อีกทั้งยังมีความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการมีท่อเจาะคอ ซึ่งส่งผลต่อแบบแผนอัตมโนทัศน์มากกว่ารายแรก

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

นำข้อมูลจากการประเมิน สู่การวิเคราะห์สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 2) การพยาบาลขณะตรวจ และ 3) การพยาบาลระยะหลังตรวจ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามระยะการพยาบาล รายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ	1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งไทรอยด์	✓	✓
	2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	✓	✓
	3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจาก On Tracheostomy tube room air มีเสมหะเหนียวจำนวนมาก	-	✓
การพยาบาลขณะตรวจ	4. ไม่สุขสบายปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด	✓	✓
	5. มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอาจกระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์	✓	✓
	6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	✓	✓
การพยาบาลระยะหลังตรวจ	7. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	✓	✓
	8. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	-	✓

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเรื้อรัง ไทรอยด์ 2) ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 3) ไม่สุขสบายปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด 4) มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอาจกระทบกระเทือนต่อมพารา

3. การพยาบาลและการประเมินผล

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 3 โดยเรียงตามลำดับความสำคัญและระยะการพยาบาล ได้นำเสนอข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล และการประเมินผล รายละเอียดดังนี้

3.3.1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ

3.3.1.1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเรื้อรัง ไทรอยด์ เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นแนวทางการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทาง และสอบถามความกังวลใจของผู้ป่วย 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัว และพูดคุยด้วยความเป็นกันเองสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาล แสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ 3) อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติรับฟังร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหืดเรื้อรัง ไทรอยด์ และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และ 4) ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถามได้ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง เข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคหืดเรื้อรัง ไทรอยด์ได้ถูกต้อง

3.3.1.2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล มีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดหืดเรื้อรัง ไทรอยด์ ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะแก้ไขภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง และ

ไทรอยด์ 5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และ 6) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหืดเรื้อรัง ไทรอยด์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน พบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจาก On Tracheostomy tube room air มีเสมหะเหนียวจำนวนมาก และ 2) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด อธิบายถึงกระบวนการเข้าห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ในการผ่าตัด 2) อธิบายวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวร่างกาย ดังนี้ 2.1) การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้า 2.2) อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกายโดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย ไม่มีความรู้สึกเจ็บ 2.3) อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด และบอกถึงสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการมีแผลผ่าตัดที่คอดยาวประมาณ 5 - 6 เซนติเมตร และจะมีรอยแผลเล็กๆ จากแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือด และสารคัดหลั่งจากแผล 2.4) ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยใช้ Pain score เพื่อผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความปวด การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย 1) มีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง 2) ยอมรับการผ่าตัดและการรักษาของแพทย์ โดยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และ 3) ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

3.3.1.3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีเสมหะเหนียวจำนวนมาก (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 2) เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินอาการพร่องออกซิเจน ได้แก่ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ปีกจมูกบาน อัตราการหายใจ สีผิว และติดตามค่า SpO₂ 2) ประเมินลักษณะเสมหะ ได้แก่ ปริมาณ สี ความเหนียว และกลิ่น 3) จัดท่านอนศีรษะสูง (Semi-Fowler's position) เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก ลดเสมหะคั่ง 4) ดูดเสมหะ (Suction) ตามความจำเป็น โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ 5) ดูแลท่อเจาะคอและทำความสะอาดรอบแผลป้องกันการติดเชื้อและการอุดตัน 6) สอนผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับวิธีดูแลท่อเจาะ

คอและการสังเกตอาการพร่องออกซิเจน การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ค่า SpO₂ คงที่ $\geq 95\%$ ไม่มีภาวะเขียวคล้ำ ญาติสามารถอธิบายวิธีการดูแลต่อเจาะคอและการเฝ้าสังเกตอาการพร่องออกซิเจนได้ถูกต้อง

3.2 การพยาบาลขณะตรวจ

3.2.1 ไม่สุขสบายปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด เป้าหมายการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยสุขสบาย กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความรุนแรง ความปวดของแผลผ่าตัดโดยใช้ Pain score ชักถามและสังเกตอาการปวด 2) สังเกตอาการแสดงของความปวด เช่น หน้าบึ้ง กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อออก ชีพจร/ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง 3) จัดท่าที่เหมาะสม ลดการดึงของแผลผ่าตัด เช่น ทำนอนศีรษะสูงเล็กน้อย 4) แนะนำและส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจช้าๆ ลึกๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ (ฟังเพลง ฟุดคุย อ่านหนังสือ) 5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลหลังได้รับยา 6) ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และ 7) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับความปวดลดลง สีหน้าผ่อนคลาย ไม่บ่งบอกถึงความเจ็บปวด สามารถเคลื่อนไหวและหายใจได้สะดวกขึ้น

3.2.2 มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอาจกระทบกระเทือนต่อมพาราไทรอยด์ เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อบำรุงภาวะสมดุลของแคลเซียมในร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เหนื่อยง่าย ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ อาการชาตามใบหน้า มือ แขน ขา กล้ามเนื้อกระตุก ตะคริว อาการชัก หรือหายใจลำบาก 2) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Serum calcium, Serum albumin และ Electrolytes 3) เฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยเฉพาะชีพจรและการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ (Arrhythmia) 4) ดูแลให้ได้รับ Calcium supplement (เช่น Calcium gluconate) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการเตือนภาวะแคลเซียมต่ำ และการรับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ 6) ส่งเสริมโภชนาการ โดยแนะนำอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น

นม ปลาเล็กปลาน้อย งา เต้าหู้ และผักใบเขียว และ 7) ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบอาการชาหรือกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก สามารถบอกวิธีสังเกตอาการภาวะแคลเซียมต่ำและแนวทางการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

3.3 การพยาบาลระยะหลังตรวจ

3.3.1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เป้าหมายทางการพยาบาล คือ แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินแผลผ่าตัดทุกวันหรือทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าปิดแผล โดยสังเกตลักษณะ สี กลิ่น ปริมาณน้ำเหลืองและการอักเสบ 2) ประเมินสัญญาณชีพ 3) ทำความสะอาดแผลผ่าตัดโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) 4) ส่งเสริมการล้างมือทั้งพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ ก่อนและหลังสัมผัสแผล และ 5) ให้คำแนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด ปลอดเชื้อ และลดความเสี่ยงจากแหล่งเชื้อโรค การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลสะอาดแห้ง ไม่มีหนอง ไม่บวมแดง สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลแผลและสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง

3.2.2 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระยะเฝ้าระวังเมื่อกลับบ้าน เป้าหมายการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีความเข้าใจในปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพราะผู้ป่วยจะต้องควบคุมอาหารโดยเฉพาะอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรืออาหารรสจัดสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จดสัตว์ปีกในโรคเก๊าท์ 2) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่ควรหยุดยาเอง 3) ผู้ป่วยสามารถบริหารคอ เอียงซ้าย เอียงขวา ก้มและเงยหน้าได้ตามปกติ 4) ถ้ามีอาการไข้สูง แผลบวมแดง หรือเลือดออกจากแผล กลืนลำบาก มีการกระตุก บริเวณใบหน้า หรือมีอาการอ่อนเพลีย ให้มาพบแพทย์ทันที 5) อาการเสียงแหบ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าเป็น ภาวะสายเสียงอักเสบชั่วคราว สามารถเกิดได้ในระยะหลังผ่าตัด แล้วสายเสียงจะกลับมาทำงานเหมือนเดิมในระยะ 6 เดือน แต่ทั้งนี้อาจมีการเกิดสายเสียงอักเสบถาวร ซึ่งผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาตามนัดให้ตรงนัดหมาย หากมีฐานะสามารถโทรประสานมาเลื่อนนัดได้ 6) ภาวะแคลเซียมต่ำ อาจเกิดกับผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดได้ ซึ่งเป็นภาวะแคลเซียมต่ำชั่วคราว ผู้ป่วยต้องได้รับยาแคลเซียม และวิตามินดี และสามารถหยุดยาได้เมื่อระดับแคลเซียมปกติ ซึ่งผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาตามนัด 7) ควรพักผ่อน ในเวลากลางวันอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง และ 6 - 8 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน และ 8) แนะนำการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการรักษามะเร็งไทรอยด์ จะต้องพิจารณาจากผลตรวจชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ โดยให้ข้อมูลเบื้องต้น เช่น การรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน หรือการรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยทราบเบื้องต้นในการมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 มีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง

3.3.3 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (เฉพาะกรณีศึกษารายที่ 2) เป้าหมายทางการพยาบาล คือ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) สังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือกระสับกระส่าย 2) ประเมินสัญญาณชีพ 3) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา 4) ดูแลให้ได้รับยาลดน้ำตาล/อินซูลินตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา และ 5) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการควบคุมอาหาร เช่น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด พุดคุยให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติให้เข้าใจเรื่องด้วยระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นมีผลต่อการหายของแผลผ่าตัด หรืออาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ DTX 120 mg % อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง

สรุปผลกรณีศึกษา:

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 65 ปี มีประวัติก้อนที่คอและเสียงแหบ 1 ปี ตรวจพบ Suspicious papillary carcinoma ร่วมกับ Cervical lymph node metastasis ได้รับการผ่าตัด Total thyroidectomy with left neck dissection และส่งต่อเพื่อรักษาด้วย RAI มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และเก๊าท์ นอนโรงพยาบาล 7 วัน มาติดตามต่อเนื่อง พบความวิตกกังวล นอนไม่หลับและปวดแผลผ่าตัด

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 66 ปี พบก้อนที่คอ 2 เดือน น้ำหนักลด 15 กิโลกรัม ตรวจพบ Papillary thyroid

carcinoma with CLN metastasis มีโรคร่วมคือเบาหวาน ได้รับการผ่าตัด Total thyroidectomy with left neck dissection และ Tracheostomy นอนโรงพยาบาล 10 วัน พบภาวะเสี่ยงต่อพร่องออกซิเจน น้ำตาลในเลือดสูง แคลเซียมต่ำ พร่องการดูแลตนเอง สื่อสารบกพร่อง และมีความวิตกกังวล ปวดแผลหลังผ่าตัด

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลตามกรอบกระบวนการพยาบาล ครอบคลุม 3 ระยะ ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้แก่ 1) ระยะก่อนตรวจ กรณีศึกษาทั้งสองราย มีความวิตกกังวล จากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่วนที่แตกต่าง คือ กรณีที่ 2 เสี่ยงพร่องออกซิเจนจาก Tracheostomy 2) ระยะขณะตรวจ กรณีศึกษาทั้งสองราย ปวดแผลผ่าตัด ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ส่วนที่แตกต่าง คือ กรณีที่ 2 เสี่ยงพร่องออกซิเจนจากการใส่ Tracheostomy 3) ระยะหลังตรวจ/วางแผนจำหน่าย กรณีศึกษาทั้งสองราย พบเสี่ยงติดเชื้อแผลผ่าตัด ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้าน ส่วนในกรณีศึกษาที่ 2 พบความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้ น้ำตาลในเลือดสูงจากการควบคุมไม่ดี การสื่อสารบกพร่องเนื่องจาก Tracheostomy ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จากอาการเหนื่อยง่าย

การอภิปรายผล: จากการศึกษกรณีผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ทั้ง 2 ราย พบว่า การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ร่วมกับการรักษาต่อเนื่องด้วยไอโอดีนกัมมันตรังสี (RAI) แต่ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่าง ทั้งด้านภาวะแทรกซ้อน โรคร่วม และความสามารถในการดูแลตนเอง

ด้านคลินิกและภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษารายที่ 1 พบภาวะ Hypercalcemia และมีความเสี่ยงอุดกั้นทางเดินหายใจหลังผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่า ได้แก่ True vocal cord paralysis, Tracheostomy, Hypocalcemia, น้ำตาลในเลือดสูง และการสื่อสารบกพร่อง ส่งผลให้ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและใกล้ชิดกว่า

ด้านร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพ: ทั้งสองรายมีโรคประจำตัว (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหายของแผลและการติดเชื้อ โดยเฉพาะรายที่ 2 ที่มีน้ำหนักลดและภาวะทุพโภชนาการ จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า

ด้านจิตใจ: ผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะวิตกกังวลจากความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman⁹ ที่ชี้ว่าความรู้และทักษะในการเผชิญสถานการณ์สามารถช่วยลดความเครียดได้

สรุปได้ว่า แม้ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคและแนวทางการรักษาที่คล้ายกัน แต่ความแตกต่างด้านภาวะแทรกซ้อน โรคร่วม และปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจทำให้ความต้องการด้านการพยาบาลแตกต่างกัน การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยฟื้นฟูได้อย่างมีคุณภาพ และลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะ: นำผลการศึกษาไปจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติการพยาบาล หรือใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลสำหรับพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลเซอร์ต่อมน้ำเหลือง

กิตติกรรมประกาศ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ที่กรุณาให้การสนับสนุนและคำแนะนำ รวมถึงผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในระยะลุกลามและมีภาวะโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งไทรอยด์ออกทั้งหมดร่วมกับการเลเซอร์ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac>
2. American Cancer Society. Key statistics for thyroid cancer [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/thyroid-cancer/about/key-statistics.html>
3. Rojananamat J, Suwanamajo P, Sittichaiyos J, Sawatdipong J, Cancer Registry Group, National

Cancer Institute. Cancer statistics report. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2021.

4. National Cancer Institute, Ministry of Public Health. Guidelines for the diagnosis and treatment of thyroid cancer. Bangkok: Khosit Printing; 2015.
5. Usanee T. Mastering radioiodine therapy for thyroid cancer [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.wattanosothcancerhospital.com/all-about-cancer/treatment-with-radioiodine-iodine-131>
6. Pithaporn W. Pre- and post-care for patients undergoing Iodine-131 therapy for hyperthyroidism [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-283>
7. Medical Records and Health Information Department, Khon Kaen Hospital. Hospital data report as of 12 June 2025. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2025.
8. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. New York: McGraw-Hill; 1994.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา 2 ราย

นิตรกร สอนภริมย์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2566 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ชาย อายุ 47 ปี HbA1C 5.4%-5.6% BMI 28.3 ควบคุมอาหาร 2 คาร์บ/มื้อ ออกกำลังกาย >150 นาที/สัปดาห์ มีภรรยาเป็นผู้ดูแล เชื่อว่าโรคควบคุมได้ด้วยตนเอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องการการส่งเสริมให้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 หญิง อายุ 48 ปี HbA1C 14.7%-12.5% BMI 35.1 รับประทานอาหาร 4 คาร์บ/มื้อ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เชื่อว่าโรคเป็นเรื่องของโชคชะตา มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนทางไต ต้องการการสนับสนุนด้านแรงจูงใจ ดังนั้น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จัดกิจกรรม MBBi 4 ครั้ง ประกอบด้วย สมาธิและจัดการความเครียด สติการกิน สติในการเคลื่อนไหว และการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน หลังการพยาบาล 1 ปี 5 เดือน กรณีที่ 1 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ กรณีที่ 2 ระดับน้ำตาลสะสมลดลง เบาหวานขึ้นจอประสาทตาดีขึ้นเป็นปกติทั้งสองรายการทำงานของไตและระดับไขมันในเลือดดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ: ระบบบริการทางการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเรียนรู้และตัดสินใจลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรค พยาบาลควรมีการประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง โดยการชี้แนะ สอน สนับสนุน และส่งเสริม เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, กระบวนการพยาบาล, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม, MBBi

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง

Nursing Care for Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Two-Case Study

*Nitakorn Sonpirom, B.N.S.**

Abstract

Background and Significance: Type 2 diabetes mellitus is a major public health concern. Poor glycemic control can lead to complications and reduced quality of life. Effective nursing care is crucial for ensuring patient safety and improving overall quality of life

Objective: To compare the application of the nursing process in caring for patients with type 2 diabetes mellitus

Methods: This study employed a two-case study design, comparing patients with good and poor glycemic control at the Diabetes Clinic, Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province, from September 19, 2023, to February 20, 2025. Data collection instruments included a nursing process record form, Gordon's 11 functional health patterns assessment, and the Barthel Index for activities of daily living (ADL). Data were collected through interviews, physical examinations, continuous follow-up, and application of the five-step nursing process.

Results: Case 1 was a 47-year-old man with HbA1c 5.4%-5.6%, BMI 28.3, consuming 2 carbohydrate portions per meal, and exercising >150 minutes per week. He was cared for by his wife, perceived his disease as manageable, had no complications, and required ongoing self-care support. Case 2 was a 48-year-old woman with HbA1c 14.7%-12.5%, BMI 35.1, consuming 4 carbohydrate portions per meal, exercising irregularly, and lacking family support. She believed the disease was a matter of fate, had severe diabetic retinopathy and kidney complications, and required motivational support. Both patients participated in four MBBI sessions, including meditation and stress management, mindful eating, mindful movement, and daily mindfulness practice. After 1 year and 5 months, Case 1 achieved disease remission, while Case 2 showed improved glycemic control, normalization of retinopathy, and improved kidney function and blood lipid levels.

Conclusion and Recommendations: Nursing care guided by Orem's self-care theory helps patients with type 2 diabetes mellitus learn and make informed decisions to manage their condition. Nurses should provide continuous assessment and follow-up, involving patients and families in self-care planning through guidance, education, support, and encouragement to maintain health and quality of life.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, nursing process, Orem's self-care theory, MBBI

* Registered Nurse, Professional Level, Nam Phong Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามรายงานของ International Diabetes Federation (IDF) Atlas Edition¹ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในกลุ่มอายุ 20-79 ปี จำนวน 537 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุก 10.5% ของประชากรโลก และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี 2030 คิดเป็นอัตราความชุก 11.3% และ 783 ล้านคนในปี 2045 คิดเป็นอัตราความชุก 12.2%² สำหรับประเทศไทย ตามข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วยเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3.4 แสนคนต่อปี หรือเฉลี่ย 928 คนต่อวัน³ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลระดับประเทศพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 36.4 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ได้ตามเป้าหมาย ส่วนอำเภอน้ำพอง จากข้อมูลระบบ Health Data Center (HDC) และรายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลน้ำพอง ประจำปี 2565-2566 พบว่า จากประชากรทั้งหมด 109,874 คน มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 89,245 คน และมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 8,160 คน คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 9.1⁴ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานนี้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียง 2,351 คน (ร้อยละ 28.81) ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตจากเบาหวาน โรคตาจากเบาหวาน และโรคประสาทจากเบาหวาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ

กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้บรรลุเป้าหมายการรักษา การศึกษาของ ศิริพรและคณะ⁵ พบว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้ประสานงานหลักในการติดตามและประเมินผลรวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ภาวะเบาหวานสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor และคณะ⁶ ที่พบว่าทีมพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสมสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จในการทำให้อายุผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบได้ถึงร้อยละ 52

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบกรณีที่น่าสนใจของผู้ป่วยเบาหวาน 2 ราย ที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน แต่มีผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างกันอย่าง

ชัดเจน โดยผู้ป่วยรายแรกสามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ต่ำกว่า 6% อย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ภาวะ diabetes remission และสามารถหยุดยาเบาหวานได้ ในขณะที่รายที่สองมีระดับ HbA1c สูงถึง 9.7% และมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาอย่างน้อย 3 ปี อายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ดำเนินการศึกษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2566 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล⁷ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁸ และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน³ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือ 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)⁹ 4) แบบประเมิน Self-Care Agency ตามทฤษฎีโอเร็ม และ 5) แบบบันทึกผลการดำเนิน Mind-Body-Based Intervention (MBBI)¹⁰ วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา ศึกษาข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา

อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรค ระดับ HbA1C และ ค่า BMI ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1 (ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี)	กรณีศึกษาที่ 2 (ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้)
เพศ/อายุ	ชาย วัย 47 ปี	หญิง วัย 48 ปี
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
ระยะเวลาเป็นโรค	4 ปี	4 ปี
HbA1C เริ่มต้น	5.4%	14.7%
BMI	28.3 kg/m ²	35.1 kg/m ²

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีลักษณะทางประชากรศาสตร์พื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน คือ มีอายุใกล้เคียงกัน (47 ปี และ 48 ปี) มีระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน (มัธยมศึกษาปีที่ 6) มีสถานภาพสมรสทั้งคู่ และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน (4 ปี) อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างที่สำคัญในด้านการควบคุมโรค โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีระดับ HbA1C เริ่มต้นที่ 5.4% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ดีมาก ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีระดับ HbA1C เริ่มต้นสูงถึง 14.7% ซึ่งบ่งชี้ถึงการควบคุมโรคที่ไม่ดี นอกจากนี้ กรณีศึกษาที่ 2 ยังมีค่า BMI

สูงกว่า (35.1 kg/m²) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับ 2 เมื่อเทียบกับกรณีศึกษาที่ 1 ที่มี BMI 28.3 kg/m² ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนในการดูแลรักษาที่แตกต่างกันระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน รวบรวมผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเวชระเบียน สรุปประเด็นปัญหาที่พบแต่ละแบบแผนสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	มีความเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในระยะยาว	ขาดความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	มีภาวะน้ำหนักเกิน (โรคอ้วนระดับ 1) และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม
3. การขับถ่ายของเสีย	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม	ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและรู้สึกเหนื่อยง่าย
5. การพักผ่อนและการนอนหลับ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
6. การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	ไม่พบปัญหา	มีข้อจำกัดในการเข้าใจและจดจำข้อมูล
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่พบปัญหา	ขาดความมั่นใจในการควบคุมโรค
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	ไม่พบปัญหา	มีภาระหนักในครอบครัวและขาดการสนับสนุน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	ไม่พบปัญหา	มีความเครียดและขาดกลไกการจัดการที่เหมาะสม
11. คุณค่าและความเชื่อ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในหลายแบบแผนสุขภาพ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาเพียง 3 แบบแผน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (มีความเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในระยะยาว) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (มีภาวะน้ำหนักเกินและระดับไขมันในเลือดผิดปกติ) และการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม) ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหามากถึง 6 แบบแผน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (ขาดความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและรู้สึกเหนื่อยง่าย) การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ (มีข้อจำกัดในการ

เข้าใจและจดจำข้อมูล) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (ขาดความมั่นใจในการควบคุมโรค) บทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว (มีภาระหนักในครอบครัวและขาดการสนับสนุน) และการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (มีความเครียดและขาดกลไกการจัดการที่เหมาะสม) ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาที่ซับซ้อนและครอบคลุมหลายมิติมากกว่า โดยเฉพาะในด้านจิตสังคม ความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคเบาหวาน

1.3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล LDL eGFR รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษา 2 ราย

รายการตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษาในระยะเริ่มต้นการศึกษา			
FBS (mg/dL)	70 - 100	107	398
HbA1C (%)	< 7	5.4	14.7
Total Cholesterol (mg/dL)	< 200	243	166
LDL (mg/dL)	< 100	166	88
eGFR (mL/min/1.73m ²)	≥ 60	76.7	83.62
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษาในระยะสิ้นสุดการศึกษา			
FBS (mg/dL)	70 - 100	114	140
HbA1C (%)	< 7	5.6	12.5
Total Cholesterol (mg/dL)	< 200	126	153
LDL (mg/dL)	< 100	70	81
eGFR (mL/min/1.73m ²)	≥ 60	80.4	94.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ในระยะเริ่มต้นการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 มีผลการตรวจส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี HbA1C อยู่ที่ 5.4% ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (<7%) และ FBS เกินค่าปกติเพียงเล็กน้อย (107 mg/dL) แต่มีปัญหา

กว่าปกติ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีอย่างชัดเจน โดยมี HbA1C สูงมากถึง 14.7% และ FBS สูงถึง 398 mg/dL ซึ่งเกินค่าปกติมากกว่า 3 เท่า แต่กลับมีระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำมาวิเคราะห์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการมีโภชนาการไม่สมดุล เนื่องจากรับประทานมากกว่าความต้องการของร่างกาย 2. เสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3. ศักยภาพในการเพิ่มพูนสุขภาพ สัมพันธ์กับการมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง	1. อาจเกิดการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและขาดการสนับสนุน 2. มีความไม่สมดุลของโภชนาการ เนื่องจากรับประทานมากกว่าความต้องการของร่างกาย 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะยาว 4. มีความเครียดและความวิตกกังวล จากการมีภาวะแทรกซ้อนและภาระครอบครัว

จากตารางที่ 4 พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งในจำนวนและลักษณะของปัญหา ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพียง 3 ข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาระดับ "ความเสี่ยง" (Risk for) และมี 1 ข้อที่เป็น "ศักยภาพในการส่งเสริม" (Health Promotion) ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการขาดสมดุลทางโภชนาการ ความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพื้นฐานการดูแลตนเองที่ดี มีแรงจูงใจ และต้องการการสนับสนุนเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลถึง 4 ข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual problems) ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การขาดสมดุลทางโภชนาการ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเครียดและความวิตกกังวล ข้อวินิจฉัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค

ความแตกต่างสำคัญ ระหว่างกรณีศึกษาทั้งสองคือ กรณีศึกษาที่ 1 มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนของสภาพการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันนี้จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการเลือกใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีโอเร็มที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 4

3. การพยาบาล

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการจัดกิจกรรม Mind-Body-Based Intervention (MBBI)⁵ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 รากฐานของการมีสติและการจัดการความเครียด ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสอนเทคนิคการหายใจลึกแบบ 4-7-8 2) การฝึกสมาธิสั้นๆ 10 นาที และ 3) การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับระดับน้ำตาลในเลือด

ครั้งที่ 2 การฝึกสติในการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสอน Mindful walking 2) การฝึกโยคะเบาๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) การสร้างความตระหนักรู้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ครั้งที่ 3 การฝึกสติในการกินและการจัดการอาหาร ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสอน Mindful eating 2) การฝึกสังเกตรสชาติ กลิ่น เนื้อสัมผัสของอาหาร และ 3) การให้ความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต

ครั้งที่ 4 การบูรณาการและการสร้างแผนส่วนตัว ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การทบทวนเทคนิคทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ 2) การวางแผนการนำเทคนิคไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ 3) การกำหนดเป้าหมายระยะยาวและแผนการติดตาม

การเลือกใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม ในกรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ระบบ Supportive-Educative System ตลอดการศึกษา มีหลักการในการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลเป็นที่ปรึกษา ผู้ให้

คำแนะนำ และผู้สนับสนุน 2) ผู้ป่วยเป็นผู้นำในการดูแลตนเอง และ 3) Method of Helping ได้แก่ Teaching, Guiding, Supporting, Providing environment for development

กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ระบบ Partly Compensatory System ในระยะแรก จากนั้นปรับเป็นระบบ Supportive-Educative System โดยหลักการในการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) ระยะแรก พยาบาลช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้เอง 2) ระยะหลัง เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น และ 3)

Method of Helping ได้แก่ Acting or doing for, Teaching, Guiding, Supporting, Providing environment for development

4. ผลลัพธ์การพยาบาล

ภายหลังให้การพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล พร้อมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาติดตามผลลัพธ์การพยาบาล ได้แก่ ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาล ภาวะแทรกซ้อน ระดับไขมันในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ผลลัพธ์การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาล		
HbA1C เปลี่ยนแปลง	5.4% → 5.6% (คงที่ในเกณฑ์ดี)	14.7% → 12.5% (ลดลง 15%)
สถานะ Diabetes Remission	เข้าสู่ระยะสงบ 10 เดือน	ไม่บรรลุ
ภาวะแทรกซ้อน		
การตรวจตา	ปกติ (ไม่มีการเปลี่ยนแปลง)	ดีขึ้นจากระดับรุนแรงเป็นปกติ
การทำงานของไต	eGFR เพิ่มขึ้น 4.8%	eGFR เพิ่มขึ้น 13%
อาการชาเท้า	ไม่มี	ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ระดับไขมันในเลือด		
Total Cholesterol	ลดลง 48% (243→126 mg/dL)	ปรับปรุงเล็กน้อย
LDL Cholesterol	ลดลง 58% (166→70 mg/dL)	คงที่ในเกณฑ์ปกติ
พฤติกรรมสุขภาพ		
การใช้เทคนิค MBBI	นำไปใช้เป็นวิถีชีวิต	ใช้ได้แต่ต้องการการสนับสนุนต่อเนื่อง
การออกกำลังกาย	เพิ่มขึ้นเป็น 180+ นาที/สัปดาห์	เริ่มเดินหลังอาหารเย็น 20 นาที
การควบคุมอาหาร	คงที่ 2 คาร์บ/มื้อ	ลดลงจาก 4 เป็น 2-3 คาร์บ/มื้อ
การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ		
ทัศนคติต่อโรค	คงความเชื่อเดิม "ควบคุมได้"	เปลี่ยนจาก "โชคชะตา" เป็น "ควบคุมได้"
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	สูงขึ้นและเป็นแบบอย่าง	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 สามารถรักษาระดับการควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง โดย HbA1C เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 5.4% เป็น 5.6% และเข้าสู่ภาวะ Diabetes Remission นาน 10 เดือน พร้อมทั้งมีการปรับปรุงระดับไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (Total Cholesterol ลดลง 48%, LDL ลดลง 58%) กรณีศึกษาที่ 2 แม้เริ่มต้นด้วย HbA1C สูงมาก (14.7%) แต่มีการปรับปรุงอย่างชัดเจน โดยลดลงเป็น 12.5% (ลดลง 15%) และมีการฟื้นฟูการมองเห็นจากเบาหวานขึ้นจอประสาท

ตาระดับรุนแรงเป็นปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการปรับปรุงการทำงานของไต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อต่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2 ที่เปลี่ยนจากความเชื่อว่าเป็น "โชคชะตา" มาเป็น "ควบคุมได้" ซึ่งสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของการพยาบาลแบบบูรณาการที่ปรับแนวทางตามความซับซ้อนของปัญหาแต่ละราย

ส่วนการประเมินผลการใช้เทคนิค MBBI ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการประเมินผลการใช้เทคนิค MBI ของกรณีศึกษา 2 ราย

การติดตามประเมินผล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 1 การจัดการความเครียด	สามารถใช้เทคนิคการหายใจลึกได้ทันที มีความมั่นใจสูง	ต้องการการฝึกซ้ำหลายครั้ง แต่รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น
ครั้งที่ 2 การเคลื่อนไหวอย่างมีสติ	นำ Mindful walking ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ทันที	เริ่มเดินหลังอาหารเย็น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น
ครั้งที่ 3 การกินอย่างมีสติ	ปรับปรุงการควบคุมปริมาณอาหารได้ดีขึ้น	ลดการดื่มน้ำหวานได้เกือบทั้งหมด ควบคุมความเร็วในการกินได้
ครั้งที่ 4 การบูรณาการ	สามารถสอนเทคนิคให้ผู้ป่วยรายอื่นได้	มีแผนการดูแลตนเองที่ชัดเจนและเป็นไปได้

จากตารางที่ 6 การประเมินผลการใช้เทคนิค MBI แสดงให้เห็นความแตกต่างในการเรียนรู้และการนำไปใช้ระหว่างกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 สามารถนำเทคนิคทั้ง 4 ครั้งไปใช้ได้ทันทีและมีความมั่นใจสูง โดยเฉพาะ Mindful walking ที่สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ทันที และสุดท้ายสามารถสอนเทคนิคให้ผู้ป่วยรายอื่นได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ต้องการการฝึกซ้ำหลายครั้งในเทคนิคการจัดการความเครียด แต่มีการปรับปรุงพฤติกรรมอย่างชัดเจน โดยเริ่มเดินหลังอาหารเย็น ลดการดื่มน้ำหวานได้เกือบทั้งหมด ควบคุมความเร็วในการกินได้ และมีแผนการดูแลตนเองที่ชัดเจน ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นว่าเทคนิค MBI มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แต่ระยะเวลาและวิธีการเรียนรู้แตกต่างกันตามความพร้อมและความซับซ้อนของปัญหาเริ่มต้น

สรุปผลการศึกษา

การศึกษากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและเทคนิค Mind – Body - Based Intervention สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. การใช้แบบแผนสุขภาพ 11 ด้านของ Gordon เป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม
2. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยมีการปรับระบบการพยาบาลตามระดับ Self-care agency ของผู้ป่วยช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลดีขึ้น
3. การใช้เทคนิคการฝึกสติช่วยเสริมสร้างการตระหนักรู้และการควบคุมตนเองในผู้ป่วย

4. การสนับสนุนจากครอบครัวและความเชื่อของผู้ป่วยมีผลกระทบสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา

5. หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าสู่ภาวะสงบ Diabetes Remission ได้

สรุปได้ว่า ระบบบริการทางการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเรียนรู้และตัดสินใจลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรค โดยการชี้แนะ สอน สนับสนุน และส่งเสริม เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนในผลลัพธ์การพยาบาลระหว่างผู้ป่วย 2 ราย แม้จะมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่คล้ายคลึงกัน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่:

1. ความเชื่อและทัศนคติต่อโรค กรณีศึกษาที่ 1 มีความเชื่อว่าโรคสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีแรงจูงใจสูงในการดูแลตนเอง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เริ่มต้นด้วยความเชื่อว่าโรคเป็นเรื่องของโชคชะตา แต่หลังจากได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีโอเร็มและเทคนิค MBI สามารถเปลี่ยนความเชื่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura¹¹ ที่พบว่า Self-efficacy เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
2. การสนับสนุนจากครอบครัว กรณีศึกษาที่ 1 มีการสนับสนุนจากภรรยาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ขาดการสนับสนุนจากสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosland และคณะ¹² ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน
3. ระดับความรุนแรงของโรคเริ่มต้น กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มต้นด้วยระดับ HbA1C ที่ควบคุมได้ดีอยู่แล้ว (5.4%) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้สามารถเข้าสู่ภาวะ

Diabetes Remission ได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เริ่มต้นด้วยระดับ HbA1C สูงมาก (14.7%) และมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ แต่ก็ยังคงมีการปรับปรุงผลลัพธ์

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของการใช้ทฤษฎีโอเริ่มร่วมกับเทคนิค MBBI ในด้านการปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ จะเห็นว่า

1. การเพิ่ม Self-care agency ทั้งสองรายการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในระดับที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 พัฒนาจนสามารถเป็นแบบอย่างและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พัฒนาจากระดับ Partly compensatory เป็น Supportive-educative

2. การลดความเครียดและปรับปรุงคุณภาพชีวิตเทคนิค MBBI มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Goyal และคณะ¹³ ที่พบว่า การฝึกสมาธิมีผลดีต่อการลดความเครียดและปรับปรุงระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน การใช้เทคนิค Mindful eating และ Mindful movement ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และควบคุมพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangprasert¹⁴ ที่พบว่า การฝึกสติมีผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน ได้แก่

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง

1.2 ควรพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MBBI ให้กับพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.3 ควรสร้างระบบ Peer support โดยใช้ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จเป็นแบบอย่างและที่ปรึกษา

1.4 นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย ได้แก่

2.1 ควรจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นระบบ

2.2 ควรพัฒนาระบบสนับสนุนและติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th Edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
3. โรงพยาบาลน้ำพอง. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2566-2567. ขอนแก่น: โรงพยาบาลน้ำพอง; 2567.
4. ศิริพร วิไลรัตน์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้าสู่ภาวะสงบ. วารสารเวชศาสตร์ครอบครัว 2566;29(2):45-58.
5. Taylor R, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. Cell Metabolism 2019;28(4):547-556.
6. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior 2004;31(2):143-164.
7. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
8. สุดารัตน์ ศิริชัยสมบัติ. การวินิจฉัยการพยาบาลในการปฏิบัติ. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
9. สมิตรา ธรรมลิขิต. การประเมินความสามารถในกิจกรรมประจำวันด้วย Barthel Index. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563;37(3):78-85.
10. ยงยุทธ ไพรัชวิทย. คู่มือการแทรกแซงแบบสั้นเพื่อการดูแลสุขภาพจิต (MBBI). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
11. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior 2004;31(2):143-164.
12. Rosland AM, et al. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or

- heart failure. *Family Medicine* 2012;44(2):97-101.
13. Goyal M, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2014;174(3):357-368.
14. Sangprasert P. The effects of mindfulness meditation on glucose control in people with diabetes: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 2018;41:53-61.



โรงพยาบาลขอนแก่น KHON KAEN HOSPITAL

54-56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-009900