



โรงพยาบาลขอนแก่น
Khon Kaen Hospital

JOURNAL OF MEDICINE AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT KHONKAEN HOSPITAL

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการ ระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2568
VOL.3 NO.3 : JULY - SEPTEMBER 2025



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

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ
โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management

Khon Kaen Hospital

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3: กรกฎาคม - กันยายน 2568

Vol. 3 No.3: July - September 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.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม
ดร.รติอร พรภุณา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์
รศ.ดร.กล้าเผชญิ โชคบำรุง
รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานุตร
ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน
ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม
ผศ.ดร.อัฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์
ดร.สุพัฒนา ศักดิ์ฐานนท์
ดร.ทิพรัตน์ อุดเมืองเพีย
ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง
ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย
ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
ดร.สุทิน ชนะบุญ
ดร.สุเพียร โภคทิพย์
ผศ.ดร. อิดารัตน์ เลิศวิทยากุล
ดร.พรรณนิภา ไชยรัตน์
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง
ดร.มลิวัลย์ อังคะนิตย์
ดร.อุบล จ้วงพานิช
ดร.นิภาพร ละครวงศ์
ดร.ผณีแก้ว คลังคา
ดร.นิตยา ศรีสุทธิกมล

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.นิตานาถ ชีรพันธ์
พว.สุภาพรณี ตัณฑ์สุระ
พว.ศิริราณี คำอู
ดร.รัตนา ทองแจ่ม
ดร.อรรวรรณ ดวงมิ่งกร
ดร.เพชรภรณ์ ประสารฉ่ำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม
ดร.รัตนา ทองแจ่ม
พว.อุไรลักษณ์ พิมพ์ศรี
นางสาวศรุตดา ใจชื่อ

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

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน 1-8
The development of health education of cancer prevention guideline for children and youth
วัลลดา ภูมิลาม, เพชรารภรณ์ ประสารฉวี, มัททพร สมอมอน, ธัญลิตา รูปสะอาด
Wallada Phoomila, Petcharaporn Prasanchum, Muttaporn Samomon, Thansita Roubsaard
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง 9-19
ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
Development of the Nursing Practice Guidelines for High Alert Drugs Administration in Neonatal Intensive Care Unit
พนมพร ไชยะอินทร์, อรณัญช์ อภิรัชต์ธร, เบญจพร ศิลารักษ์
Panomporn Chaiyain, Oranun Apirattorn, Benyaporn Silaruks
- การพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 20-29
โรงพยาบาลขอนแก่น
Development of an Information System for Surveillance Data Management in Infection Prevention and Control at Khon Kaen Hospital
อรอุมา โชติมนโธธรรม, ประภาวดี เวชพันธ์, จุฬามณี สมใจ
สินวล สารจันทร์, สิริพงษ์ แทนไธสง
Onuma Chotmanotham, Prapawadee Wachapan, Chulamane Somchai, Seenau Sarakan, Siripong Thaenthaisong
- ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความรู้ ความวิตกกังวลและ 30-38
ความพึงพอใจคุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
โรงพยาบาลขอนแก่น
Effects of a Preoperative Preparation Program on Knowledge, Anxiety, and Service Quality Satisfaction among Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Kidney Transplantation at Khon Kaen Hospital
อนงค์ ศรีทะโคตร
Anong seethakod

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลขอนแก่น 39-50

Effects of Nursing Practices for Preventing Postpartum Hemorrhage
Within 24 Hours at Khon Kaen Hospital

.ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์

Siriporn Pinpo

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย 51-58

Nursing care of patients with Chronic viral hepatitis C : 2 cases studies

พนิดา สาระโกเศศ

Panida Sarakoses

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา 2 ราย 59-68

Nursing care for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease
: Two cases studies

นภาพร ศรียา

Napaporn Sriya

การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน

วัลลดา ภูมิลา พย.บ.*

เพชรภรณ์ ประสารอำ พศ.ด.*

มีทพร สมอมอน พย.บ.*

ธัญสิตา รูปสะอาด พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์:

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งในเด็กและเยาวชน 2) พัฒนาแนวทางการให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งสำหรับเด็กและเยาวชน และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวทางการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

วิธีการศึกษา:

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter, 1986) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 300 คน ครูประจำชั้นจำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการเรียนรู้ด้านโรคมะเร็งในโรงเรียน แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และแบบประเมินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น กระบวนการวิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง 3) การนำแนวทางไปใช้ และ 4) การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา:

ผลการศึกษา พบว่า 1) นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับเริ่มต้นคิดเป็นร้อยละ 77.2 โดยการให้ความรู้ของครูส่วนใหญ่มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพทั่วไปมากกว่าการให้ความรู้เฉพาะด้านโรคมะเร็ง 2) แนวทางการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอนสำคัญ โดยเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน การใช้สื่อการเรียนรู้แบบมัลติมีเดีย ได้แก่ เพลง เกม หลัก “5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง” และ “7 สัญญาณอันตรายของโรคมะเร็ง” รวมถึงการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุกโดยพยาบาลเฉพาะทาง และ 3) ภายหลังจากการนำแนวทางไปใช้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของนักเรียนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.4 ทั้งนี้การให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้รูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม มีความน่าสนใจ และสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก

สรุป:

การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งโดยอาศัยหลักการสร้างเสริมสุขภาพและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถช่วยยกระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในเด็กวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการเรียนรู้ที่บูรณาการสื่อมัลติมีเดียและกิจกรรมเชิงโต้ตอบที่เหมาะสมกับวัย มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และการสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งอย่างยั่งยืนในเด็กและเยาวชน

คำสำคัญ: การให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง; เด็กและเยาวชน; การสร้างเสริมสุขภาพ; กฎบัตรออกตาวา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

The development of health education of cancer prevention guideline for children and youth

Wallada Phoomila, B.N.S.
Petcharaporn Prasanchum, Ph.D.
Muttaporn Samomon, B.N.S.
Thansita Roubsaard, B.N.S.

Abstract

Objectives:

This study aimed to: (1) examine the current situation of knowledge and understanding regarding cancer prevention among children and adolescents; (2) develop an educational guideline for cancer prevention for children and adolescents; and (3) evaluate the outcomes of implementing the developed educational guideline.

Methods:

This study employed an action research approach based on the health promotion framework of the Ottawa Charter (1986). The study samples consisted of 300 fifth-grade students, 10 classroom teachers, and 10 registered nurses. Research instruments included a school-based cancer education questionnaire, a cancer knowledge assessment tool, and an evaluation form for educational activities based on the developed guideline. The research process comprised four phases: (1) situation analysis, (2) development of the cancer prevention education guideline, (3) implementation, and (4) evaluation and reflection.

Results:

The findings revealed that: (1) students demonstrated an initial level of cancer-related knowledge at 77.2%, while cancer education provided by teachers primarily focused on general health topics rather than cancer-specific content; (2) the developed guideline consisted of nine key steps emphasizing multisectoral collaboration, multimedia-based educational materials (including songs, games, the “5 Do’s and 5 Don’ts for Cancer Prevention,” and the “7 Warning Signs of Cancer”), and proactive learning activities facilitated by specialized nurses; and (3) following implementation, students’ cancer-related knowledge increased to 97.4%. Effective cancer prevention education required engaging activity-based learning approaches that were developmentally appropriate for children.

Conclusion:

The development of a cancer prevention education guideline grounded in health promotion principles and action research effectively enhanced cancer-related knowledge among school-aged children. Educational approaches that incorporate interactive multimedia and age-appropriate activities are essential for improving learning outcomes and promoting sustainable cancer prevention behaviors among children and adolescents.

Keywords: Nursing practice guidelines; Neonates; Central venous catheter

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

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

บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ที่แต่ละประเทศทั่วโลกต้องทุ่มใช้งบประมาณ สรรหายุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ มาใช้แก้ปัญหาอย่างจริงจัง ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 18.1 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 9.6 ล้านคน สูงเป็นอันดับ 1 ในปี 2560 โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร¹ ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขทั่วโลกต่างสนใจที่จะศึกษา และพัฒนาความรู้ วิทยาการใหม่ๆ ทั้งเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง การควบคุม ป้องกันประชาชนในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป มากขึ้น ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 139,206 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 382 คน โดยมะเร็งที่พบบ่อย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ² พบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 80,665 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 221 คน³ และในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 3,295 คน² โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นระดับตติยภูมิขั้นสูง ขนาด 1,238 เตียง ซึ่งรับผิดชอบประชากรในเขตจังหวัดขอนแก่น และประชาชนในเขตใกล้เคียง สถิติผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ ปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีจำนวน 2,418; 2,956; และ 2,582 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิต จำนวน 689; 1,188 และ 1,215 ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งปอด ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรงพยาบาล และการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก⁴

โรคมะเร็งหากขาดการจัดการที่เหมาะสม ผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นภาระต่อระบบสุขภาพ และเป็นภัยเงียบที่คุกคามต่อสุขภาพบุคคล คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและสังคม จากแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้น มะเร็งไม่มีสาเหตุของการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ สารเคมี มลภาวะ วิถีชีวิตที่เร่งรีบ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งไม่สามารถระบุเวลาการเกิดโรคที่แน่ชัดได้ว่า จะเกิดโรคในอีกกี่ปี หรืออาจจะเกิดขึ้นในประชาชนรุ่นต่อไปหลังจากบรรพบุรุษได้รับปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็งไปแล้ว

มะเร็งหลายชนิดสามารถป้องกันได้ และหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะแรกๆ ถึงแม้จะมีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยมะเร็งก็ยังคงเพิ่มจำนวนขึ้น ซึ่งปัจจัยส่งเสริมอาจเกิดจากบุคคลขาดความตระหนักและขาดจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็ง และการปรับพฤติกรรมสุขภาพของคนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเป็นมะเร็ง สำหรับคนแต่ละวัย มีวิธีการ ความยากง่ายที่แตกต่างกัน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ขานรับเจตนารมณ์ของสภาการพยาบาลใน “การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ” เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะและมีศักยภาพในการปฏิบัติบทบาทการเป็นนักสร้างสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ทุกสถานะสุขภาพ และในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งได้จัดตั้ง “ศูนย์เรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ขึ้นจำนวน 13 ศูนย์ ในปี พ.ศ.2560 เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่ง “ศูนย์เรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง” ก็เป็นหนึ่งในศูนย์ฯ ที่จัดตั้งขึ้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนด้านโรคมะเร็ง

เด็กและเยาวชน เป็นกลุ่มวัยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายและมีอิทธิพลต่อบุคคลรอบข้างได้ การส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ในการป้องกันมะเร็ง จะเป็นการปลูกจิตสำนึกให้เด็กและเยาวชนตระหนักถึงภัยอันตราย ปัญหา และการป้องกันมะเร็ง สร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ด้านโรคมะเร็ง ซึ่งจะส่งผลต่อแนวคิด ทักษะคิด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชน หรือพ่อแม่ ผู้ปกครองได้ โดยเดิมที ครูจะเป็นผู้สอนในวิชาสุขภาพ ซึ่งจะเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปจะไม่ได้จำเพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยเฉพาะเรื่องโรคมะเร็ง จึงอาจส่งผลให้เด็กและเยาวชนที่เติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปนั้น มีทัศนคติที่ยังไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาหรือยังพรัองความรู้ในการป้องกันของโรคมะเร็ง

ผู้วิจัย ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและบริบทของสถานการณ์ จึงได้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for Health Promotion)⁵ มาใช้ มีกลยุทธ์ ดังนี้ 1) สร้างนโยบายสาธารณะ (Build healthy public policy) เพื่อให้คนในสังคมมีสุขภาพดี 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพที่ดี 3) เพิ่ม

ความสามารถของชุมชน (Strengthen community action) สร้างให้ชุมชนเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ 5) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient healthy services) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์ของการปรับระบบบริการสุขภาพ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิธีการ หรือรูปแบบในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมตามสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง และมีความหลากหลายของปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ที่ต้องมีกระบวนการในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการปลูกจิตสำนึกและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน ตั้งแต่วัยเด็ก ให้รู้และเข้าใจสาเหตุ ปัจจัย และการป้องกันโรคเมร่ง นำเป็นกลวิธีหนึ่งในการปลูกจิตสำนึกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็กและเยาวชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเมร่ง สร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ด้านโรคเมร่ง ซึ่งเป็นการออกแบบปรับระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ของพยาบาลเฉพาะทางเมร่ง ผู้ที่มีความรู้ ข้อมูลสารสนเทศ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเมร่ง นำความรู้จากการปฏิบัติ หรือ Tacit knowledge มาใช้ให้ความรู้แก่ประชาชนวัยเด็กและเยาวชน หากกลวิธีลดอุบัติเหตุ ปัญหา และความรุนแรงจากโรคเมร่ง โดยเน้นการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคเมร่งในกลุ่มเด็กและเยาวชนในวัยเรียน เพื่อมุ่งหวังให้เกิดความตระหนักและเป็นการปลูกจิตสำนึกให้กับประชาชนในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่จะโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต จึงทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งแก่เด็กและเยาวชน เพื่อปลูกจิตสำนึกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนตั้งแต่วัยเด็ก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันเมร่งในเด็กและเยาวชน
 2. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งแก่เด็กและเยาวชน
 3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งของเด็กและเยาวชน
- ขอบเขตการศึกษา** สถานที่ทำการศึกษาคือ โรงเรียนอนุบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 โดยใช้เวลาพัฒนาและทดลองนำใช้ร่างแนวทางการให้ความรู้ฯ ธันวาคม 2563 - มกราคม 2564 และได้นำแนวทางการให้ความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้น มานำไปใช้ในเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน 2564 เป็นระยะเวลา 3 เดือน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันเมร่งในเด็กและเยาวชน 2) พัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งแก่เด็กและเยาวชน และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งของเด็กและเยาวชน ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for Health Promotion)⁶ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักดังนี้

1. วางแผน (Planning) โดยศึกษาสถานการณ์ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันเมร่งในเด็กและเยาวชน เพื่อค้นหาปัญหา วางแผน และตัดสินใจเลือกวิธีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งแก่เด็กและเยาวชน
2. ปฏิบัติการตามแผน (Action) ยกร่างเพื่อทดลองนำใช้แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันเมร่งแก่เด็กและเยาวชน และทำการพัฒนาปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
3. สังเกตการณ์ (Observation) ติดตามประเมินผล
4. สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติการใหม่ และประเมินผลการปฏิบัติงานหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น

กลุ่มเป้าหมาย

- ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มนักเรียนจากชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 300 คน 2) กลุ่มอาจารย์ประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

แบ่งเป็น 4

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์

ผู้วิจัยดำเนินการตาม ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับการกำหนดลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติงาน โดยมีการเตรียมการ 2 ด้าน คือ การเตรียมและพัฒนาเครื่องมือและการสำรวจและศึกษาสถานการณ์การเรียนการสอนและความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันเมร่งของเด็กและเยาวชน ในโรงเรียน โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมิน เพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์การเรียนการสอนของคุณครูในโรงเรียน ด้วยแบบสอบถามด้านการให้ความรู้และการป้องกันโรคเมร่ง ในโรงเรียน จากคุณครูประจำชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 ทุกคน จำนวน 10 คน และเก็บ

ข้อมูลสถานการณ์ด้านความรู้ ความเข้าใจในการป้องกัน ภาระของเด็กและเยาวชนในโรงเรียน ด้วยแบบประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง จากนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 ห้อง 1 ตามรายชื่อ เลขคู่ ตั้งแต่เลขที่ 2 – 40 จำนวน 20 คน นำมาวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การจัดกลุ่มเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ และร้อยละ สร้างข้อสรุปเพื่อทำความเข้าใจ สถานการณ์ปัญหา หรือความต้องการ รูปแบบการสอน และกำหนดประเด็นปัญหาในการเรียนการสอนด้าน โรคมะเร็งเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ในโรงเรียน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน มีการปฏิบัติ (Action) ของขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจง และนำเสนอข้อมูลสถานการณ์/ ปัญหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งและแนวทางการเรียนการสอน หรือการให้ความรู้ในโรงเรียน แก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยรังสีรักษาและ เคมีบำบัดชาย เป็นจำนวน 10 คน

2. ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และพยาบาลเฉพาะทาง โรคมะเร็ง ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในหอผู้ป่วย รังสีรักษาและเคมีบำบัดชาย ร่วมประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปราย และร่วมกัน พัฒนา (ยกร่าง) แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกัน มะเร็งแก่เด็กและเยาวชน รวมทั้งพัฒนาสื่อการสอน Multimedia ความรู้ด้านโรคมะเร็งและการป้องกันโรค เกมส์/กิจกรรมโรคมะเร็ง และสไลด์ความรู้ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง และ 7 สัญญาณอันตราย เพื่อเป็นเครื่องมือ ในการวิจัย ในการให้ความรู้โรคมะเร็งและการป้องกันและ เหมาะสมกับกลุ่มช่วงวัยของนักเรียน ได้เป็น แนวทางการ ให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ที่ พัฒนาขึ้นใหม่

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ทดลองนำใช้ (Try out) แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและ เยาวชน ที่พัฒนาขึ้น ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสนามบิน ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันกับโรงเรียน อนุบาลขอนแก่น จำนวน 30 คน

4. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำ ร่วมกันประเมินผล การทดลองนำใช้ แนวทางฯ และนำมาปรับปรุงเพื่อให้ เหมาะสมกับบริบท ตามสภาพปัญหาที่พบ

5. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันพัฒนาแนว ทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ใหม่ เพื่อนำใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 3 ระยะนำใช้ แนวทางการให้ความรู้ใน การป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน

1. ประชุมเพื่อชี้แจงกับ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสร้างความเข้าใจการนำใช้แนวทางการให้ความรู้ใน การป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน และการใช้สื่อการ สอน Multimedia ความรู้ด้านโรคมะเร็งและการป้องกัน โรค เกมส์/กิจกรรมโรคมะเร็ง และสไลด์ความรู้ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง และ 7 สัญญาณอันตราย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และ อธิบายขั้นตอนการดำเนินการแก่คุณครู

3. นำใช้แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกัน มะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ในกลุ่มนักเรียน ชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลขอนแก่น จำนวน 300 คน โดยเข้าทำกิจกรรมกับนักเรียน รอบละ 50 คน ช่วงเช้า 1 รอบ และช่วงบ่าย 1 รอบ ทำกิจกรรม ครั้งละ 1 – 1.30 ชั่วโมง ตามกิจกรรมและแนวทางการให้ความรู้ ฯ ที่พัฒนาขึ้น รวมทำกิจกรรม 6 ครั้ง

4. ติดตาม ตรวจสอบสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ บันทึกรายการที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พบอย่างมีหลักฐาน จาก ข้อมูลที่ได้ในแบบประเมินประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ของนักเรียน ก่อน-หลัง การเข้าร่วม กิจกรรมแต่ละครั้ง และแบบประเมินการจัดกิจกรรมการ พัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็ก และเยาวชน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ แปร ความหมายข้อมูล เพื่ออธิบายว่ามีผลที่เกิดขึ้นเป็นเพราะ อะไรบ้าง นำไปสู่ปัญหาอย่างไรต่อไปได้บ้าง และมีวิธีการ แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร เพื่อพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะสรุปและประเมินผล ดำเนินการ ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยทบทวนการ กระทำตามที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกตพฤติกรรม และ การเก็บข้อมูลอื่น ๆ ประกอบ ซึ่งได้แก่ แบบประเมิน ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ของ นักเรียน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง และ แบบประเมินการจัดกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการให้ ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน แล้วนำมา สรุป ประเมินผลการนำใช้แนวทางการให้ความรู้ในการ ป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ตามข้อมูลที่ได้จากการ นำใช้ และทำการบันทึกข้อมูลสรุปผลการศึกษาวิจัย แต่ ละครั้งที่ทำกิจกรรม ทั้ง 6 ครั้ง มีการประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ของนักเรียน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง และประเมินการจัด กิจกรรมการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกัน มะเร็งแก่เด็กและเยาวชน นำข้อมูลที่รวบรวมได้มา

วิเคราะห์เพื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทบทวนสิ่งที่ทำ ได้สำเร็จ และสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ สรุปปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและ เยาวชนที่ได้ สะท้อนข้อมูลแก่คณะผู้ร่วมวิจัย และนำ ข้อมูลมาสรุปอภิปราย ทบทวนผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น พิจารณาผลลัพธ์ที่ตามมา ว่าตรงตามที่ต้องการหรือไม่ เพียงใด นอกจากนี้ ยังเป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่ จะดำเนินการต่อไป โดยมีการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ 1) แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและ เยาวชน และ 2) ระดับของความรู้ด้านโรคมะเร็งและการ ป้องกันโรคมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกัน มะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ประกอบด้วย แนวทางการให้ ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน รวมทั้งสื่อ การสอน Multimedia ความรู้ด้านโรคมะเร็งและการ ป้องกันโรค เกมส์/กิจกรรมโรคมะเร็ง และสไลด์ความรู้ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง และ 7 สัญญาณอันตราย และ 2) เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแนวทางการ ให้ความรู้โรคมะเร็งในโรงเรียน แบบประเมินความรู้ ก่อน-หลังร่วมกิจกรรม และแบบประเมินการจัดกิจกรรม ตามแนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและ เยาวชน โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะ ทางมะเร็ง 1 ท่าน นักวิชาการสุศึกษา 1 ท่าน และ นัก สุศึกษาประชาสัมพันธ์ 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา การวิเคราะห์ ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักเรียน เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย ซึ่งนักเรียน มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในระดับพื้นฐาน คิดเป็น ร้อยละ 77.2 ส่วนการให้ความรู้ของคุณครูประจำชั้น เป็น ผู้ให้ความรู้ ในเรื่องสุขภาพทั่วไป ไม่เจาะจงด้านมะเร็ง มี วิธีการสอนยังไม่แปลกใหม่ ไม่น่าสนใจสำหรับเด็ก

2. แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็ง แก่เด็กและเยาวชน ที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้

2.1 ประสานงาน ความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์แพทย์ชุมชน องค์การบริหารส่วน จังหวัด/เทศบาล และโรงเรียน

2.2 กำหนดเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง เป็น Top 5 ของ

จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งปอด ซึ่ง ออกแบบเนื้อหาให้เหมาะสมกับเด็กตามกลุ่มวัย

2.3 ออกแบบสื่อการสอน ได้แก่ Multimedia ความรู้ด้านโรคมะเร็งและการป้องกันโรค เพลง เกมส์/กิจกรรมโรคมะเร็ง และสไลด์ความรู้ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง และ 7 สัญญาณอันตราย

2.4 จัดแบ่งกลุ่มเด็กนักเรียน และ ดำเนินกิจกรรมที่ละกลุ่ม ครั้งละไม่เกิน 50 คน

2.5 แจกวัสดุประสงค์ และอธิบาย ขั้นตอนของกิจกรรมพอสังเขป แก่คุณครูทราบ

2.6 จัดกิจกรรมตาม “แนวทางการให้ ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน” ใน นักเรียน ด้วยวิธีการนำเสนอความรู้ที่น่าสนใจ น่าติดตาม จัดง่าย แก่เด็กนักเรียนอย่างเหมาะสมตามกลุ่มวัย

2.7 นำใช้สื่อการสอน Multimedia ความรู้ด้านโรคมะเร็งและการป้องกันโรค เพลง เกมส์/ กิจกรรมโรคมะเร็ง และสไลด์ความรู้ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกล มะเร็ง และ 7 สัญญาณอันตราย ตาม “คู่มือการให้ความรู้ โรคมะเร็งสำหรับเด็กและเยาวชน” ที่จัดทำร่วมด้วย

2.8 ดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 1 – 1.30 ชั่วโมง ตามกิจกรรมและแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น

2.9 ประเมินความรู้นักเรียน ก่อน- หลัง การเข้าร่วมกิจกรรม ตามแบบประเมินความรู้ ความ เข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

3. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการ ป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน จากการประเมิน ด้วยแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของนักเรียน เกี่ยวกับโรคมะเร็ง หลังจัดกิจกรรม พบว่า นักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลขอนแก่น มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในระดับสูง ร้อยละ 97.4 และการประเมินการจัดกิจกรรมตามแนวทางการให้ ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน ทั้ง 11 ด้าน หลังร่วมกิจกรรมแล้ว พบว่า นักเรียนมีความคิดเห็น มากที่สุดใน 9 ประเด็น คือ 1) กิจกรรม/สื่อการสอนที่ใช้ เช่น สไลด์ รูปภาพ วิดีโอ เกมส์ โบงาน ฯลฯ มีความ น่าสนใจ 2) กิจกรรม/สื่อการสอนที่ใช้ เช่น สไลด์ รูปภาพ วิดีโอ เกม โบงาน ฯลฯ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และ จัดง่าย 3) ภาษาและคำอธิบายในสื่อ เข้าใจง่าย ไม่ ซับซ้อนเกินไป 4) นักเรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ตอบคำถาม เล่นเกม ทำงานกลุ่ม ฯลฯ 5) กิจกรรมการ สอนและเนื้อหา ช่วยให้เข้าใจ “ปัจจัยเสี่ยงและการ ป้องกัน” โรคมะเร็งได้ชัดเจนมากขึ้น 6) หลังเข้าร่วม กิจกรรม นักเรียนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 7) หลัง

เข้าร่วมกิจกรรม นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง 8) ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม และ 9) นักเรียนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมโดยรวม ส่วนความคิดเห็น มากมี 2 ประเด็น คือ 1) เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเหมาะสมกับวัยของนักเรียน และ 2) กิจกรรมการสอนและเนื้อหา ช่วยให้รู้วิธี “ป้องกันมะเร็ง” ที่สามารถทำได้จริงในชีวิตประจำวัน

อภิปรายผล

1. ด้านความรู้ด้านโรคมะเร็ง พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในระดับพื้นฐาน คิดเป็น ร้อยละ 77.2 และหลังจัดกิจกรรม นักเรียน มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ในระดับสูง ร้อยละ 97.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Adamowicz, K., Zalewska, M., Majkovicz, M., & Zaucha, J. M.⁸ ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบของการศึกษาสุขภาพ ต่อการยอมรับและทัศนคติที่ส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันมะเร็งในเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่า ระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งและพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ก่อนการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ หลังการสอนระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูงขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน มี 9 ข้อ ซึ่งเน้นการนำใช้สื่อการสอน Multimedia ความรู้ด้านโรคมะเร็งและการป้องกันโรค เพลง เกมส์/กิจกรรมโรคมะเร็ง และสไลด์ความรู้ 5 ท่า 5 ไม่น่าเกลียดและ 7 สัญญาณอันตราย ตาม “คู่มือการให้ความรู้โรคมะเร็งสำหรับเด็กและเยาวชน” สอดคล้องกับ การศึกษาของ Adamowicz, K., Zalewska, M., Majkovicz, M., & Zaucha, J. M.⁸ ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบของการศึกษาสุขภาพ ต่อการยอมรับและทัศนคติที่ส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันมะเร็งในเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้มีข้อเสนอแนะ ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้ความรู้ด้านมะเร็งในโรงเรียน ให้เพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้จริง และควรถูกบูรณาการในหลักสูตรสุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง วิธีการสอนบรรยายที่เสริมสื่อมัลติมีเดีย เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน

3. ข้อเสนอการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กวัยเรียน ในโรงเรียน สามารถบรรลุผลได้ ต้องออกแบบวิธีการ/กิจกรรมที่น่าสนใจ น่าติดตามจดจำง่าย เนื้อหาเหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย วิธีการสอนที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กแต่ละกลุ่มวัย ทำให้เด็ก

กระตือรือร้น สนใจ เข้าใจในเนื้อหา ซึ่งควรจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และนำสู่การปฏิบัติต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพด้านโรคมะเร็ง ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ตรงให้เห็นเป็นรูปธรรม เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น มีหลักการ คือ 1) เด็กแต่ละวัยมีสมาธิ และความสนใจที่ไม่เท่ากัน จึงต้องจัดกลุ่มวัยให้เหมาะสม 2) พยาบาลวิชาชีพด้านโรคมะเร็ง ผู้ดำเนินกระบวนการกลุ่มต้องมีทักษะและความสามารถในการดึงความสนใจ รวมทั้งควบคุมสถานการณ์ได้ดี 3) การออกทำกิจกรรมในโรงเรียน ต้องมีการประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อความร่วมมือในการจัดกิจกรรม และ 4) การจัดกิจกรรมในสถานศึกษาแต่ละรอบ ต้องจัดบอร์ดนิทรรศการ และจัดกิจกรรมต่อเนื่อง อย่างน้อย 2-3 วัน เพื่อให้เกิดความตื่นตัวแก่ คุณครู เจ้าหน้าที่ และพ่อแม่ผู้ปกครอง ที่พบเห็น

ซึ่งข้อสรุปมีความสอดคล้องกับ การศึกษาของนิสากร กรุงไกรเพชร และคณะ⁹ ที่ได้ศึกษา การปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้งในภาพรวม และรายด้านทุกด้าน และผู้ที่มีตำแหน่งบริหารมีการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีตำแหน่งปฏิบัติการ ทั้งในภาพรวมทุกด้าน ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารหรืออาจารย์พยาบาลควรพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการแสดงบทบาทตามกรอบปฏิบัติการรอดตายแก่พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะพยาบาลที่ดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน และยังคงสอดคล้องกับ ปิยะธิดา นาคะเกษียร¹⁰ ที่ได้ศึกษา ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพให้มนุษย์สามารถควบคุมและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น มีความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคน และยังคงสอดคล้องกับ มณฑา เก่งการพานิ และ ธราดล เก่งการพานิช¹¹ ที่ได้ศึกษา กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพกับการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้สรุปไว้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน โดย 5 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามข้อเสนอในปฏิบัติการรอดตาย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนา เด็กนักเรียนแต่ละกลุ่มวัย มีบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งสมาธิ ความสนใจ และการรับรู้ จึงต้องประเมินผู้เรียน ปรับเปลี่ยนกลวิธี และจัดกิจกรรม/กระบวนการอย่างเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มนักเรียน รวมถึงความแตกต่างของแต่ละโรงเรียนด้วย ทั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ และนำสู่การปฏิบัติต่อเนื่อง

2. ด้านนโยบาย ควรนำ “แนวทางการให้ความรู้ในการป้องกันมะเร็งแก่เด็กและเยาวชน” ไปประยุกต์ขยายผลการใช้ในการให้ความรู้ด้านโรคมะเร็งเพื่อสร้างความตระหนักของประชาชนตั้งแต่วัยเด็ก รวมถึงกลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ ด้วย

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาถึงการพัฒนาหรือการออกแบบสื่อการสอนที่สร้างความแตกต่างด้านสุขภาพของแต่ละโรค ที่มีผลต่อเด็กวัยเรียนแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Lyon: World Health Organization; 2018.
2. National Cancer Institute of Thailand. Hospital-based cancer registry 2019. Bangkok: National Cancer Institute of Thailand; 2019. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
3. Ministry of Public Health, Thailand. Cancer mortality statistics 2018. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019.
4. Khon Kaen Hospital Cancer Center. Cancer registry data. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2020. (Data as of March 10, 2020).
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 21 Nov 1986; Ottawa, Canada. Geneva: World Health Organization; 1986. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Geelong (Victoria): Deakin University Press; 1990.

7. Adamowicz K, Zalewska M, Majkovicz M, Zaucha JM. Evaluation of the impact of different types of health education on the adoption and preservation of prohealth attitudes in preventing cancer in juveniles younger than 18 years. *J Cancer Educ.* 2015;30(3):432–8. doi:10.1007/s13187-014-0730-y
8. Krungkaipetch N, Chanprasert S, Rattanakreetakul S, Sananruangsak S, Techasakri T, Ritngam A, et al. Health promotion role performance of professional nurses in the eastern region of Thailand. *Burapha University Journal of Nursing.* 2018;26(1):60–8.
9. Nakakesien P. Ottawa Charter: The role of nurses in health promotion. *Journal of Nursing Science.* 2015;33(4):6–14.
10. Kengkanpanich M, Kengkanpanich T. Health promotion strategies and tobacco control using a community-based approach. *Journal of Health Education.* 2016;39(133):2–10.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

พนมพร ไชยะอินทร์, พย.ม.*

อรณัญช์ อภิรัชต์ธร, พย.ม.**

เบญจพร ศิลารักษ์,ปรด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit: NICU)

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยอิงกรอบแนวคิดของ National Health and Medical Research Council (NHMRC) ดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา (2) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (3) ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน และทารกแรกเกิดจำนวน 100 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ตัวชี้วัดผลลัพธ์ประกอบด้วย ความรู้ ความพึงพอใจ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับยา และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า หลังการจัดกิจกรรมอบรมตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 5.38 เป็น 9.33 ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลด้านการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิด พยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในระดับสูง และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับสูง ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง นอกจากนี้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง ระดับ E ขึ้นไป ลดลงเหลือ 1.13 ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วย

สรุป: แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลและลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในทารกแรกเกิดวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวปฏิบัตินี้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางอ้างอิงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตแห่งอื่น เพื่อยกระดับความปลอดภัยด้านยาและคุณภาพการพยาบาลทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: ยาที่มีความเสี่ยงสูง; ทารกแรกเกิดวิกฤต; หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต; แนวปฏิบัติการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

***เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of the Nursing Practice Guidelines for High Alert Drugs Administration in Neonatal Intensive Care Unit

Panomporn Chaiyain, M.N.S.

Oranun Apirattorn, M.N.S.

Benyaporn Silaruks, Ph.D.

Abstract

Objective: This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a nursing practice guideline for the administration of high-alert drugs in neonates admitted to a neonatal intensive care unit (NICU).

Methods: A research and development design was conducted based on the National Health and Medical Research Council (NHMRC) framework. The study was implemented in three phases: (1) problem identification, (2) development of the nursing practice guideline, and (3) pilot implementation. The study participants included 20 registered nurses and 100 neonates admitted to the NICU. Outcome measures comprised nurses' knowledge, satisfaction, compliance with the guideline, medication-related complications, and the incidence of medication errors.

Results: The findings demonstrated a significant improvement in nurses' knowledge scores following the educational intervention, increasing from a mean score of 5.38 to 9.33 ($p < 0.01$), indicating the effectiveness of the developed guideline in enhancing nurses' competencies in high-alert medication administration for neonates. More than 80% of nurses demonstrated a high level of compliance with the guideline and reported a high level of satisfaction. No serious adverse drug events were identified. Furthermore, the incidence of high-alert medication errors classified as category E or higher decreased to 1.13 per 1,000 patient-days.

Conclusion: The developed nursing practice guideline effectively enhanced nurses' competencies and significantly reduced medication-related risks in critically ill neonates. This guideline is appropriate for implementation as a reference standard in other neonatal intensive care units to improve medication safety and quality of neonatal nursing care.

Keywords: High-alert drugs; Critically ill neonates; Neonatal intensive care unit; Nursing practice guideline

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

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

***Pharmacist, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบางสูง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา เนื่องจากระบบการทำงานของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทั้งในด้านการทำงานของตับ ไต ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนระบบประสาท ส่งผลให้ทารกมีการตอบสนองต่อยาแตกต่างจากผู้ใหญ่ และมีความเสี่ยงต่อพิษจากยาได้ง่ายกว่า การบริหารยาในทารกแรกเกิดโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) จึงเป็นกระบวนการที่ต้องการความถูกต้อง ความละเอียด และความรอบคอบในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการบริหาร ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs: HADs) ซึ่งเป็นยาที่หากเกิดความผิดพลาดจะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทารกได้ เช่น ยากระตุ้นหัวใจ ยาควบคุมความดันโลหิต และยากล้ามเนื้อ¹

ทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm infants) เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเข้มข้น และมักประสบภาวะแทรกซ้อนทางสรีรวิทยาหลายระบบ เช่น ภาวะหายใจลำบากจากขาดสารลดแรงตึงผิว (Respiratory distress syndrome) ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตต่ำ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงในการรักษา เช่น ยากลุ่ม Inotropic drugs เพื่อเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือ ยากลุ่ม Small-dose medications เช่น Fentanyl, Midazolam, Morphine และ Hydrocortisone ที่ต้องคำนวณขนาดยาอย่างแม่นยำตามน้ำหนักตัวของทารกในหน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม การคำนวณผิดพลาดเพียงเล็กน้อยอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตตก หรือระบบหายใจล้มเหลวได้²

หลักการบริหารยาที่ถูกต้อง 7 ประการ (Seven Rights of Medication Administration: 7R) ได้แก่ Right patient, Right drug, Right dose, Right route, Right time, Right documentation, และ Right reason เป็นหลักสำคัญในการบริหารยาที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การนำหลักการนี้มาใช้ในกลุ่มทารกแรกเกิดต้องอาศัยการประยุกต์ใช้ที่ละเอียดอ่อนกว่าผู้ใหญ่ เช่น การตรวจสอบน้ำหนักตัวทารกก่อนการคำนวณยา การตรวจสอบความเข้มข้นของยาในสารละลาย การใช้ปริมาณยาคิดที่น้อยมาก (เช่น 0.1–0.2 mL) และการเฝ้าระวังผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิดหลังได้รับยา การปฏิบัติที่เคร่งครัดตามหลัก 7R จึง

เป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลใน NICU เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มทารกแรกเกิด

อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดยังคงพบในอัตราสูงกว่าผู้ใหญ่ถึง 3 เท่า³ อัตราความผิดพลาดจากยาในหน่วยดูแลทารกแรกเกิด มีช่วงกว้าง “5.5–77.9” ต่อ 100 การสั่งยาตามหลายการศึกษาที่ถูกรวมในการทบทวนระบบ ซึ่งสะท้อนว่าความผิดพลาดในบางขั้นตอนอาจสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 47 ที่รายงานในบางงานเดี่ยว และผู้เขียนได้รวมผลจากหลายบทความเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ⁴ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการคำนวณขนาดยาไม่ถูกต้อง การเตรียมยาผิดพลาด ความเข้มข้น และการสื่อสารคลาดเคลื่อนระหว่างบุคลากร นอกจากนี้ งานวิจัยในประเทศไทย รายงานว่าอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วย NICU ของโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิอยู่ที่ร้อยละ 2.6–3.4 ของการให้ยาทั้งหมด โดยมากเกิดในขั้นตอนการบริหารยาและเกี่ยวข้องกับยาความเสี่ยงสูง เช่น Dopamine และ Fentanyl ในระดับพื้นที่ ข้อมูลจากโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2563–2565 พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเฉลี่ย ร้อยละ 2.8 ของการให้ยาทั้งหมด โดยความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับ ยาความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 68.4 ของเหตุการณ์ทั้งหมด และในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 75 เป็นความผิดพลาดในขั้นตอนการบริหารยา (Medication Administration Error) เช่น การคำนวณขนาดยาไม่ถูกต้อง และการเตรียมยาผิดพลาด⁵

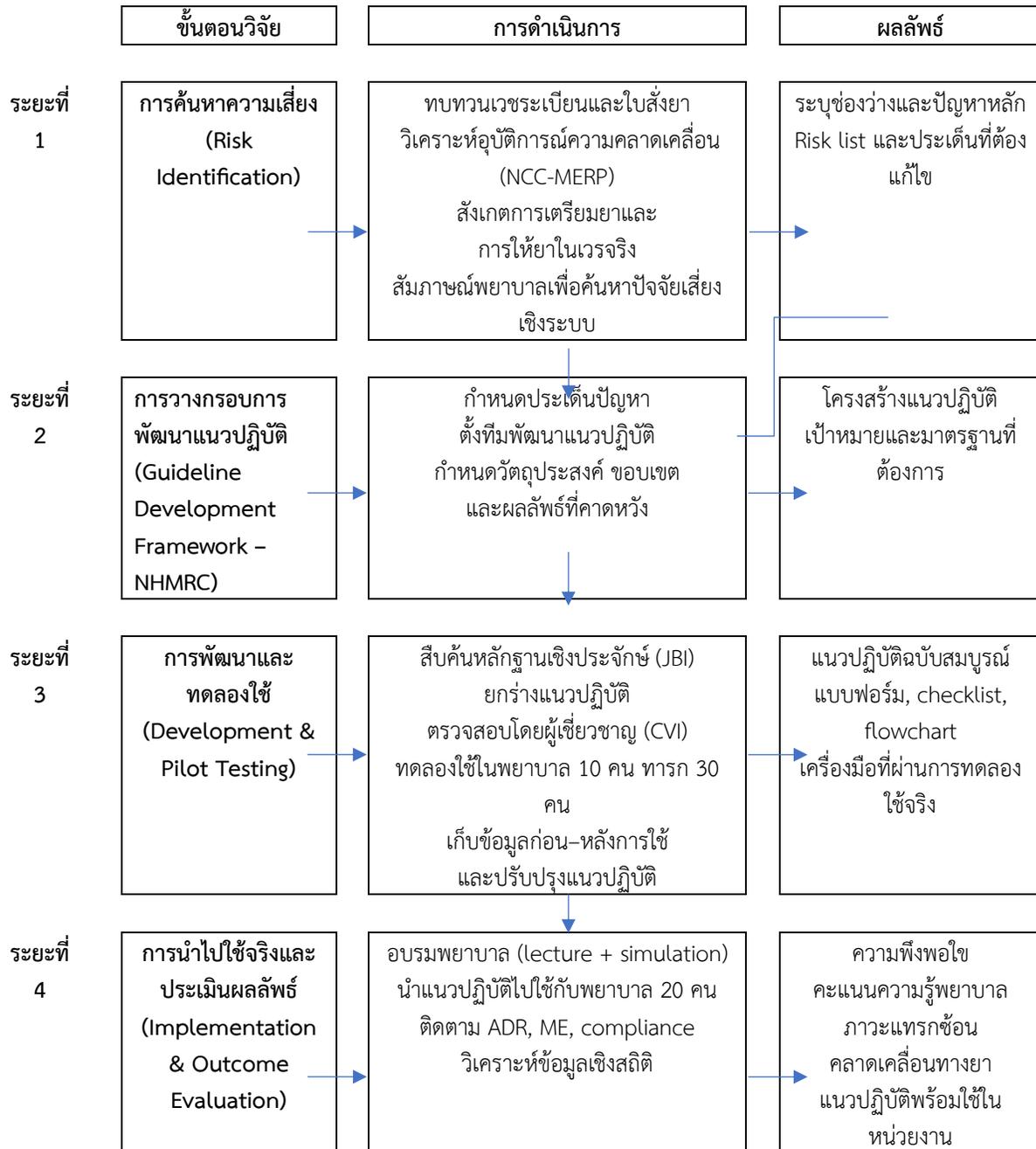
ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นได้ว่าการบริหารยาความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดเป็นภารกิจที่สำคัญและท้าทายของพยาบาลในหอผู้ป่วย NICU การเกิดความคลาดเคลื่อนแม้เพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิด เพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ลดความผิดพลาด และเสริมสร้างความปลอดภัยในการบริหารยาให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต2 โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต2 โรงพยาบาลขอนแก่น
กรอบแนวคิดการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Developmental) ผู้วิจัยใช้กรอบ

แนวคิด การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council NHMRC)⁶ ซึ่งมีขั้นตอนครอบคลุมรายละเอียดของกิจกรรมที่ ควรปฏิบัติในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ดังนี้



แผนภูมิที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 – เดือนกันยายน พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ปฏิบัติในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 20 คน

2. ผู้ป่วยทารกแรกเกิด คัดเลือกแบบเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม – เดือนกันยายน พ.ศ.2566 มีวันนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วันขึ้นไป จำนวน 100 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI= 0.8)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย เครื่องมือทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบทดสอบปรนัย เลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder-Richardson-20 ค่าความเที่ยง = 0.8

2. แบบวัดความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบทดสอบปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder-Richardson-20 ค่าความเที่ยง = 0.8

3. แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดจากการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่สร้างขึ้น โดยมีข้อคำถามการปฏิบัติเป็น ได้แก่ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI= 0.8)

4. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดจากการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่สร้างขึ้น โดยมีข้อคำถามการปฏิบัติเป็น ได้แก่ เกิด และไม่เกิด หลังการใช้แนวปฏิบัติ ในทั้ง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI= 0.8)

5. แบบเก็บข้อมูลอุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงหลังการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น โดยมีข้อคำถามการปฏิบัติเป็น อัตราอุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อ 1,000 วันนอน หลังการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษานี้ได้บูรณาการขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยแห่งชาติของประเทศไทย ออสเตรเลีย (NHMRC)⁶ ดังนี้

ระยะที่1 ระยะการค้นหาความเสี่ยง (Risk identification phase) ระยะนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อระบุปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหน่วย NICU โดยประกอบด้วย

1. การทบทวนเวชระเบียนและใบสั่งยาของทารกที่ได้รับยา High-alert
2. การวิเคราะห์อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication errors)
3. การสังเกตกระบวนการเตรียมยา-ให้ยาในเวรจริง
4. การสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงเชิงระบบ
5. ผลลัพธ์ของระยะนี้คือ การระบุ "ประเด็นปัญหาหลัก" ที่จำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้บูรณาการขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ทางคลินิกของสภาการ วิจัยแห่งชาติของประเทศ ออสเตรเลีย (NHMRC)⁶ เป็น 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไข โดยศึกษาปัญหาและสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการ บริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการทบทวนรายงาน อุบัติการณ์การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง และทบทวนเวช ระเบียบที่ผู้ป่วยทารกได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 – 2565 ซึ่งพบประเด็น 1) อุบัติการณ์จากการบริหาร ยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดที่พบบ่อย ได้แก่ Dopamine injection, Dobutamine injection, Adrenaline injection, Hydrocortisone injection, Potassium chloride injection 2) การติดตามและเฝ้า ระวังอาการไม่พึงประสงค์และการบันทึกอาการไม่พึง ประสงค์จากพยาบาลมีจำนวนน้อย เพราะภาระงานของ พยาบาลและประเด็นบันทึกยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงได้ กำหนดหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และเข้าสู่ การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence trigger phase)

2. การกำหนดทีมพัฒนาเพื่อทำหน้าที่ยกร่าง แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ซึ่งเป็นพยาบาลตัวแทนจากหอ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 คน จากนั้นแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาฯ

3. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และ ผลลัพธ์ โดยกำหนดประสงค์ในการนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลไปใช้เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้อย่าง ถูกต้องและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด คือ ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนการพยาบาลในการ บริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นกรวัดผล ลัพธ์ในระยะที่ 3

4. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ บริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง สืบค้นและพัฒนาแนวปฏิบัติ (Evidence support phase) โดยวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่ ทำให้เกิดปัญหาอาจเกิดจากการปฏิบัติหรือมาจากความรู้ และการสืบค้นและพัฒนาแนวปฏิบัติประเมินคุณค่า หลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดคำสำคัญในการ สืบค้น กำหนดแหล่งสืบค้น คัดเลือกงานวิจัย พร้อมกำหนดระดับ ความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ตามมาตรฐาน Joanna Briggs Institute: JBI⁷ ปี ค.ศ. 2014 เพื่อนำมาวิเคราะห์และ สังเคราะห์ จากการสืบค้นข้อมูลตามกรอบคำถามวิจัยแบบ PICO โดยใช้ฐานข้อมูลสากล ได้แก่ PubMed, Scopus,

CINAHL และ Google Scholar ร่วมกับฐานข้อมูลใน ประเทศ เช่น ThaiJO และ TCI ครอบคลุมช่วงเวลา พ.ศ. 2560–2565

ผลการสืบค้นเบื้องต้นได้ผลงานวิจัยและ เอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวน 360 รายการ ซึ่งเป็นชุดข้อมูล ขนาดใหญ่ที่รวมทั้งงานวิจัยด้านยาในผู้ป่วยเด็ก งานใน หน่วย NICU รายงานผลการประเมินความคลาดเคลื่อนทาง ยา และแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยด้านยาใน โรงพยาบาล เมื่อดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นจากชื่อเรื่อง และบทคัดย่อ โดยพิจารณาเฉพาะบทความที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงใน หน่วย NICU จำนวนเอกสารที่ผ่านเกณฑ์จึงลดลงเหลือเพียง กลุ่มที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพียงบางส่วน หลังการคัดกรองรอบ แรกนี้ยังคงเหลือผลงานเพียง 62 รายการ ซึ่งเป็นบทความที่ มีความสอดคล้องในประเด็นเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา บังคับเสี่ยง และมาตรการป้องกันในผู้ป่วยทารกแรกเกิด จากนั้นจึงดำเนินการทบทวนฉบับเต็ม (Full-text review) เพื่อคัดเลือกผลงานวิจัยที่ตรงประเด็นกับคำถามการวิจัย อย่างแท้จริง โดยต้องเป็นงานที่นำเสนอแนวทาง มาตรการ หรือการประเมินผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สามารถลด ความคลาดเคลื่อนทางยาในทารกแรกเกิดได้จริง ผลการ คัดเลือกขั้นสุดท้ายได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์รวมทั้งสิ้น 12 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยต่างประเทศทั้งเชิงสังเคราะห์ (Systematic review และ meta-analysis) งานวิจัยเชิง สังเกต (Observational) และโครงการพัฒนาคุณภาพ (CQI)⁸ ตลอดจนผลงานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนามาตรการด้านความปลอดภัยในการบริหารยา ความเสี่ยงสูงในหน่วย NICU⁹ ผลงานทั้ง 12 เรื่องนี้จึงถูก นำมาวิเคราะห์และสกัดสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิง ประจักษ์ในการพัฒนา “แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ บริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิด” ของการวิจัย ฉบับนี้ โดยมุ่งเน้นมาตรการที่ผ่านการศึกษาแล้วว่ามี ประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดความเข้มข้นมาตรฐานของยา (standard concentrations) ระบบ double-check เครื่องมือช่วยคำนวณขนาดยา การเตรียมยาโดยเภสัชกร โปรแกรม decision support และการอบรมบุคลากรอย่าง เป็นระบบ

5. การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มายกร่างเป็นแนวปฏิบัติการ พยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ 1) แนว

ปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง 2) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยเป้าหมายให้ผู้ป่วยทารกปลอดภัยจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง มีการสรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ จัดทำหมวดหมู่จัดทำรูปเล่ม และจัดทำประเมินการใช้แนวปฏิบัติ

6. ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยการนำรูปเล่มแนวปฏิบัติที่ยกร่างให้ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ เฉพาะทางทารกแรกเกิด 1 ท่าน เกศษกร 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

7. การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้และติดตามประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี จำนวน 10 คน และทารกแรกเกิดที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย NICU 2 โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างน้อย 2 วันขึ้นไป จำนวน 30 คน ช่วงเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565 และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้น ด้านผู้ปฏิบัติมีการทดสอบความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ด้านผู้ป่วยทารกได้ติดตามจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และจำนวนอุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

8. ปรับปรุงแก้ไข และเผยแพร่แนวปฏิบัติ (Evidence base phase) สรุปรายงาน ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง และจัดทำรูปเล่มให้ สมบูรณ์และประกาศใช้

ระยะที่ 3 การนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดย การให้ความรู้และอบรมพยาบาล ผ่านการบรรยาย การสาธิต และการจำลองสถานการณ์ (Simulation) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วย NICU ติดตั้งเอกสารประกอบ เช่น คู่มือการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง แนวปฏิบัติการ

พยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับการใช้โปรแกรมคำนวณยาเพิ่มความปลอดภัยในระบบ line official ของโรงพยาบาล การติดตามและประเมินผล

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องยาและการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (Compliance) เฝ้าระวัง ADR และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยวิเคราะห์อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 วันนอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

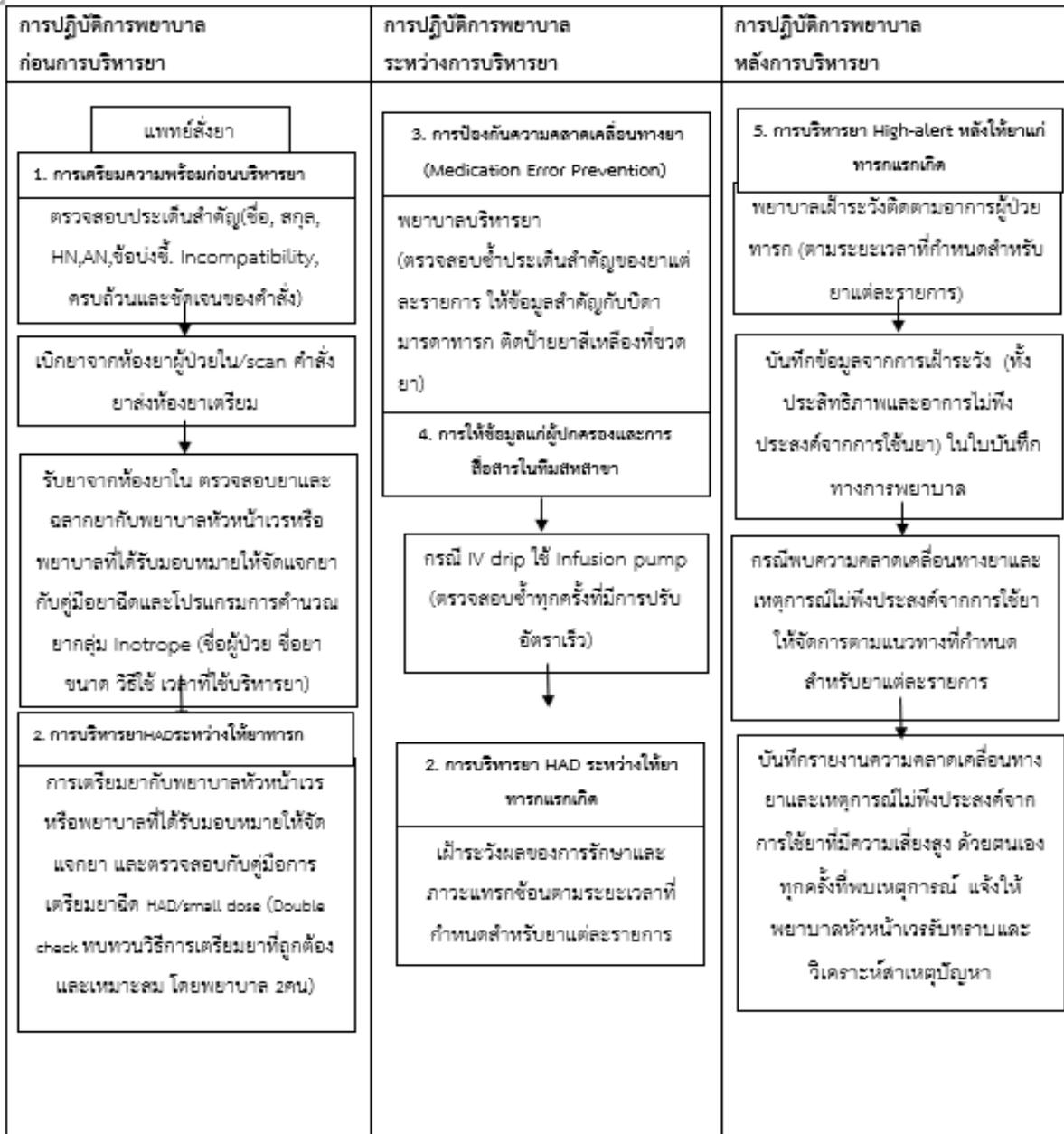
1. ข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 2 โรงพยาบาลขอนแก่น นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความถี่สูงหลังการใช้แนวปฏิบัติวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละเทียบกับค่ามาตรฐานก่อนใช้แนวปฏิบัติ และอุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความถี่สูงหลังการใช้แนวปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิด ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต อย่างถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ดังภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 2 โรงพยาบาลขอนแก่น

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต นำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน ตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ด้านพยาบาลวิชาชีพ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 20 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีอายุระหว่าง 25-48 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-39 ปี (ร้อยละ 85) และมี

ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 95) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 85) และร้อยละ 85 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูง (High alert drugs; HADs) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์และความรู้พื้นฐานที่เหมาะสมต่อการประเมินและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาในครั้งนี้

2.1.2 ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับ “เห็นด้วยมาก” แทบทุกด้าน โดยเฉพาะความสะดวกในการนำไปใช้และความเป็นไปได้ในงานประจำ ซึ่งมีความเห็นด้วย ร้อยละ

100 ด้านความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงานมีคะแนนเห็นด้วยมาก ในระดับสูงร้อยละ 90-95 ด้านประโยชน์ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้คะแนนเห็นด้วยมาก เกือบทั้งหมดร้อยละ 95-100% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (n=20)

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน/ร้อยละ)		
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย
1. ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	18 (90)	2 (10)	0
2. มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	20 (100)	0	0
3. ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	19 (95)	1 (5)	0
4. แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	19 (95)	1 (5)	0
5. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	20 (100)	0	0

2.1.3 ความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับความรู้เพื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง หลังการใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น

จาก 6.2 ก่อนการทดลอง เป็น 8.5 หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.3 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับความรู้เพื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (n=20)

คะแนนความรู้	Minimum	Maximum	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	4.00	7.00	6.20	1.10	8.94	<.001*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	8.00	10.00	8.50	0.90		

*p < 0.001

2.1.4 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารยา HADs ของพยาบาลจำนวน 20 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในระดับสูงถึงสูงมาก ในทุกด้าน โดยรายการส่วนใหญ่มีร้อยละ 90-100 ยกเว้นบางรายการที่

มีร้อยละ 80 ได้แก่ การบันทึกข้อมูล การรายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยง และการให้ข้อมูลผู้ปกครอง แสดงให้เห็นว่าระบบความปลอดภัยด้านยาในภาพรวมมีความเข้มแข็ง แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาคือเรื่องการสื่อสาร การรายงาน และการบันทึกข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (n=20)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
แนวปฏิบัติที่ 1 การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง		
1.1 ตรวจสอบใบสั่งยา 7 Rights and 3 Checks	20	100
1.2 คำนวณขนาดยา mg/kg/dose และ mcg/kg/min และใช้โปรแกรมในกลุ่มยา Adrenaline, Dopamine, Dobutamine	18	90
1.3 ตรวจสอบ concentration/dilution	18	90
1.4 เตรียมอุปกรณ์ syringe pump มาตรฐาน	18	90
1.5 ประเมินการให้ยาและความเสี่ยงทางหลอดเลือด ก่อนให้ยาHADs	18	90
แนวปฏิบัติที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง		
2.1 Double check RN 2 คน	20	100
2.2 ควบคุมอัตราการไหล infusion pump	18	90
2.3 เฝ้าระวัง Early toxicity	20	100
2.4 ประเมินตำแหน่งสายสวน UVC/PICC/DLC	18	90
2.5 Documentation & escalation pathway	16	80
แนวปฏิบัติที่ 3 การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา HADs		
3.1 ติดตามยา HADs	18	90
3.2 รายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง	16	80
3.3 การตรวจสอบหลังเปลี่ยนเวร	18	90
แนวปฏิบัติที่ 4 การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองและการสื่อสารในทีมสหสาขา		
4.1 ให้ข้อมูลผู้ปกครอง	16	80
4.2 สื่อสารทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร	18	90
แนวปฏิบัติที่ 5 การปฏิบัติการพยาบาลหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง		
5.1 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนบริเวณตำแหน่งสาย	18	90
5.2 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังหยุดยา และหลังให้ยา	18	90
5.3 จัดเก็บยาและอุปกรณ์ตามมาตรฐาน	18	90
5.4 ติดตามผลหลังให้ยาและบันทึก	18	90

2.2 ส่วนที่ 2 ด้านทารกแรกเกิด

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทารกส่วนใหญ่เป็น กลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดช่วงอายุครรภ์ 28-33+6 สัปดาห์ ร้อยละ 42 มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,499 กรัม คิดเป็นร้อยละ 69 และทารกแรกเกิดเหล่านี้ มากกว่าร้อยละ 50 ต้องการการดูแลระบบหายใจอย่างใกล้ชิด แสดงถึงลักษณะประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

2.2.2 อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยา หลังการใช้แนวปฏิบัติ ทารกแรกเกิดไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยา (Severe ADR) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบเป็นระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่สามารถแก้ไขได้ทันที สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการลดความเสี่ยงด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง

2.2.3 อุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง อุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงหลังการใช้แนวปฏิบัติ และประเมินติดตามและเฝ้าระวังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอ

ผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HADs ระดับ E มีแนวโน้มลดลง ปี พ.ศ. 2566 เหลือ จำนวน 1.13 ต่อ 1,000 วันนอน ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HADs ระดับ E ได้ อย่างชัดเจนต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Institute for Safe Medication Practices (ISMP) ที่ระบุว่า การใช้แนวปฏิบัติแบบมาตรฐาน การตรวจสอบซ้ำ และการพัฒนาทักษะบุคลากรช่วยลดความคลาดเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง หลังการใช้แนวปฏิบัติ สะท้อนถึงความสามารถของระบบการพยาบาลและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วย NICU นอกจากนี้ ทารกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนทางยาสูงกว่ากลุ่มปกติ อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่นำมาใช้สามารถควบคุมความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราความคลาดเคลื่อนลดลงต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติและการประเมินติดตามอย่างเป็นระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยาในทารกแรกเกิด และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วย NICU อื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จัดการให้ความรู้มีการอบรมนอกหน่วยงาน จากเขตสุขภาพที่ 7 และในระดับประเทศต่อไป
2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลดังกล่าว ไปใช้ในทุกหน่วยงานเพื่อให้มีมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกัน
3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Safe Medication Practices. Targeted medication safety best practices for hospitals. Horsham (PA): ISMP; 2018–2021.
2. Hsieh EH, Hornik CP, Clark RH, Laughon MM. Medication use in the neonatal intensive care unit: patterns and implications. *Am J Perinatol.* 2014;31(9):745–753. doi:10.1055/s-0033-1361933.
3. Frontiers in Medicine. Medication errors in pediatrics: proposals to improve the quality and safety of care through clinical risk management [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.814100/full>
4. Alghamdi AA, Keers RN, Sutherland AS, Ashcroft DM. Prevalence and nature of medication errors and preventable adverse drug events in paediatric and neonatal intensive care settings: a systematic review. *Drug Saf.* 2019;42(12):1423–1436. doi:10.1007/s40264-019-00856-9.
5. Khon Kaen Hospital. Neonatal intensive care unit risk surveillance report, fiscal year 2023. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2022. (In Thai).
6. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC; 1998.
7. Nuntachaiphon P. Evaluation of guideline implementation quality: training materials on evidence-based practice. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2007. (In Thai).
8. Ministry of Public Health, Thailand. Thai CQI report: continuous quality improvement project on high-alert medication safety in NICU. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019–2022.
9. Thai Pharmaceutical Safety Center. Ready-to-administer medication safety report. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021.

การพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น

อรอมา โขติมนิพนธ์ พย.บ.*

ประภาวดี เวชพันธ์ พธ.ด.(ปรัชญา)**

จุฬามณี สมใจ พย.ม.*

สินवल สารจันทร์ พย.บ.*

สิริพงษ์ แทนไธสง สม.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา: การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare-Associated Infections: HAIs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพ และทรัพยากรทางเศรษฐกิจของประเทศ การเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพเป็นบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค ผ่านกระบวนการจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังที่เป็นระบบและเหมาะสมภายในสถานพยาบาล

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับการจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และเพื่อประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดวงจรพัฒนาระบบสารสนเทศ (Systems Development Life Cycle: SDLC) บูรณาการร่วมกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลการพัฒนาระหว่างระยะที่ 1 และระยะที่ 2 วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired *t*-test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา: ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นสามารถรวบรวม จัดเก็บ ประมวลผล และรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว อีกทั้งช่วยลดภาระงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ ระบบดังกล่าวเอื้อต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการติดตาม วิเคราะห์ และวางแผนมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง

สรุปและข้อเสนอแนะ: การนำระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และกระบวนการทำงาน (3P Safety) และสนับสนุนการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเหมาะสมสำหรับนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ: สารสนเทศ, การจัดการข้อมูล, ระบบเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of an Information System for Surveillance Data Management in Infection Prevention and Control at Khon Kaen Hospital

Onuma Chotmanotham, B.N.S.*

Prapawadee Wachapan, Ph.D. (Philosophy)**

Chulamane Somchai, M.N.S.*

Seenaun Sarakan, B.N.S.*

Siripong Thaenthaisong, M.P.H.(Epidemiology)*

Abstract

Background and Significance: Healthcare-associated infections (HAIs) remain a significant public health concern, adversely affecting patients' quality of life, healthcare service systems, and national economic resources. Effective infection surveillance plays a critical role in the prevention and control of pathogen transmission through efficient management of surveillance data within hospital settings.

Objective: This study aimed to examine and analyze the current situation of surveillance data management for infection prevention and control at Khon Kaen Hospital, to develop an information system for managing infection surveillance data, and to evaluate the effectiveness and user satisfaction of the developed system.

Methods: This study employed the Systems Development Life Cycle (SDLC) framework integrated with a research and development (R&D) approach. Descriptive statistics, including mean, percentage, and standard deviation, were used for data analysis. Comparisons between the first and second phases of system development were conducted using paired *t*-tests and Wilcoxon signed-rank tests.

Results: The results demonstrated that the developed information system was capable of accurately and efficiently collecting, storing, processing, and reporting surveillance data, while significantly reducing the workload of infection control nurses. The system facilitated effective utilization of data for monitoring, analysis, and strategic planning of infection prevention and control measures. Users reported a high level of satisfaction with the system.

Conclusion and Recommendations: Furthermore, the implementation of the system contributed to enhanced patient, personnel, and process safety (3P safety) and supported efforts to minimize the incidence of healthcare-associated infections.

Keywords: Information system, Data management, Infection prevention and control surveillance system

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

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

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare-Associated Infections: HAIs) เป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรง¹ ผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อมักมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการติดเชื้อดื้อยา² การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาวางแผนการดำเนินงาน ติดตามควบคุมกำกับและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ช่วยในการค้นหาการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล³

ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) รายงานว่าโรงพยาบาลที่มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 32⁴ ทั้งนี้การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิผลต้องอาศัยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องและทันเวลา⁵ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชี้ว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำนวนมากยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพเนื่องจากภาระงานสูง ขาดความร่วมมือในการส่งข้อมูล และขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์⁶ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้รวบรวม วิเคราะห์ และเรียกใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังได้ถูกต้องและรวดเร็ว⁷ รวมถึงช่วยเพิ่มความสมบูรณ์ของข้อมูลและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ระบาด⁸

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 1,283 เตียง อัตราการติดเชื้อจากการ Benchmark กับระบบเฝ้าระวังบาราศนราดูร์แม้ยังอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย แต่พบความท้าทายในการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง เนื่องจากอัตราส่วนบุคลากร ICN ไม่เพียงพอระบบรายงานแบบเอกสารทำให้ข้อมูลล่าช้า ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมต่อการตัดสินใจทางคลินิก

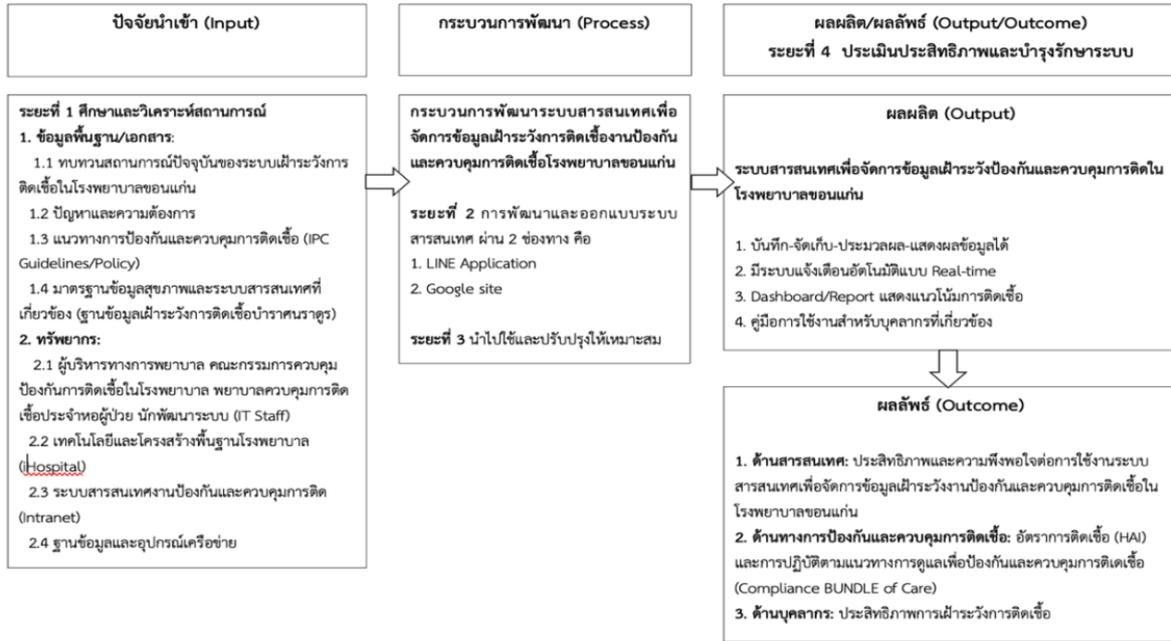
จากปัญหาดังกล่าว จึงศึกษาวิจัยพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น โดยประยุกต์แนวคิด Systems Development Life Cycle (SDLC)⁹ และ Research and Development (R&D)¹⁰ เพื่อพัฒนาระบบให้สามารถการบริหารจัดการข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ ปรับปรุงการควบคุมการติดเชื้อและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน (3P safety) เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้สารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นการบูรณาการแนวคิดวงจรการพัฒนาสารสนเทศ (Systems Development Life Cycle: SDLC) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) โดยผ่านกระบวนการส่วนประกอบพื้นฐานของระบบสารสนเทศในการนำเข้า (Inputs) ดำเนินการระยะที่ 1 ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์ วางแผนออกแบบกระบวนการทำงาน (Workflow) ผ่านกระบวนการประมวลผล (Processing) ดำเนินการระยะที่ 2 ในพัฒนาและออกแบบระบบสารสนเทศ และระยะที่ 3 นำไปใช้และปรับปรุงให้เหมาะสม และแสดงผล (Outputs) ดำเนินการระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิภาพและบำรุงรักษาระบบสารสนเทศ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง เดือนสิงหาคม 2566 พื้นที่ศึกษาวิจัย คือ หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขอนแก่น ทุกหอผู้ป่วย ยกเว้น ห้องคลอด และห้องสังเกตอาการในแผนกฉุกเฉิน

ประชากร คือ ประชากรที่ศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 49 คน คณะกรรมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICC) จำนวน 30 คน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) จำนวน 123 คน ระยะที่ 2-4 พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย จากทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น หอผู้ป่วยละ 1 คน รวมเป็นจำนวน 55 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ระยะที่ 1 เลือกแบบเจาะจง โดยแยกคำนวณแบบสุ่มสัดส่วน ผู้บริหารทางการแพทย์ 11 คน คณะกรรมการ ICC 7 คน และ ICWN 12 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 คน เกณฑ์คัดเลือก คือ มีประสบการณ์ทำงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลขอนแก่น ≥ 1 ปี และยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ระยะที่ 2 คือ ทีมผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์ แล้วนำไป Try out กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยรายกลุ่มงานละ 1 คน คือ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงาน

ศัลยกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก จักษุ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานรังสีรักษาและเคมีบำบัด กลุ่มงานพิเศษ กลุ่มงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และกลุ่มงานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม รวมทั้งสิ้น จำนวน 10 คน ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็น ICWN โดยมีเกณฑ์คัดเลือกได้ จำนวน 45 คน คือ ต้องไม่ใช่กลุ่มทดสอบเครื่องมือการนำสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง มีประสบการณ์เป็น ICWN ≥ 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีจำนวน 40 คน จากจำนวนทั้งหมด 45 คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คนนั้น หาได้จากตารางคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayrlyle W. Morgan. 1970 อ้างใน ธีรวิมล เอกกุล, 2543) เมื่อพิจารณาแล้วจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 45 คนนั้นไม่เป็นข้อจำกัดด้านระยะเวลาดำเนินการและงบประมาณ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาใช้ ICWN ที่เหลือทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย Web server และ Line application และ Google drive โดยแบ่งการทำงานเป็น 2 ส่วน คือ 1) โครงสร้างพื้นฐานของระบบ ประกอบด้วย ส่วนที่ใช้ส่งข้อมูลเฝ้าระวังเข้าระบบฐานข้อมูลผ่าน Line application และฐานข้อมูล คือ Google drive โดยการสร้าง Google forms สำหรับ

รวบรวมข้อมูลเชื่อมโยงกับ Line application ร่วมกับฐานข้อมูล Lab base MDR ใน ihospital.kkh.go.th/#/ic เชื่อมโยง Line application 2) คู่มือและแนวทางปฏิบัติสำหรับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในแต่ละระยะ คือ

ระยะที่ 1 แบบบันทึกการทบทวนข้อมูลระบบเฝ้าระวัง และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มผู้วิจัยพัฒนาจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลปัจจุบัน 2) กระบวนการจัดการข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) ปัญหาและอุปสรรคของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ 4) ข้อเสนอแนะหรือความต้องการการพัฒนา

ระยะที่ 2, 3 และ 4 แบบประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 19 ข้อ 3 ด้าน คือ ด้านระบบสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อ จำนวน 8 ข้อ ด้านระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อและประสิทธิผลของการใช้งาน จำนวน 8 ข้อ ด้านความพึงพอใจโดยรวม จำนวน 3 ข้อ และข้อเสนอแนะในการใช้สารสนเทศ โดยแบ่งระดับความพึงพอใจพิจารณาจากอันตรภาคชั้น¹¹ เป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 3.41 – 4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก 2.61 – 3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 1.81 – 2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1.00 – 1.81 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศทางการแพทย์ อาจารย์พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) คือ แบบบันทึกการทบทวนข้อมูลระบบเฝ้าระวัง และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม CVI เท่ากับ 0.81 และ 0.83 ตามลำดับ และแบบประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น เท่ากับ 0.82

2. ความเที่ยง นำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยรายกลุ่มงานละ 1 คน คือ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก จักษุ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานรังสีรักษาและเคมีบำบัด กลุ่มงานพิเศษ กลุ่มงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และกลุ่มงานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม รวมทั้งสิ้น จำนวน 10 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์และประเมินความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้บริหารทางการแพทย์ คณะกรรมการ ICC และ ICWN (Research ครั้งที่ 1 [R1])

ระยะที่ 2 พัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้องานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น: ระยะพัฒนารูปแบบการรับส่งข้อมูลและการคืนข้อมูลเฝ้าระวังที่ได้ทำการวิเคราะห์แล้ว โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในระยะที่ 1 มาออกแบบเครื่องมือที่จะใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Development ครั้งที่ 1 [D1])

ระยะที่ 3 การนำสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่นที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง (Try out) และปรับปรุง: ระยะการทดลองใช้เครื่องมือสารสนเทศสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (Research ครั้งที่ 2 [R2]) ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งาน ปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสม (Development ครั้งที่ 2 [D2]) เพื่อให้เครื่องมือสารสนเทศนี้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายหลังการนำไปในกลุ่มตัวอย่าง (Research ครั้งที่ 3 [R3]) พบข้อบกพร่องจึงเกิดการหมุนวงรอบการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมอีกครั้ง (Development ครั้งที่ 3 [D3]) เพื่อให้เครื่องมือสารสนเทศนี้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 ประเมินผลของการใช้งานสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น: โดยนาระบบสารสนเทศที่

พัฒนาขึ้นสมบูรณ์แล้วไปใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Research ครั้งที่ 4 [R4])

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนแบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพการรายงานข้อมูลเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ การประเมินความพึงพอใจต่อการสื่อสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลประสิทธิภาพการรายงานข้อมูลเฝ้าระวัง และความพึงพอใจต่อสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่าง การพัฒนาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ Paired t-test ในข้อมูลที่มีการกระจายตัวปกติ และ สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติ

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการข้อมูลงานเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาข้อมูลแบบรายงานเฝ้าระวังการติดเชื้อย้อนหลัง 6 เดือน ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 30 คน พบว่า มีนโยบายและแนวปฏิบัติด้านการจัดการข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน แต่กระบวนการจัดการข้อมูลตั้งแต่การรวบรวม ตรวจสอบ นำส่งข้อมูล และแสดงผลยังพบข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะการบันทึกข้อมูลแบบ manual บนกระดาษทำให้เกิดปัญหาความไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน ส่งข้อมูลล่าช้า และข้อมูลบางส่วนสูญหาย นอกจากนี้ ICWN ยังมีภาระงานมากและมีทักษะด้านการเฝ้าระวังไม่เท่ากัน ส่งผลให้การรายงานข้อมูลไม่ทันต่อการนำไปใช้ทางคลินิก ด้านความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลจะอยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 86.36 และ 86.06 ตามลำดับ แต่ความทันต่อเวลากลับอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.45 ระบบสารสนเทศของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อยังนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการข้อมูลน้อย บุคลากรมีทักษะการใช้เทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์น้อย อีกทั้งระบบฐานข้อมูลเป็นระบบภายใน (Intranet) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนว่า การ

สะท้อนสถานการณ์การติดเชื้อที่ทันท่วงที่ส่งผลให้การดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงร่วมกันสรุปข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลให้ทันสมัย ลดการบันทึกซ้ำซ้อน บูรณาการข้อมูลกับระบบอื่นของโรงพยาบาล และมีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อพบผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อ รวมถึงการปรับปรุงแบบการสรุปข้อมูลให้เข้าถึงง่าย และใช้งานได้รวดเร็วมากขึ้น

2. ผลการพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น โดยการนำเทคโนโลยี Web server ร่วมกับ LINE Application และ Google Drive มาใช้เป็นช่องทางส่งข้อมูลเฝ้าระวัง โดยดำเนินการใช้งานต่อเนื่องระยะแรก แต่พบปัญหาการดูแลระบบในระยะยาว เนื่องจากฐานข้อมูลอยู่ภายใต้แพลตฟอร์มภาคเอกชน จึงพัฒนาระบบใหม่เป็น Google Site IC KKH เพื่อเป็นคลังข้อมูลเฝ้าระวัง ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างพื้นฐานของระบบ ได้แก่ เครื่องมือนำเข้าข้อมูลและฐานข้อมูล และคู่มือ/แนวปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หลังการพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม ICWN จำนวน 10 คน พบว่า ข้อมูลเฝ้าระวังรายเดือน (IC3) มีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลร้อยละ 100 และด้านความทันเวลาอยู่ที่ร้อยละ 80 ความพึงพอใจต่อระบบทั้งในด้านประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือให้ระบบสามารถเพิ่มข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ สรุปผลการพัฒนาระบบพบว่า สารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้างพื้นฐานของระบบ ได้แก่ เครื่องมือนำเข้าข้อมูลและฐานข้อมูลเฝ้าระวัง 2) คู่มือและแนวปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในตำแหน่งสำคัญ

3. ผลการประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการสื่อสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็น ICWN 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.56 อายุระหว่าง 33 – 42 ปี คิดเป็น ร้อยละ 53.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.78 ปี (SD = 7.10) ประสบการณ์ทำงานเป็น ICWN ส่วนใหญ่ มากกว่า 5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 66.67 และส่วนน้อยมีประสบการณ์ทำงานเป็น ICWN อยู่ในช่วง 2-3 ปี คิดเป็น ร้อยละ 2.22

3.2 ประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกัน

และควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่นในการพัฒนาครั้งที่ 1 (LINE Application และการพัฒนาครั้งที่ 2 (Google site IC KKH) (n=45)

ข้อคำถาม	ค่ามัธยฐาน (Median)		ค่าสถิติ Z	p-value
	การพัฒนาครั้งที่ 1	การพัฒนาครั้งที่ 2		
1. ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อ				
1.1 ระบบมีความสะดวกต่อการเข้าถึงและใช้งาน	4	5	-4.88	0.001*
1.2 การแสดงผลข้อมูลและรายงานมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4	5	-4.53	0.001*
1.3 ระบบสามารถบันทึกข้อมูลได้รวดเร็วและมีความถูกต้อง	4	5	-1.34	0.18
1.4 มีความปลอดภัยในการจัดเก็บและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	4	4	-2.42	0.02*
1.5 ระบบสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม	4	4	-3.91	0.001*
1.6 การออกแบบหน้าจอและโครงสร้างระบบมีความเหมาะสมกับการทำงานของ ICWN	4	4	-4.43	0.001*
1.7 ได้รับการสนับสนุนทางเทคนิคหรือคู่มือการใช้งานที่เพียงพอ	4	5	-3.74	0.001*
1.8 ระบบช่วยลดภาระงานเอกสารของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ	4	5	-0.88	0.38
2. ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อและประสิทธิผลของการใช้งาน				
2.1 ระบบสามารถติดตามสถานการณ์การติดเชื้อในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4	4	-4.29	0.001*
2.2 การแจ้งเตือนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือการระบาคเป็นไปอย่างทันทั่วทั้งที่	5	5	1.09	0.28
2.3 การรายงานอัตราการติดเชื้อมีความครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	4	4	0.25	0.80
2.4 ระบบช่วยให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มการติดเชื้อได้สะดวก	4	4	-5.01	0.001*
2.5 ข้อมูลจากระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4	4	-3.10	0.001*
2.6 การใช้ระบบช่วยสนับสนุนให้อัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยลดลง	4	4	-3.24	0.001*
2.7 ระบบช่วยสนับสนุนให้ ICWN สามารถปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ดียิ่งขึ้น	4	4	-2.15	0.03*
2.8 ระบบสนับสนุนการสื่อสารระหว่างทีม ICN และบุคลากรในหอผู้ป่วย	4	4	2.37	0.02*
3. ความพึงพอใจโดยรวม				
3.1 โดยรวมแล้วมีความพึงพอใจต่อระบบสารสนเทศที่พัฒนา	4	4	-2.42	0.02*
3.2 ระบบมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น	4	4	0.00	1.00
3.3 มีความตั้งใจที่จะใช้ระบบนี้อย่างต่อเนื่องในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	4	5	-0.51	0.61

หมายเหตุ: (*)= p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจของ ICWN ต่อระบบสารสนเทศเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการพัฒนาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า มีรายการที่

แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) รวม 14 รายการ โดยระบบที่ได้รับการพัฒนาใหม่มีความสะดวกต่อการเข้าถึง การแสดงผลข้อมูลที่ชัดเจน ความปลอดภัย

ของข้อมูล ความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูล ความเหมาะสมของโครงสร้างหน้าจอ และการสนับสนุนด้านเทคนิคที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001 - 0.02$) ในด้านประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวัง พบว่าระบบสามารถติดตามสถานการณ์ วิเคราะห์แนวโน้ม สนับสนุนการตัดสินใจ และสนับสนุนการลดอัตราการติดเชื้อได้ดีขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) รวมถึงช่วยเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อและการสื่อสารภายในทีม ($p = 0.03$ และ $p = 0.02$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบยังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.02$)

3.3 ผลลัพธ์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2563 – 2568

ผลลัพธ์ด้านการป้องกันและควบคุมการในโรงพยาบาล	ปีงบประมาณ					
	2563	2564	2565	2566	2567	2568
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) (ครั้ง/1,000 วันนอน)	1.98	1.67	1.07	3.54	2.77	2.30
อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) (ครั้ง/1,000 วันนอน)	1.02	0.88	0.16	1.71	1.51	0.88
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (ร้อยละ) (ค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80)	91.84	47.27	32.38	57.14	86.76	80
การปฏิบัติแนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยาต้านจุลชีพ (SHIP BUNDLE) (ร้อยละ) (ค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80)	NA	NA	NA	89.52	92.92	96.78

จากตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระหว่างปีงบประมาณ 2563–2568 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศฯ มีส่วนสำคัญต่อการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) โดยเฉพาะอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ซึ่งเป็นตัวชี้วัด Service plan สาขา AMR เขตตรวจสุขภาพที่ 7 โดยเฉพาะช่วงปีงบประมาณ 2563–2565 ที่ค่าตัวชี้วัดลดลงอย่างต่อเนื่อง และการประเมินสมรรถนะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยจากการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อภายหลังจากการพัฒนาระบบสารสนเทศฯ เพิ่มขึ้นและเกินเกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 การติดตามอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ในปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (SHIP BUNDLE) ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็น ร้อยละ 89.52, 92.92 และ 96.78 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลขอนแก่นยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังแบบ Manual ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน ความล่าช้าในการรายงาน (การส่งข้อมูลล่าช้า

ถึง 45.45%) และเป็นการรายงานย้อนหลังมากกว่าการเฝ้าระวังเชิงรุก ปัญหานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Rouse (2015)¹² ที่ว่าข้อมูลที่มีคุณภาพจะทำให้ระบบสารสนเทศมีผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ และสนับสนุนการตัดสินใจทั้งระดับปฏิบัติและระดับบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานสูง มีทักษะและการนำใช้เทคโนโลยีค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ความทันเวลาในการรายงานข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaikhan และคณะ (2020)¹³ ที่กล่าวว่า การเฝ้าระวังการติดเชื้อจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนข้อมูลที่สามารถลดภาระงาน เพิ่มความเร็ว และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลขอนแก่น มุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีมาแก้ไขปัญหาความล่าช้า ความผิดพลาด และเพิ่มความสมบูรณ์ในการนำเข้าข้อมูลด้วยสมาร์ทโฟนและการสร้าง "Google site IC KKH" เป็นคลังข้อมูลเป็นเครื่องมือเผยแพร่ข้อมูลที่เข้าถึงง่าย ผลการพัฒนาที่สำคัญคือ การนำเข้ารวดเร็วและมีระบบแจ้งเตือน (Alert) แบบ Real-time ผ่าน LINE ซึ่งช่วยให้ ICWN สามารถดำเนินการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที สอดคล้องกับ Changjeraja (2019)⁸ และ Sudsom และคณะ (2023)¹⁴ ที่เน้นย้ำบทบาทของระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติในการควบคุมโรค

การพัฒนานี้ได้บูรณาการคู่มือและแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล³ และนำแนวคิด SDLC^{7,9} มาประยุกต์ใช้เพื่อลดข้อผิดพลาดของข้อมูล และสร้างระบบเฝ้าระวังที่บูรณาการและใช้งานง่าย โดยใช้เทคโนโลยีที่ต้นทุนต่ำ เข้าถึงง่าย และแสดงผลแบบทันทีที่ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของการพัฒนาการเฝ้าระวังสมัยใหม่และนโยบาย Thailand 4.0 ด้านเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ¹⁵

3. การประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้สารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่า ระบบสารสนเทศ “Google Site IC KKH” มีประสิทธิภาพและความพึงพอใจสูงกว่าการพัฒนาระบบในครั้งแรกรวมถึงมีนัยสำคัญทางสถิติใน 14 รายการ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้าน ความสะดวกในการเข้าถึง การแสดงผลข้อมูลที่ชัดเจน ความปลอดภัยในการจัดเก็บ และการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Yuenyong และคณะ (2566)¹⁶ ที่พบว่าเทคโนโลยีการนำเสนอข้อมูลที่ง่ายต่อการใช้งานและชัดเจนจะได้รับความพึงพอใจสูงสุดจากบุคลากร และที่สำคัญระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ โดยพบว่าระบบสนับสนุนให้ ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (SHIP BUNDLE) เพิ่มขึ้นจนเกินเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80) อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าระบบช่วย สนับสนุนการตัดสินใจ วิเคราะห์แนวโน้ม และ สนับสนุนการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) ซึ่งเป็นหลักฐานที่สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ Stoutenborough และคณะ (2563)¹⁷ และ Li และคณะ (2565)¹⁸ ที่ระบุว่า การประยุกต์ใช้ระบบเฝ้าระวังแบบอัตโนมัติและเรียลไทม์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้สำเร็จ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลเฝ้าระวังงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่นบนพื้นฐานแนวคิดการบูรณาการพัฒนาระบบสารสนเทศและการวิจัยและพัฒนา โดยใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่ายและการแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์ สามารถแก้ข้อจำกัดของระบบแบบ Manual เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการติดเชื้อ เสริมศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและระบบสุขภาพของโรงพยาบาลในระยะยาว แม้ว่าความทันเวลาและ

ภาระงานยังเป็นข้อจำกัดที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 ขยายขอบเขตการใช้งานระบบสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องผ่าตัด ICU ห้องฉุกเฉิน และห้องปฏิบัติการ เพื่อสร้างเครือข่ายข้อมูลที่เชื่อมโยงแบบครบวงจร

1.2 พัฒนาให้ระบบเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลโรงพยาบาล (iHospital) แบบอัตโนมัติ และการใช้งานบนอุปกรณ์พกพา (Mobile Application) เพื่อเพื่อสร้างการไหลของข้อมูลที่สม่ำเสมอ ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความคล่องตัวและการเข้าถึงข้อมูลแบบเรียลไทม์

1.3 เสริมมาตรการความปลอดภัยของข้อมูล (Information security) เช่น การเข้ารหัส การตรวจสอบสิทธิ์ และระบบสำรองข้อมูลตามมาตรฐาน IT Governance

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาประสิทธิผลของระบบในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้าน HAIs

2.2 พัฒนาระบบวิเคราะห์เชิงคาดการณ์ (Predictive Analytics) โดยใช้ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อทำนายความเสี่ยงการติดเชื้อหรือคลัสเตอร์ (cluster) การระบาด

2.3 วิจัยการประยุกต์ใช้ระบบในบริบทโรงพยาบาลประเภทอื่น เช่นโรงพยาบาลชายจังหวัดขอนแก่นและเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อทดสอบความเหมาะสมของระบบในบริบทที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf
2. Danchaivijit S, Lertthaporn C, Thepveera W, Sawaengpol P, Kongpan M, Jantree S, et al. Prevalence and risk factors of healthcare-associated infections in Thailand 2018: a point-prevalence survey. J Med Assoc Thai. 2019;102(12):1310–1318.

3. Unahalekhaka A. Guidelines for infection prevention and control in hospitals. Chiang Mai: Ming Mueang Nawarat Publishing; 2017.
4. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Hooton TM. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985;121(2):182–205.
5. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for infection prevention and control in hospitals. Bangkok: Aksorn Graphic & Design Publishing; 2020.
6. Sila R. The role of infection control nurses in hospital quality development and accreditation in general hospitals [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
7. Chaisuthanan R, Phupala D. Systematic data management in the COVID-19 crisis. *Mahidol R2R e-J.* 2021;8(3):23–33.
8. Changjeraja W. The development of a healthcare-associated infection surveillance system in Buengkan Hospital. *Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off.* 2019;10–20.
9. Iamsirivong O. Management information system. Bangkok: SE-Education; 2011.
10. Luangrattanas L. R&D: research and development design approach [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <http://164.115.41.60/knowledge/?p=377>
11. Photphruksanan N. Research methodology. Bangkok: S Asia Press; 2008.
12. Rouse M. Data quality management and information systems [Internet]. TechTarget; 2015 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.techtarget.com>
13. Chaikhan N, Unahalekhaka A, Kasatpibal N. Development of a surveillance system for healthcare-associated infections in subdistrict health-promoting hospitals. *Nurs J CMU.* 2020;47(2):122–132.
14. Sudsom N, Chiangnoon S, Kittisawangwong B, Khattiya D, Teerapripruek S, Sudsom A, et al. Development of an information system using a real-time data management platform for COVID-19 surveillance, Nan Province. *J Health Sci Thai.* 2023;32(Suppl 1):S39–S48.
15. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. 20-year national strategy for public health (2017–2036). 2nd rev. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
16. Yuenyong P, Chaichuwong K, Noijai boon S, Thaworncharoen C. Application of software and dashboard technology for presenting data of COVID-19 mortality cases, Bang Khla District, Chachoengsao Province. *J Khon Kaen Prov Public Health Off.* 2023;5(1):183. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/26348>
17. Stoutenborough L, Garrett L, Henderson D. Enhancing infection surveillance through electronic health records. *J Hosp Infect.* 2020;106(3):503–511. doi:10.1016/j.jhin.2020.06.012
18. Li Y, Chen H, Wu X, Xu J. Application effect of a real-time automatic nosocomial infection surveillance system on prevention and control of nosocomial infection. *Chin J Nosocomiol.* 2022;32(1):1–5.

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจ คุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลขอนแก่น

อนงค์ ศรีทะโคตร, พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ระดับความวิตกกังวล และระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 22 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (2) การชมวิดีโอที่คนแนะนำห้องผ่าตัด (3) การฝึกทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็น และ (4) การจัดการความวิตกกังวล เนื้อหาโปรแกรมได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต 2 ท่าน และพยาบาลปลูกถ่ายไต 2 ท่าน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ซึ่งมีค่าความเที่ยงตามสูตร Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.83 แบบประเมินความวิตกกังวลที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed-rank test)

ผลการศึกษา: ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 6.14 คะแนน (IQR = 2.00) เป็น 18.18 คะแนน (IQR = 3.00) ($Z = 4.11, p < .001$) ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 42.05 คะแนน เป็น 10.50 คะแนน ($Z = -4.08, p < .001$) และระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 34.14 คะแนน เป็น 50.59 คะแนน ($Z = 4.13, p < .001$)

สรุป: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ลดระดับความวิตกกังวล และเสริมสร้างความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความพร้อมด้านจิตใจและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด; โรคไตเรื้อรัง; การปลูกถ่ายไต; ความวิตกกังวล; ความพึงพอใจของผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Effects of a Preoperative Preparation Program on Knowledge, Anxiety, and Service Quality Satisfaction among Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Kidney Transplantation at Khon Kaen Hospital

Anong seethakod, B.N.S.*

Abstract

Objective:

This quasi-experimental study employing a one-group pretest–posttest design aimed to compare knowledge scores, anxiety levels, and satisfaction with service quality among patients with end-stage renal disease (ESRD) before and after participation in a preoperative preparation program for kidney transplantation.

Methods:

The study sample consisted of 22 patients with ESRD who underwent kidney transplantation at Khon Kaen Hospital between October 1, 2022, and September 30, 2023. The preoperative preparation program comprised four components: (1) education regarding kidney transplantation surgery, (2) viewing an operating room orientation video, (3) training in essential self-care skills, and (4) anxiety management strategies. The program content was validated and refined by four subject-matter experts, including two nephrologists and two transplant nurses. Data collection instruments included a knowledge assessment questionnaire with a Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) reliability coefficient of 0.83, an anxiety scale with a Cronbach’s alpha of 0.87, and a service quality satisfaction questionnaire with a Cronbach’s alpha of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Results:

Following participation in the preoperative preparation program, patients demonstrated a statistically significant improvement in knowledge, with the median score increasing from 6.14 (IQR = 2.00) to 18.18 (IQR = 3.00) ($Z = 4.11, p < .001$). The median anxiety score significantly decreased from 42.05 to 10.50 ($Z = -4.08, p < .001$). In addition, the median satisfaction score regarding service quality significantly increased from 34.14 to 50.59 ($Z = 4.13, p < .001$).

Conclusion:

The findings indicate that the developed preoperative preparation program was effective in enhancing knowledge, reducing anxiety, and improving satisfaction with service quality among patients with ESRD undergoing kidney transplantation. This program may serve as a valuable nursing intervention to promote psychological readiness and improve the quality of perioperative care for kidney transplant recipients.

Keywords: Preoperative preparation program; Chronic kidney disease; Kidney transplantation; Anxiety; Patient satisfaction

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) นับเป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับหนึ่งของระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลกเป็นโรคไตเรื้อรัง สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วย CKD ประมาณ 8 ล้านคน และมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ที่ต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตรวมประมาณ 142,654 คน¹ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตนั้นสูงถึงประมาณ 2 แสนบาทต่อคนต่อปี¹ นอกจากนี้ภาระค่าใช้จ่ายที่สูงลิ่วในระดับประเทศแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับคุณภาพชีวิตที่ลดลงและความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจ

การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) เป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ESRD เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว เมื่อเทียบกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง² ก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดอย่างมาก เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนและมีความพร้อมในการผ่าตัด³ จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลสูง คิดเป็นร้อยละ 76.2, 75 และ 78.0 ตามลำดับ และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง ขาดเครื่องมือที่เป็นระบบในการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การขาดการเตรียมความพร้อมที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมด้านทักษะปฏิบัติที่จำเป็น ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยก่อนเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด ด้วยความเชี่ยวชาญในด้านเทคนิคการผ่าตัดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ทำให้สามารถเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งถึงข้อมูลและทักษะที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาและนำโปรแกรมที่เป็นระบบมาใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัด ในการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเป็นระบบโดยการพัฒนา "โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด" นี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom (ด้านพุทธิพิสัย, จิตพิสัย, ทักษะ

พิสัย) และแนวคิดการให้ ข้อมูลเชิงจิตวิสัย (Psychoeducation)⁴ ซึ่งจะมุ่งเน้นทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็น ลดภาวะแทรกซ้อน การเตรียมความพร้อมที่ดีและสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเพิ่มความปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ผ่าตัด ยกระดับคุณภาพการพยาบาล โปรแกรมนี้จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้น⁵ งานวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนา Service Plan ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการปลูกถ่ายอวัยวะ และที่สำคัญคือ ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และลดระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แตกต่างกันหรือไม่
2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แตกต่างกันหรือไม่
3. ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ระดับความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

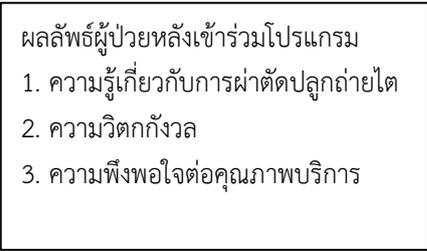
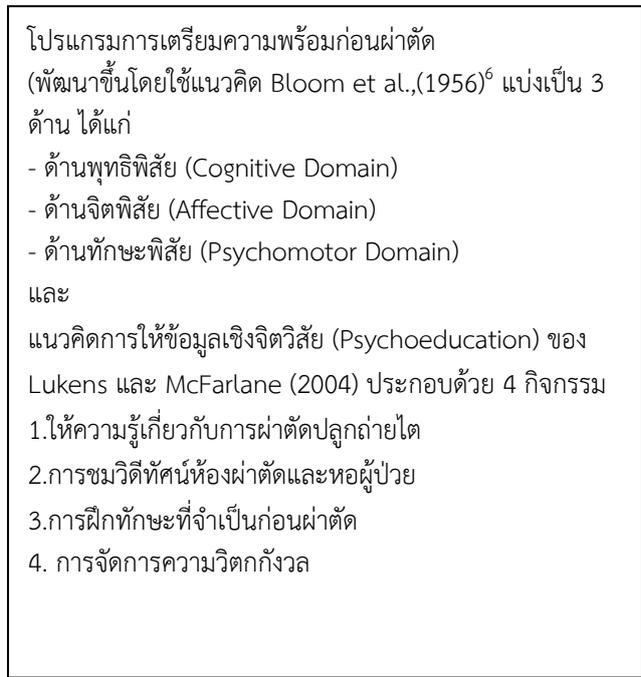
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยใช้กรอบแนวคิดแบบผสมผสาน ได้แก่:

1. แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom⁶ (3 ด้าน): เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ครอบคลุม 1) พุทธิพิสัย: เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว 2) จิตพิสัย:

เน้นการจัดการความวิตกกังวลและการสร้างทัศนคติเชิงบวก 3) ทักษะพิสัย: เน้นการฝึกทักษะที่จำเป็นหลังผ่าตัด (เช่น การฝึกหายใจและการไออย่างถูกวิธี)

2. แนวคิดการให้ข้อมูลเชิงจิตวิสัย⁴ (Psychoeducation) 4 องค์ ประกอบ เพื่อให้ การสนับสนุนทางจิตใจและการจัดการปัญหา เน้นการให้ ข้อมูลความรู้ การสนับสนุนทางอารมณ์ การพัฒนาทักษะ การจัดการความเครียด/วิตกกังวล (Coping Skills) และการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (Treatment adherence) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลลดลง และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นเมื่อเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนรอรับไตกับสภากาชาดไทย ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มารับบริการผ่าตัดในโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนรอรับไตกับสภากาชาดไทย ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มารับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน

2566 จำนวน 22 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออกและเกณฑ์ถอนตัวจากการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับเลือกให้เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในช่วงเวลาที่ศึกษา
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ไม่เคยผ่าตัดปลูกถ่ายไต
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
5. ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วน
2. กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต

เกณฑ์ถอนตัวจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด
3. กลุ่มตัวอย่างอาการทรุดลงระหว่างผ่าตัดไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 3 วัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบแบบนอนพาราเมตริก (Wilcoxon Signed Rank Test) โดยกำหนดค่า ดังนี้

Effect size (d) = 0.65 (ขนาดกลาง อ้างอิงจากงานวิจัยของ Guo et al., 2012)

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 (two-tailed)

อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = 0.80

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout rate = 10%) ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เท่ากับ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom ร่วมกับแนวคิดการให้ข้อมูลเชิงจิตวิสัย (Psychoeducation) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 70 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและการปฏิบัติตัว (ระยะเวลา 20 นาที)

กิจกรรมที่ 2 การชมวิดีโอทัศน์ผู้ป่วยและห้องผ่าตัด (ระยะเวลา 10 นาที)

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นหลังผ่าตัด (ระยะเวลา 20 นาที)

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความวิตกกังวล (ระยะเวลา 20 นาที)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายไต 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายไต 2 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบประเมินความรู้ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 แบบประเมินความวิตกกังวลได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ก่อนเข้าห้องผ่าตัดที่โรงพยาบาล ขอนแก่นด้วยวิธีให้ตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยแบบประเมินความรู้ หาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 แบบประเมินความวิตกกังวล หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกิจกรรมต่างๆ ในโครงการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนและดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานคลินิกปลูกถ่ายไตเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในคลินิกปลูกถ่ายไต เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานคลินิกปลูกถ่ายไตเพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. จัดเตรียมสถานที่ สื่อ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับประสานจากคลินิกปลูกถ่ายไต มีการแอดมิทผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า ดำเนินการเก็บข้อมูลในกรณีผู้ป่วยมารับการเตรียมผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลขอนแก่น

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) หลังผู้ป่วยแอดมิทเพื่อเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโดย

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วม ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

2.3 ให้โอกาสผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย และตอบคำถามอย่างละเอียด

2.4 หากผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

2.5 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต แบบประเมินความวิตกกังวล และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

2.6 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากมีข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยสอบถามเพิ่มเติมทันที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จ

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและการปฏิบัติตัว (20 นาที)

3.2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 การชมวิดีโอทัศน์ห้องผ่าตัด (10 นาที)

3.3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นหลังผ่าตัด (20 นาที)

3.4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การจัดการความวิตกกังวล (20 นาที)

4. หลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรมตามแผน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวล (Post test) ก่อน

เข้าห้องผ่าตัดประมาณ 30 นาที ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการหลังผ่าตัด 3 วัน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นหลังดำเนินการ

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

2. สรุปผลการวิจัยและจัดทำรายงานการวิจัย

3. นำเสนอผลการวิจัยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเผยแพร่ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 คะแนนความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ เปรียบเทียบคะแนน

ความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในโครงการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนทราบว่า การเข้าร่วมโครงการเป็นไปตามความสมัครใจเท่านั้น การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการจะไม่ส่งผลใดๆ ต่อการให้บริการด้านสุขภาพใด ๆ ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษารวมเท่านั้น พร้อมทั้งให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.1) มีอายุเฉลี่ย 37.5 ปี (S.D. = 10.2) โดยส่วนใหญ่อยู่

ในช่วงอายุ 35-40 ปี (ร้อยละ 40.9) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 72.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.4) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.8) และปริญญาตรี (ร้อยละ 31.8) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 45.5) และเกษตรกร (ร้อยละ 27.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 15,200 บาท (S.D. = 5,800) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 63.6) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 5.8 ปี (S.D. = 3.2) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคมา 6-8 ปี (ร้อยละ 36.4) และมีระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ย 3.6 ปี (S.D. = 2.1) โดยส่วนใหญ่ได้รับการบำบัด

ทดแทนไตมา 2-4 ปี (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ร้อยละ 68.2) ไม่เคยผ่าตัดใหญ่มาก่อน (ร้อยละ 77.3) และไตที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากผู้บริจาคสมอตาย (ร้อยละ 90.09)

2. คะแนนความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความรู้ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจคุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n= 22)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ผลการศึกษา	
		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Mdn	หลังเข้าร่วมโปรแกรม Mdn
คะแนนความรู้	20	6.14	18.18
คะแนนความวิตกกังวล	80	42.05	10.50
คะแนนความพึงพอใจ	75	34.18	50.59

จากตารางที่ 1 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 6.14 เป็น 18.18 คะแนน ผลการทดสอบแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (Positive Ranks = 22) มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และมีขนาดของผลกระทบในระดับใหญ่ (r = 0.62) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยค่ามัธยฐานลดลงจาก 42.25 เป็น 10.50 คะแนน ผลการทดสอบแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (Negative Ranks = 22) มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง และมีขนาดของผลกระทบในระดับใหญ่ (r = 0.62) ซึ่งยืนยันว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการช่วยจัดการความวิตกกังวล

คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 34.14 เป็น 50.59 คะแนน ผลการทดสอบแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (Positive Ranks = 22) มีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และมีขนาดของผลกระทบในระดับใหญ่ (r = 0.62) แสดงว่ากิจกรรมการเตรียมความพร้อมช่วยยกระดับความรู้สึกเชิงบวกต่อการดูแลที่ได้รับ

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความรู้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 18.18) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 6.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.11, p < .001) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (Positive Ranks = 22) มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีรายใดที่มีคะแนนลดลงหรือเท่าเดิม และมีขนาดของผลกระทบในระดับใหญ่ (r = 0.62) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ของ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{3,7} ที่ชี้ว่าโปรแกรมให้ความรู้หรือการให้ข้อมูลที่ตรงความต้องการก่อนผ่าตัดช่วยเพิ่มความรู้อ ความเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น การประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom (Cognitive Domain) ที่เน้นพัฒนาความรู้ตั้งแต่ระดับความจำ ความเข้าใจ ไปจนถึงการนำไปใช้ปฏิบัติอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับหลักการที่ว่า การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยเกิดขึ้นได้ดีเมื่อผู้เรียนได้รับข้อมูลที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย และหลากหลาย⁸ มีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย: ทั้ง การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การใช้คู่มือ และ วิดีทัศน์ เพื่อรองรับ รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ของผู้ป่วย ตามทฤษฎี VARK Model ของ Fleming & Mills⁹ เนื้อหาการให้ความรู้ในโปรแกรมฯ ครอบคลุมและตรงความต้องการ ซึ่งครอบคลุมทั้งความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ที่สอดคล้องกับ Urstad et al.³ นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำคู่มือให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวน อ่านซ้ำที่บ้าน จะช่วยเสริมสร้างความจำระยะยาว และให้ผู้ป่วยทบทวนได้ตามเวลาที่สะดวก อีกทั้งมีการโทรศัพท์ติดตามผลเพื่อตอบข้อสงสัยและเตือนให้ทบทวนความรู้ช่วยเสริมสร้างความรู้และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 10.50) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 42.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.08, p < .001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (Negative Ranks = 22) มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีรายใดที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นหรือเท่าเดิม และมีขนาดของผลกระทบในระดับใหญ่ ($r = 0.62$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{10,11,12} ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ความวิตกกังวลลดลงอาจเนื่องจาก มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเชิงจิตวิสัย (Psychoeducation) ผสมผสานการให้ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การพูดคุย การให้คำปรึกษา การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลได้⁴ การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมตัว และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ช่วยลดความรู้สึกไม่

แน่นอนและความกลัว ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความวิตกกังวล มีการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมโดยการชมวิดีโอที่ศัลยแพทย์ช่วยลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้จักร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้มากขึ้น¹³ อีกทั้งการสอนทักษะการผ่อนคลาย (Coping Skills) เช่น การสอนเทคนิค เช่น การหายใจคลายเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยมีเครื่องมือในการจัดการกับความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการพัฒนาด้านจิตพิสัย (Affective Domain) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัด มีความหวัง และมีความมั่นใจมากขึ้น

3. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 50.59) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 34.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.13, p < .001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย (Positive Ranks = 22) มีคะแนนความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีรายใดที่มีคะแนนลดลงหรือเท่าเดิม และมีขนาดของผลกระทบในระดับใหญ่ ($r = 0.62$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

ผลการวิจัยชี้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ การตอบสนองต่อความต้องการ และการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย^{11,13} โปรแกรมประสบความสำเร็จในการสร้างความพึงพอใจเนื่องจากกิจกรรมที่ ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในหลายมิติ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพบริการ SERVQUAL⁵ (Parasuraman et al., 1988) ครบทั้ง 5 ด้าน คือ มิติคุณภาพบริการการดำเนินการในโปรแกรม ความเป็นรูปธรรม (Tangibles) ใช้สื่อหลากหลาย (PowerPoint, วิดีทัศน์, คู่มือ) และมีการชมวิดีโอที่ศัลยแพทย์สร้างความน่าเชื่อถือ (Reliability) ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องการตอบสนอง (Responsiveness) เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและมีเบอร์ติดต่อผู้วิจัยตลอด 24 ชั่วโมงการให้ความมั่นใจ (Assurance) ผู้วิจัยเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความรู้ความสามารถ อธิบายชัดเจน และแนะนำบุคลากรที่จะดูแลการเอาใจใส่ (Empathy) รับฟังความรู้สึก ให้คำปรึกษา และปรับเนื้อหาให้เหมาะกับแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมนี้สามารถนำไปปรับใช้ ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
2. สามารถนำโปรแกรมนี้เป็นแนวทางให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. The Nephrology Society of Thailand. Thailand renal replacement therapy registry report 2021. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2021.
2. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LY, Held PJ, Port FK. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med.* 1999;341(23):1725–1730. doi:10.1056/NEJM199912023412303.
3. Urstad KH, Wahl AK, Andersen MH, Øyen O. The experience of information needs among patients awaiting kidney transplantation. *J Ren Care.* 2019;45(1):23–30. doi:10.1111/jorc.12256.
4. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as an evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *J Soc Work Disabil Rehabil.* 2004;3(2):91–105. doi:10.1300/J198v03n02_06.
5. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing.* 1988;64(1):12–40.
6. Bloom BS, Englehart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
7. Chaiyana N, et al. Effects of an educational program on knowledge and self-care practices of

- patients prior to kidney transplantation. *Thai J Nurs.* 2017;66(4):45–56. (Original article in Thai)
8. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
9. Fleming ND, Mills C. Not another inventory, rather a catalyst for reflection. *To Improve the Academy.* 1992;11(1):137–149.
10. Narongrit W. Effects of an information program on preoperative anxiety among surgical patients. Bangkok: [Publisher unknown]; 2021. (Original work in Thai)
11. lamphong L, Chaiyakij P. Effects of a preoperative preparation program on anxiety and service quality satisfaction among surgical patients. *Thai J Nurs.* 2018;67(2):32–41. (Original article in Thai)
12. Guo P, East L, Arthur A. The effects of preoperative education on anxiety and knowledge in cardiac surgery patients: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2012;68(11):2465–2474. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05952.x.
13. Shuldham C. A comparison of the effects of two preoperative education programmes on patient anxiety and satisfaction. *J Clin Nurs.* 1999;8(3):227–233. doi:10.1046/j.1365-2702.1999.00240.x.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลขอนแก่น

ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ พย.ม*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดไปใช้ โดยประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ (1) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (2) ความมีวินัยของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (3) สัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (4) ระยะเวลาเฉลี่ยในการดักจับอาการแสดงนำ และ (5) อุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประกอบด้วยมารดาหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงที่เข้ารับการรักษาในแผนกสูติกรรม 2 โรงพยาบาลขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม 2 โรงพยาบาลขอนแก่น เข้าร่วมในการประเมินการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติ แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ส่วนข้อมูลความมีวินัยและความพึงพอใจของพยาบาลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.8) และมีความมีวินัยในการปฏิบัติตามนโยบายปฏิบัติในระดับสูง (ร้อยละ 97.5) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงกว่า ใช้ระยะเวลาในการดักจับอาการแสดงนำสั้นกว่า และมีอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$)

สรุปและเสนอแนะ: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทั้งต่อผู้ป่วย พยาบาล และองค์กร โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดักจับอาการแสดงนำ ลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด และส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยของการพยาบาลมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด; แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผลลัพธ์การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Effects of Nursing Practices for Preventing Postpartum Hemorrhage Within 24 Hours at Khon Kaen Hospital

*Siriporn Pinpo, M.N.S.**

Abstract

Objective:

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of implementing a nursing practice guideline for the prevention of postpartum hemorrhage. The outcomes assessed included: (1) nurses' satisfaction with the use of the nursing practice guideline, (2) nurses' compliance with the nursing practice guideline, (3) the proportion of early detection of warning signs preceding postpartum hemorrhage, (4) the mean time required for early detection of warning signs, and (5) the incidence of postpartum hemorrhage.

Methods:

The study population consisted of postpartum mothers within the first 24 hours after delivery admitted to the Obstetrics Unit 2 at Khon Kaen Hospital. Participants were divided into an experimental group and a control group, with 46 participants in each group. In addition, registered nurses working in the same unit participated in the evaluation of nursing practice guideline implementation. Data were collected between August and November 2022 using practice observation forms, nursing outcome assessment forms, and nurse satisfaction questionnaires. Data analysis and comparison of outcomes between groups were performed using the independent t-test and chi-square test. Nurses' compliance and satisfaction were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and standard deviation.

Results:

The findings revealed that nurses reported a high level of satisfaction with the nursing practice guideline (91.8%) and demonstrated a high level of compliance (97.5%). The experimental group showed a significantly higher proportion of early detection of warning signs, a shorter mean time to detection, and a lower incidence of postpartum hemorrhage compared with the control group receiving routine nursing care. These differences were statistically significant ($p = 0.005$).

Conclusion:

The nursing practice guideline for the prevention of postpartum hemorrhage within the first 24 hours postpartum demonstrated positive outcomes for patients, nurses, and the healthcare organization. Implementation of the guideline enhanced early detection, reduced the incidence of postpartum hemorrhage, and supported quality and safety in maternal nursing care.

Keywords: Postpartum hemorrhage; Nursing practice guideline; Nursing outcomes

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) ถือเป็นภาวะวิกฤติ และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญที่สุด เป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 อันดับแรกของมารดาหลังคลอดทั่วโลกร้อยละ 25¹ ถึงแม้ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพจะพัฒนาไปมาก แต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย อันดับ 2 รองจากภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะวิกฤติที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดข้อมูลของกรมอนามัย (2565) รายงานว่า อัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดอยู่ในระดับสูง เฉลี่ยที่ 20 รายต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งเกินกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้ไม่เกิน 17 ต่อ 100,000 โดยภาวะตกเลือดไม่เพียงก่อให้เกิดความสูญเสียทางร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทีมพยาบาล และองค์กรบริการสุขภาพ ในด้านค่าใช้จ่าย ความเครียด และการร้องเรียนด้านคุณภาพบริการ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขเอง จึงได้กำหนดเกณฑ์อัตราการตายของมารดา เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพงานสาธารณสุขของประเทศ โดยกำหนดให้อัตราส่วนการตายของมารดาจากการคลอดไม่เกิน 17 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพในปี 2567² ผลกระทบจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อก ยังทำให้ได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นเช่น การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บใหม่ การขูดมดลูก รวมทั้งการตัดมดลูกทิ้ง และหากมีการสูญเสียเลือดมาก ร่วมกับได้รับการแก้ไขล่าช้า มารดาจะเกิดภาวะช็อกที่รุนแรง และสุดท้ายเสียชีวิต³ รวมถึงญาติที่เผชิญกับความกลัว ความเครียด ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของมารดา และโรงพยาบาล รวมถึงอาจเกิดความไม่พึงพอใจ ร้องเรียนตามมาตรา 41⁴

กลุ่มงานการพยาบาลสูติ-นรีเวช มีภารกิจให้บริการพยาบาลในโรคทางสูติศาสตร์ นรีเวชกรรมทุกระดับความรุนแรง ดูแลมารดาทารกหลังผ่าตัด หลังคลอด ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพ และการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชที่มีประสิทธิภาพและมีความก้าวหน้าทันสมัย⁵ การพยาบาลมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดปกติ ที่มาพักฟื้นที่แผนกสูติกรรมในระยะ 24 ชั่วโมง ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด ดังนั้นการ

ดูแลมารดาหลังคลอดช่วงเวลานี้ จำเป็นต้องครอบคลุมสาเหตุปัจจัยภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะเวลาที่รวดเร็ว เพื่อลดอุบัติการณ์ และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา โดยข้อมูลจากวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ปี 2017⁶ ได้แบ่งสาเหตุหลักของ PPH เกิดจาก 4 T's ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) ช่องทางคลอดฉีกขาด (Trauma) รกหรือเศษรกค้าง (Tissue) และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) โรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Advance tertiary care) ขนาด 1,238 เตียง ในปีพ.ศ. 2562-2564 พบว่า มีจำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอดทั้งหมดจำนวน 492, 422, และ 340 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1, 6.9, และ 5.7 ตามลำดับ และก็ยังพบว่า มีมารดาหลังคลอดปกติที่ย้ายจากห้องคลอด มาที่แผนกหลังคลอด แล้วเกิดภาวะตกเลือดภายหลังจำนวน 162, 112, และ 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7, 1.6, และ 1.5 ตามลำดับ เฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี ซึ่งยังเกินเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดว่าไม่เกินร้อยละ 1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่านมามีการใช้ Check list และ Maternal Warning Score Chart⁷ แต่ยังไม่ครอบคลุม 4 T's โดยยังขาดการประเมิน Tissue และ Thrombin รวมถึงยังไม่มีการตรวจความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด มารดาทุกรายยังได้รับดูแลที่ไม่แตกต่าง และจากการทบทวนเวชระเบียนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี 2564 จำนวน 96 คนพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเกิดภาวะตกเลือดเฉลี่ย 10 ชั่วโมง ไม่มีการลงคะแนนจากการใช้ระบบ Check list และ Maternal Warning Score Chart และเมื่อมารดาเกิดภาวะตกเลือด จะได้รับการแก้ไข เช่น การเย็บแผลใหม่ ขูดมดลูก ให้ส่วนประกอบของเลือดทดแทน ผ่าตัดมดลูก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น⁷ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดทุกรายควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดใหม่หลังคลอด ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจนช่วยให้พยาบาลให้การดูแลมารดาหลังคลอด และป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกสูติกรรม ในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ต้องมีทักษะการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยง และอาการเตือนล่วงหน้าให้ครบถ้วน ครอบคลุมภายในเวลาอันรวดเร็ว

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานที่กลุ่มงาน การพยาบาลสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลขอนแก่น มีความมุ่งมั่น ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาหลังคลอด ที่มารับ บริการที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ให้เข้าถึงการ ดูแลที่ครบถ้วน ครอบคลุม และรวดเร็วทันเวลา เพื่อลด อุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อน จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง ที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินมารดาตั้งแต่แรก รับ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของไอโอวาโมเดล Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care⁹ มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจุดแข็งของไอโอวาโมเดล คือ 1) ง่ายในการนำไปใช้ ประโยชน์ (Ease of use/utility) 2) มีความยืดหยุ่น (Flexibility) 3) เป็นแบบบูรณาการ (Interdisciplinary) และ 4) การประเมินผลเป็นสัดส่วน (Evaluation component)¹⁰ มีทั้งหมด 7 ขั้นตอนโดยดำเนินการเป็น 2 ระยะในการศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินการในระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 5, 6 และ 7 ซึ่งเป็น ขั้นตอนต่อเนื่องจากระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนา แนวปฏิบัติตามขั้นตอน 1 ถึง 4 เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง รายละเอียดการดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดประเด็น ปัญหาที่ต้องการพัฒนา และวิเคราะห์สาเหตุการดูแลมารดา หลังคลอดที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ในการประชุม ประจำเดือนของหน่วยงาน พยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้องมีความ เห็นร่วมกันเห็นควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและ แต่งตั้งทีมพัฒนา 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จาก ฐานข้อมูลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 3) ประเมิน ข้อมูลที่สืบค้นได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและคุณภาพของ หลักฐาน ยกเว้นแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้เหมาะสมกับ บริบทโรงพยาบาลขอนแก่น 4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ ยกเว้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ศึกษา นำร่องและปรับแก้ไขให้เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้เป็น การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปทดลองใช้ในการพยาบาล มารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง และศึกษาประสิทธิผล ของการใช้ เพื่อช่วยให้พยาบาลให้การดูแลมารดาได้อย่างมี ประสิทธิภาพได้มาตรฐาน และยังเป็นการพัฒนาคุณภาพ การบริการในงานการพยาบาลมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น

การศึกษานี้จึงมุ่งเปรียบเทียบผลของการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาล กับการพยาบาลตามปกติ เพื่อ พิสูจน์ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการลดอุบัติการณ์ภาวะ ตกเลือดหลังคลอด และเพิ่มคุณภาพการดูแลมารดาหลัง คลอดให้ปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดใน ระยะ 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลขอนแก่น
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดใน ระยะ 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่
 - 2.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นวน ปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.2 ความมีวินัยของพยาบาลในการใช้นวนปฏิบัติ
 - 2.3 สัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือด
 - 2.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดักจับอาการแสดงนำก่อน ตกเลือด
 - 2.5 สัดส่วนของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็น วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง 2) พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง ในศึกษานี้ ได้แก่

1. กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแล ปกติ คือ มารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอด ที่เข้ารับการ รักษาที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน สิงหาคม - พฤศจิกายน 2565 จำนวน 46 คน ได้รับการ พยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม 1
2. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแล ปกติ ร่วมกับการใช้นวนปฏิบัติการพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษาที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน สิงหาคม - พฤศจิกายน 2565 จำนวน 46 คน ได้รับการ พยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม 2

3. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานใน แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2565 จำนวน 12 คน โดยเก็บข้อมูลควมมี วินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจใน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลังเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองครบ 46 คน เพื่อวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาหลังคลอด คำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบสัดส่วน ระหว่างสองประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (Means – Difference between two independent means: two groups) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนด

- Effect size (Cohen's d): 0.61
- α error prob (α): 0.05
- Power (1- β): 0.80
- Allocation ratio N2/N1: 1

แทนค่าลงในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 คน (กลุ่มละ 42 คน) เพื่อการสูญหาย 10% (Krejcie & Morgan, 1970) คำนวณเมื่อ $84 \times 10\% = 8.4$ ปัดเป็น 9 คน แต่ เพื่อให้สมดุลกลุ่มจึงปัดเป็น 92 คน ได้กลุ่มละ 46 คน ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างมารดากลุ่มละ 46 คน ที่มาพักฟื้นที่สูติ กรรมในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 โดยแบ่งเข้ากลุ่มควบคุมเป็นมารดาหลังคลอดที่สูติกรรม 1 จำนวน 46 คน กลุ่มทดลองเป็นมารดาหลังคลอดที่สูติ กรรม 2 จำนวน 46 คน

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ใช้ประชากรทั้งหมด ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เนื่องจากมีจำนวนจำกัดและ พยาบาลต้องมีการหมุนเวียนกันปฏิบัติงานเป็นผลัด ได้กลุ่ม ตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรม 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 12 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อาสาสมัครที่เป็นมารดาหลังคลอด ต้องมี คุณสมบัติดังนี้

ก. มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่อง คลอด พักฟื้นที่แผนกสูติกรรมภายใน 24 ชั่วโมง

ข. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี บริบูรณ์ หรือมารดาหลังคลอดแต่งงาน ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี บริบูรณ์ ซึ่งสามารถเซ็นยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยได้

ค. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

ง. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. อาสาสมัครที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ต้องมี คุณสมบัติดังนี้

ก. มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ข. พยาบาลแผนกสูติกรรม มีประสบการณ์ ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ค. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

1. อาสาสมัครที่เป็นมารดาหลังคลอด ต้องมี คุณสมบัติดังนี้

ก. มารดาหลังคลอดถูกย้ายไป ICU ที่ ไม่ใช่จากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด เช่น หายใจหอบ หรือ เป็นโรคติดเชื้อ รุนแรง

ข. มารดาเสียชีวิตที่ไม่ใช่จากสาเหตุตก เลือดหลังคลอด

ค. มารดาหลังคลอดชดถอนตัวทุกกรณี

2. อาสาสมัครที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ต้องมี คุณสมบัติดังนี้

ก. ไม่มี

เกณฑ์ การนำอาสาสมัครออกจากกรวิจัย (withdrawal criteria) ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบ ธรรมของผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมโครงการ

2. อาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพย้ายหน่วยงาน ระหว่างดำเนินการศึกษา หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นาฏปฏิบัติกรพยาบาล และแบบประเมินความมีวินัยในการปฏิบัติตามนาฏปฏิบัติกรพยาบาล รายละเอียดดังนี้

1. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดามี 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกายก่อนคลอด สถานภาพสมรส ประวัติการคลอด ประวัติการชุดมดลูก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และสิทธิกรรักษา

ตอนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ประกอบด้วย

1. นาฏปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง เพื่อนำมาแบ่งระดับความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยระดับความเสี่ยงต่ำ 10 ข้อ ระดับความเสี่ยงสูง 6 ข้อ และการสรุประดับความเสี่ยงของมารดาตามคำชี้แจง

2. นาฏปฏิบัติกรดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง มีทั้งหมด 6 ข้อ

3. นาฏปฏิบัติกรป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะในระยะ 24 ชั่วโมง มีทั้งหมด 10 ข้อ

2. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นาฏปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ต่อรูปแบบกรพยาบาลมารดาหลังคลอด ของบุญชม ศรีสะอาด¹⁰ มาเป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม โดยคงจำนวนข้อ วิธีการประเมิน และเกณฑ์ในการให้คะแนนไว้ ปรับเฉพาะเนื้อหาในแต่ละข้อให้สอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัย แบบสอบถามมี 2 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

3. แบบประเมินความมีวินัยในการปฏิบัติตามนาฏปฏิบัติกรพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบตรวจสอบรายการปฏิบัติ (Checklist) ตามขั้นตอนของนาฏปฏิบัติ จำนวน 3 ชุด ผู้วิจัยตรวจสอบการปฏิบัติจากการบันทึกเวรเชรเบียง และการสังเกตการปฏิบัติบันทึกคำตอบแบบเลือกตอบใน 2 คำตอบ ปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)¹¹ ของนาฏปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0.96 นาฏปฏิบัติกรดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0.98 และนาฏปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 1

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) หลังแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน ดังนี้

2.1. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal consistency) ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient¹¹ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 ซึ่งยอมรับที่ค่า 0.70 ขึ้นไป

2.2. แบบประเมินความมีวินัยในการปฏิบัติตามนาฏปฏิบัติ ทดสอบโดยการหาความเชื่อมั่นแบบความคงที่ (Measure of stability) โดยวิธี สอบซ้ำ (Test-retest method) จากนั้นนำข้อมูลคะแนนการประเมินทั้ง 2 ครั้งของพยาบาล 12 คน มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน¹² ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งยอมรับที่ค่า 0.70 ขึ้นไป

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นาฏปฏิบัติ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal consistency) ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 ซึ่งยอมรับที่ค่า 0.70 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

1.1 ก่อนเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ที่แผนกสูติกรรม 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลกรวิจัยกับเจ้าหน้าที่ในแผนกเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกรวิจัยในกลุ่มควบคุม

1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่ได้รับการดูแล

ตามปกติ ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2565 หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 24 ชั่วโมงในแผนกสูติกรรม 2 জনครบ 46 คน

1.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

2. การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2565 หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 24 ชั่วโมงในแผนกสูติกรรม 2 জনครบ 46 คน

2.2 เก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2565

2.3 เก็บข้อมูลความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทำแบบประเมินความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม- พฤศจิกายน 2565

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ค่าเฉลี่ยอายุ ใช้สถิติ Independent t-test ส่วนประวัติการคุมกำเนิด ดัชนีมวลกายก่อนคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด และสิทธิการรักษา ใช้สถิติ Chi-square

2. การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย

2.1 ผลลัพธ์ต่อองค์การพยาบาล คือ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะเวลา 24 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2.3 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่

2.3.1 สัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนที่จะมีการตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการเกิด โดยใช้สถิติ Chi-square

2.3.2 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด โดยใช้สถิติ Independent t-test

2.3.3 สัดส่วนการเกิดภาวะเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนการเกิดภาวะเลือดหลังคลอดโดยใช้สถิติ Chi-square

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายใต้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ¹³ ได้แก่ 1) หลักการความเคารพในตัวบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence and non-maleficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนมีความเท่าเทียม ทุกคนมีสิทธิ์ที่จะให้ข้อมูล การร่วมเสนอความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ ได้อย่างอิสระ

ผลการศึกษา

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมารดาหลังคลอดในระยะเวลา 24 ชั่วโมง นำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน มีอายุเฉลี่ย 31 ปี (S.D. = 5.11) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 45 ปี จบการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล 10 คน และปริญญาโททางการพยาบาล 2 คน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกสูติกรรมเฉลี่ย 7.41 ปี โดยเท่ากันทุกช่วงร้อยละ 33.3 เท่ากัน

1.2 กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.87 ± 6.5 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 25 ปี และร้อยละ 26.1 เท่ากัน ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 27.78 ± 6.4 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 26 - 30 ปี ร้อยละ 28.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.95$) ดัชนีมวลกายก่อนคลอด พบว่า กลุ่มควบคุม มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ $27.78 \pm 6.4 \text{ kg/m}^2$ โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 kg/m^2 ร้อยละ 80.4 ส่วนกลุ่มทดลอง มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ $26.67 \pm 2.9 \text{ kg/m}^2$ โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 kg/m^2 ร้อยละ 76.1 สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่สมรส และอยู่ด้วยกันร้อยละ 56.5 และ 71.7 ตามลำดับ ประวัติการคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่คลอดครั้งแรกร้อยละ 54.3 และ 50 ตามลำดับ ประวัติการซูดมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เคยมีประวัติซูดมดลูก ส่วนที่เคยซูดมดลูก พบว่า กลุ่มควบคุม เคยซูดมดลูก

ร้อยละ 21.7 มาจากการแท้ง 8 ราย มาจากตกเลือดหลังคลอด 2 ราย ส่วนกลุ่มทดลอง เคยซูดมดลูกร้อยละ 13 มาจากสาเหตุแท้ง 5 ราย และตกเลือดหลังคลอด 1 ราย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ส่วนที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 19.6 มาจากน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 6 ราย และคลอดยาวนาน 3 ราย ส่วนกลุ่มทดลอง มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดร้อยละ 23.9 มาจากน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 9 ราย และคลอดยาวนาน 2 ราย สิทธิการรักษา พบว่าทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 76.1 และ 71.7 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ ไคร์สแควร์ (Chi-square) พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนคลอด สถานภาพสมรส ประวัติการคลอด ประวัติการซูดมดลูก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด และสิทธิการรักษา มีความไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.62, p = 0.67, p = 0.41, p = 0.8, p = 0.68$)

2. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังจากทดลองใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากที่สุด ร้อยละ 91.8 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง (n=12)

ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล	ค่าเฉลี่ยร้อยละ (Mean)	S.D.	แปลผลระดับความพึงพอใจ
1. ความยุ่งยากซับซ้อนต่อการนำไปปฏิบัติ	60.5	8.7	ปานกลาง
2. เนื้อหาเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย	95.5	3.2	มากที่สุด
3. เนื้อหามีความครอบคลุม	97.5	2.8	มากที่สุด
4. สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	96.2	3.1	มากที่สุด
5. เป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน	95.5	3.0	มากที่สุด
6. รูปแบบการดูแลที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด	97.5	2.5	มากที่สุด
7. ช่วยให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น	96.2	2.5	มากที่สุด
8. ทำให้เกิดความพึงพอใจโดยรวมในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	95.5	3.0	มากที่สุด
รวม	91.8	3.6	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ พบว่าหัวข้อที่มีความพึงพอใจเห็นด้วยมากที่สุด คือ เนื้อหาที่มีความครอบคลุม และมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 97.5

3. ความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง พยาบาลมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 97.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความมีวินัยของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (n = 46)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน ข้อ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ พยาบาล	
		จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	6	276	100
2. แนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอด	6	270	98
3. แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด	10	405	95
รวม	22	951	97.5

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ พบว่า พยาบาลมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ร้อยละ 97.5 (จำนวน 951 ครั้ง) และเมื่อพิจารณารายชื่อจะพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลสามารถปฏิบัติตามได้ร้อยละ 100 คือ แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อมารดา
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ และไม่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีสัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดมากกว่า ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่า และมีสัดส่วนตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3, 4, 5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนที่จะมีการตกเลือดหลังคลอด ใช้สถิติ Chi-square test

การดักจับอาการ แสดงนำ	กลุ่มควบคุม (n=46)	กลุ่มทดลอง (n=46)	X ²	p-value
	ดักจับได้ (ร้อยละ)	ดักจับไม่ได้ (ร้อยละ)		
กลุ่มทดลอง	32 (67.6)	14 (32.4)	12.50	0.001*
กลุ่มควบคุม	4 (10.5)	42 (89.5)		

P < 0.05*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอด ด้วยสถิติ Independent t-test

ระยะเวลาการดักจับอาการ แสดงนำ	หลังทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ชั่วโมงที่ 1-2	4.83	0.38	4.06	0.93	2.89	0.007*
ชั่วโมงที่ 3-4	1.78	0.54	1.17	0.70	2.95	0.006*
ชั่วโมงที่ 5-6	4.56	1.04	3.83	1.24	3.43	0.002*

P < 0.05*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดใช้สถิติ Chi-square test

กลุ่มตัวอย่าง	การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด		X ²	p-value
	ตกเลือด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตกเลือด จำนวน (ร้อยละ)		
กลุ่มทดลอง	3 (1.7)	43 (98.3)	10.08	0.002*
กลุ่มควบคุม	6 (2.8)	40 (97.2)		

P < 0.05*

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีสัดส่วนการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดมากกว่า ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่า และมีสัดส่วนตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีเครื่องมือในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีมาตรฐาน เนื้อหาครอบคลุมสาเหตุปัจจัยที่ทำให้มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับศิริพร พงษ์สุวรรณและคณะ พบว่าการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดได้ อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างทันที่ทันที่ ลดการเกิดภาวะตกเลือด ความรุนแรงของภาวะตกเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹⁴ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดเฉลี่ยที่ 3.1 ชั่วโมง ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เฉลี่ย 5 ชั่วโมง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่ครอบคลุมสาเหตุภาวะตกเลือดหลังคลอด และรวมถึงได้ออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้อง

กับเนื้อหาอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงทำให้ใช้เวลาน้อยในการตรวจพบอาการแสดงนำก่อนที่จะมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akter, S. et al. (2022) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ช่วงเวลาตั้งแต่สิ้นสุดคลอดจนในระยะที่ 3 ถึงจุดที่บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถ ตรวจพบและบันทึกอาการเตือนหรือสัญญาณแสดงนำ ของภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น ปริมาณเลือดออกผิดปกติ มดลูกหดตัวไม่ดี ซีดจรวดเร็ว ความดันโลหิตลดลง หรืออาการซีด-เวียนศีรษะก่อน ที่ภาวะตกเลือดในปริมาณมากจะเกิดขึ้นจริง โดยช่วงเวลาที่สูงขึ้นแสดงถึงการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นโอกาสให้มีการแทรกแซงได้ทันที่ทันที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยชี้ว่า ระยะเวลาในช่วง 0-90 นาทีหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการดักจับภาวะตกเลือดอย่างรวดเร็ว¹⁵ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.77 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.85 ทั้งนี้เป็นผลมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่ครอบคลุมสาเหตุปัจจัย 4T ของภาวะตกเลือดหลังคลอด และรวมถึงพยาบาลสามารถใช้ดักจับอาการแสดงนำได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้ออกแบบภาวะตกเลือดหลังคลอด

ลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก¹ ที่แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับระบบ Early Warning sign ซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงไปใช้ ควรพิจารณาประเมินถึงความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมของพยาบาลโดยการพัฒนาศมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งมีระบบนิเทศและติดตามความมีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงสุด

2. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง โดยมีพื้นที่ศึกษาภายในแผนกสูติกรรม ดังนั้นควรขยายขอบเขตการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมตั้งแต่ แผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด เพื่อให้เกิดการจัดการเชิงระบบที่ครอบคลุมในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลมารดาหลังคลอด ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนผู้บริหารโรงพยาบาลที่ให้ข้อเสนอแนะสนับสนุน และผลักดันให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550420>
2. Bureau of Management System Development, Department of Health, Ministry of Public Health. Strategies, performance indicators, and

performance agreements of the Department of Health for fiscal year 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. Available from:

http://psdg.anamai.moph.go.th/download/D_seminar/seminar6_0159/9Strategy.pdf

3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. London: RCOG; 2022. Available from:

<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/prevention-and-management-of-postpartum-haemorrhage-green-top-guideline-no-52/>

4. Sriwilai M. Dissatisfaction and complaints under Section 41. Thai Journal of Nursing. 2017;32(2):45–56.

5. Department of Medical Services. Obstetrics and gynecology nursing division. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. Available from:

<https://www.dms.moph.go.th>

6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e168–86.

doi:10.1097/AOG.0000000000002351

7. Khon Kaen Hospital. Obstetrics and gynecology workload performance indicator report. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2021.

8. Plodrit L, Wipawakan S, Kinglek A. Development of a guideline for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room at Krabi Hospital. Southern College of Nursing and Public Health Network Journal. 2016;3(3):127–41.

9. Tittler MG, Kleiber C, Steelman VM, Goode CJ, Rakel BA, Barry-Williams J, et al. Development and validation of the Iowa Model–Revised: Evidence-based practice to promote excellence in health care. J Nurs Care Qual. 2017;32(1):6–15.

doi:10.1097/NCQ.000000000000206

10. Srisaard B. Introduction to research. 9th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2014. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/view/247204>
11. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489–97.
12. Kanchanachawi J. Statistics for behavioral and social science research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2001.
13. Jiramontree J, Janchum C. Quality improvement in nursing care for patient safety in hospitals. *Journal of Nursing and Health*. 2021;14(2):45–56.
14. Pimpa S, Kongkerd K, et al. Effects of using a postpartum hemorrhage risk assessment form in postpartum wards. *Journal of Nursing and Health*. 2020;43(3):85–96.
15. Akter S, Forbes G, Miller S, Galadanci H, Qureshi Z, Fawcus S, et al. Detection and management of postpartum haemorrhage: Qualitative evidence on healthcare providers' knowledge and practices in Kenya, Nigeria, and South Africa. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:1020163. doi:10.3389/fgwh.2022.1020163

การพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย

พนิดา สาระโกเศศ พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง

วิธีดำเนินการ: เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจงผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ณ ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นไวรัสตับอักเสบซีเมื่อ 5 ปีก่อน รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น และไม่ได้มาตรวจตามนัดต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี ตรวจพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี มีโรคประจำตัว Alcoholic liver cirrhosis พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การรับประทานยาต่อเนื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามนัด

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากการศึกษาครั้งนี้ควรจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง กรณีศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing care of patients with Chronic viral hepatitis C : 2 cases studies

Panida Sarakoses B.N.S.*

Abstract

Objective: To compare nursing care practices for patients with chronic hepatitis C virus infection.

Methods: This study employed a case study design with purposive sampling of two patients diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. The cases were conducted at the subspecialty medical outpatient clinic, Khon Kaen Hospital, between November 1, 2024, and May 31, 2025.

Results: Case 1 was a 57-year-old Thai female who had been diagnosed with hepatitis C virus infection five years prior. She initially received treatment at Khon Kaen Hospital but did not attend follow-up appointments consistently. Case 2 was a 56-year-old Thai male diagnosed with chronic hepatitis C virus infection with a comorbidity of alcoholic liver cirrhosis. Nursing care for both cases focused on providing education and counseling regarding appropriate self-care at home, adherence to prescribed medications, prevention of viral transmission, dietary management, and the importance of regular follow-up visits. Individualized nursing interventions were implemented based on patients' health conditions, disease progression, and self-care capabilities.

Conclusion and Recommendations: The findings suggest that a standardized nursing practice guideline for patients with chronic hepatitis C virus infection should be developed. Such a guideline could serve as a framework for enhancing nurses' competencies and improving the quality and continuity of nursing care for patients with chronic hepatitis C virus infection.

Keywords: Nursing care; Chronic hepatitis C virus infection; Case study

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่ภาวะตับแข็งและมะเร็งตับในระยะยาว หากไม่ได้รับการรักษาและติดตามอย่างเหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2022 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังประมาณ 58 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ตับแข็งและมะเร็งตับประมาณ 290,000 คนต่อปี¹ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สะท้อนถึงความรุนแรงและความสำคัญของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสูง ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีจำนวนมาก จากการศึกษาล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 พบว่าในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีประมาณ 3.6 แสนคน โดยโรคไวรัสตับอักเสบซีเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ตับแข็งและมะเร็งตับ² การตรวจพบและการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีในระยะแรกมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่นในปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจอายุรกรรม 2 จำนวน 2,145; 2,387; และ 2,652 รายตามลำดับ³ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก จึงสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลมีหน้าที่ในการตรวจประเมินอาการของผู้ป่วย ติดตามผลการรักษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงสารที่มีผลกระทบต่อตับ และการส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยที่อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรค

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง เพื่อใช้กระบวนการพยาบาลประเมินวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง ในระยะก่อนตรวจพบแพทย์ ระยะพบแพทย์ และระยะหลังตรวจพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส

วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษารายกรณี เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง รับการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน^{4,5} ได้แก่ 1) การประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน⁶ วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลการใช้กระบวนการพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการแพ้ยาและเสพยาเสพติด การวินิจฉัยโรค การทำผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการรักษาของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เพศ	หญิง	ชาย
2. อายุ	57 ปี	56 ปี
3. การวินิจฉัย/โรคร่วม	Chronic viral hepatitis C U/D Thyroid nodule S/P Sx	Chronic viral hepatitis C Alcoholic cirrhosis child C U/D COPD
4. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	5 ปี ก่อนตรวจพบว่าเป็นไวรัสตับอักเสบซี ตอนไปบริจาคโลหิต แต่ไม่ได้รับการรักษา	สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน เริ่มสูบบุหรี่อายุ 13 ปี รวมสูบบุหรี่มา 43 ปี ดื่มแอลกอฮอล์ประจำทุกวัน
5. อาการสำคัญ	1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกแน่นท้อง หายเอง ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ผู้ป่วยได้รับการ ตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ผลตรวจ พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ส่ง ต่อมาจากโรงพยาบาลภูเวียง มารักษา โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็น ไวรัสตับอักเสบซีเมื่อ 5 ปีก่อน แต่ไม่ได้รับการรักษา	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกใต้ชาย โครงขวา ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลพระยืนด้วย ตรวจพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
6. การรักษา	20 ธ.ค. 2567 -HCV VL - นัต USUA 27/2/68 - Omeprazole 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า-เย็น 27 ก.พ. 2568 - นัต USUA 27 มี.ค.68 - รับยา 27 มี.ค. 2568 - USUA No significant change small gallbladder polyps size up to 0.4 cm - Start Sofosbuvir/Velpatasvir 400/100 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - F/U 26/6/68 + Lab 26 มิ.ย.68 - ตรวจ Lab HCV VL ล่วงหน้า 1 เดือน - F/U 30/10/68 + USUA	21 พ.ย. 2567 - ส่งปรึกษาคลินิกอดบุหรี่ เพื่อให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ ให้น้ำยาอมบ้วนปากอดบุหรี่ แนะนำ วิธีการใช้ แจกเอกสารแผ่นพับการเลิกบุหรี่ และ วางแผนเลิกบุหรี่ - ตรวจ Lab HCV VL ND - USUA 27/3/68 Chronic liver should be DDx. - Vitamin B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น - Spironolactone 25 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า - Carvedilol 6.25 mg รับประทานครั้งละ 0.5 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น 27 มี.ค. 2568 - ตรวจ Lab HCV VL Not Detected - Refer ไปรักษาต่อเนื่องที่ รพ. สิรินคร

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย **ผู้ป่วยรายที่ 1** ได้รับการวินิจฉัยเป็น Chronic viral hepatitis C สาเหตุ/ปัจจัยเกิดจาก ผู้ป่วยรายที่ 1 การติดเชื้อไวรัสชนิดเรื้อรัง ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในเนื้อตับ **ผู้ป่วยรายที่ 2**

ได้รับการวินิจฉัยเป็น Chronic viral hepatitis C, Alcoholic cirrhosis child C U/D COPD สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน เริ่มสูบบุหรี่อายุ 13 ปี รวมสูบบุหรี่มา 43 ปี ดื่มแอลกอฮอล์ประจำทุกวัน ผลตรวจเลือดพบว่า SGOT/SGPT

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคตับอักเสบผู้ป่วย รายที่ 2 เกิดจากแอลกอฮอล์เป็นสารพิษต่อดับ ทำลายเซลล์ ตับเรื้อรัง ทำให้ตับอักเสบ และเกิดตับแข็ง (Alcoholic Cirrhosis) การสูบบุหรี่มา 43 ปี ทำให้เกิดการอักเสบและ ออกซิเดชันในตับ เพิ่มความเสี่ยงต่อพังผืดในตับ และเพิ่ม ความรุนแรงของโรคตับ

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน รวบรวมผลการประเมินภาวะ สุขภาพผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเวช ระเบียบผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตามแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	ผู้ป่วยติดเชื้อ HCV มา 5 ปีก่อน แต่ไม่มา ตรวจตามนัด เนื่องจากไม่มีอาการเลยไม่มา โรงพยาบาล	ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน เริ่มสูบบุหรี่ อายุ 13 ปี รวมสูบบุหรี่มา 43 ปี ดื่ม แอลกอฮอล์ประจำทุกวัน
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผา ผลาญ	รับประทานอาหาร 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา อาหารรสไม่จัด ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน ไม่มีเบื่ออาหาร มีจุกแน่นท้องด้านขวา เล็กน้อย BW 65 kg, High 160 cm, BMI 25.39 kg/m ² (อ้วนระดับ 2)	รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ไม่ตรง เวลา อาหารรสจัด ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร ต่อวัน ไม่มีเบื่ออาหาร มีจุกแน่นท้องขวา โคนทางด้านขวาเล็กน้อย แต่ AST/ALT สูง BW 56 kg., High 156 cm, BMI 23.01 kg/m ² (อ้วนระดับ 1)
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระ วันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะ วันละ 5-6 ครั้ง	ขับถ่ายอุจจาระ วันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะ วันละ 5-6 ครั้ง
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	สื่อสารได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ได้ ออกกำลังกาย	สื่อสารได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ได้ ออกกำลังกาย
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	เหนื่อยง่าย นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง	เหนื่อยง่าย นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง
แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้	รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ สายตายาว จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่ 6	รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ สายตายาว จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่ 6
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัต มโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมา ติดตามอาการ และรับการรักษาตามนัด อย่างต่อเนื่อง	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมา ติดตามอาการ และรับการรักษาตามนัด อย่างต่อเนื่อง
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพ	ครอบครัวรักใคร่กันดี	ครอบครัวรักใคร่กันดี
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศปกติ	ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศปกติ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการ เผชิญความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาครอบครัวบุตรและจะ พยายามพึ่งตนเอง ไม่ทำตัวเป็นภาระต่อ ผู้อื่น	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาครอบครัวบุตรและ จะพยายามพึ่งตนเอง
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญและเชื่อเรื่องบาป บุญ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญบางครั้ง

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลจากการ ประเมินภาวะสุขภาพ นำมาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัย

การพยาบาล สรุปรวมและเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง	ขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มและสูบบุหรี่
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ	เสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานตับ	เสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานตับเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มและสูบบุหรี่
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ไม่มี	ไม่มี
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ไม่มี	ไม่มี

3. กิจกรรมการพยาบาล เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย และกิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ สรุปดังนี้

3.1 ระยะก่อนตรวจพบแพทย์ การประเมินสัญญาณชีพ ชักประวัติอาการปวดแน่นท้อง เบื่ออาหาร ตัว ตาเหลืองประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ชักประวัติโรคประจำตัว ดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ ประวัติแพ้ยา อาหาร ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ส่งตรวจ Lab HCV VL ก่อนพบแพทย์ และติดตามผล

3.2 ระยะขณะตรวจพบแพทย์ ติดตามผลตรวจ Anti-HCV ช่วยจัดทำผู้ป่วยเตรียมตรวจ และส่งตรวจ USUA แพทย์

3.3 ระยะหลังตรวจพบแพทย์ ให้คำแนะนำการรับประทานยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำการมาตรวจตามนัด และส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการติดตามการรักษา ส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ แนะนำการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ให้คำแนะนำดูแลตนเอง เช่น

อาหาร, ยา, มาตามนัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมต่อโรคตับ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 57 ปี โรคประจำตัว ประเมินตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon และพบปัญหาการพยาบาล จำนวน 2 ปัญหา ได้แก่ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง 2) เสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานตับ ตรวจพบว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบีเมื่อ 5 ปีก่อน รักษาที่โรงพยาบาล ขอนแก่น และไม่ได้มาตรวจตามนัดเนื่องจากไม่มีอาการ แรกรับที่คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจอายุรกรรม เฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก ระยะก่อนตรวจพบแพทย์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98% มีอาการปวดจุกแน่นท้อง ไม่มีเบื่ออาหาร ขณะตรวจพบแพทย์ คลำไม่พบตับโต ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Anti-HCV พบผล positive แพทย์วินิจฉัย Chronic viral hepatitis C ระยะหลังตรวจพบแพทย์ พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การรับประทานยาต่อเนื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง 4 ครั้งไม่ขาดนัด

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 56 ปี ประเมินตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon และพบปัญหาการพยาบาล จำนวน 2 ปัญหา ดังนี้ ได้แก่ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มและสูบบุหรี่ 2) เสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานตับเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มและสูบบุหรี่ แรกเริ่มที่คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก ระยะก่อนตรวจพบแพทย์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/85 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98% ปวดจุกใต้ชายโครงขวา ไม่มีเบื่ออาหาร ขณะตรวจพบแพทย์ คลำไม่พบตับโต ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HCV พบผล positive ผลตรวจ Aspartate aminotransferase (AST) 97 U/L และ Alanine aminotransferase (ALT) 108 U/L แพทย์วินิจฉัย Chronic viral hepatitis C ระยะหลังตรวจพบแพทย์ พยาบาลส่งปรึกษาคลินิกเล็กบุหรี และให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง 4 ครั้งไม่ขาดนัด และส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลใกล้บ้าน

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบชนิดเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ณ ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังจำนวน 2 ราย โดยประเมินตาม 11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon พบว่าทั้งสองรายมีภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง

เช่นเดียวกัน แต่อยู่ในบริบทและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อแนวทางการพยาบาลที่แตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นหญิงไทย อายุ 57 ปี พบปัญหาการพยาบาล ได้แก่ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง และ 2) เสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานตับจากการไม่มาตรวจรักษาตามนัดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากไม่มีอาการชัดเจน ภายหลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมาตรวจและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดนัด

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นชายไทย อายุ 56 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงชัดเจนจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มายาวนาน พบปัญหาการพยาบาล 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 2) เสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานตับจากพฤติกรรมดังกล่าว แม้ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงเด่น แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าเอนไซม์ตับ (AST/ALT) สูงกว่าปกติ แสดงถึงการอักเสบของตับในระดับเซลล์ พยาบาลให้การดูแลโดยการให้คำแนะนำ การส่งต่อคลินิกเล็กบุหรี และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลทั้งสองรายชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวมตามกรอบแบบแผนของ Gordon ซึ่งสามารถระบุปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถออกแบบแผนการดูแลเฉพาะราย (Individualized care plan) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับกรณีศึกษา
 - 1.1 ควรจัดให้มีพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี (Nurse case manager) หรือพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย
 - 1.2 ควรจัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบชนิดเรื้อรัง
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.1 ทบทวนและติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบชนิดเรื้อรัง
 - 2.2 สนับสนุนให้พยาบาลได้มีโอกาสศึกษาฝึกอบรม ความรู้ใหม่ๆ จากงานวิจัยเพื่ออัปเดต การ

ปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาลว่าเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพียงพอหรือไม่และมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ควบคู่กับการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาทักษะการ ดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความเชี่ยวชาญได้ มาตรฐานการพยาบาล และส่งผลต่อความปลอดภัย คุณภาพการดูแล

2.4 มีการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 1 ปี

2.5 พยาบาลควรมีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ ในการเผชิญและกับสภาวะของโรค การดำเนินของ โรค และการ รักษาพยาบาลรวมถึงฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติ ตัวได้อย่างถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อลดความวิตกกังวล และ คลายความเครียดต่อการเจ็บป่วย

2.6 ควรจัดทำเอกสารแผ่นพับ หรือสื่อต่างๆ เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องไวรัสตับ อักเสบซีชนิดเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hepatitis C: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Jul 25 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Hepatitis virus infection situation report in Thailand 2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024.
3. Khon Kaen Hospital. Annual statistical report, fiscal year 2023. Khon Kaen: Medical Informatics Unit, Khon Kaen Hospital; 2024.
4. Wijitra K. Nursing process and nursing diagnosis: Application in clinical practice. Bangkok: Bopit Printing; 2009.
5. Oranun H. Nursing process and its application. Royal Thai Army Medical Journal. 2014;15(3):1–8.
6. Phinyada P, Chaiwisit J. Guidelines for psychiatric patient health assessment based on Gordon's functional health patterns. Journal of the College of Asian Graduates. 2020;10(1):156–159.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา 2 ราย

นภาพร ศรียา พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดลมหรือเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อกระบวนการควบคุมโรค การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลถูกต้องครบขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบโดยการใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การพยาบาล 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนตรวจ 2) ระยะขณะตรวจ และ 3) ระยะหลังตรวจ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในแต่ละระยะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ: พัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เช่น ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การพ่นยาที่ถูกต้องวิธี มาตรวจตามนัด การเสริมพลังญาติสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องเพื่อลดการกลับมาอนโรคซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ผู้ป่วยสูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing care for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease : Two cases studies

Napaporn Sriya, B.N.S.

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by persistent airflow limitation resulting from structural changes in the airways and lung parenchyma, leading to airway narrowing and impaired ventilation. Age-related physiological changes in elderly further complicate disease control and increase the risk of complications. Comprehensive and systematic nursing care based on the nursing process is essential to ensure patient safety and prevent adverse outcomes.

Objective: To compare the application of the nursing process in the care of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Methods: This study employed a comparative case study design involving two elderly patients diagnosed with COPD. Data were collected through patient interviews, direct observation, and review of medical records. Data analysis was conducted using the nursing process framework, including assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation.

Results: The findings revealed differences between the two cases in terms of demographic characteristics, risk factors influencing illness, and severity of complications. Nursing care was provided across three phases: (1) pre-examination, (2) during examination, and (3) post-examination. Application of the nursing process in each phase enhanced patients' and caregivers' knowledge and understanding, promoted self-care abilities, and contributed to improved quality of life.

Conclusion and Recommendations: The results highlight the importance of developing nurses' competencies in caring for elderly with COPD. Effective discharge planning, including education on risk factor avoidance, medication adherence, correct inhaler techniques, and follow-up appointments, is essential. Empowering family caregivers to provide appropriate home care may reduce hospital readmissions and improve long-term patient outcomes.

Keywords: Nursing care; Chronic obstructive pulmonary disease; Elderly patients

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพ เสียค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพจำนวนมาก และที่สำคัญที่สุดคือ การเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร¹ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาบ่อยๆ สูญเสียเศรษฐกิจ และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ในประชากรทั่วโลก โรคนี้พบมากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่อายุมากกว่า 60 ปี พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา เนื่องจากนำไปสู่สาเหตุของอัตราการพึ่งพิงและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก² พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วประเทศประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรัง อันดับที่ 4 ของประชากรโลก ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 55-74 ปี มากที่สุด³ สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 44 จังหวัด ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 132,205 ราย โดยพบมากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี และอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิตในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป³ ประเทศไทยรายงานข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพพบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 189,477; 187,839 และ 191,629 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁴

โรงพยาบาลขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 - 2567 จำนวน 862; 977 และ 1,105 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน คิดเป็น

ผลการศึกษา: นำเสนอผลการเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดดังนี้

ร้อยละ 14.5; 18.69 และ 14.66 และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 5; 3.5 และ 4.48 ตามลำดับ⁵ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการให้ความรู้ แนะนำการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย พักผ่อนที่เหมาะสมกับบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อมสิ่งกระตุ้นต่างๆ การพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้บริหารจัดการในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และสมรรถภาพทางกาย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองได้อย่างมีความสุข ดังนั้น จึงได้ทำการศึกษารายกรณี จำนวน 2 ราย วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลและกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียน การสังเกต การสอบถามประวัติจากญาติ และการตรวจร่างกาย ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผนในการประเมินภาวะสุขภาพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ และการรักษาที่ได้รับ เปรียบเทียบข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	Doxofyline 400 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Spioltorespimat สูดพ่นเข้าลำคอ 2 ครั้ง วันละ 1 ครั้ง เช้า	
การจำหน่าย	แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ มีนัดติดตาม ครั้งต่อไปอีก 30 วัน	แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ มีนัดติดตาม อาการครั้งต่อไปอีก 60 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มาตรวจตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง มาด้วยรถนั่งพร้อมญาติ ร่างกายชubbม มีอาการเหนื่อยหอบ ไอมีเสมหะสีเหลือง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีสีหน้าเครียด วิดกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย วัดออกซิเจนในเลือดได้ 98% ความดันโลหิต 103/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 °C ประเมิน CAT score = 22, mMRC = 3 ผลกระทบรุนแรง ผลเอกซเรย์ปอด มี Mild infiltration at right lower lung ประเมินการพ่นยาโดยเภสัชกร พบว่าผู้ป่วยยังพ่นยาไม่ถูกต้องได้ให้การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ หลังพบแพทย์ได้รับยากลับบ้านและนัดติดตามอาการครั้งต่อไป 30 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 มาติดตามอาการตามนัด มาโดยรถนั่ง ร่างกายสมส่วน มีอาการไอมีเสมหะสีขาว มีอาการเหนื่อยง่าย ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ มีสีหน้ากังวล วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 95 % ความดันโลหิต 140/63 มม.ปรอท ชีพจร

62 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5° องศาเซลเซียส ประเมิน CAT score = 5, mMRC = 1 ผลกระทบปานกลาง ผลเอกซเรย์ปอด No infiltration ประเมินการพ่นยาโดยเภสัชกร ผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง ได้ให้การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจหลังพบแพทย์ได้รับยากลับบ้านนัดติดตามอาการครั้งต่อไปอีก 60 วัน

จากกรณีศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของกอร์ดอน Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินแบบองค์รวมคือ การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ผลการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของกอร์ดอน Gordon⁶ เปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 รายรายละเอียด ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพสุขของกอร์ดอน

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาตรวจตามแพทย์นัด รับประทานต่อเนื่อง ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่	ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาตรวจตามแพทย์นัด รับประทานต่อเนื่อง มีสามีสูบบุหรี่ ช้างบ้านเผาขยะมีควันไฟเยอะ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนครบ 3 มื้อ รับประทานได้น้อยน้ำหนัก 44 กก. BMI 15.2	ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลาน้ำหนัก 60 กก. BMI 22.8
3. การขับถ่าย	สามารถขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้เอง	สามารถขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้เอง
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยต้องมีลูกสาวช่วย เหนื่อยง่าย เดินไกลไม่ได้ ไม่ได้ ออก	ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่เหนื่อยง่าย เดินรอบบ้านได้ ทำงานได้

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	กำลังกาย การทำกิจกรรมจำกัดอยู่ภายในบ้าน	
5. การพักผ่อนนอนหลับ	กลางคืนนอนหลับวันละ 4 - 5 ชั่วโมง มีตื่นกลางดึกในบางครั้ง นอนกลางวันในช่วงตอนบ่าย วันละ 1-2 ชั่วโมง	กลางคืนนอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง หลับได้ตลอดทั้งคืน ไม่ตื่นกลางดึก
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ รับความรู้เรื่องโรค COPD แต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ พ่นยาไม่ถูกต้อง	อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือ ได้รับความรู้เรื่องโรค COPD ใช้ยาพ่นถูก แต่มีสามีสูดบุหรี่อยู่ใกล้ขีด
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย ลูกสาวช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน กลัวอยู่บ้านจะเป็นภาวะครอบครัว	รับทราบว่าตนเองเจ็บป่วย เหนื่อยง่าย กลัวอยู่บ้านจะเป็นภาวะครอบครัว
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัว ในครอบครัวมีสัมพันธภาพดี รักใคร่กันดี	เป็นสมาชิกในครอบครัว ในครอบครัวมีสัมพันธภาพดี รักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีเพศสัมพันธ์	ไม่มีเพศสัมพันธ์
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
11. ค่านิยมและความเชื่อ	ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง แต่กรณีศึกษาที่ 1 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง คือ ยังสูบบุหรี่ กรณีศึกษาที่ 2 มีสามีสูดบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการกำเริบได้ ด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหารับประทานอาหารได้น้อยเบื่ออาหาร BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อง่าย ภูมิต้านทานต่ำเนื่องจากมีภาวะขาดสารอาหาร ด้านสถิติปัญหาและการรับรู้ กรณีศึกษารายที่ 1 ความสามารถในการรับรู้บกพร่องเนื่องจากไม่ได้เรียน ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ เป็นภาระลูกที่คอยอ่านให้เช่นวิธีการการกินยา หรือการพ่นยา กรณีศึกษารายที่

2 ไม่พบปัญหาเรื่องความรู้ของโรคแต่ต้องเสริมความรู้ให้ญาติให้ความร่วมมืองดสูบบุหรี่ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 พบปัญหาผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองอาจจะเป็นภาวะของครอบครัว

3. 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. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง มีพยาธิสภาพที่ปอด	✓	✓
	2. เสี่ยงต่อการพลัดตกเปลนึ่ง เนื่องจากเหนื่อยเพลียช่วยเหลือตนเองได้น้อย	✓	✓

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย	✓	✓
การพยาบาลขณะตรวจ	4. ผู้ป่วยมีโอกาสรุดลงขณะรอตรวจเนื่องจากประสิทธิภาพของปอดลดลง	✓	✓
การพยาบาลระยะหลังตรวจ	5. ผู้ป่วยมีโอกาสดิตเชื้อได้ง่าย ภูมิต้านทานต่ำ เนื่องจากมีภาวะทุพโภชนาการ	✓	-
	6. มีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง	✓	✓

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 6 ข้อ โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีโอกาเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง มีพยาธิสภาพที่ปอด 2. เสี่ยงต่อการพลัดตก เพล่นั่ง เนื่องจากเหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย 4. ผู้ป่วยมีโอกาสรุดลงขณะรอตรวจ เนื่องจาก ประสิทธิภาพของปอดลดลง 5. มีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน พบจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยมีโอกาสดิตเชื้อได้ง่าย ภูมิต้านทานต่ำ เนื่องจากมีภาวะทุพโภชนาการ

4. การพยาบาลและการประเมินผล

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 3 โดยเรียงตามลำดับความสำคัญและระยะการพยาบาล ซึ่งได้นำเสนอข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล และการประเมินผล รายละเอียดดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงมีพยาธิสภาพที่ปอด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. มีระดับความรู้สึกตัวดี
 2. ไม่มีปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
 3. ชีพจร 50-100 ครั้ง/นาที
 4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %
- กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดควรมากกว่า 95 % และประเมินระดับความรู้สึกตัวลักษณะการหายใจ สภาพผิว ปลายมือปลายเท้า และริมฝีปาก ประเมินสัญญาณชีพ รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ

2. ประเมิน CAT score และ mMRC ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาก่อนพบแพทย์ เพื่อสอดคล้องการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยที่จะได้รับการสอนเทคนิคการหายใจแบบเป่าลมออกทางปาก

3. ประเมินการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยและญาติ ให้พ้นถูกวิธีและอย่างถูกต้อง ควรพ่นยาสม่ำเสมอ และอธิบายถึงความสำคัญของการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเหนื่อยหอบ เพื่อดำรงชีวิตได้เป็นปกติสุข

4. แนะนำให้ผู้ป่วยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดติดเชื้อ ลดอาการกำเริบของโรคได้

5. แนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาพยาบาลคลินิกอดบุหรี่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ฝุ่นควัน ผู้ป่วยควรใส่ผ้าปิดจมูกปาก ทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ไม่มีปลายมือเท้าและริมฝีปากซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย กรณีศึกษารายที่ 1 อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 74 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 103/64 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 95 % กรณีศึกษารายที่ 2 อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 62 ครั้ง/นาที, การหายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 140/63 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการพลัดตกเพล่นั่งเนื่องจากเหนื่อยเพลียช่วยเหลือตนเองได้น้อย

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้มีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้ดี เพื่อต้านทานกับเชื้อโรค
2. แนะนำให้เลือกอาหารอ่อนๆ รับประทานง่าย โดยไม่ต้องเคี้ยวมาก เช่น ไข่เจียว ซุป ข้าวต้ม โจ๊ก นม เพิ่มสารอาหารโปรตีน เพิ่มอาหารที่ให้พลังงาน น้ำผึ้ง เนย เป็นต้น
3. แนะนำอาหารที่ให้พลังงานสูง ในช่วงเช้าควรงาน 6 มื้อ/วัน มื้อละเล็กๆ แทนการรับประทานมื้อใหญ่ๆ 3 มื้อ/วัน เพื่อไม่ให้เหนื่อยง่าย ขณะรับประทานอาหารให้เคี้ยวช้าๆ
4. แนะนำญาติกำจัดเกลือ เนื่องจากเกลือจะทำให้ร่างกายบวมน้ำและหายใจเหนื่อยขึ้น ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม วิตามิน เพื่อเสริมกระดูก หลีกเลี่ยงอาหารที่ผลิตแก๊สมากจะทำให้ท้องอืดและหายใจลำบาก เช่น ของทอด น้ำอัดลม กะหล่ำปลี เป็นต้น
5. ส่งปรึกษานักโภชนาการให้ความรู้เพิ่มเติม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และเพิ่มภูมิต้านทาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยบอกถึงพยาธิสภาพ วิธีการปฏิบัติตัวกับการเพิ่มสมรรถภาพปอด การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการรักษาต่อเนื่องและอาการผิดปกติได้

กิจกรรมพยาบาล

การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ
2. M-Medicine แนะนำความจำเป็นของการใช้ยาให้ถูกต้อง และต่อเนื่องของยาพ่น Steroid และอื่นๆ ครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียง เช่น ลื่นเป็นฝ้าขาว และวิธีป้องกันรักษา

3. E-Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดโล่ง ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุที่จะติดเชื้อง่าย

4. T-Treatment ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พยาบาล อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง

5. H-Health แนะนำการฟื้นฟูสภาพปอด การจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบ และทำให้การ Progress ของพยาธิสภาพปอดมีมากขึ้น

6. O-Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669

7. D-Diet แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาด วันละ 2-3 ลิตร เพื่อขับเสมหะออกอย่างง่าย

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติตั้งใจฟัง เมื่อสอบถามถึงวิธีการปฏิบัติตัว สามารถบอกได้ถูกต้อง และเน้นย้ำ ทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการหลงลืมง่าย

สรุปผลกรณีศึกษา

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยเฉพาะ เพศ อายุ การศึกษา และโรคร่วม กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย สูงอายุ 80 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีโรคร่วม ประเมินการพ่นยาพบว่ายังพ่นยาไม่ถูกต้อง ลืมพ่นยา บางครั้ง มีโอกาสเกิดอาการกำเริบของโรคเฉียบพลันได้มากขึ้นเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับกรณีศึกษานี้ต้องเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้ยาพ่นให้ถูกวิธีและดูแลผู้ป่วยในการพ่นยาขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อลดอาการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และลดการกลับมารักษาซ้ำ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามีสุบบุหรี่อยู่ใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมใกล้บ้านมีควันจากการเผาขยะ ฝุ่นละอองปริมาณมาก ซึ่งการมีโรคร่วมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่

เหมาะสม จะส่งเสริมให้มีอาการกำเริบของโรคได้ง่าย ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลควรเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แนะนำสามีให้เลิกสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อีกทั้งพบปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อเนื่อง กลับมารักษาซ้ำบ่อยครั้ง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และญาติมีความรู้ความเข้าใจมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย คลายความกังวลลงและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง การดูแลรักษาพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงขณะก่อนตรวจ รอดตรวจ และหลังตรวจ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้

อภิปรายผล: กระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าปอดทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการกำเริบของโรคถือเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ ยังสูบบุหรี่ พยายามดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ รวมทั้งการให้กำลังใจเสริมพลังอำนาจครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดการกลับมาอนรรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: นำผลการศึกษาไปจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติการพยาบาล หรือใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลสำหรับพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ที่กรุณาให้การสนับสนุนและคำแนะนำ รวมถึงผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ร่วมศึกษา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. GOLD Report Global initiative for chronic obstructive lung disease - GOLD. (2024). <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
2. Chronic obstructive pulmonary disease. (2024). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
3. Chest Disease Institute. (2019). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-One-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
4. Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Department of Medical Services' Disease Statistics. Disease Statistics Report, Fiscal Year 2019. Bangkok: Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2019.
5. Health Data Center Report. (2024). Service plan response data for chronic obstructive pulmonary disease. <https://kkhdc.moph.go.th>
6. Pornsiri Phanthasee. (2022). Nursing Process & Functional Health Pattern. Clinical Applications. Bangkok: Phim Aksorn Co., Ltd.



โรงพยาบาลขอนแก่น KHON KAEN HOSPITAL

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

