

ISSN 0859-7251 (Print)
ISSN XXXX-XXXX (Online)



วารสาร

โรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

Volume 27 No. 1 January – April 2024



วารสารโรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital



ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

Volume 27 No. 1 January – April 2024

ISSN 0859-7251 (Print)

ISSN XXXX-XXXX (Online)

วารสารโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในประเด็นปัญหาทางสุขภาพ และสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้า กิจกรรมและข่าวสารทางการสาธารณสุข

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จิราพร เพ็ญวอยู่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นพ.ธนสิทธิ์ ไพระพงษ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

บรรณาธิการ

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.จุฑารัตน์ ฤทธิฤาชัย

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ชัชฌา สวนกระต่าย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.สุเมตตา กลางการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ปิยะธิดา นาอะเกษียร

คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.สุรัชย์ แซ่จิ่ง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อนุชิต ปุญญทลิ่งค์

คณะแพทยศาสตร์รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.พญ.วราณี พรหมพานิช วานเดอพิทท์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผศ.นพ.กมล แก้วกิตติณรงค์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.พิพัฒน์ เรืองแสง

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.ทัตพร วงษ์ปูลุญทลิ่งค์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.จินตนา พาวงศ์

นักวิจัยอิสระ

อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

อ.ดร.อัจฉรา คำมะতিชัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

อ.ดร.ชลการ ทรงศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.เกษร แก้วโนนจี้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

จังหวัดขอนแก่น

อ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

นพ.นิสิต ตงศิริ

นพ.อำพล เวหะชาติ

พญ.สุภารัตน์ ศิริชัยพรศักดิ์

พญ.ตรีวิจิตร มุ่งภูกลาง

พญ.อภิัญญา กิ่งนาค

นพ.ปริญญา โชควิริยะประเสริฐ

ทพ.ธีรวัต ผายปองนา

ภกญ.สุรัชชา สังข์ทอง

พว.วิราภรณ์ วราอัสวปติ

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.ศศิธร ภักดีโชติ

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

พว.ปิยนุช บุญกอง

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

น.ส.ภนารัตน์ อวนพล

ฝ่ายจัดการ

นางสาวพิสุทธิดา ขุนศรี

นางสาวสุพรรณษา ชัยสุพรรณ

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายนอกหน่วยงาน)

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขาม

ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ผศ.ดร.นำพร อินสิน

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ดร.อรอุมา แก้วเกิด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

อ.ณัฏฐา พรหมสาขา ณ สกลนคร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

รศ.ดร.รัชฎาธิศ แพรขาว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว.จุลนิธย์ จันทร์ชมภู

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ดร.สุจิตตา ฤทธิมนตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

รศ.ดร.ภูมิ อุดมศักดิ์วัฒนา

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

นายพงษ์รจน์ รัฐประเสริฐ

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ศศิวรรณ พัสสนเยี่ยม

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

อ.เนาวรัตน์ เสนาไชย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

ดร.สุดคณิง ฤทธิฤกษ์ชัย

วิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายในหน่วยงาน)

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

พว.พิศมัย กองทรัพย์

พว.ปิยนุช บุญกอง

พว.เปล่งฉวี สกนธรัตน์

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.ศรีอัมพร ตัวนัย

พว.วันเพ็ญ ทิพน้อม

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมศักดิ์การพิมพ์ กรู๊ป อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-711896

เจ้าของ

โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-176000 ต่อ 1042

การบอกรับสมาชิก

– ค่าตีพิมพ์วารสาร บทความละ 3,000 บาท

หมายเหตุ : หากบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้วจะไม่สามารถ
ขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้

ติดต่อสำนักงานวารสาร

งานวารสาร โรงพยาบาลสกลนคร โทร. 042-176000 ต่อ 1042

E-mail : skhjournal@gmail.com

หมายเหตุ :

- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายนอกโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายในหรือภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายในโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- ข้อเขียนและข้อคิดเห็นใด ๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวและเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งสิ้น
- บทความที่ตีพิมพ์ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร การคัดลอกเพื่อพัฒนาเชิงวิชาการต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง



Unบรรณาธิการ

สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า เป็นสิทธิที่คนไทยกว่า 47 ล้านคน ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล ที่ผ่านมายังพบความไม่สะดวกสลายจากการใช้บริการในหลายประเด็น เช่น หากจะใช้สิทธิข้ามเขต จะต้องขอใบส่งตัว ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอ จับบัตรคิว รอคิว และรอออกไปส่งตัวกว่าครึ่งวัน หรือการใช้สิทธิบัตรทองสามารถใช้สิทธิได้เฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน และก้าวสู่สังคมดิจิทัล จึงเกิดนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เพื่อปิดช่องโหว่การให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

บัตรทองแบบใหม่เพิ่มสิทธิพิเศษโดยผู้ป่วยที่ได้ยืนยันตัวตนเรียบร้อยแล้วจะมีข้อมูลสุขภาพทั้งหมดอยู่ในแอปหมอพร้อมแล้ว ไม่ต้องไปดำเนินการขอใบส่งตัวแบบเดิมอีก เพียงแต่มีหน้าที่นัดหมายวันไปพบแพทย์หรือไปตามที่แพทย์นัด แล้วเสียบบัตรประชาชนในเครื่องอ่านบัตร ประวัติผู้ป่วยทั้งหมด วิธีการรักษา และยาที่ใช้ สามารถออนไลน์ได้ทันที หมอที่รับดูแลต่อเปิดดูข้อมูลผ่านหน้าจอได้หลังจากที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคแล้ว ผู้ป่วยสามารถรื้อยาที่โรงพยาบาลได้ หรือสามารถแจ้งรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยผู้ป่วยแสดงหน้าจอหมอพร้อมแล้วยื่นบัตรประจำตัวประชาชนต่อเภสัชกร แล้วรับยาตามใบสั่งยาออนไลน์ที่โรงพยาบาลส่งจ่าย ซึ่งจะแสดงรายการยาที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ของร้านยา นอกจากนี้ยังสามารถเลือกรับยาผ่านไปรษณีย์ได้ แต่ตามหลักการจ่ายยาแล้วเภสัชกรจะต้องอธิบายวิธีการใช้ยาจึงจะเสร็จสิ้นกระบวนการ หมอพร้อมจะทำเรื่องนี้ให้สมบูรณ์โดยเภสัชกรจะทำการวิดีโอคอลหาผู้ป่วยเพื่ออธิบายและแนะนำวิธีการใช้ยาให้ถูกต้อง แม้ว่าการให้บริการบัตรทองแบบใหม่จะทำผ่านระบบออนไลน์ทั้งหมด แต่รัฐบาลก็ให้ความสำคัญต่อเรื่องการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และความปลอดภัยทางไซเบอร์ โดยข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ จึงนับว่าเป็นมิติใหม่ของการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับความเจริญในระบบเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างไม่หยุดยั้ง

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการ

สารบัญ

● บทบรรณาธิการ

● นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 4 ปี ในเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย โรงพยาบาลสกลนคร ฐาภรณ์ แสนเชื่อน พ.บ.	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว ปรีศนา เจริญมหาเกษม พย.ม.	16
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวก่อนและหลังการรักษา ในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ชนะชัย จันทาคิต พ.บ., วว.อายุรศาสตร์	27
ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร เทวรัตน์ แพงคำดี พย.บ. ชนิกา ธนโชติชลิกุล พย.บ. อิสรา ศรีทอง พย.บ.	36
ผลของโปรแกรมการนิเทศตามหลักमान्यนัต์ต่อความสุขในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ อนิรุทธ์ วั่งไชย พย.ม. วรรณชนก จันทุม ปร.ด.	47
ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลทารกแรกเกิด อรณัญช์ ยศไกร พย.ม. วรรณชนก จันทุม ปร.ด.	56
ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ปาริชาติ ขุนศรี พย.ม.	68
การพัฒนารูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ดารา คำแหวน พย.ม. สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.	83
สถานการณ์ โรคหนองพยาธิ ในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี) อัมภัส วิเศษโมรา ปร.ด. อรณภ วัฒนวงษ์ ส.ม. ฐิติมา วงศาโรจน์ ปร.ด. ณัฐนิชา อ่อนคล้าย วท.บ. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล ปร.ด.	95

สารบัญ

- รายงานผู้ป่วย (Case Report)
 - การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: 106
กรณีศึกษา 2 ราย
จิรวรรณ ศิริมนตรี พย.ม.
 - การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง 119
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดตัดสอตใส่หลอดเลือดเทียม
ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง
ผ่องศรี นวลมณี พย.บ.
- บทฟื้นฟูวิชาการ (Review)
 - การจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลทักษะทางปัญญาตามมาตรฐาน 131
คุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ภาสินี ไทอินทร์ ปร.ด. พัฒน์ ศรีโอษฐ์ พย.ม.
ธณิศ สายวัฒน์ ปร.ด. สิริอร ช้อยุ่น พย.ม.
ทรงสุตา หมั่นไธสง ปร.ด.
- คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 143
- แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 147
- ใบ Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความ 148
ให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา
- ใบชำระค่าตีพิมพ์วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 150

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ในเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย โรงพยาบาลสกลนคร

ฐาณกร แสนเชื่อน พ.บ.*

บทคัดย่อ

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 มีอัตราป่วยมากกว่าเด็กโต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ในเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย โรงพยาบาลสกลนคร โดยทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในผู้ปกครองของเด็ก จำนวน 240 ราย ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และเด็ก ความรู้ การรับรู้ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์แบบ Uni-variate analysis โดยใช้สถิติ Simple logistic regression จากนั้นวิเคราะห์หลายตัวแปร โดยใช้ Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า มีเด็กได้รับวัคซีน 37 ราย (ร้อยละ 15.4) ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ปกครอง ได้แก่ เพศผู้ปกครอง (ชาย) (Adj. OR = 0.36; 95%CI = 0.13–0.98) อายุ (Adj. OR = 0.93; 95%CI = 0.86–0.99) ความสัมพันธ์กับเด็ก (ปู่/ย่า/ตา/ยาย) (Adj. OR = 37.19; 95%CI = 3.49–396.34) ระดับการศึกษา (ระดับอนุปริญญาขึ้นไป) (Adj. OR = 6.13; 95%CI = 1.69–22.29) ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีน (ระดับปานกลาง) (Adj. OR = 0.12; 95%CI = 0.02–0.75) และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (Adj. OR = 25.02; 95%CI = 1.94–323.48) ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุเด็ก (Adj. OR = 1.98; 95%CI = 1.09–3.58) เด็กเคยป่วยเป็นโควิด-19 (Adj. OR = 4.71; 95%CI = 1.57–14.13) ดังนั้นควรส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นจิตใจของผู้ปกครองเพื่อให้เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อลดความรุนแรงของโรคโควิด-19

คำสำคัญ: เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ปัจจัยกระตุ้น

* แพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 23 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 17 เมษายน 2567

**Factors Affecting Receiving the COVID–19 vaccine in Children Aged 6 Months
to 4 Years at the Service Area of Sukasem Community Health Center,
Sakon Nakhon Hospital**

Thakoon Sankuan M.D. *

Abstract

Children under five years of age who have not yet received the COVID–19 vaccine exhibit a higher rate of illness than older children. This study aimed to investigate the factors affecting COVID–19 vaccination in children aged six months to 4 years in service area of Sukkasem community health center, Sakon Nakhon hospital. The cross–sectional study was conducted in 240 parents of those children between June 1 and November 30, 2023. Data were collected using the questionnaire covering general information about parents and children, knowledge, perceptions and vaccination against COVID–19. Data were analyzed using the descriptive and inferential statistics; simple logistic regression and multiple logistic regression.

The results revealed that 37 children received the COVID–19 vaccine (15.4%). The factors affecting COVID–19 vaccination in children aged 6 months to 4 years included parent gender (male) (Adj. OR = 0.36; 95% CI = 0.13–0.98), age (Adj. OR = 0.93; 95% CI = 0.86–0.99), relationship with children (grandfather/grandmother) (Adj. OR = 37.19; 95% CI = 3.49–396.34), education level (associate degree or higher) (Adj. OR = 6.13; 95% CI = 1.69–22.29), The factors in health belief model aspect included perception of barriers to vaccination (moderate level) (Adj. OR = 0.12; 95% CI = 0.02–0.75) and receiving advice from medical personnel, village health volunteers, family members and neighbors (Adj. OR = 25.02; 95% CI = 1.94–323.48). The children personal factors included age (Adj. OR = 1.98; 95%CI = 1.09–3.58) and past COVID–19 infection (Adj. OR = 4.71; 95%CI = 1.57–14.13). Therefore, the promoting factors influencing parents' decision–making should be encouraged to receive vaccination among children aged 6 months to 4 years, thereby reducing the severity of COVID–19 infection.

Keywords: Children aged six months to 4 years, COVID–19 vaccine, Stimulating factors

* Resident in Family Medicine, Social Medicine Work Group, Sakon Nakhon Hospital

Received: Febuary 23, 2024 / Revised: March 20, 2024 / Accepted: April 17, 2024

บทนำ

โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยมีการระบาดครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งองค์การอนามัยโลกยกระดับให้เป็นภาวะการระบาดทั่วโลก (Pandemic)¹ จากข้อมูลศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2566 พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลก 674,300,771 ราย และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลก 6,793,224 ราย โดยประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ 4,727,236 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมรวม 33,882 ราย ซึ่งในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีอัตราการติดเชื้อค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ในประเทศไทย โดยมีอัตราการติดเชื้อ 15,569.52 ต่อแสนประชากร² เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่รวมกัน เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งพบว่ามีอัตราป่วยมากกว่าเด็กโต 1.5 เท่า และป่วยเสียชีวิตมากกว่าเด็กโต 3 เท่า³ ดังนั้นการฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 4 ปี กลุ่มจึงมีความสำคัญ และจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด-19 เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตได้⁴ จากการรายงานการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2566 มีการฉีดวัคซีนรวม 142,635,014 โดส คิดเป็นร้อยละ 80.4⁵ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 4 ปี พบว่าได้รับวัคซีนร้อยละ 3.2 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งกำหนดเป้าหมายไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เฝ้ามกระดุน พบว่า การรับรู้เชิงสังคมเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 การรับรู้ถึงประโยชน์วัคซีนโควิด-19 การรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อป้องกันโรค และการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 และการรับรู้ส่วนบุคคลในเชิงลบเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 อยู่ในระดับมาก⁷ การศึกษาในผู้ปกครองของเด็กอายุ 0-4 ปี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ราคา ปัจจัย

ด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กและสถานภาพของผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19⁸

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีหลากหลายช่วงอายุ หลายพื้นที่ ในศึกษา อีกทั้งเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ยังมีการรับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในเด็กค่อนข้างต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้ปกครองในการนำเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี มารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)⁹ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) จึงนำมาใช้ในการศึกษากครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนางานให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในการส่งเสริมให้ผู้ปกครองตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แก่เด็กเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคโควิด-19 ในกลุ่มประชากรวัยเด็กเล็กในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ในเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ศึกษาในประชากรกลุ่มผู้ปกครองของเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตบริการของคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม จำนวน 496 ราย ในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ Taro Yamane¹⁰ ได้จำนวน 240 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ปกครองของเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (6–59 เดือน) ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกหออกรับที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย ในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 2) ผู้ปกครองอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี และมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องการรักษาหรือการได้รับวัคซีนของเด็ก 3) ผู้ปกครองสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉิน 2) ผู้ปกครองที่มีปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน 3) ผู้ปกครองที่มีเด็กมีประวัติการแพ้วัคซีนรุนแรง 4) ผู้ปกครองไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ผู้ปกครอง) คือ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ใน 3 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (บุตรหลาน) คือ เพศ อายุ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

เกณฑ์การให้คะแนน: ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ พิจารณาจากคะแนนความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักของ Bloom ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0 – 59 (1–5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60 – 79 (6–7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 – 100 (8–10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แบ่งเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

โควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด Likert scale กำหนดให้มีคำตอบ 5 ระดับ คำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 5 คะแนน “เห็นด้วยมาก” ให้ 4 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง” ให้ 3 คะแนน “เห็นด้วยน้อย” ให้ 2 คะแนน และ “เห็นด้วยน้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน สำหรับคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 2,10,16 ให้คะแนนกลับกัน นำคะแนนมาเฉลี่ยกันในแต่ละมิติการรับรู้

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ซึ่งแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็ก 7 ข้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายของรัฐ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนในครอบครัว และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และการได้รับข้อมูลข่าวสารการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งมีค่าสูงสุด +1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์นั้นมาก ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์น้อย และถ้ามีค่าติดลบ แสดงว่าเป็นข้อที่ไม่ได้ ซึ่งงานวิจัยนี้กำหนดค่า IOC ≥ 0.5 จึงคงข้อคำถามนั้นไว้

ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรง

คุณวุฒิและได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่บริการคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า ซึ่งมีบริบทคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.67

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่และร้อยละในการอธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการติดเชื้อและความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรค) ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก (เพศ อายุ โรคประจำตัว) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การได้รับวัคซีนป้องกันโรค

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนของผู้ปกครองของเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การ

รับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรค กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ในเด็กวิเคราะห์แบบ Uni-variate analysis โดยใช้สถิติ Simple logistic regression จากนั้นจึงวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยใช้ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted OR และ 95%CI

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร โครงการวิจัยเลขที่ SKNH REC No. 045/2566 รับรองวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี จำนวน 240 ราย มีเด็กที่เคยได้รับวัคซีนจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 15.4) ไม่เคยได้รับวัคซีนจำนวน 203 ราย (ร้อยละ 84.6) พบว่า ตัวแปรที่มีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p = 0.029$) ระดับการศึกษา ($p = 0.003$) อาชีพ ($p = 0.023$) และประวัติเด็กที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี

ตัวแปร	ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19		p - value
	ไม่ได้รับ (n = 203)	ได้รับ (n = 37)	
ข้อมูลของผู้ปกครอง	-		
เพศ			
- ชาย	52 (25.6)	16 (43.2)	0.029*
- หญิง	151 (74.4)	21 (56.8)	
อายุ (ปี)	38.7 ± 12.5	37.8 ± 10.8	0.699
ความสัมพันธ์กับเด็ก			0.605
- พ่อ	43 (21.2)	10 (27.0)	
- แม่	111 (54.7)	17 (45.9)	
- ปู่/ย่า/ตา/ยาย	39 (19.2)	7 (18.9)	
- ลุง/ป้า/น้า/อา	10 (4.9)	3 (8.2)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (ต่อ)

ตัวแปร	ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19		p - value
	ไม่ได้รับ (n = 203)	ได้รับ (n = 37)	
สถานภาพ			
– โสด	16 (7.9)	16 (43.2)	
– สมรส	174 (85.7)	19 (51.4)	
– หย่าร้าง/หม้าย	13 (6.4)	2 (5.4)	
ระดับการศึกษา			0.003**
– ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (0.5)	0	
– ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	27 (13.3)	1 (2.7)	
– มัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย	37 (18.2)	5 (13.5)	
– อนุปริญญา	83 (40.9)	9 (24.3)	
– ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	55 (27.1)	22 (59.5)	
อาชีพ			0.023*
– ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37 (18.2)	2 (5.4)	
– ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	69 (34.0)	15 (40.6)	
– รับจ้าง	58 (28.6)	6 (16.2)	
– เกษตรกร	7 (3.4)	2 (5.4)	
– พนักงานบริษัทเอกชน	15 (7.4)	8 (21.6)	
– ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17 (8.4)	4 (10.8)	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			0.249
– ต่ำกว่า 10,000 บาท	84 (41.4)	10 (27.0)	
– 10,000–20,000 บาท	89 (43.8)	21 (56.8)	
– มากกว่า 20,000 บาท	30 (14.8)	6 (16.2)	
ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	170 (83.7)	33 (89.2)	0.399
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก			
เพศ			0.793
– ชาย	109 (53.7)	19 (51.3)	
– หญิง	94 (46.3)	18 (48.7)	
อายุ	2.4 ± 0.9	2.7 ± 0.8	0.125
มีโรคประจำตัว	11 (5.4)	2 (5.4)	0.997
เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19	33 (16.3)	17 (45.9)	< 0.001**

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 **มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาข้อมูลด้านความรู้ การรับรู้เรื่องโรค วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คนในครอบครัว และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ($p = 0.008$) รายละเอียดดังตารางที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p = 0.003$) และมีปัจจัย

ตารางที่ 2 ความรู้ การรับรู้เรื่องโรคโควิด-19 วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ตัวแปร	ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19		p - value
	ไม่ได้รับ (n = 203)	ได้รับ (n = 37)	
ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19			0.076
– มีความรู้ในระดับต่ำ	15 (7.4)	7 (18.9)	
– มีความรู้ในระดับปานกลาง	57 (28.1)	8 (21.6)	
– มีความรู้ในระดับสูง	131 (64.5)	22 (59.5)	
ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			0.116
– มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	16 (7.9)	5 (13.5)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	154 (75.9)	22 (59.5)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง	33 (16.2)	10 (27.0)	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			0.003**
– มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	37 (18.2)	3 (8.1)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	90 (44.3)	9 (24.3)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง	76 (37.5)	25 (67.6)	
การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค			0.593
– มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	9 (4.4)	1 (2.7)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	158 (77.8)	27 (73.0)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง	36 (17.7)	9 (24.3)	
การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค			0.391
– มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	14 (6.9)	5 (13.5)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	142 (69.9)	24 (64.9)	
– มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง	47 (23.2)	8 (21.6)	
การมีปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19			
– การรับรู้นโยบายของรัฐ	181 (89.2)	33 (89.2)	0.996
– การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัว และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	160 (78.8)	36 (97.3)	0.008*

ตารางที่ 2 ความรู้ การรับรู้เรื่องโรคโควิด-19 วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (ต่อ)

ตัวแปร	ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19		p - value
	ไม่ได้รับ (n = 203)	ได้รับ (n = 37)	
- การได้รับข้อมูลข่าวสารการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็ก	165 (81.3)	30 (81.1)	0.977

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 **มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี เมื่อวิเคราะห์ทีละตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ผู้ปกครอง (ชาย) (OR = 0.45, 95%CI: 0.22–0.93) สถานภาพ (สมรส) (OR = 0.11, 95%CI: 0.05–0.25) (หย่าร้าง) (OR = 0.15, 95%CI: 0.03–0.79) ระดับการศึกษา (อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่า) (OR = 3.95, 95%CI = 1.91–8.15) อาชีพ (อื่นๆ ได้แก่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/พนักงานเอกชน) (OR = 5.06, 95%CI: 1.14–22.61) และประวัติเด็กเคยป่วยเป็นโควิด-19 (OR = 4.38, 95%CI = 2.07–9.23) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (วิเคราะห์ทีละตัวแปร)

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
เพศผู้ปกครอง (ชาย)	0.45 (0.22–0.93)	0.031*
อายุผู้ปกครอง	0.99 (0.96–1.02)	0.698
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
พ่อ/แม่	1	
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1.02 (0.42–2.52)	0.959
ลุง/ป้า/น้า/อา	1.71 (0.44–6.62)	0.437
สถานภาพ		
โสด	1	
สมรส	0.11 (0.05–0.25)	< 0.001**
หย่าร้าง/หม้าย	0.15 (0.03–0.79)	0.025*
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ปริญญาตรี	1	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่า	3.95 (1.91–8.15)	< 0.001**
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	
รับจ้าง/เกษตรกร	2.28 (0.46–11.29)	0.314
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.35 (0.73–26.12)	0.108

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (วิเคราะห์ทีละตัวแปร) (ต่อ)

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
อาชีพ		
อื่น ๆ (ได้แก่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/พนักงานเอกชน)	5.06 (1.14–22.61)	0.034*
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1	
10,000–20,000 บาท	1.98 (0.88–4.45)	0.098
มากกว่า 20,000 บาท	1.68 (0.56–5.02)	0.353
ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	1.60 (0.53–4.82)	0.403
เพศเด็ก ชาย	1.09 (0.54–2.21)	0.793
อายุเด็ก	1.33 (0.92–1.90)	0.126
เด็กมีโรคประจำตัว	0.99 (0.21–4.69)	0.997
เด็กเคยป่วยเป็นโรคโควิด-19	4.38 (2.07–9.23)	< 0.001**

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 **มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี เมื่อวิเคราะห์ทีละตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (มีความรู้ในระดับปานกลาง) (OR = 0.30, 95%CI: 0.09–0.96)

(มีความรู้ในระดับสูง) (OR = 0.36, 95% = 0.13–0.98) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง) (OR = 4.06, 95%CI = 1.15–14.31) และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (OR = 9.67, 95%CI = 1.29–72.59) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (วิเคราะห์ทีละตัวแปร)

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
มีความรู้ในระดับต่ำ	1	
มีความรู้ในระดับปานกลาง	0.30 (0.09–0.96)	0.043*
มีความรู้ในระดับสูง	0.36 (0.13–0.98)	0.046*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค		
มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	1	
มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	0.46 (0.15–1.37)	0.163
มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง	0.97 (0.28–3.31)	0.961

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (วิเคราะห์ที่ละตัวแปร) (ต่อ)

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
มีการรับรู้ในระดับต่ำ	1	
มีการรับรู้ในระดับปานกลาง	1.23 (0.32–4.81)	0.763
มีการรับรู้ในระดับสูง	4.06 (1.15–14.31)	0.029*
การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค		
มีการรับรู้ในระดับต่ำ	1	
มีการรับรู้ในระดับปานกลาง	1.54 (0.19–12.63)	0.689
มีการรับรู้ในระดับสูง	2.25 (0.25–20.13)	0.468
การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค		
มีการรับรู้ในระดับต่ำ	1	
มีการรับรู้ในระดับปานกลาง	0.47 (0.16–1.43)	0.186
มีการรับรู้ในระดับสูง	0.48 (0.13–1.69)	0.252
การมีปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
การรับรู้นโยบายของรัฐ	1.00 (0.34–3.09)	0.996
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัว และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	9.67 (1.29–72.59)	0.027*
การได้รับข้อมูลข่าวสารการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็ก	0.99 (0.40–2.41)	0.977

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี เมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศผู้ปกครอง (ชาย) (Adj. OR = 0.36; 95%CI = 0.13–0.98) อายุ (Adj. OR = 0.93; 95%CI = 0.86–0.99) ความสัมพันธ์กับเด็ก (ปู่/ย่า/ตา/ยาย) (Adj. OR = 37.19; 95%CI = 3.49–396.34) ระดับการศึกษา (ระดับอนุปริญญา

ขึ้นไป) (Adj. OR = 6.13; 95%CI = 1.69–22.29) อายุเด็ก (Adj. OR = 1.98; 95%CI = 1.09–3.58) เด็กเคยป่วยเป็นโควิด-19 (Adj. OR = 4.71; 95%CI = 1.57–14.13) การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีน (ระดับปานกลาง) (Adj. OR = 0.12; 95%CI = 0.02–0.75) และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (Adj. OR = 25.02; 95%CI = 1.94–323.48) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และปัจจัยกระตุ้นการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี (วิเคราะห์หลายตัวแปร)

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศผู้ปกครอง (ชาย)	0.36 (0.13–0.98)	0.045*
อายุผู้ปกครอง	0.93 (0.86–0.99)	0.043*
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
พ่อ/แม่	1	
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	37.19 (3.49–396.34)	0.003*
ลุง/ป้า/น้า/อา	6.26 (0.81–48.20)	0.078
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ปริญญาตรี	1	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่า	6.13 (1.69–22.29)	0.006*
อายุเด็ก	1.98 (1.09–3.58)	0.024*
เด็กเคยป่วยเป็นโรคโควิด-19	4.71 (1.57–14.13)	0.006*
การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค		
มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	1	
มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	0.12 (0.02–0.75)	0.024*
มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง	0.15 (0.02–1.15)	0.067
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัว และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	25.02 (1.94–323.48)	0.014*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

การยอมรับการฉีดวัคซีนในป้องกันโควิด-19 ของเด็กเล็ก มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบันมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความลังเลในการฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่ทั่วโลก แต่กลับให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กน้อยลง ความลังเลในการฉีดวัคซีนถือเป็นความท้าทายสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และเป็นเรื่องท้าทายในกลุ่มผู้ปกครองเนื่องจากผู้ปกครองยังคงมีกังวลด้านวัคซีนที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุตร¹¹ ด้วยเหตุนี้ความลังเลในการฉีดวัคซีนจึงเป็นความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทั้งทางสังคมและจิตวิทยา ซึ่งมีการศึกษาหลายชิ้นพบว่าการตัดสินใจฉีดวัคซีนสัมพันธ์กับความเชื่อ¹² การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน¹³

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเด็กได้รับวัคซีน 37 ราย

(ร้อยละ 15.4) หรือมีเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 84.6 สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Yusra Habib Khan และคณะ¹¹ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราความลังเลในการฉีดวัคซีนโควิด-19 (ร้อยละ 86.1) ซาอุดีอาระเบีย (มากกว่าร้อยละ 85) และตุรกี (ร้อยละ 89.6) อย่างไรก็ตามความลังเลของวัคซีนมีหลายมิติ ซึ่งแปรผันตามเวลา สถานที่และบุคคล¹⁴ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยหลายประการที่ยังมีอิทธิพลต่อความเชื่อของผู้ปกครองเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19¹¹

นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ได้แก่ปัจจัยด้านผู้ปกครอง เพศผู้ปกครอง(ชาย) เป็นปัจจัยป้องกันการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 0.36 เท่า (Adj.

OR = 0.36; 95%CI = 0.13–0.98) หมายความว่า ผู้ปกครองเพศหญิงมีส่วนในการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ในเด็กมากกว่าเพศชาย เป็นไปได้ว่าผู้หญิงใช้เวลาไปกับโซเชียลมีเดีย (Social media) มากขึ้น และรับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนผ่านโซเชียลเน็ตเวิร์ก (Social network) อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมและควรพิจารณากลยุทธ์การสื่อสารเฉพาะเพศเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนในเด็ก¹⁵

อายุของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี 0.93 เท่า (Adj. OR = 0.93; 95%CI = 0.86–0.99) หรืออายุผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น 1 ปี แสดงให้เห็นว่าโอกาสที่จะตัดสินใจฉีดลดลงร้อยละ 7 ต่างกับการศึกษา Feifan Chen และคณะ¹⁶ พ่อแม่และผู้ปกครองที่มีอายุน้อยมีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้บุตรหลานของตนมากกว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า เหตุผลอาจเป็นเพราะพ่อแม่และผู้ปกครองที่มีอายุน้อยกว่ามีประสบการณ์ในการเลือกข้อมูลมากกว่า และพวกเขาสามารถตัดสินใจได้ ข้อดีข้อเสียของวัคซีนได้แม่นยำยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นไปได้ว่า การศึกษานี้ยังประกอบหลักของการตัดสินใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว อาจด้วยหลากหลายเหตุผลประกอบการตัดสินใจ

ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี 37.19 เท่า (ปู่/ย่า/ตา/ยาย) (Adj. OR = 37.19; 95%CI = 3.49–396.34) เป็นไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในสังคมต่างจังหวัด จากสถิติด้านครอบครัวไทยปี 2561 เด็กไทยมีโอกาสอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุประมาณ 31.8% และ 27.8% อยู่ในครอบครัว 3 รุ่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายายที่รับหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลหลาน¹⁷ ดังนั้นปู่ย่าตายายจึงเป็นบุคคลสำคัญและมีอิทธิพลในการตัดสินใจฉีดวัคซีน

ระดับการศึกษา (ระดับอนุปริญญาขึ้นไป) (Adj. OR = 6.13; 95%CI = 1.69–22.29) สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Yusra Habib Khan และคณะ¹¹ พบว่า การศึกษาที่ต่ำกว่าของมารดาส่งผลต่ออัตราการลงมือการฉีดวัคซีน อาจเป็นเพราะมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงยังมีความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในชีวิตประจำวันมากขึ้น¹⁸ การศึกษา

ระดับอุดมศึกษาช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรคและวัคซีน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก อายุเด็ก (Adj. OR = 1.98; 95%CI = 1.09–3.58) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี 1.98 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayed A. Shati²⁰ ที่พบว่า ร้อยละ 30.6 ผู้ปกครองคิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 อาจเป็นอันตรายต่อเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Robin M. Humble²¹ ที่พบว่า จากผู้ปกครอง 1,129 ราย ร้อยละ 56 ตั้งใจที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้เด็กอายุ 5–11 ปี ความตั้งใจลดลงสำหรับเด็กอายุ 6–23 เดือน (ร้อยละ 41.9) และ 2–4 ปี (ร้อยละ 45.4) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสาเหตุของการตัดสินใจของผู้ปกครองในเด็กเล็กยังไม่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มว่าผู้ปกครองมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโควิด-19

เด็กเคยป่วยเป็นโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี 4.71 เท่า (Adj. OR = 4.71; 95%CI = 1.57–14.13) เป็นไปได้ว่าผู้ปกครองรับรู้ว่าบุตรหลานของตนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโควิด-19 จึงเต็มใจที่จะพาบุตรหลานไปรับวัคซีนโดยไม่คำนึงถึงสถานะใดๆ ดังนั้นการประเมินความกลัวของแต่ละบุคคลสามารถทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไปได้²² นอกจากนี้นอกจากเด็กที่เคยป่วยโควิด-19 แล้ว Mahmut Kilic และคณะ²³ พบว่า การมีญาติติดเชื้อโควิด-19 ช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนป้องกันโควิด-19

ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีน (ระดับปานกลาง) เป็นปัจจัยป้องกันเมื่อเทียบกับการรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีน (ระดับต่ำ) (Adj. OR = 0.12; 95%CI = 0.02–0.75) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียของ Narayana Goruntla และคณะ²⁴ การรับรู้อุปสรรคที่สูงขึ้นของผู้ปกครอง (OR 0.609; 95% CI = 0.372–0.999) มีความสัมพันธ์ต่อการลดความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้กับเด็กต่างกับการศึกษาของ สุทธิพงษ์ กองวงษา²⁵ พบว่าปัจจัยที่มีผลกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก 6–2 ปี ได้แก่ ประวัติการฉีดวัคซีน

ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครอง ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ระดับสูง อีกทั้ง Yusra และคณะ²⁶ พบว่าจากการวิเคราะห์ห่ออุปสรรคที่เป็นไปได้เจ็ดประการพบว่า ข้อกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนและผลข้างเคียงเป็นปัจจัยสูงสุดในการตัดสินใจให้เด็กฉีดวัคซีน และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการได้รับวัคซีน 25.02 เท่า (Adj. OR = 25.02; 95%CI = 1.94–323.48) สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Yusra Habib Khan และคณะ¹¹ พบว่า ร้อยละ 8.3 ของการแนะนำผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองตัดสินใจให้เด็กฉีดวัคซีนโควิด-19 เป็นไปได้ว่าผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจที่เชื่อถือได้และมีข้อมูลครบถ้วน²⁷

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรรวมตัวอย่างผู้ปกครองจากชนบทด้วยและพื้นที่ชนเมือง และควรรักษาแบบ multi-center เพื่อให้เป็นตัวแทนของประเทศไทย เนื่องจากผู้ปกครองถูกสุ่มตัวอย่างจากเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8671>
2. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. ทะเบียนผู้ป่วยยืนยัน และทะเบียนผู้เสียชีวิตกรมควบคุมโรค แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 สถานการณ์โควิด-19 ของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A1328.html>
3. กองโรคติดต่อทั่วไป/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ร่วมกับภาคีเครือข่ายเร่งรัดสร้างภูมิคุ้มกัน ปกป้องภัยโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180650/>
4. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำฉีดวัคซีนโควิด-19 สำหรับเด็กและวัยรุ่น ฉบับที่ 7 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipediatrics.org/?p=1761>
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/9/1676364714762.pdf>

โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) ในผู้ที่มาใช้บริการที่คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม ผลการวิจัยจึงอาจไม่ได้เป็นภาพสะท้อนที่แท้จริงของการตัดสินใจของผู้ปกครองในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในเด็ก

2. ควรส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยการตัดสินใจของผู้ปกครองเพื่อให้เด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 เนื่องจากผลการศึกษานี้พบว่า อัตราการได้รับวัคซีนของเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 4 ปี ในเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร มีเพียงร้อยละ 15.4

3. ควรจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ ในการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง มีหน่วยงานตอบข้อสงสัย รวมถึงความกังวลใจต่างๆ เพื่อให้ผู้ปกครอง สามารถตัดสินใจให้เด็กเข้ารับบริการการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

6. Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ. กรมควบคุมโรคส่งไฟเซอร์ฝ่ามวง 6 พ.ค.รองรับกลุ่มอายุ 12-17 ปี รองรับนักเรียนเปิดเทอม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25033>
7. ชูติมา บุญทวี ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพิ่มกระตุ้นของบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ. ว. วิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565;2(2):49-60.
8. เนตรนภา สาสังข์, ธนพล อุทัยกาล, พิมพ์ชนก วรจันทร์, และ สโรชา แก้วปานกัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 4 ปี โรงพยาบาลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ว. วิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2566;18(2):61-73.
9. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาตำราและหนังสือวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
10. Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1970.
11. Khan YH, Rasheed M, Mallhi TH, Salman M, Alzarea AI, Alanazi AS, et al. Barriers and facilitators of childhood COVID-19 vaccination among parents: A systematic review. Front Pediatr 2022;10:950406.
12. Smailbegovic MS, Laing GJ, Bedford H. Why do parents decide against immunization? The effect of health beliefs and health professionals. Child Care Health Dev 2003;29(4):303-11.
13. Myers LB, Goodwin R. Determinants of adults' intention to vaccinate against pandemic swineflu. BMC Public Health 2011;11(1):15.
14. Walker KK, Head KJ, Owens H, Zimet GD. A qualitative study exploring the relationship between mothers' vaccine hesitancy and health beliefs with COVID-19 vaccination intention and prevention during the early pandemic months. Hum Vaccines Immunother 2021;17(10):3355-64.
15. Horiuchi S, Sakamoto H, Abe SK, Shinohara R, Kushima M, Otawa S, et al. Factors of parental COVID-19 vaccine hesitancy: A cross sectional study in Japan. PLoS ONE 2021; 16(12):e0261121.
16. Chen F, He Y, Shi Y. Parents' and Guardians' Willingness to Vaccinate Their Children against COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vaccines 2022;10(2):179.
17. กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์เด็กกับโรคขาดธรรมชาติ: เด็กกับสังคมสูงวัยสภาวะเปลี่ยนแปลง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-18/>
18. Wan X, Huang H, Shang J, Xie Z, Jia R, Lu G, et al. Willingness and influential factors of parents of 3-6-year-old children to vaccinate their children with the COVID-19 vaccine in China. Hum Vaccines Immunother 2021;17(11):3969-74.
19. Montalti M, Rallo F, Guaraldi F, Bartoli L, Po G, Stillo M, et al. Would Parents Get Their

- Children Vaccinated Against SARS-CoV-2? Rate and Predictors of Vaccine Hesitancy According to a Survey over 5000 Families from Bologna, Italy. *Vaccines* 2021;9(4):366.
20. Shati AA, Al-Qahtani SM, Alsabaani AA, Mahmood SE, Alqahtani YA, AlQahtani KM, et al. Perceptions of Parents towards COVID-19 Vaccination in Children, Aseer Region, Southwestern Saudi Arabia. *Vaccines* 2022;10(8):1222.
21. Humble RM, Sell H, Wilson S, Sadarangani M, Bettinger JA, Meyer SB, et al. Parents' perceptions on COVID-19 vaccination as the new routine for their children ≤ 11 years old. *Prev Med* 2022;161:107125.
22. Rogers RW. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *J Psychol* 1975;91(1):93-114.
23. Kilic M, Ustundag Ocal N, Uslukilic G. The relationship of Covid-19 vaccine attitude with life satisfaction, religious attitude and Covid-19 avoidance in Turkey. *Hum Vaccines Immunother* 2021;17(10):3384-93.
24. Goruntla N, Ayisha MU, Sreeram M. Predictors of Parents' Willingness to Vaccinate Their Children Against COVID-19 in India: A Web-Based Cross-Sectional Survey. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2023;10:23333928231175798.
25. สุทธิพงษ์ กองวงษา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี. *ว. โรงพยาบาลสกลนคร* 2563;23(3):1-13.
26. Khan YH, Mallhi TH, Salman M, Tanveer N, Butt MH, Mustafa ZU, et al. Parental Perceptions and Barriers towards Childhood COVID-19 Vaccination in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Analysis. *Vaccines* 2022;10(12):2093.
27. Evans M, Stoddart H, Condon L, Freeman E, Grizzell M, Mullen R. Parents' perspectives on the MMR immunisation: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2001;51(472):904-10.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุขแขวง อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร

ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

ปรีศนา เตรียมมหาเกษม พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุขแขวง จำนวน 180 คน ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลรูปแบบการรักษา 3) แบบบันทึกข้อมูลผลการรักษา 4) แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามที่ 4, 5 เท่ากับ 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบความถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c < 7$) มีร้อยละ 78.30 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และสถานภาพสมรส โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี $FBS > 126 \text{ mg\%}$ มีโอกาสจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \geq 7$) มากกว่าผู้ที่มี $FBS \leq 126 \text{ mg\%}$ (adjusted OR = 7.21, 95% CI = 2.49–20.85) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีสถานภาพสมรสอยู่เดี่ยว มีโอกาสจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \geq 7$) มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ (adjusted OR = 3.83 , 95% CI = 1.58–9.29) ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า $126 \text{ mg\%}$ และสถานภาพสมรสอยู่เดี่ยว

คำสำคัญ: ปัจจัย ระดับน้ำตาล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร ผู้รับผิดชอบบทความ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครสกลนคร

รับบทความ: 29 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 13 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 20 เมษายน 2567

**Factor Related to Glycemic Control in Diabetes Mellitus Type 2 Patients at
Diabetes Clinic Naveng Health Service Center, Mueang District,
Sakon Nakhon Province**

Duangjai Jirasawattrakul M.D., Dip. Thai Board of Medicine, Thai Board of Family Medicine*

Prisana Treammahakasem B.N.S.**

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the factors related to glycemic control in diabetes mellitus type 2 patients. The study group consisted of 180 patients who visited diabetes clinic, Naveng health service center, Mueang district, Sakon Nakhon province from October to December, 2023. The questionnaires for data collection comprised of 5 parts: 1) personal information, 2) information on treatment patterns, 3) record form of treatment outcome, 4) knowledge of diabetes and 5) self-care behaviors. The reliability evaluated by the Cronbach's alpha coefficient of questionnaires part 4 and 5 were 0.89 and 0.80, respectively. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and binary logistic regression.

The results showed that 78.30 percent of patients with diabetes mellitus type 2 could control their blood sugar levels ($HbA1c < 7$). The factors that have a statistically significant relationship with blood sugar control in patients with type 2 diabetes included marital status, and fasting blood sugar (FBS). Diabetes mellitus type 2 patients with $FBS > 126$ mg% had more chance to be unable to control blood sugar level ($HbA1c \geq 7$) than those with $FBS \leq 126$ mg% (OR adj = 7.21, 95% CI = 2.49–20.85). Also, diabetes mellitus type 2 patients with single marital status had more chance to be unable to control blood sugar levels than those with couple marital status (marriage) (OR adj = 3.83, 95% CI = 1.59–9.29). Therefore, development of a care model for diabetes mellitus type 2 patients to better control blood sugar levels should be focused on patient's factors, $FBS > 126$ mg% and single marital status.

Keywords: Factor, Glycemic control, Diabetes mellitus type 2 patients

* Medical Doctor (Senior Professional level), Social Medicine Work Group, Sakon Nakhon Hospital:
Corresponding author

** Registered Nurse (Professional Level), Public Health Service Center, Sakon Nakhon Municipality

Received: February 29, 2024 / Revised: April 13, 2024 / Accepted: April 20, 2024

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 783 ล้านคน¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี² นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หนึ่งในโรคดังกล่าวมีโรคเบาหวานรวมอยู่ด้วย เท่ากับ 427.4 ต่อ ประชากรแสนคน ซึ่งประมาณ 320,000 คนต่อปี³ ในส่วนของการรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่า สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG < 130 มก/ดล.) ได้เพียงร้อยละ 26.3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษา และควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG < 130 มก/ดล.) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็น ร้อยละ 23.6 ต่ำสุดในทุกภาค⁴ สมาคมโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) ได้กำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 ในประเทศไทย แนะนำให้ใช้เกณฑ์เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานที่ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 เช่นกัน ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคไต โรคระบบประสาททำงานบกพร่อง รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย รายได้เฉลี่ย รูปแบบการรักษา

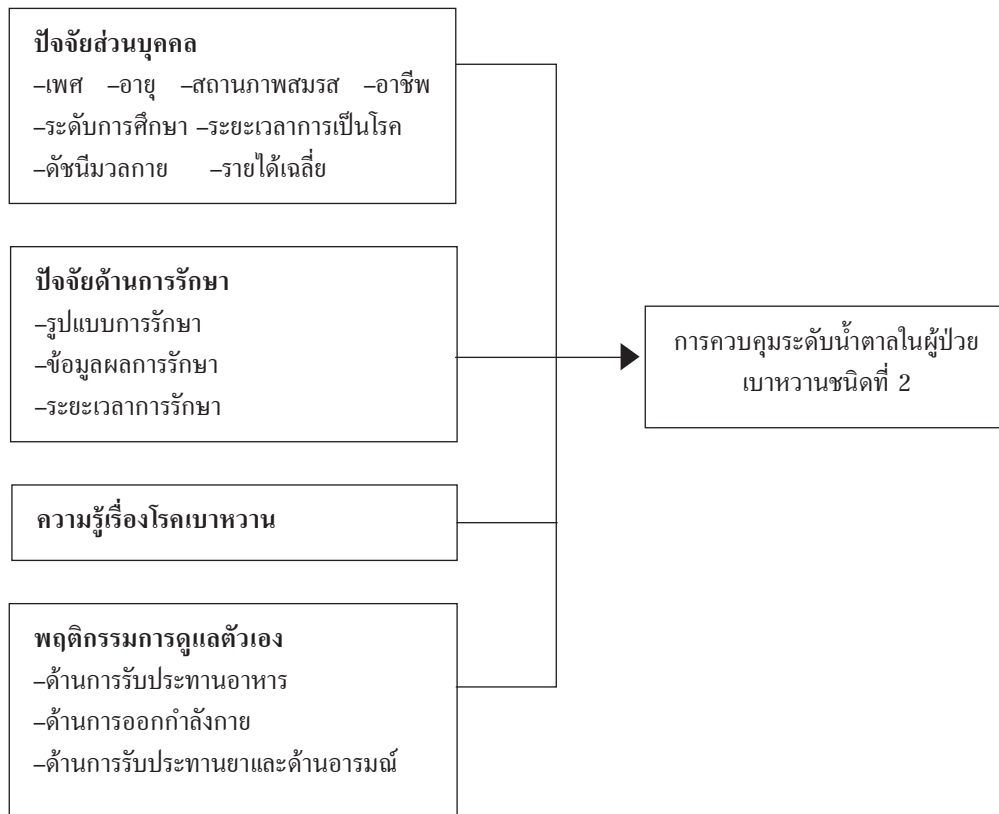
ข้อมูลผลการรักษา ความรู้เรื่องโรคเบาหวานพฤติกรรม การดูแลตัวเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2^{7,8,9,10,11}

ศูนย์สาธารณสุขนาเวงได้ดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุขขึ้นบริการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จัดให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ชุมชนรับผิดชอบ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่า 7 ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 23.68, 17.74, 24.02 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁶ ปัจจุบันผู้วิจัยทำงานเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำศูนย์สาธารณสุขนาเวงพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำกว่าเกณฑ์เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ควรต้องหาสาเหตุและได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาเฉพาะว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง แต่มีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในพื้นที่อื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นว่าควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการวางแผนทำกิจกรรมส่งเสริมป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลที่สูง ตลอดจนเป็นข้อมูลเพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกผู้ป่วยเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมุติฐานการวิจัย

เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรค รายได้เฉลี่ย รูปแบบการรักษา ข้อมูลผลการรักษา ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตัวเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

กลุ่มประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในคลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง จำนวน 180 คน ที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง ในเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่

18 ปีขึ้นไป 2) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 5) มีผลการตรวจ HbA1c ในระยะเวลา 1 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกละอองอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ 1) มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์พอที่จะให้ข้อมูลได้ และ 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่อ้างอิงมาจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ ธนวัฒน์ สุวัฒน์กุล⁷ ที่มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยใช้การหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence: IOC) โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าตั้งแต่ 0.05 และ KR 20 (Kuder -Richardson 20) พบว่า แบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ โดยได้มีการปรับเปลี่ยนแบบสอบถามส่วนที่ 2 ในการนำคำถามเกี่ยวกับสถานที่การรักษาของแบบสอบถามเดิมออกเนื่องจากสถานที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุชนาเวงแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดมีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลรูปแบบการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย สถานที่รักษา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติระดับ HbA1c ชนิดของการรักษา ประวัติการปรับเพิ่มการรักษาการใช้ยาสมุนไพร/อาหารเสริม การมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผลการรักษา (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ประกอบด้วย ระดับ HbA1c, fasting blood sugar ความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอล และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ข้อคำถามจากตำราต่าง ๆ ที่เป็นการประเมินความรู้เรื่องเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 และข้อ 20 ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 8, 9 และข้อ 15 การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้มาก หมายถึง คะแนนร้อยละ 80–100 (คะแนน 16–20 คะแนน) ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60–79 (คะแนน 12–15 คะแนน) ระดับความรู้น้อย หมายถึง คะแนนร้อยละ 0–59 (คะแนน 0–11 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยข้อคำถามพฤติกรรมเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อย ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน จำนวน ได้แก่ ข้อ 1, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16 และข้อ 17 ข้อ ส่วนคำถามพฤติกรรมเชิงลบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อย ให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 3 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 4 คะแนน ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 11 และข้อ 12 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 3.01–4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดีมาก คะแนน 2.01–3.00 มีพฤติกรรมในระดับพอใช้ และคะแนน 1.00–2.00 มีพฤติกรรมในระดับควรปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ EC: SKNH REC No.008/2566 วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน ตุลาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาอยู่คลินิกเบาหวาน ของศูนย์บริการสาธารณสุขสุชนาเวง จากนั้นทำการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาอยู่คลินิกเบาหวาน ของศูนย์บริการสาธารณสุขสุชนาเวง ในปีงบประมาณ 2566 อบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายขั้นตอนการทำวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามซึ่งทำการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ผ่าน google form ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ตรงกัน นอกจากนี้ อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีวิจัยแจ้งถึงสิทธิและจริยธรรมในการให้ข้อมูล แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้เข้าใจ รวมทั้งขอคำยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มเป้าหมาย เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 10–15 นาที จากนั้นตรวจสอบข้อมูลและความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ถูกต้องและรวบรวมข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการรักษา ผลการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล รูปแบบการรักษา ผลการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ศึกษากับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติไคสแควร์ Fisher's exact test แล้วนำปัจจัยที่มีค่า $p < 0.05$ มาวิเคราะห์ โดยการทดสอบความถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 143 คน (ร้อยละ 79.40 และร้อยละ 20.60 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 61.49 ปี ส่วนใหญ่อายุ

มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 53.90) อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 68.30 เรียนประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 42.70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57.80) โดยรายได้ต่อเดือน คือ 5,529.47 บาท ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m² ร้อยละ 58.30 รอบเอวน้อยกว่า 30 นิ้ว มีเพียงร้อยละ 22.80 โดยรอบเอวเฉลี่ย 33.47 นิ้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า (Thai CV risk score) มากกว่า 10 % ร้อยละ 58.30 HbA1c น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 78.30

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 53.30 มีระดับความรู้มาก รองลงมาคือ ความรู้ปานกลาง ร้อยละ 43.90 และมีความรู้ต่ำ ร้อยละ 2.80

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 88.30 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 6.41 และมีระดับควรปรับปรุงร้อยละ 5.60

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง (HbA1c) โดยใช้สถิติ Chi-square ($n = 180$)

ปัจจัย	HbA1c < 7 (n = 141)	HbA1c ≥ 7 (n = 39)	รวม	p-value
เพศ				
ชาย	30 (81.1)	7 (18.9)	37 (100.0)	0.649
หญิง	111 (77.6)	32 (22.4)	143 (100.0)	
อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	67 (80.7)	16 (19.3)	83 (100.0)	0.472
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	74 (76.3)	23 (23.7)	97 (100.0)	
Mean = 61.49, S.D. = 9.64, Min = 38, Max = 87				
สถานภาพสมรส				
อยู่ด้วยกันเป็นคู่	105 (85.4)	18 (14.6)	123 (100.0)	0.001*
อยู่เดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่าร้าง, แยกทาง)	36 (63.2)	21 (36.8)	57 (100.0)	
ประกอบอาชีพ				
ประกอบอาชีพ	84 (80.8)	20 (19.2)	104 (100.0)	0.353
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57 (75.0)	19 (25.0)	76 (100.0)	

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง (HbA1c) โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 180) (ต่อ)

ปัจจัย	HbA1c < 7 (n = 141)	HbA1c ≥ 7 (n = 39)	รวม	p-value
การศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	79 (76.7)	24 (23.3)	103 (100.0)	0.538
ประถมศึกษาขึ้นไป	62 (80.5)	15 (19.5)	77 (100.0)	
รายได้				
น้อยกว่า เท่ากับ 10,000 บาท	123 (77.4)	36 (22.6)	159 (100.0)	0.287 ¹
มากกว่า 10,000 บาท	18 (85.7)	3 (14.3)	21 (100.0)	
Mean = 5529.47, S.D. = 7800.27, Min = 0, Max = 50000				
ความรู้โรคเบาหวาน				
ความรู้น้อย+ปานกลาง	67 (78.5)	17 (21.5)	84 (100.0)	0.663
ความรู้มาก	74 (77.1)	22 (22.9)	96 (100.0)	
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ				
ดี	9 (81.8)	2 (18.2)	11 (100.0)	0.765 ¹
พอใช้	125 (78.6)	34 (21.4)	159 (100.0)	
ควรปรับปรุง	7 (70.0)	3 (30.0)	10 (100.0)	

¹Fisher's Exact Test

4. ข้อมูลรูปแบบการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.41 ปี (S.D. = 6.22) ระยะเวลาของการรักษาเฉลี่ย 6.36 ปี (S.D. = 6.22) ประวัติ HbA1c ก่อน 1 ปี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คิดเป็นร้อยละ 69.40 จำนวนครั้งการ ปรับเพิ่มการรักษาเฉลี่ย 1.52 ครั้งต่อปี (S.D. = 0.87) และไม่มีการใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริม คิดเป็นร้อยละ 93.90

5. ข้อมูลผลการรักษา ผล HbA1c ล่าสุดในรอบ 1 ปี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คิดเป็นร้อยละ 78.30 ค่า fasting blood sugar เฉลี่ย 135.93mg/dl (S.D. = 38.66) ค่า triglyceride เฉลี่ย 166.17 (S.D. = 53.30) ค่า total cholesterol เฉลี่ย 180.01mg/dl (S.D. = 30.48) และพบว่า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 74.40

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพ รูปแบบการรักษาที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง (HbA1c) โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 180)

ปัจจัย	HbA1c < 7 (n = 141)	HbA1c > = 7 (n = 39)	รวม	p-value
ดัชนีมวลกาย (kg/m2)				
น้อยกว่า 23	56 (74.7)	19 (25.3)	75 (100.0)	0.313
มากกว่าเท่ากับ 23	85 (81.0)	20 (19.0)	105 (100.0)	
Mean = 24.88, S.D. = 4.62, Min = 13, Max = 48				
รอบเอว (นิ้ว)				
น้อยกว่า 30	34 (82.9)	7 (17.1)	41 (100.0)	0.417
มากกว่าเท่ากับ 30	107 (77.0)	32 (23.0)	139 (100.0)	
Mean = 33.47, S.D. = 3.78, Min = 26, Max = 47				
ภาวะแทรกซ้อน				
ไม่มี	103 (76.9)	31 (23.1)	134 (100.0)	0.415
มี	38 (82.6)	8 (17.4)	46 (100.0)	
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting blood sugar) (mg/dl)				
น้อยกว่า 126	81 (94.2)	5 (5.8)	86 (100.0)	< 0.001*
มากกว่าเท่ากับ 126	60 (63.8)	34 (36.2)	94 (100.0)	
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)				
น้อยกว่า 3 ปี	72 (86.7)	11 (13.3)	83 (100.0)	0.011*
มากกว่าเท่ากับ 3 ปี	69 (71.1)	28 (28.9)	97 (100.0)	
Mean = 6.41, S.D. = 6.22, Min = 1, Max = 22				
ระยะเวลาของการรักษา (ปี)				
น้อยกว่า 3 ปี	73 (88.0)	10 (12.0)	83 (100.0)	0.004*
มากกว่าเท่ากับ 3 ปี	68 (70.1)	29 (29.9)	97 (100.0)	
Mean = 6.36, S.D. = 6.22, Min = 1, Max = 22				
จำนวนครั้งการปรับเพิ่มการรักษา (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)				
น้อยกว่า 3 ครั้ง	128 (77.1)	38 (22.9)	166 (100.0)	0.149 ¹
มากกว่าเท่ากับ 3 ครั้ง	13 (92.9)	1 (7.1)	14 (100.0)	
Mean = 1.52, S.D. = 0.87, Min = 1, Max = 4				
จำนวนครั้งของการมาตรวจตามนัด				
น้อยกว่า 3 ครั้ง	81 (83.5)	16 (16.5)	97 (100.0)	0.069
มากกว่าเท่ากับ 3 ครั้ง	60 (72.3)	23 (27.7)	83 (100.0)	
Mean = 2.54, S.D. = 1.43, Min = 1, Max = 4				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ¹Fisher's Exact Test

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล รูปแบบการรักษา ผลการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี FBS มากกว่า 126 mg% มีโอกาสจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \geq 7$) เป็น 7.211 เท่า

ตารางที่ 3 ค่า Odds ratio ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ โดยการทดสอบความถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ปัจจัยที่ศึกษา	OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
Fasting blood sugar (mg/dl)				
น้อยกว่า 126				
มากกว่าเท่ากับ 126	7.211	2.494	20.853	< 0.001*
สถานภาพสมรส				
อยู่ด้วยกันเป็นคู่				
อยู่เดี่ยว	3.828	1.588	9.229	0.003*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุขเวียงจันทน์ 180 คน พบว่า ปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือด สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี) ระยะเวลาของการรักษา (ปี) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

1. ปัจจัยด้านระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($HbA1c$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี FBS มากกว่า 126 mg% มีโอกาสจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \geq 7$) ได้เป็น 7.211 เท่าของผู้ที่มี FBS น้อยกว่า 126 mg% (OR adj = 7.21, 95% CI = 2.49–20.85) สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{10,11,12,13} ที่พบว่า FBS และ $HbA1c$ มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัย

ของผู้ที่มี FBS น้อยกว่า 126 mg% (OR adj = 7.211, 95% CI = 2.494–20.853)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีสถานภาพสมรสอยู่เดี่ยว มีโอกาสจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \geq 7$) ได้เป็น 3.828 เท่า ของผู้ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันเป็นคู่ (OR = 3.828, 95% CI = 1.588–9.299)

สำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าเพราะค่า FBS บ่งบอกถึงการรับประทานน้ำตาลมากน้อยไหนในช่วง 2–3 วันที่ผ่านมา ส่วนค่า $HbA1c$ เป็นการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตลอดระยะเวลา 2–3 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลได้ดีสม่ำเสมอจะส่งผลให้ ค่า FBS ดี และค่า $HbA1c$ ดีด้วย

2. ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีสถานภาพสมรสอยู่เดี่ยว มีโอกาสจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \geq 7$) ได้เป็น 3.828 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันเป็นคู่ (OR = 3.83, 95% CI = 1.58–9.29) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนวัฒน์ สุวัฒนกุล⁷ ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการศึกษา อธิบายได้ว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันเป็นคู่ ทำให้มีเพื่อนคู่คิด มีคนให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ให้ความ

ช่วยเหลือและสนับสนุน ช่วยควบคุมดูแลในการปฏิบัติตัว ปลอดภัย ส่งผลให้อ่อนใจไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว ทำให้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและความสำคัญ ทำให้สนใจในการดูแล ตนเองอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดี ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว อาจมีส่วน ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี) และระยะเวลาของการรักษา (ปี) มีความสัมพันธ์กับการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยสถิติ Chi-square จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูล ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี) และระยะเวลาของการ รักษา (ปี) ใกล้เคียงกัน อภิปรายได้ว่าประชากรกลุ่มศึกษา เมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานก็เข้ารับการรักษาในเวลาไม่ต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยนี้การแปลผลจึงไปทางเดียวกัน ส่วนความ สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของกุสุมา กังหลิ⁸ ที่พบว่า ระยะเวลาของการ รักษา (ปี) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลา ที่เป็นโรคเบาหวานที่ยาวนานมีความสัมพันธ์กับการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดอภิปรายได้ว่าการมีระยะเวลาที่เป็นโรค เบาหวานนาน ทำให้เซลล์เบต้าในตับอ่อนมีความเสื่อมมาก ขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสสูงได้มาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานจะทำให้รู้สึก ท้อแท้และเบื่อหน่ายที่จะต้องเอาใจใส่กับสุขภาพ และมีแนว โโน้มการดูแลสุขภาพไปในทางลบมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา ขนาดกลุ่มศึกษามีจำนวน น้อย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาคลินิก ผู้เบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุขวงมีจำนวนน้อย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษา คลินิกผู้เบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุขวงมาทั้งหมด แล้ว รวบรวมจากพื้นที่เดียว ทำให้อาจนำมาอ้างอิงโดยรวม ไม่ได้ แต่เป็นข้อมูลใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้และ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ Cross-

sectional descriptive study ซึ่งเป็นการศึกษาความ สัมพันธ์ เพียง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งมีข้อจำกัดในการ ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร ที่ไม่สามารถบอกความ เปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามกาลเวลา หรืออธิบายความ สัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงบอกความเป็นเหตุเป็นผลได้ ผล การศึกษานี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปร ณ จุด เวลาใดเวลาหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันที่ศึกษาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดให้ดีขึ้น ควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะในรายที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร มากกว่า 126 mg% และมีสถานะภาพสมรสอยู่เดี่ยว และนอกจากนี้พบข้อมูลที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานศูนย์ บริการสาธารณสุขวงมีรอบเอวมากกว่า 30 นิ้ว มากถึง ร้อยละ 77.20 โดยรอบเอวเฉลี่ย 33.47 นิ้ว มีโอกาสเสี่ยง ต่อหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า (Thai CV risk score) มากกว่า 10 % ร้อยละ 58.30 ดังนั้นมวลกายมากกว่า 23 kg/m² ร้อยละ 58.23 ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพศูนย์ บริการสาธารณสุขวง ควรจัดทำโครงการเกี่ยวกับการลด รอบเอว ลดความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า (Thai CV risk score) ลดน้ำหนัก ในกลุ่มที่มีค่า มากกว่าปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ลดความเสี่ยง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณทีมหมอครอบครัวศูนย์ บริการสาธารณสุขวง ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล ที่เอื้อเฟื้อแบบสอบถามและขอขอบพระคุณ คุณอุไรวรรณ ศรีดามา สำหรับคำปรึกษาด้านกระบวนการ สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนผู้เข้าร่วม วิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามวิจัย ครั้งนี้ งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th edition [Internet]. 2021 [Cited 2023 Jan 5]. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics B.E. 2021.

Bangkok: The War Veterans Affairs Office Printing; 2022.

3. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
4. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562 – 2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/th/news/announcement/11062021-1038-th>
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://w2.med.cmu.ac.th/nd/wp-content/uploads/2019/11/Dm60.pdf>
6. คลังข้อมูลสุขภาพ health data center. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ]. เข้าถึงได้จาก: https://rbr.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=71cff4a5f828ddbe688784c2659abfe9
7. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(3):515-522.
8. กุสุมา กังหลิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รพ.พระมงกุฎเกล้า. ว. พยาบาลทหารบก 2557;15(3):256-268. .
9. อมรัตน์ รักนิม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่2 โรงพยาบาลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช. Walailak Procedia 2561; 2561(3):hs195.
10. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565;5(2):1-12.
11. ดวงใจ พันธอารีวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี.ว. แพทย์เขต 4-5 2561;37(4):294-304.
12. หฤทัย เสือบัว.ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 สวนพริกไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34(4): 328-335.
13. นภา เมฆวนิชย์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Fasting Plasma Glucose และ Hemoglobin A1c เพื่อจัดทำตารางค่าระดับ น้ำตาลเฉลี่ยในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. ว. เทคนิคการแพทย์ 2557;42:4974-90.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวก่อนและหลังการรักษา ในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ

ชนะชัย จันทระคิด พ.บ., วว.อายุรศาสตร์*

บทคัดย่อ

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษส่งผลให้น้ำหนักลดลง ซึ่งพบได้บ่อย แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษทั้งหมดที่มีน้ำหนักตัวลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 5 – 10 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตั้งแต่ก่อนได้รับการรักษา การศึกษานี้ต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษา โดยศึกษาชนิดย้อนหลัง ในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ลงรหัสวินิจฉัยโรค E05 ถึง E07 ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, Student's t-test และ logistic regression analysis

ผู้ป่วยจากการศึกษานี้จำนวน 233 คน มีน้ำหนักเมื่อเริ่มต้นรักษาเฉลี่ย 60.44 ± 0.79 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเมื่อเริ่มรักษาเฉลี่ย 23.58 ± 0.28 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ตั้งแต่แรกและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยจะเพิ่มขึ้นมากในกลุ่มดัชนีมวลกายน้อย ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของดัชนีมวลกาย คือ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 45 ปี เมื่อเริ่มรักษา ($p = 0.0399$) ดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² เมื่อเริ่มต้นรักษา ($p = 0.0193$) ผู้ป่วยที่เกิดไทรอยด์ต่ำหลังการรักษามีดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยไม่เกิดไทรอยด์ต่ำ ($p = 0.0069$) เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ logistic regression analysis พบว่า ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายมากกว่าไทรอยด์เป็นพิษชนิดอื่น ($p = 0.0193$ และ $p = 0.016$ ตามลำดับ) จากการศึกษาจะช่วยนำมาเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ติดตาม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อไม่ให้เกิดภาวะอ้วนหลังการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ

คำสำคัญ: ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน ไทรอยด์เป็นพิษ อ้วน ดัชนีมวลกาย

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

รับบทความ: 22 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 30 มีนาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 3 เมษายน 2567

Weight Outcome Following Treatment of Hyperthyroidism

Chanachai Chanthrakhit M.D., Dip. Thai Board of Internal Medicine*

Abstract

Hyperthyroidism causes weight loss, but not all patients present with weight loss; about 5–10% of patients describe weight gain at presentation. This study aimed to determine the risk factors for weight gain until they were euthyroid. A retrospective study among adult patients diagnosed according to ICD-10 including Thyrotoxicosis (E05–E07) in Buddasothorn hospital between 1 June 2018 to 30 September 2022. The information from patients' medical records was retrieved and analyzed by Chi-square test for association between two categorical factors, and the unpaired Student's t-test was used to assess the relationship between continuous and dichotomous and logistic regression.

The study showed that among 233 thyrotoxicosis patients, most of patients were overweight at diagnosis. The initial mean of body weight and BMI were 60.44 ± 0.79 kg and 23.58 ± 0.28 kg/m², respectively. They had weight gain at the end of treatment especially those with low BMI. The risk factor for increase BMI were the aged < 45 years old at diagnosis ($p = 0.0399$), BMI < 25 kg/m² at diagnosis ($p = 0.0193$) and development of hypothyroidism after treatment ($p = 0.0069$). The logistic regression analysis showed that the patients with a diagnosis of Graves' hyperthyroidism gained more weight and BMI than those with other causes of hyperthyroidism ($p = 0.0193$ and $p = 0.016$, respectively). From the study obtained, it can be used as a guideline for providing information to doctors and patients in monitoring and encouraging patients to change their consumption behavior and exercise, to prevent obesity after treatment.

Keywords: Hyperthyroidism, Thyrotoxicosis, Obesity, Body mass index (BMI)

* Medical Doctor (Senior Professional Level), Medicine Department, Buddhasothorn Hospital

Received: February 22, 2024 / Revised: March 30, 2024 / Accepted: April 3, 2024

บทนำ

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีอาการและอาการแสดงเนื่องจากฮอร์โมนไทรอยด์สูงมากกว่าปกติ ภาวะนี้เกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ ทำให้มีการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์มากขึ้น (Hyperthyroidism) หรือ ภาวะที่ต่อมไทรอยด์ไม่ได้มีการทำงานมากขึ้นแต่ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดสูงขึ้น เนื่องจากการปล่อยฮอร์โมนไทรอยด์จากการอักเสบของต่อมไทรอยด์หรือได้รับยาฮอร์โมนไทรอยด์มากเกินไปหรือมีการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์จากอวัยวะอื่น

จากการสำรวจประชากรประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความชุกของไทรอยด์เป็นพิษ ประมาณร้อยละ 1.2 ของประชากรทั่วไป¹ แบ่งเป็น subclinical hyperthyroidism ประมาณร้อยละ 0.7 และเป็น overt hyperthyroidism ประมาณร้อยละ 0.5 ภาวะไทรอยด์เป็นพิษพบบ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย พบความชุกเพิ่มขึ้นในบริเวณที่ขาดสารไอโอดีน สาเหตุของภาวะไทรอยด์ที่พบบ่อยได้แก่ Graves' disease^{2,3} เป็น autoimmune disease เกิดจากการสร้าง TSH receptor antibodies (TRAb) ไปจับและกระตุ้น TSH receptor ที่ต่อมไทรอยด์ มีผลทำให้มีการสังเคราะห์ฮอร์โมนไทรอยด์จากต่อมไทรอยด์เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของไทรอยด์เป็นพิษที่พบได้บ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติ รองลงมา ได้แก่ Toxic nodular goiter ได้แก่ toxic multinodular goiter และ toxic adenoma เกิดจากการมี focal หรือ diffuse hyperplasia ของ thyroid follicular cell ทำให้เกิดการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนอัตโนมัติ (autonomous thyroid function) ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของ hypothalamo-pituitary-thyroid axis เป็นสาเหตุของไทรอยด์เป็นพิษที่พบได้บ่อยในบริเวณที่มีขาดสารไอโอดีน และ Thyroiditis เช่น subacute painful thyroiditis (viral thyroiditis), transient painless thyroiditis สำหรับสาเหตุอื่น ๆ ที่พบไม่บ่อย เช่น Struma ovarii เกิดจากเนื้องอกรังไข่สร้างฮอร์โมนไทรอยด์, Hydatidiform mole และ Choriocarcinoma เกิดจากระดับ human chorionic gonadotrophin (hCG) ปริมาณสูงมากจับกับ TSH receptor ที่ต่อมไทรอยด์ เนื่องจาก hCG มี α subunit เหมือน TSH ส่งผลให้ต่อมไทรอยด์สร้างฮอร์โมนไทรอยด์เพิ่มขึ้น เป็นต้นอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะ

ไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ เหนื่อยง่าย ใจสั่น ขี้ร้อน กินจุแต่ผอมลง ถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น จนถึงในบางรายมีอาการท้องเสียเรื้อรังได้ ซึ่งเป็นจากการบีบตัวของลำไส้ที่เพิ่มขึ้น (increased GI motility) บางรายมีผมหงอกหรือผื่นลมพิษได้ อาการไข้ไม่ใหญ่โต หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ บางรายอาจมีประจำเดือนผิดปกติ เช่น ประจำเดือนมาลดลงหรือขาด ประจำเดือนได้ อาการแสดงที่บ่งชี้ไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ ลักษณะที่ลูกตากลืนกระตักกระสายไม่อยู่นิ่ง ชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น มือสั่น ผิวหนังชุ่มชื้น ผิวเนียนนุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของเล็บโดยมีการแยกของเล็บ (onycholysis) หรืออาจมีอาการทางตา เช่น lid lag คือ การมองเห็นตาขาวอยู่เหนือตาดำขณะมองตามวัตถุจากระดับเหนือศีรษะลงมาสู่ระดับสายตา ส่วน lid retraction คือ มองเห็นตาขาวอยู่เหนือตาดำขณะจ้องมอง ในบางรายอาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยจะมีอาการนั่งแล้วลุกขึ้นลำบากหรือมีกล้ามเนื้อสับโดยเฉพาะบริเวณ suprascapular เป็นต้น

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะไทรอยด์เป็นพิษ⁴ คือ การตรวจระดับ thyroid function test ได้แก่ การตรวจ total T3, total T4, free T3, free T4 และ TSH ควรตรวจระดับ free form มากกว่า total form โดยเฉพาะในกรณีที่มีการรบกวนระดับ thyroid binding globulin (TBG) เช่น ถ้า TBG สูง จะทำให้ระดับ total form สูง แต่ free form ปกติ แต่ถ้า TBG ต่ำ จะทำให้ total form ต่ำแต่ free form ปกติ ภาวะที่มี TBG สูงได้แก่ ได้รับ estrogen tamoxifen หรือยาคุมกำเนิด ตั้งครรภ์ acute intermittent porphyria, chronic active hepatitis ผู้ป่วยโรคเอดส์ และพันธุกรรม ภาวะที่มี TBG ต่ำ ได้แก่ nephrotic syndrome, severe cirrhosis, hypoproteinemia, active acromegaly, Cushing's syndrome การได้รับฮอร์โมนเพศชายหรือสเตียรอยด์ขนาดสูง การเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงและพันธุกรรม

ในภาวะที่สงสัย thyrotoxicosis ควรเลือกส่งตรวจ TSH ซึ่งจะพบระดับ TSH ต่ำ และ free T3 หรือ free T4 สูง เพื่อความคุ้มค่าอาจพิจารณาตรวจ free T3 มากกว่า free T4 เนื่องจากในประเทศไทยพบว่า ความชุกของภาวะไทรอยด์เป็นพิษโดยที่ free T3 สูงเพียงตัวเดียว (T3 toxicosis) ถึงร้อยละ 16.2 ในขณะที่ความชุกของไทรอยด์เป็นพิษโดยที่ free T4 สูงเพียงตัวเดียว (T4 toxicosis)

พบร้อยละ 2.16 ควรพิจารณาตรวจทั้ง free T3 และ free T4 ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล หรือ ผู้ที่มีภาวะ iodine induced thyrotoxicosis⁵ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ TSH producing tumor หรือ resistance to thyroid hormone ระดับ TSH อาจสูงหรือปกติได้ ในกรณีที่ระดับ TSH ต่ำ แต่ free T4 และ free T3 ปกติ เรียกภาวะนี้ว่า subclinical hyperthyroidism โดยต้องแยกภาวะนี้จากสาเหตุ TSH ต่ำจากสาเหตุอื่นๆ เช่น non thyroidal illness หรือการได้รับ thyroid extract ซึ่งมี T3 เป็นส่วนประกอบหลัก เป็นต้น อัตราส่วน total T3 ต่อ total T4 อาจช่วยแยกสาเหตุของไทรอยด์เป็นพิษได้ เนื่องจากภาวะ hyperthyroidism จะสร้าง total T3 มากกว่า total T4 ดังนั้นถ้าพบ total T3 ต่อ total T4 มีค่ามากกว่า 20 ขึ้นไป⁶ หรือ ค่า free T3 ต่อ free T4 มีค่ามากกว่า 4.4 (10^2 pg/ng)⁷ บ่งชี้ว่าสาเหตุไทรอยด์เป็นพิษเกิดจาก hyperthyroidism เช่น Graves' disease

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์กำหนดของ World Health Organization (WHO) ในการวินิจฉัยโรคอ้วนสากลและในชาวเอเชีย⁸

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนสากล		เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนในชาวเอเชีย	
Classification	BMI (kg/m^2)	Classification	BMI (kg/m^2)
Underweight	< 18.5	Underweight	< 18.5
Normal range	18.5 – 24.9	Normal range	18.5 – 22.9
Overweight	25 – 29.9	Overweight	23 – 24.9
Obese Class I	30 – 34.9	Obese Class I	25 – 25.9
Obese Class II	35 – 39.9	Obese Class II	≥ 30
Obese Class III	≥ 40		

ภาวะโรคอ้วนนอกจากจะเพิ่มอัตราตายโดยรวมแล้วยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอื่น ๆ อีกมากมายทั้งโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคของระบบทางเดินน้ำดี โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของระดับไขมัน Triglyceride ภาวะหลอดเลือดกลั่นขณะนอนหลับ โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อมและโรคมะเร็งต่าง ๆ เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม เป็นต้น⁹

โรคอ้วนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่พบมากขึ้นซึ่งทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษมักมีน้ำหนักลด¹⁰ แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษทั้งหมดที่มีน้ำ

ภาวะหรือโรคอ้วน หมายถึง การมีปริมาณไขมันในร่างกายมากเกินไปผิดปกติ วิธีการวัดที่เป็นที่ยอมรับ คือ การใช้ดัชนีมวลกายหรือ body mass index (BMI) ซึ่งหาได้จากการเอาน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ($\text{กิโลกรัม}/\text{เมตร}^2$) คนที่มี BMI ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร² คือ ท้วมหรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ และ ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² คือ อ้วน ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างดีกับปริมาณไขมันในร่างกายและการวัดเส้นรอบเอว (waist circumference) มาช่วยบอกภาวะอ้วนลงพุง เพื่อบอกว่าคนนั้นจะมีความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนมากขึ้นเพียงใด เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนสากลตัดที่ค่า BMI ≥ 30 กิโลกรัม/เมตร² โดยอ้างอิงจากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่พบว่าโอกาสการเสียชีวิตจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ดังกล่าว ส่วนข้อมูลในชาวเอเชียพบว่ามีความแตกต่างออกไปจึงเป็นที่มาของเกณฑ์การวินิจฉัยที่ต่างกัน

น้ำหนักตัวลดลง จากการศึกษาของ Gurney และคณะในปี ค.ศ.1970¹¹ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 5–10 ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตั้งแต่ก่อนได้รับการรักษา และพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไทรอยด์เป็นพิษจนมีระดับฮอร์โมนไทรอยด์อยู่ในเกณฑ์ปกติจะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น¹² ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าเดิม^{12,14} และพบว่าไม่ใช่ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีน้ำหนักลดลงตั้งแต่แรกเริ่ม และมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะอ้วนหลังจากที่ได้รับการรักษา ซึ่งเกิดจากอุปนิสัยการรับประทานอาหารที่เพิ่มมากกว่า Basal metabolic rate ที่เกิดจากการทำงานของฮอร์โมน

ไทรอยด์ที่สูงขึ้น และอีกสาเหตุหนึ่งที่เป็นไปได้ที่ทำให้เกิดน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น คือ การเกิดภาวะไทรอยด์ต่ำ (Hypothyroidism) ที่เป็นผลจากการได้รับการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ¹³

การศึกษานี้ต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษา และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ โดยอาศัยแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นและบันทึกคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยมารับการตรวจในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2565

ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษานี้ คือ จะได้เป็นแนวทางในการติดตาม เฝ้าระวังในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่มีปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะอ้วนภายหลังการรักษา

วิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษทั้งหมดที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม โรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร (HOSxP)

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective comparison cohort study)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ก่อนและเมื่อสิ้นสุดการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ ชนิดของไทรอยด์

เป็นพิษ เช่น Graves' disease, Toxic Multinodular goiter, Toxic adenoma และอื่นๆ เช่น Thyroiditis ผลการตรวจระดับของฮอร์โมนไทรอยด์ TSH, Free T4, Free T3 เมื่อแรกวินิจฉัยและเมื่อสิ้นสุดการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ ผลการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ การรักษาไทรอยด์เป็นพิษเช่น ยาต้านไทรอยด์, น้ำแร่ iodine 131, ผ่าตัดไทรอยด์ ผลจากการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ ภาวะไทรอยด์ต่ำและระยะเวลาในการรักษา

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เอกสารรับรองเลขที่ BSH-IRB 017/2566 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงบรรยายโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบตัวแปรของแต่ละกลุ่มด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโดยใช้ one-way ANOVA และ two-sample t-test และ logistic regression analysis โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษที่ได้รับการตรวจในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยจำนวน 233 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 185 คน (ร้อยละ 79.4) และชาย 48 คน (ร้อยละ 20.6) อายุเฉลี่ย 44.83 ± 0.89 ปี อายุน้อยสุด 17 ปี และมากที่สุด 82 ปี น้ำหนักเมื่อเริ่มต้นรักษาเฉลี่ย 60.44 ± 0.79 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเมื่อเริ่มรักษาเฉลี่ย 23.58 ± 0.28 กิโลกรัม/เมตร² ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 59.82 ± 3.92 เดือน ดัชนีมวลกายเมื่อสิ้นสุดการรักษาเฉลี่ย 24.90 ± 0.30 กิโลกรัม/เมตร² และพบดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นหลังได้รับการรักษาไทรอยด์เป็นพิษเฉลี่ย 1.29 กิโลกรัม/เมตร²

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ (n = 233)

Sex (M: F)	48 (20.60%): 185 (79.40%)
Age (year)	
mean $\pm$ S.D.	44.83 $\pm$ 0.89, 95% CI, 43.06–46.60
range	17–82
Free T4 at present (mean $\pm$ S.D.)	4.22 $\pm$ 0.15
Initial weight (kg) (mean $\pm$ S.D.)	60.44 $\pm$ 0.79, 95% CI, 58.87–62.00
Initial BMI (mean $\pm$ S.D.)	23.58 $\pm$ 0.28, 95% CI, 23.02–24.13
Duration of follow up (month) (mean $\pm$ S.D.)	59.82 $\pm$ 3.92, 95% CI, 52.09–67.55
Final TSH (mean $\pm$ S.D.)	18.29 $\pm$ 1.79
Increase in BMI (mean $\pm$ S.D.)	Mean BMI change = 1.29
Final BMI (mean $\pm$ S.D.)	24.90 $\pm$ 0.30, 95% CI, 24.31–25.49

จากตารางที่ 3 พบว่า เพศชายและหญิงมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่อายุน้อยกว่า 45 ปีจะมีการเพิ่มของดัชนีมวลกายมากกว่าอายุมากกว่าเท่ากับ 45 ปี ($p = 0.039$) สำหรับ Graves' disease เป็นปัจจัยที่มีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมากกว่าสาเหตุอื่น ๆ ของไทรอยด์เป็นพิษ ($p = 0.0074$) ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² จะมีการเพิ่มขึ้น ($p = 0.0193$) ของดัชนีมวลกายหลังจากที่รักษาไทรอยด์หายแล้วเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² แต่เมื่อวิเคราะห์โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวต่ำ (BMI < 18.5 กิโลกรัม/

เมตร²) ปกติ (BMI 18.5–22.9 กิโลกรัม/เมตร²) และเกินเกณฑ์ (BMI > 23 กิโลกรัม/เมตร²) พบว่า ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย แต่ผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำตั้งแต่แรกจะมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่า สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์ การกลืนแร่ I¹³¹ และการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดไทรอยด์ต่ำหลังการรักษา (Hypothyroidism) มีดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดไทรอยด์ต่ำ (Hypothyroidism) ($p = 0.0069$) และระยะเวลาในการรักษาที่นานแตกต่างกันไม่มีความแตกต่างในการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายของผู้ป่วย

ปัจจัย	n	Weight change (mean $\pm$ S.D., kg)	p-value*	BMI change (mean $\pm$ S.D.)	p-value*
Sex					
Male	48	4.17 $\pm$ 0.79	0.1955	1.46 $\pm$ 0.27	0.6132
Female	185	3.15 $\pm$ 0.47		1.25 $\pm$ 0.20	
Age at present					
< 45	121	4.14 $\pm$ 0.60	0.0564	1.66 $\pm$ 0.24	0.0399
$\geq$ 45	112	2.52 $\pm$ 0.53		0.90 $\pm$ 0.22	
Diagnosis					
Graves' disease	201	3.72 $\pm$ 0.44	0.0543	1.50 $\pm$ 0.18	0.0074
Toxic nodular goiter	20	2.03 $\pm$ 1.32		0 $\pm$ 0.56	
Other	12	-0.29 $\pm$ 1.16		0 $\pm$ 0.54	

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายของผู้ป่วย

ปัจจัย	n	Weight change (mean ± S.D., kg)	p-value*	BMI change (mean ± S.D.)	p-value*
Pretreatment BMI					
< 25	148	3.78 ± 0.49	0.3471	1.64 ± 0.19	0.0193
≥ 25	85	2.64 ± 0.70		0.68 ± 0.30	
Pretreatment BMI					
< 18.5	29	5.12 ± 0.98	0.0651	2.06 ± 0.38	0.0102
18.5–22.9	64	4.17 ± 0.81		1.82 ± 0.30	
≥ 23	140	2.62 ± 0.52		0.89 ± 0.22	
Treatment					
Thionamides (drug)	89	2.35+/- 0.66	0.2604	0.92 ± 0.27	0.3336
Radioiodine	138	4.03 +/- 0.52		1.54 ± 0.21	
Total thyroidectomy	4	5 +/- 2.48		2 ± 1.08	
Outcome					
On T4 replacement	101	4.08 ± 0.63	0.1196	1.80 ± 0.24	0.0069
Never hypothyroidism	132	2.81 ± 0.52		0.90 ± 0.22	
Length follow up (months)					
≤ 24	72	3.64 ± 0.69	0.6544	1.48 ± 0.27	0.4520
> 24	161	3.24 ± 0.50		1.21 ± 0.21	

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ logistic regression analysis พบว่า ไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายมากกว่าไทรอยด์เป็นพิษชนิดอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0193, OR 4.6 และ p = 0.016, OR 3.1 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่นำมาวิเคราะห์ เช่น

ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² หรือน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² เมื่อเริ่มรักษา การรักษาโดยวิธีกลืนน้ำแร่ การเกิดไทรอยด์ต่ำหลังการรักษาและระยะเวลาในการรักษา ไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายโดยใช้ logistic regression analysis

ปัจจัย	Weight gain Adjusted OR	95%CI	p-value*	BMI gain Adjusted OR	95%CI	p-value*
BMI > 25 at present	0.43	0.08 – 2.41	0.335	0.56	0.16 – 2.03	0.378
BMI < 25 at present	1.21	0.22 – 6.73	0.826	0.60	0.18 – 2.03	0.411
Graves' disease	4.60	1.36 – 15.49	0.0193	3.10	1.24 – 7.72	0.016
On thyroxine (hypothyroidism)	0.44	0.11 – 1.80	0.251	0.91	0.38 – 2.21	0.843
Radioiodine	1.20	0.28 – 5.09	0.804	1.56	0.64 – 3.77	0.325
Duration of treatment >24 months	1.62	0.52 – 4.99	0.404	0.68	0.32 – 1.44	0.309

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษในการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว พบว่า ดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา 23.58 ± 0.28 กิโลกรัม/เมตร² คือ ท้วมหรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ (Overweight) และเมื่อรักษาสิ้นสุดมีดัชนีมวลกายอยู่ที่ 24.90 ± 0.30 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบถึงเกณฑ์ของ Obese Class I และโดยเฉพาะ Graves' disease ซึ่งเป็นชนิดของโรคไทรอยด์เป็นพิษเป็นปัจจัยที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0193$ และ $p = 0.016$ ตามลำดับ) และผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าเท่ากับ 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0399$) ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² เมื่อเริ่มรักษาจะมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายมากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0193$) และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ภายหลังการรักษาจะมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0069$)

โรคไทรอยด์เป็นพิษเกิดจากการที่มีฮอร์โมนไทรอยด์ในร่างกายสูงขึ้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น จี๊ดร้อน กินจุแต่ผอมลง ถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้นแต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธรพบว่า ดัชนีมวลกายเมื่อแรกเริ่มทำการรักษาอยู่ที่ 23.58 ± 0.28 กิโลกรัม/เมตร² สำหรับเกณฑ์

ของชาวเอเชีย คือ ท้วมหรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ (Overweight) และเมื่อหลังการรักษา ก็พบว่า มีดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นเกือบถึงเกณฑ์ของ Obese Class I อยู่ที่ 24.90 ± 0.30 กิโลกรัม/เมตร² และเมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ก่อนการรักษาน้อยจะมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากอยู่แล้ว ซึ่งผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเกือบ 2 กิโลกรัม/เมตร² (1.82 ± 0.30) จากการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rathi MS และ Dale J ที่พบว่า ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น^{12,14} ภาวะอ้วนส่งผลเสียเกิดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษที่ไม่ได้มีระดับน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ทุกรายและโดยเฉพาะผู้ที่เป็นไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ควรได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นมากเกินไปในระหว่างการรักษา เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคเป็นปัจจัยที่สำคัญของน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ชัยชนะ จันทระกิจ รองผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกด้านวิจัย โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัย ในครั้งนี้เป็นอย่างดีจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, Garber JR, Greenlee MC, Klein I, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: Management guidelines of the American thyroid association and American association of clinical endocrinologists. *Endocr Pract* 2011;17(3):456–520.
2. Terry F, Davies PL, Bahn RS, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Hyperthyroid disorders. In: William Textbook of Endocrinology. Kronenberg HM; Philadelphia, PA: Elsevier; 2016; p. 369–415.
3. Smith TJ, Hegedüs L. Graves' disease. *N Engl J Med* 2016;375(16):1552–65.
4. Lewis E, Braverman D. Werner and Ingbar's The Thyroid a Fundamental and Clinical Text. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
5. Snabboon T, Sridama V, Sunthornyothin S, Suwanwalaikorn S, Vongthavaravat V. A more appropriate algorithm of thyroid function test in diagnosis of hyperthyroidism for Thai patients. *J Med Assoc Thai* 2004;87(Suppl2):S19–21.
6. Shigemasa C, Abe K, Taniguchi S, Mitani Y, Ueda Y, Adachi T. Lower serum free thyroxine(T4) levels in painless thyroiditis compared with Graves' disease despite similar serum total T4 levels. *J Clin Endocrinol* 1987;65(2):359–63.
7. Sriphrapradang C, Bhasipol A. Differentiating Graves' disease from subacute thyroiditis using ratio of serum free triiodothyronine to free thyroxine. *Ann Med Surg (Lond)* 2016;10:69–72.
8. The Western Pacific Region. World Health Organization. International Associates for the study of obesity. International Obesity Task Force. The Asia-Pacific Perspective: redefining obesity and its treatment. Melbourne: Health Communications Australia; 2000.
9. Lung B. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services; 1998.
10. Crook J, Murray PC, Wayne EJ. Statistical methods applied to the diagnosis of thyrotoxicosis. *Quarterly Journal of Medicine* 1959;28(110):211–34.
11. Garney C, Hall R, Harper M, Owen SG, Roth M, Smart GA. Newcastle thyrotoxicosis index. *Lancet* 1970;2(7686):1275–8.
12. Rathi MS, Miles JN, Jennings PE. Weight gain during the treatment of thyrotoxicosis using conventional thyrostatic treatment. *J Endocrinol Invest* 2008;31:505–8.
13. Franklyn JA, Daykin J, Drole Z, Farmer M, Sheppard MC. Long-term follow-up of treatment of thyrotoxicosis by three different methods. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1991;34(1):71–6.
14. Dale J, Daykin J, Holder R, Sheppard MC, Franklyn JA. Weight gain following treatment of hyperthyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001;55:233–9.

ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

เทวารัตน์ แพงคำดี พย.บ.*

ชนิชา ธนโชติชลิกุล พย.บ.*

อิสรา ศรีทอง พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 198 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ และแบบประเมินสภาวะจิตใจ และความวิตกกังวล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และหาค่าความตรงด้านเนื้อหาได้เท่ากับ 0.80 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ ร้อยละ 87.87 มีประสบการณ์ความปวด โดยมีความปวดระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 63.21 และความปวดระดับเล็กน้อยร้อยละ 36.78 กิจกรรมที่ทำให้มีความปวดมากที่สุด คือ ด้านหัตถการ การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 89.40 ด้านกิจกรรมการพยาบาลการดูแลห่มหะ ร้อยละ 88.90 และปัจจัยที่มีผลต่อความปวดโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.20$, $p = 0.005$) ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง คือ การใส่/ถอดสาย NG tube ($r = 0.46$, $p = 0.001$) ปัจจัยกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับการรักษาที่ MICU มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางคือ การอาบอาบน้ำนึ่งเตียง ($r = 0.44$, $p = 0.001$) และการเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว ($r = 0.43$, $p = 0.001$) ส่วนปัจจัยความรู้สึกและสภาวะจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤตไม่มีความสัมพันธ์กับความปวด

คำสำคัญ: ความปวด ผู้ป่วยวิกฤต กิจกรรมการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 15 มีนาคม 2567 แก้ไขบทความ: 3 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 23 เมษายน 2567

Factors Affecting to Pain in Adult Patient with Critical Care Illness in Medical Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

Tewarat Pangkumdee B.N.S.*

Chanicha Thanachotchaleekun B.N.S.*

Isara Srithong B.N.S.**

Abstract

This research was the descriptive study aimed to investigate the factors affecting pain in adult critical patients. The sample group consisted of 198 patients admitted to medical intensive care unit (MICU), Sakon Nakhon hospital, selected through purposive sampling. The research instruments were the questionnaires for general information, pain level and factors affecting pain in adult critical patients, as well as the assessments of mental state and anxiety. The content validity was assessed by five experts, with content validity index of 0.80 and 0.96, respectively. Data analysis employed statistics included frequency, percentage, mean and standard deviation. The factors affecting pain were analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that 87.87% of patients experienced pain, mostly 63.21% had the moderate pain level and 36.78% had mild pain level. The activities caused the most pain were the procedures such as intubation or extubating (89.40%) and suctioning (88.90%). The factors affecting pain that correlated positively with pain including personal factors, comorbidities showed low correlation with pain ($r = 0.20$, $p = 0.005$), while the illness severity factors, insertion or removal of NG tubes showed moderate correlations with pain ($r = 0.46$, $p = 0.001$). The nursing activities factors during MICU admission that showed positively moderate correlations with pain were bed bathing ($r = 0.44$, $p = 0.001$) and repositioning ($r = 0.43$, $p = 0.001$). However, the factors in emotional and mental states of critical patients did not show correlation with pain.

Keywords: Pain, Critical patients, Nursing activities

* Registered Nurse (Professional Level), Medical Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Head of Medical Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

การเจ็บป่วยระยะวิกฤตเป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เป็นปัญหาที่ต้องการความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การได้รับการผ่าตัด หรือกิจกรรมการรักษาอื่นๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต และการทำกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น ความปวดของผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 100 มีความปวดหรืออาการปวดเกิดขึ้นในระดับปานกลางถึงขั้นมีอาการปวดรุนแรงในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ทั้งนี้อาจเกิดจากประสบการณ์การทนต่อความปวดของแต่ละบุคคล และความกังวลของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้ว¹ ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เช่น การเห็นภาพหลอน ภาพลวงตา หลงผิด เพ้อ และการมีประสาทสัมผัสที่ผิดปกติ เป็นต้น² ดังนั้นการจัดการต่อความปวดจึงจำเป็นต้องมีการค้นหาปัจจัยต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงต้องมีเครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อค้นหาปัจจัย/สาเหตุต่อความปวดของผู้ป่วยวิกฤต และเป็นการประเมินถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อความปวด รวมทั้งระดับความปวดของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการจัดการที่ดีและเหมาะสมต่ออาการปวดของผู้ป่วย³

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ชับซ้อนและคุกคามต่อชีวิต ให้บริการผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2562–2564 เท่ากับ 472 ราย 493 ราย และ 426 ราย ตามลำดับ⁴ โดยเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 80 และผู้ป่วยทำหัตถการ ร้อยละ 90 ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวส่งผลต่อความเจ็บปวด จากการสังเกตขณะปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงเจ็บปวดขณะทำกิจกรรม และได้สอบถามผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยบอกว่า “เจ็บหลายตอนใส่ท่อช่วยหายใจ” “เจ็บตอนดูดเสมหะ” “มันทรมานตอนพลิกตะแคงตัว” อีกทั้งได้มีการสอบถามสิ่งที่ทำให้ปวดในผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ (RICU) หอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (NSICU) หอผู้ป่วยวิกฤต

โรคหัวใจ (CICU) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ (ICUCVT) จำนวน 30 ราย พบว่า เกิดจากการดูดเสมหะร้อยละ 80 การใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 60 การใส่ท่อระบายทรวงออกร้อยละ 50 การทำแผลร้อยละ 40 การทำกิจกรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 30 ในผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการสื่อสารไม่สามารถบอกความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับภาวะเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการแก้ไข และความปวดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หายใจหอบ กล้ามเนื้อและหลอดเลือดแดงหดเกร็ง เป็นต้น ทำให้ต่อผู้ป่วยต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนักนาน และสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพบว่า ความปวดจากการหัตถการพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีความรุนแรงของความปวดในระดับปานกลางถึงมาก⁵ ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทำหัตถการทั้งการแพทย์และการพยาบาล ระดับความปวดจากการทำหัตถการเพื่อการรักษาและหัตถการทางการพยาบาล ได้แก่ การทำแผล การถอดสายระบายจากแผล การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การถอดสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบ และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ⁶ ดังนั้นการจัดการทางการพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด และระดับความปวดเพื่อบรรเทาและวางแผนจัดการความปวดที่เหมาะสม อีกทั้งยังพบว่าที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่ออาการปวดในวิกฤตผู้ใหญ่ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความปวดและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มระดับคุณภาพการบริการ และพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU)

โรงพยาบาลสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม หัตถการ ความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ กิจกรรมการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. เพศ
2. อายุ
3. โรคร่วม
5. หัตถการ
4. ความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ
5. กิจกรรมการพยาบาล
6. ความรู้สึกและสภาวะจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤต

ระดับความปวดผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบเจาะจงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้เข้ารับการรักษาในห้วงเวลาดังกล่าว โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นผู้ป่วย 1) ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score: GCS) < 8 คะแนน 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดทุกชนิดมาก่อนที่จะเก็บข้อมูล และเกณฑ์ยุติการถอนตัวจากการศึกษา (Discontinuation) คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการต่อหลังจากเข้าร่วมโครงการมาระยะหนึ่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก⁷ โดยแทนค่าสูตรของขนาดประชากร คือ จำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย MICU ในปีที่ผ่านมา ปี 2564 เท่ากับ 426 ราย และอ้างอิงค่าอัตราความชุกจากการศึกษาอัตราการเกิดความปวดในผู้ป่วยของอดโตและคณะ⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความปวดร้อยละ 28

พยาบาล และความรู้สึกสภาวะจิตใจ มีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

ดังนั้นจึงกำหนดให้ค่า $p = 0.28$ และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05 คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 179.60 ราย อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ดังนั้นเพื่อลดอัตราการสูญเสียของข้อมูลที่ได้กลับคืนมา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างจึงรวมเป็น 198 ราย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ SKNH REC No.015/2564 ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ไม่มีผลเสียใดๆ และข้อมูลในการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยด้านสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม หัตถการ กิจกรรมการพยาบาล ลักษณะของแผล หัตถการที่ได้รับ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ และระยะ

เวลาที่นอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงการปวด โดยประเมินระดับความปวดมากที่สุดที่ผู้ป่วยเผชิญขณะนอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale : NRS)⁹ การแปลผลคะแนนจาก 0–10 ตามเกณฑ์การแบ่งระดับของเซอร์ลิน และคณะ¹⁰ มาใช้ในการกำหนดและแปลความหมายโดยสเกลของระดับความปวดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนระหว่าง 0–3 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง 4–6 คะแนน และระดับสูง มีค่าคะแนนระหว่าง 7–10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสภาวะจิตใจและความวิตกกังวล ประยุกต์จากแบบสอบถาม Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT Tool) ของ Department of Mental Health. Resilience quotient assessment¹¹

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 คน แพทย์เวชบำบัดวิกฤต 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (เชี่ยวชาญด้านความปวด) 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน จากนั้นคำนวณค่า Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.8 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถามส่วนที่ 2–3 ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสกลนคร

2. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยจัดประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามมีการทดลองใช้เครื่องมือจริงจนเข้าใจอย่างถ่องแท้

3. ผู้ร่วมวิจัยจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ที่รับผิดชอบการเก็บข้อมูล ซึ่งต้องไม่ใช่เจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยคนนั้นๆ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย โรคหลัก โรคร่วม ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากการใช้แบบประเมิน จำนวนวันนอน หัตถการอื่นๆ ที่ได้รับการจัดการการพยาบาลอาจส่งผลทำให้ปวด เช่น การดูดเสมหะ การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาที่นอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม การเลือกวิธีหรือได้รับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความปวด และสภาวะจิตใจ และความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วย ปัจจัยความรู้สึกละและสภาวะจิตใจ สำหรับผู้ป่วยวิกฤต กับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.10 มีอายุดำสุดที่ 18 ปี อายุสูงสุดที่ 93 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่ 60.75 ปี (S.D. = 14.34) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 38.90 มีสถานภาพมีคู่/สมรส ร้อยละ 57.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.10 มีรายได้เฉลี่ยที่ 3,836.59 บาท โรคหลักที่พบมากที่สุด คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นผู้มีโรคร่วมซึ่งเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.20 และ 14.10 ตามลำดับ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 9.60

ตามลำดับ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก
อายุรกรรม เฉลี่ย 4.92 วัน (S.D. = 3.48)

2. ระดับความปวดผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ หอผู้ป่วย
หนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนครพบว่า สิ่งส่งเสริม
ทำให้เกิดความปวดจากหัตถการที่ได้รับขณะที่เข้ารับการ
รักษา อันดับที่ 1 การแทงน้ำเกลือ ร้อยละ 97.00 อันดับ

2 การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 89.40 อันดับที่ 3 การ
ใส่/ถอดสาย NG tube ร้อยละ 79.80 อันดับที่ 4 การใส่/
ถอดสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 77.30 และอันดับที่ 5 การ
ใส่/ถอดสายระบายต่าง ๆ ร้อยละ 18.20 เมื่อแยกตามระดับ
คะแนนความปวดจากหัตถการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความปวด
จากหัตถการ 5 คะแนน มากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ด้านปัจจัยระดับคะแนนความปวดจากหัตถการที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่หอ
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

ระดับคะแนนความปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ		
- ไม่ปวด	1	0.50
- 3 คะแนน	30	15.20
- 4 คะแนน	49	24.70
- 5 คะแนน	56	28.30
- 6 คะแนน	36	18.20
- 7 คะแนน	4	2.00
- 8 คะแนน	1	0.50
รวม	177	89.40
การใส่ /ถอดสายสวนหลอดเลือดแดง/ดำใหญ่		
- ไม่ปวด	5	2.50
- 3 คะแนน	13	6.60
- 4 คะแนน	11	5.60
- 5 คะแนน	1	0.50
รวม	30	15.20
การใส่/ถอดสายระบายต่าง ๆ		
- ไม่ปวด	24	12.10
- 3 คะแนน	6	3.00
- 4 คะแนน	3	1.50
- 5 คะแนน	3	1.50
รวม	36	18.20

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ด้านปัจจัยระดับคะแนนความปวดจากหัตถการที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร (ต่อ)

ระดับคะแนนความปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ		
– ไม่ปวด	21	10.60
– 1 คะแนน	5	2.50
– 2 คะแนน	33	16.70
– 3 คะแนน	55	27.80
– 4 คะแนน	35	17.70
– 5 คะแนน	9	4.50
รวม	153	77.30
การแทงน้ำเกลือ		
– ไม่ปวด	5	2.50
– 1 คะแนน	16	8.10
– 2 คะแนน	48	24.20
– 3 คะแนน	54	27.30
– 4 คะแนน	50	25.30
– 5 คะแนน	17	8.60
– 6 คะแนน	1	0.50
– 7 คะแนน	1	0.50
รวม	192	97.00
การใส่/ถอดสาย NG tube		
– ไม่ปวด	14	7.10
– 1 คะแนน	14	7.1
– 2 คะแนน	45	22.7
– 3 คะแนน	66	33.3
– 4 คะแนน	17	8.6
– 5 คะแนน	2	1.0
รวม	158	79.80

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.20$, $p = 0.005$) กับความปวด ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความปวด คือ การใส่/ถอดสาย NG tube

($r = 0.46$, $p = 0.001$) กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความปวด ได้แก่ การอาบน้ำบนเตียง ($r = 0.44$, $p = 0.001$) และการเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว ($r = 0.43$, $p = 0.001$) ส่วนปัจจัยความรู้สึกละแวกจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ไม่มีความสัมพันธ์กับความปวด

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยความรู้สึกและสภาวะจิตใจกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

ปัจจัย	คะแนนความปวด	
	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
- เพศ	-0.01	0.870
- อายุ	0.07	0.336
- โรคร่วม	0.20	0.005*
ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วย		
- ระดับความรุนแรงในครั้งแรกที่รับเข้ารักษาใน ICU	0.27	0.001*
- เหตุการณ์ที่ท่านได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ ICU		
การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ	0.32	0.001*
การใส่ /ถอดสายสวนหลอดเลือดแดง/ดำใหญ่	0.27	0.001*
การใส่/ถอดสายระบายต่าง ๆ	0.16	0.026*
การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ	0.36	0.001*
การแทงน้ำเกลือ	0.14	0.052
การใส่/ถอดสาย NG tube	0.46	0.001*
- กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ ICU		
การดูดเสมหะ	0.30	0.001*
การทำแผล	0.37	0.001*
การฉีดยา	0.18	0.010*
การอาบน้ำบนเตียง	0.44	0.001*
การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว	0.43	0.001*
การเจาะเลือด	0.06	0.438
การสอนหายใจลึกและไอ	0.17	0.014*
การทำกายภาพ	0.20	0.006*
ปัจจัยความรู้สึกและสภาวะจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤต	0.10	0.206

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิจารณ์และสรุป

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลงานวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร โดยมีระดับคะแนนความปวดจากเหตุการณ์ที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่

MICU ในรูปแบบของการใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 89.40 สอดคล้องกับงานวิจัย¹² พบว่า การไม่สุขสบาย คือ การมีเสมหะในท่อทางเดินหายใจร่วมกับการได้รับการดูดเสมหะ การดูดเสมหะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรำคาญ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับการดูดเสมหะที่รุนแรง เพราะการดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความระคาย

เคื่องทางเดินหายใจ กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวดมากที่สุด คือ ด้านการดูแลเสมหะพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลขณะที่เข้ารับการรักษาที่ ICU ในรูปแบบของการดูแลเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 88.90 มีระดับคะแนนความปวด 5 คะแนน มากที่สุด ความปวดจากการหัดการพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยพบว่า มีความรุนแรงของความปวดในระดับปานกลางถึงมาก เช่น ระดับความปวดจากการทำหัดการเพื่อการรักษาและหัดการทางการพยาบาล 6 ประเภท¹³ ได้แก่ การทำแผล การถอดสายระบายจากแผล การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การถอดสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบ และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำในหลอดเลือดดำในผู้ป่วยมีระดับความปวดสูงสุด ซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน รองลงมาคือ การถอดสายระบายออกจากแผล การทำแผล และการดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ เช่นเดียวกับบางการศึกษา¹⁴ พบว่า การถอดสายระบายออกจากแผลทำให้ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดระดับ คะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 รองลงมาได้แก่ การไอและการหายใจลึก การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ และการพลิกตะแคงตัว

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การใส่/ถอดสาย NG tube การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว การอาบนํ้าบนเตียง การดูแลเสมหะการใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ การใส่/ถอดสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ใน โรงพยาบาลสกลนครนั้น คือ ด้านหัดการที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU และด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU เป็นหลัก และมีปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หรือผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนครอีก 2 ประการ คือ โรคร่วม และระดับความรุนแรงในครั้งแรกที่รับเข้ารักษาใน MICU ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่า ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นได้ทั้งจากการทำหัดการ การให้การดูแลรักษา และในขณะที่นอนนิ่งบนเตียง ได้แก่ การทำหัดการเพื่อการบำบัดรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัด การใส่สายเพื่อวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงอย่างต่อเนื่อง การใส่

สายให้อาหารการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ซึ่งเป็นความปวดจากการทำลายของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะภายในโดยตรง เกิดความตึงเครียดไฟฟ้ากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ส่งสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางและแปลผลสิ่งที่กระตุ้น ความรู้สึกอารมณ์และตอบสนองต่อความปวดนั้น รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลเสมหะ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การดูแลเสมหะก่อให้เกิดความปวดให้ผู้ป่วยระดับปานกลางถึงมากโดยเฉพาะในรายที่มีการผ่าตัดบริเวณทรวงอกจะทำให้เกิดความปวดที่รุนแรงมากขึ้น การพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยมีความปวดระดับน้อยถึงปานกลางจากการ ศึกษาพบว่า ความปวดที่เกิดจากการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤตยังคงอยู่ในความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปถึง 6 เดือน ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทำหัดการทั้งการแพทย์และการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิตและการให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนความปวดส่งผลกระทบต่อในด้านร่างกาย¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) เพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีอาการปวด โดยให้การดูแลเพื่อลดหรือป้องกันความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

2) เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หรือผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อบรรเทาอาการปวด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์

3) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะ โดยจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการความปวด ให้แก่พยาบาลทุกระดับ เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติการ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการจัดการความ

ปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากที่สุด

2) ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติในระยะยาว และควรมีการฝึกอบรมบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ตามรูปแบบอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวน และติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ

และคู่มือการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับหน่วยงานทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลสกลนครและคณะกรรมการพัฒนางานวิชาการ โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถกร รักษาสัตย์. Training of the Trainers in Palliative Care. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
2. กาวดี วิมลพันธุ์, และพรทิศา คำวรรณ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับอาการปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร [รายงานวิจัย]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2554.
3. วรางคณา อ่ำศรีเวียง. การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต : บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2558;8(2):1-17.
4. งานสถิติโรงพยาบาลสกลนคร. สถิติผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2563.
5. Gilder E, Parke R, Jull A. The endotracheal tube and endotracheal suction: An exploration of adult cardiac surgical intensive care patients' experience [Internet]. 2016 [cited 2022 June 20]. Available from [https://www.anzctr.org.au/AnzctrAttachments/371387 Qualitative%20proposal_EG_Final%20\(2\).pdf](https://www.anzctr.org.au/AnzctrAttachments/371387%20Qualitative%20proposal_EG_Final%20(2).pdf)
6. Lewis SL, Heitkemper M M, Dirksen SR, O'Brien PG, Bucher L. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 10th ed. Missouri: Westline Industrial; 2017.
7. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf 7
8. Otto M, Bak S, Bach FW, Jensen TS, & Sindrup SH. Pain phenomena and possible mechanisms in patients with painful polyneuropathy. Pain 2003;101(1-2):187-192.
9. Richards-Belle A, et al. Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT) @ University College London Hospitals NHS Foundation Trust. 2018.
10. Serlin VR, Mendosa TR, Nakamura Y, Edwards K & Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe?: Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995;61:277-284.
11. Department of Mental Health. Resilience quotient assessment. Bangkok: Department of Health Service Support, Ministry of Health; 2007. (in Thai)
12. Bergbom-Engberg I, & Haljamae H. Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. Crit Care Med 1989;17(10):1068-1072.
13. Milgrom LB, Brooks J A, Qi R., Bunnell K. Wuestefeld S, & Beckman D. Pain levels experienced

with activities after cardiac surgery. *Am J Crit Care* 2004;13(2):116–125.

14. Siffleet J, Young J, Nikolett S, & Shaw T. Patients' self-report of procedure pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2007;16(11):2142–2147.
15. จรวยพร ใจสิทธิ์, วิไลพร นุชสุธรรม และเบญจมาศ ถาดแสง. การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. ว. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563;26(2):104–115.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

อนิรุทธ์ วังไชย พย.ม.*

วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของฟร็อกเตอร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสังกัด จำนวน 13 คน โปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การใช้เวลาเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการทำงาน และการสร้างสัมพันธภาพในการทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ความสุขในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัด

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 10 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 25 เมษายน 2567

Effects of Restorative Clinical Supervision Program on Happiness at Work of Registered Nurses

Aniruth Vangchai M.S.N.*

Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

This was a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. The objective was to study the effect of restorative clinical supervision program on happiness at work of registered nurses. Proctor's three functions interactive model was used as a conceptual framework. The purposive sampling of 13 registered nurses worked in-patient department of Sangkhom hospital were enrolled. The restorative clinical supervision program taking four weeks consisted of sufficient time for working, suitable environment for working and building up working relationship. Data were collected using the work happiness assessment form for registered nurses. The content validity was explored by the 5 experts. The reliability tested using the Cronbach's alpha coefficients was 0.93. Data were analyzed by using the descriptive statistics: frequency, percentage, mean and standard deviation and the analytical statistics, Wilcoxon signed ranks test.

The results revealed that after receiving restorative clinical supervision program, the happiness at work of registered nurses was statistically significantly higher than that before receiving restorative clinical supervision program ($p = 0.001$).

Keyword: Restorative clinical supervision program, Happiness at work, Registered nurses

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Department, Sangkhom Hospital

** Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: February 20, 2024 / Revised: April 10, 2024 / Accepted: April 25, 2024

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และซับซ้อนมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยมีการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation, HA) และต้องผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2561 โดยมีเป้าหมายให้ผู้มารับบริการด้านสุขภาพเกิดความปลอดภัย พึงพอใจ และเชื่อมั่นในการรับบริการ¹ และจากแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ที่มีเป้าหมายให้กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่า มีความสุขในการทำงาน จึงได้กำหนดให้หน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากร (Happinometer) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 จึงส่งผลให้แต่ละโรงพยาบาล ต้องมีการบริหารจัดการในการให้บริการที่มีคุณภาพ ตามนโยบายและมาตรฐานของหน่วยงานที่รับรอง รวมทั้งได้มุ่งส่งเสริมให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข² ความสุขมีความสำคัญต่อสภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคล คนที่มีความสุขจะมีพลังในการสร้างสรรค์ผลงานในทุกมิติ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน สร้างนวัตกรรมปรับตัวได้ดี และมีความพึงพอใจในการทำงาน ส่งผลทำให้ลดความเครียดในการทำงาน การขาดหรือลางานน้อยลง ส่วนความสุขในการทำงานนั้น เป็นเรื่องของความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ของบุคคลในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงานหรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ประกอบด้วย 1) ความตื่นรมย์ในการทำงาน (Arousal) 2) ความพึงพอใจในงาน (Pleasure) 3) ความกระตือรือร้นในการทำงาน (Self-validation)³

โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง มีการพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในปี พ.ศ.2560 และผ่านการประเมิน Re-accreditation ในปี 2562 และในปี 2565 ได้ขอรับการประเมิน Re-accreditation อีกครั้ง ในเดือนธันวาคม 2565 โดยที่โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายด้านความ

ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety) อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยจากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปี 2563-2565 ระดับ E ถึง I พบรายงาน Infection prevention and control (ระดับ E และ F จำนวน 23 และ 8 รายงาน ตามลำดับ) Medication and Blood safety (ระดับ E จำนวน 34 รายงาน) Patient care process (ระดับ E, F, H และ I จำนวน 42, 32, 4 และ 4 รายงาน ตามลำดับ) Laboratory (ระดับ E, F และ I จำนวน 22, 7 และ 1 รายงาน ตามลำดับ) และ Emergency Response (ระดับ E, F, G และ I จำนวน 42, 10, 7 และ 4 รายงาน ตามลำดับ) จากผลการรายงานความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วยยังพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ต้องส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เนื่องจากขาดการประเมินข้ออย่างสม่ำเสมอ ในกลุ่มโรคสำคัญและเสี่ยงสูง และมีการเสียชีวิต ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและเข้าใช้บริการทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องปรับให้บริการเป็น Cohort-ward ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องรับภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ใกล้ชิดและเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อโรคที่มองไม่เห็น ต้องทำงานภายใต้แรงกดดันทั้งจากผู้ป่วยญาติผู้ป่วย รวมทั้งผู้ร่วมงาน ซึ่งงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล ให้บริการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย (ทุกโรคทุกเพศ ทุกวัย) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายและประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ปัจจุบันมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน เป็นระดับปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ มีอายุการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1-5 ปีจำนวน 6 คน ยังขาดประสบการณ์ในการทำงาน ขาดความมั่นใจในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในได้ทำการวิเคราะห์และทบทวนประเด็นการนิเทศทางการพยาบาล โดยการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล ผลการสำรวจพบว่า ผู้นิเทศนิเทศตามประสบการณ์ของตนเอง ไม่เคยผ่านการอบรมสมรรถนะด้านการนิเทศ ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการนิเทศ และการมอบหมายงานที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามงาน และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับการนิเทศไม่เข้าใจกระบวนการนิเทศอย่างชัดเจน รู้สึกเหมือนโดนจับผิด

ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศ เบื่อหน่าย ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เมื่อเกิดอุบัติเหตุอันไม่พึงประสงค์กับผู้รับบริการ ยิ่งทำให้ผู้รับการนิเทศเกิดความเครียด ขาดความสุขในการทำงาน ผู้รับการนิเทศบางคนก็จะเปลี่ยนเวรออกหรือลางานในเวรเช้า เพื่อไม่ต้องขึ้นปฏิบัติงานกับผู้นิเทศบางคน และไม่ต้องรับการนิเทศ ซึ่งผลการประเมินความสุขของพยาบาลด้วย Happinometer ตั้งแต่ พ.ศ. 2563– พ.ศ. 2565 พบว่า พยาบาลมีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 61.0, 60.50 และ 60.20 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ขึ้นไป

จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่า การนิเทศทางการพยาบาลมีความสำคัญ สามารถลดความเครียดในการปฏิบัติงาน⁴ และเพิ่มความพึงพอใจในงาน⁵ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลผู้รับการนิเทศ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน เล็งเห็นความสำคัญในเสริมสร้างความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของกลุ่มงานการพยาบาล ที่มุ่งเน้นและส่งเสริมเรื่องการนิเทศทางคลินิก จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision program) ตามแนวคิดของพรอคเตอร์⁴ ซึ่งเป็นการนิเทศโดยใช้หลักการให้ความช่วยเหลือ การจัดการให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการจัดการเวลาและพัฒนาความสามารถภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สร้างทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศและ

ลดความเครียดในการปฏิบัติงาน อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีกรวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลตามแนวความคิดความสุขในการทำงานของ Warr³ เพราะเป็นความสุขในการทำงานที่เกิดจากความรู้สึกของจิตใจที่ตอบสนองการปฏิบัติงานในทุกช่วงเวลาในการทำงาน และสามารถวัดได้ตลอดเวลาขณะทำงานที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาก่อน ทำให้มีแนวทางปฏิบัติงานในการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง มีความสุขในการทำงาน ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และสอดคล้องกับเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์

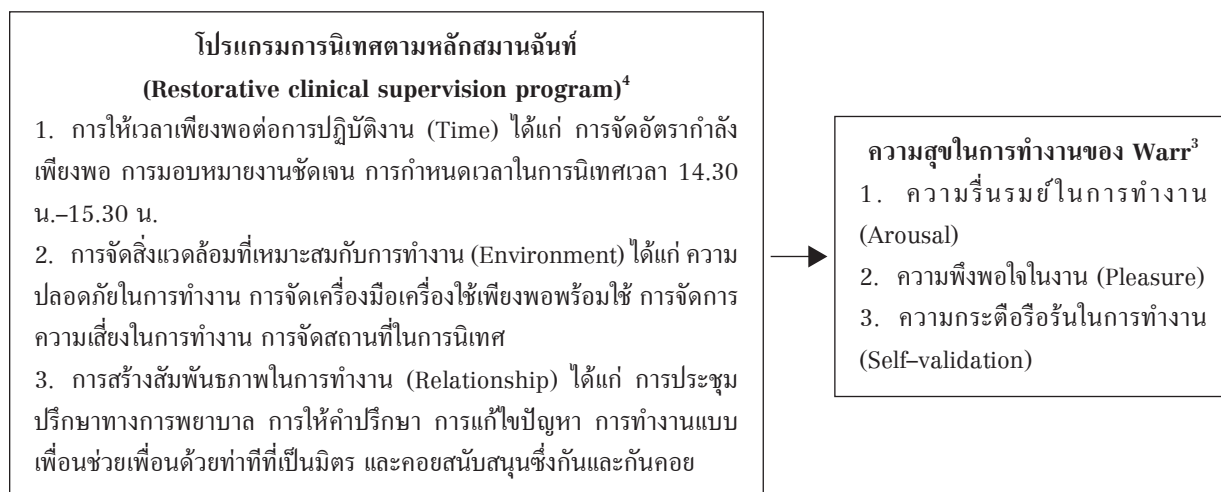
สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพภายหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ของพรอคเตอร์⁴ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวความคิดของ Warr³ ตามกรอบแนวคิด ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัด จำนวน 13 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัด คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER⁶ ที่ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.50 ค่าอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้เท่ากับ 13 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งเพศหญิงและชายที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ปฏิบัติงานใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล สังกัดยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ลาพักผ่อน ลาิจ/ลาป่วย ลาคอด และลาศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ตามแนวคิดของพรอคเตอร์⁴ ประกอบด้วย การจัดให้มีเวลาเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน (Time) ได้แก่ มีการจัดอัตราค่าจ้างเพียงพอตามเกณฑ์ผลิตภาพทางการพยาบาล (Productivity) ร้อยละ 90-110 ทุกเวรทุกวัน การมอบหมายงานชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดเวลาในการนิเทศ เวลา 14.30 น.-15.30 น. สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีการแจ้งล่วงหน้า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการทำงาน (Environment) ได้แก่ ความปลอดภัยในการทำงาน การจัดเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอพร้อมใช้ ทุกเวร ทุกวัน การจัดการความเสี่ยงในการทำงานโดยการรายงานความเสี่ยงทุกวัน การจัดสถานที่ในการนิเทศ และการสร้างสัมพันธภาพในการทำงาน (Relationship) ได้แก่ การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การให้คำปรึกษา และการแก้ไขปัญหา

สัปดาห์ละ 2 ครั้ง การทำงานแบบเพื่อนช่วยเพื่อนด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และคอยสนับสนุนซึ่งกันและกัน 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 และการทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความสุขในการทำงานด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁷ ได้ค่าเท่ากับ 0.93

ผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) หมายถึง ร้อยละของภาระงานที่พยาบาลต้องรับผิดชอบในการทำงาน เทียบกับข้อกำหนดภาระงานมาตรฐานของการทำงานของพยาบาลหนึ่งคน ซึ่งใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ $Productivity = \frac{\text{จำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ}}{\text{จำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริง}} \times 100$

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662162 รับรอง ณ วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และผ่านการรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ NKPH072 รับรองวันที่ 30 สิงหาคม 2566 นอกจากนั้นได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัด ที่เป็นสถานที่ศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ผลเสียใดๆ ข้อมูลจะได้รับการปกปิดและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การปฏิบัติกิจกรรมโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ดังนี้

- 1) ก่อนการทดลองหนึ่งสัปดาห์ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ และตอบแบบประเมินความสุภาพในการทำงานจำนวน 15 ข้อ และ 2) เติริยมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลอง จัดอบรมการนิเทศทางคลินิกและการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการนิเทศ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง โดยใช้เวลา 4 สัปดาห์ ประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยแบ่งพยาบาล เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีจำนวน 7 คน กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 6 คน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนให้กำลังใจ สอบถามการทำงานในแต่ละเวรเกี่ยวกับ อัตรากำลังใจความเพียงพอ การมอบหมายงาน ความปลอดภัยในการทำงาน การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยเน้นการให้อิสระในการอภิปรายถึงความเสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นและตกลง เห็นชอบร่วมกัน การจัดอัตรากำลังใจพยาบาลจัดเป็น 1 ต่อ 6 ในเวรเช้า และ 1 ต่อ 8 ในเวรบ่าย/ดึก และเมื่อคำนวณ productivity ให้อยู่เกณฑ์ร้อยละ 90–110 การมอบหมายงานให้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการใช้สัญลักษณ์ในตารางเวรเพื่อให้ทราบว่ามีใครอยู่ตำแหน่งอะไร ทำหน้าที่อะไร ส่วนเรื่องความปลอดภัยให้เน้นเรื่องผู้ป่วยทางจิตเข้ามาทำร้ายร่างกาย และการตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้เน้นตรวจเช็คเครื่องมือช่วยชีวิตเป็นหลักทุกเวรทุกวัน และหลังจากนั้นให้กำหนดการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่ต้องการนิเทศ ที่ประชุมคัดเลือกผู้ป่วยจากผู้ป่วย Re-admit เคสที่ซับซ้อน นอนนาน และ Palliative care จากที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้กำหนดไว้ นำมาเป็นเครื่องมือในการนิเทศทางการพยาบาล หลังจากนั้นมีการทบทวนทำความเข้าใจร่วมกัน ผู้วิจัยให้คำปรึกษาและร่วมหาแนวทางแก้ไข จากนั้นสรุปข้อตกลงร่วมกัน ได้แก่ กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยรายโรคตามกลุ่มโรคสำคัญและเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลที่ต้องการนิเทศในการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย กลุ่มที่ 1 ครั้งที่ 1 มีพยาบาลเข้าร่วม 7 คน ประชุมกลุ่มครั้งละไม่เกิน 20–30 นาที เวลา 14.30 น. ณ ห้องประชุมตึกผู้ป่วยในชั้น 2

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ประชุมปรึกษาการพยาบาลเกี่ยวกับการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้นำเสนอรายงานข้อมูลผู้ป่วย ทาง

ทีมได้เลือกเคสที่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และเป็นผู้ป่วย Palliative care และนอนนาน ดังนี้ 1) COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) with Hyperglycemia Chronic 2) CA Cervix stage 5 3) Hypoglycemia with CHF (Chronic Heart Failure) with CKD (Chronic Kidney Disease) และ 4) Chronic Abdominal pain with loss F/U HT with Stroke with Alcohol withdrawal with Hepatitis ผู้วิจัยกระตุ้นให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหา ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร คอยสนับสนุนซึ่งกันและกันและร่วมกันสรุปประเด็นการใช้กระบวนการพยาบาลในส่วนที่ปฏิบัติได้ดีขึ้น กล่าวชื่นชมและสรุปประเด็นที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา แนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายโรค พบประเด็นปัญหาเรื่องไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดเวลา การเดินทางมารักษาตัวที่โรงพยาบาลลำบาก จึงได้ประสานทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป กลุ่มที่ 1 ครั้งที่ 2 มีพยาบาลเข้าร่วม 7 คน ประชุมกลุ่มครั้งละไม่เกิน 45 นาที เวลา 14.30 น. ณ ห้องประชุมตึกผู้ป่วยในชั้น 2

กลุ่มที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1, 2 สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5, 6 รวม 4 ครั้ง

กลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3, 4 สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7, 8 รวม 4 ครั้ง

กิจกรรม ในครั้งที่ 3, 5, 7 ทำเช่นเดียวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ส่วนกิจกรรมในครั้งที่ 4, 6, 8 ทำเช่นเดียวกันกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ประเมินความสุภาพในการทำงานหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ โดยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสุภาพในการทำงาน จำนวน 15 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความสุภาพในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพพระยะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนิเทศฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank

test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวนน้อย 13 คน และมีการแจกแจงไม่ปกติ (Non-normal distribution)

ในแต่ละคนทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายงานที่ตรงทักษะ ความชำนาญ และมีการร่วมแรงร่วมใจในการทำงานให้สำเร็จ ลุล่วง ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิไล แสงเลิศศิลปะชัย เรณูกร์ ทองคำรอด และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล¹¹ พบว่า การจัดการเวลาในการทำงาน การจัดการเวลาส่วนตัวที่เหมาะสม ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน และการปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม พยาบาลรับรู้ได้ว่าลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่เสี่ยงอันตราย จึงมีการจัดแนวทางป้องกันอันตรายที่ชัดเจน จากเครื่องมือเครื่องใช้ และการโดนทำร้ายร่างกาย มีการเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอพร้อมใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีการจัดการความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน นำไปสู่การป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ และการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญและเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน ผู้ป่วยปลอดภัย และหายกลับบ้าน ส่งผลให้เกิดกระตือรือร้นในการปฏิบัติการพยาบาล และมีความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌิรดา พรหมณัฐ¹² พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการทำงานที่เสี่ยงอันตราย จะช่วยให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเกิดความสำเร็จในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลหรือหัวหน้างาน ควรให้ความสำคัญในการนิเทศการคำนวณ productivity และการมอบหมายงานสำหรับหัวหน้าเวร ทุกเวรทุกวัน เพื่อให้หัวหน้าเวรสามารถบริหารอัตรากำลังได้ทุกเวรทุกวัน ทำให้มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย และมีเวลาพักผ่อน ส่งผลให้พยาบาลมีความสุขในการทำงาน

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลหรือหัวหน้างาน ควรให้ความสำคัญในการนิเทศการจัดการความปลอดภัยในการทำงานตามข้อปฏิบัติของหน่วยงานอย่างเคร่งครัด การ

จัดการเครื่องมือเครื่องใช้ให้มีเพียงพอพร้อมใช้ และการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการปฏิบัติการพยาบาล ทุกเวรทุกวัน ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการพยาบาลเกิดความสบายใจ ส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลหรือหัวหน้างาน ควรให้ความสำคัญในการนิเทศโดยใช้กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติการพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของหน่วยงานก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ เกิดความร่วมมือในการค้นหาปัญหาและการแก้ปัญหาาร่วมกัน จะช่วยลดความตึงเครียดในการทำงาน ส่งผลให้พยาบาลมีความสุขในการทำงาน

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

1. การศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design) ไม่มีกลุ่มควบคุมตัวแปรเกินหรือตัวแปรแทรกซ้อนจากกระบวนการวิจัย ทำให้มีผลกระทบให้คำตอบการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง จึงควรมีการวิจัยแบบทดลอง 2 กลุ่มเปรียบเทียบต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก อาจทำให้เกิดปัญหาความเที่ยงตรงภายนอก จึงสามารถนำผลงานวิจัยไปใช้ได้ภายใต้บริบทที่ใกล้เคียงเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง แบบ Randomized Control Trial (RCT) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ต่อความสุขในการทำงาน

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ระหว่างพยาบาลผู้นิเทศกับผู้ถูกนิเทศ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการนิเทศให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม หัวหน้างานการพยาบาลโรงพยาบาลสังคม และเจ้าหน้าที่ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ อนุมัติสนับสนุนให้ทำการวิจัย และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จุไรรัตน์ กลางการ และปทุมทิพย์ สุ่มมัตย์. กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด. ว. วิจัยและพัฒนาวัตกรรมการทางสุขภาพ 2564;2(1): 21–27.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Warr P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. J Occup Psychol 1990;63(3):193–210.
4. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills, and intention. In Cutcliffe JR, Butterworth T, and Proctor B, editors, Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001. p 25–46
5. ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(4):52–60.
6. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร ศาสตร์เพ็ชร, และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. ว. วิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562; 5(1):496–507.
7. บุญใจ ศรีสถิตนรากร.ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.
8. ณิชดา พรหมณัฐ. ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2563;3(1):81–97.
9. Manion J. Joy at work: Creating a positive workplace. Journal of nursing Administration 2003;33(12): 652–655.
10. นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2557.
11. ศรีวิไล แสงเลิศศิลป์ชัย, เรณูการ์ ทองคำรอด, และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. ว. วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ 2562;12(1):12–19.
12. ณิชดา พรหมณัฐ. ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช. The Journal of Boromarjornani College of Nursing Suphanburi 2563, 3(1), 81–97.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ
ในการพยาบาลทารกแรกเกิด

อรณัญช์ ยศไกร พย.ม.*

วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยศึกษาจาก ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 9 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 0.56) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.60) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการนิเทศโดยใช้กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญ สนับสนุนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน การสร้างบรรยากาศที่ดีในการนิเทศ และมีการประเมินผลให้ข้อมูลสะท้อนกลับ จะส่งผลให้ผู้รับการนิเทศมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การนิเทศทางคลินิก สมรรถนะ ทารกแรกเกิด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 12 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 26 เมษายน 2567

The Effect of Clinical Supervision Program on Competency of Professional Nurse in Neonatal Nursing

Oranan Yodkrai M.S.N.

Wanchanok Juntachum Ph.D.

Abstract

This research was the quasi-experimental research, using one group pre-test and post-test design. This study aimed to study the effect of clinical supervision program on competency of professional nurse in neonatal nursing. The population was 9 register nurses in the neonatal intensive care unit at Detudom Crown Prince hospital. Research instruments consisted of clinical supervision program that the researcher developed which based on Proctor's clinical supervision concept. Data collection tool was a competency level assessment questionnaire of professional nurse in neonatal nursing. The content validity of this tool was verified by five experts. The content validity index (CVI) was 0.96. The reliability of the questionnaires was 0.96. The research data were analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed rank test.

The results revealed that the performance competency level of professional nurses in neonatal nursing before participating in the program was at a moderate level ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 0.56) and after participating in the program was at a high level ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.60). There was a statistically significant difference at the 0.05 level.

The results of this study showed that the supervision using activities that encouraged the supervisee to participate in learning, develop knowledge, skills, and expertise. These activities supported work performance in accordance with the standards. The good atmosphere for supervision, evaluation and feedback resulted in increasing the supervisee's performance competency.

Keywords: Clinical supervision, Competency, Neonate.

* Registered Nurse, Sick Newborn Baby and Neonatal Intensive Care Unit, Det Udom Royal Crown Prince Hospital

** Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: February 20, 2024 / Revised: April 12, 2024 / Accepted: April 26, 2024

บทนำ

สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามที่สภาการพยาบาล¹ได้กำหนด มีทั้งหมด 8 ด้าน คือ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและ กฎหมาย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ด้าน คุณสมบัติเชิงวิชาชีพ ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการ พัฒนาคุณภาพ ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านการสื่อสาร และสัมพันธภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และด้าน สังคม วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ ดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลให้ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมี สมรรถนะที่เพียงพอเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของ ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ² พยาบาลผู้ดูแลทารกแรก เกิดเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากในการดูแลทารกแรกเกิด เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดทารกตลอดเวลา ทราบอาการ เปลี่ยนแปลงของทารกได้เร็วที่สุด และเป็นผู้ที่คอยเชื่อม ประสานให้กระบวนการดูแลรักษาทารกเป็นไปตามแผน อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ที่ทันสมัย มีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการ มีทักษะด้านการพยาบาลตาม มาตรฐานวิชาชีพ และมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางใน การดูแลทารกทั้งปกติและเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และมีคุณภาพ ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแล ทารกแรกเกิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของ ทารก³

โรงพยาบาลทั่วไประดับ S ขนาด 350 เตียง แห่งหนึ่ง ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 เปิดหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และวิกฤต ในปี พ.ศ. 2561 มีเตียงทารกป่วย (sick newborn) 10 เตียง และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มเตียงผู้ป่วย วิกฤตทารกแรกเกิด (NICU: Neonatal intensive care unit) 2 เตียง รักษาพยาบาลทารก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 28 วันหรือ 1 เดือน กลุ่มโรคสำคัญที่เข้ารับการรักษา 5 อันดับแรก ได้แก่ Neonatal Jaundice, Transient tachypnea of the newborn (TTNB), Neonatal sepsis, Congenital pneumonia, และ Preterm with low birth weight ทารกได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจทั้งชนิด ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและแบบไม่รุกราน (non-invasive respiratory support) ได้แก่ แรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง ทางจมูก (Nasal continuous positive airway pressure,

NCPAP) เครื่องออกซิเจนอัตรการไหลสูง (Heated humidified high flow nasal cannula, HHHFNC) และ การทำหัตถการที่สำคัญ เช่น การเจาะเลือด การให้ยาและ สารน้ำ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ทางสะดือ เป็นต้น อัตราการพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน โดยมี ระดับสมรรถนะตามแนวคิดของ Benner⁴ ได้แก่ 1) ระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) จำนวน 1 คน 2) ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) จำนวน 3 คน 4) ระดับผู้คล่องงาน (Proficient) จำนวน 3 คน และ 5) ระดับผู้ชำนาญ (Expert) จำนวน 3 คน ผ่านการอบรม หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 4 คน จากการทบทวนอุบัติการณ์ ในปี 2562-2565 พบ อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาและสารน้ำระดับ E ขึ้นไป จำนวน 1, 1, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ อัตราการก ลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน จำนวน 2.24%, 4.01%, 5.42% และ 5.29% ตามลำดับ อุบัติการณ์การ ประเมินทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตล่าช้า จำนวน 5, 3, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ และในปี 2565 พบข้อร้องเรียน มาตรา 41 ด้านการดูแลรักษาทารกแรกเกิด กรณีทารกแรก เกิดหยุดหายใจขณะทำการเปิดเส้นให้สารน้ำ ส่งผลให้ ทารกแรกเกิดเสียชีวิต จำนวน 1 ราย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤตมี บทบาทในการประเมินภาวะเจ็บป่วย และติดตามสังเกต อาการผิดปกติ ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และ ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้จำเป็นต้องมี ความรู้ ทักษะ ครอบคลุมกับบริบทของหน่วยงาน ได้แก่ การพยาบาลทารกแรกเกิดเฉพาะโรค การพยาบาลทารกแรก เกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงสู่ ภาวะวิกฤต การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะป่วยและ วิกฤตที่ซับซ้อนและรุนแรง การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด การบริหารยาความเสี่ยงสูง การสื่อสารและการให้ข้อมูล ต่าง ๆ รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เป็นต้น พยาบาลต้อง มีการพัฒนาสมรรถนะในด้านปฏิบัติการพยาบาลอย่าง สม่าเสมอต่อเนื่องจึงจะสามารถให้การพยาบาลทารกแรกเกิด ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการประเมินสมรรถนะ ของผู้ปฏิบัติงาน และจากการสัมภาษณ์ สังเกต พบว่า

พยาบาลมีความเครียด และยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ย้ายมาจากหน่วยงานอื่นและเป็นพยาบาลจบใหม่ ไม่เคยมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด ขาดความชำนาญ เชี่ยวชาญ เฉพาะด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยมีการปฐมนิเทศและการสอนงานพยาบาลใหม่โดยระบบพี่เลี้ยง สอนงานแบบการเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน (On the job training) แต่วิธีการสอนของพี่เลี้ยงแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ยังไม่มีแนวทางการสอนงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน การประเมินผลการปฏิบัติงานประเมินตามแบบประเมินทดลอง การปฏิบัติงาน ยังไม่ครอบคลุมทักษะเฉพาะงานในการพยาบาลทารกแรกเกิดครบ ระบบการนิเทศทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยปัจจุบัน มีการนิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นการนิเทศตามสถานการณ์ แก้ปัญหาเป็นครั้ง ๆ แผนนิเทศเป็นแบบกว้าง ๆ ยังไม่ครอบคลุม การนิเทศทางคลินิกการพยาบาลทารกแรกเกิด การบันทึกไม่ต่อเนื่องและรูปแบบการประเมินผลไม่ชัดเจน ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถให้สอดคล้องกับบริบทและผลลัพธ์ทางการพยาบาลทารกแรกเกิดของหน่วยงาน ซึ่งจะส่งผลให้การพยาบาลทารกแรกเกิดมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลลัพธ์การนิเทศส่งผลต่อผู้รับการนิเทศให้มีความรู้เพิ่มขึ้นด้วยวิธีการสอน การฝึกอบรม และการให้คำแนะนำจากผู้นิเทศ ดังการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง พบว่าหลังจากนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกมาใช้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้น⁵ และผลลัพธ์การนิเทศส่งผลให้ผู้รับการนิเทศมีทักษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้รับการนิเทศได้รับการฝึกปฏิบัติและปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างจนผู้รับการนิเทศเกิดทักษะที่เพิ่มขึ้น⁶ และยังพบว่าการนิเทศทางคลินิกส่งผลในทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม⁷ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารก

แรกเกิด และการดำเนินการตามนโยบายและเจตจำนงของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่มุ่งเน้นและส่งเสริมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งแนวคิดการนิเทศมีหลายรูปแบบ เช่น การนิเทศแบบเคลียร์ตามแนวคิดของ Page & Wosket⁸ เป็นรูปแบบการนิเทศงานแนวใหม่ที่เป็นกระบวนการเชิงระบบ แนวคิดการนิเทศ GROW model ของอเล็กซานเดอร์⁹ ซึ่งเป็นกระบวนการนิเทศอย่างเป็นขั้นตอน และการนิเทศตามแนวคิดของของพรอคเตอร์เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ในการนิเทศทางคลินิกมี 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) เป็นการปฏิบัติให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน มีการนำความรู้จากทฤษฎีและประสบการณ์มาสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในขณะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการย้อนคิดและจงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน 2) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) เป็นการปฏิบัติในด้านการสนับสนุนให้พยาบาลมีการพัฒนาความสามารถ โดยการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงการตระหนักถึงความเป็นบุคคลและความแตกต่างเชิงวิชาชีพ เพื่อนำมาวางแผนการพัฒนาให้เหมาะสม 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) เป็นการปฏิบัติในด้านการให้ความช่วยเหลือโดยการจัดการให้เกิดสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่ดี ภายใต้อาณัติความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความเสมอภาค เข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล มีการจัดเวลาและช่องทางให้พยาบาลได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถ ภายใต้อำนาจที่เอื้ออำนวยที่เหมาะสม รวมถึงการเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว¹⁰ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์¹⁰ ซึ่งเป็นแนวคิดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ครอบคลุมทุกด้าน เน้นการสร้างสัมพันธภาพในการนิเทศเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการให้บริการอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ

นิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ¹⁰ และออกแบบเป็นกิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) กิจกรรมการนิเทศ คือ การให้ความรู้ การสอนแนะ ส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวปฏิบัติ โดยมีคู่มือในการปฏิบัติงาน มีการสะท้อนกลับเป็นลายลักษณ์อักษร 2) การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) กิจกรรมการนิเทศ คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการ

เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ มีการนำความรู้จากทฤษฎีและประสบการณ์มาสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติงาน โดยการประชุมกลุ่มย่อย การมอบหมายงาน การนำเสนอเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน การจำลองสถานการณ์ และ 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) กิจกรรมการนิเทศ คือ การรับฟัง ให้คำปรึกษา การช่วยเหลือปัญหา การประเมินผล ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกดังกล่าวจะส่งผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ประกอบด้วยสมรรถนะเฉพาะ 9 ด้าน¹¹ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความสามารถที่ทันสมัยในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดเฉพาะโรค 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดและหัตถการที่สำคัญ 3) ด้านการพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ 4) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและป้องกันการติดเชื้อ 5) ด้านการให้สารน้ำ สารอาหารแก่ทารกแรกเกิด 6) ด้านการบริหารยา 7) ด้านการวางแผนจำหน่าย 8) ด้านความรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ และ 9) ด้านความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำ โดยเขียนเป็นแผนภาพแสดงกรอบแนวคิด ได้ดังนี้

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก

ตามกรอบแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001)

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัย (ในบทบาทผู้นิเทศ)

- 1) ชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและรูปแบบการนิเทศ แก่ พยาบาลผู้รับการนิเทศ
- 2) ประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้รับการนิเทศในการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนเข้าร่วมโครงการ (pre-test)
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด มาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยจัดทำเป็นคู่มือ
- 4) แบ่งกลุ่มพยาบาลผู้รับการนิเทศ เป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ๆ ละ 3 คน และมอบหมายให้เขียนแผนการนิเทศในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ภายใต้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัยใน 3 กลุ่มโรคที่พบบ่อยกลุ่มละ 1 โรค

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัย (ในบทบาทผู้นิเทศ)

- 1) มอบหมายให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแผนการนิเทศ ที่ได้วางแผนร่วมกัน ตามวัน เวลาที่นัดหมาย
- 2) ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อเสนอแนะ ด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง
- 3) มอบหมายให้แต่ละกลุ่มนำแผนการนิเทศที่ได้ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกกลุ่มในหอผู้ป่วย โดยจัดพิมพ์เป็นแผนการนิเทศเข้าแฟ้ม และแลกเปลี่ยนในกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัย (ในบทบาทผู้นิเทศ)

- 1) มอบหมายให้พยาบาลผู้รับการนิเทศวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผู้ป่วย การให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมีสถานการณ์จำลองที่ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มโรค
- 2) ทำการสอนงาน/ให้ความรู้/การสาธิตหรือฝึกให้เกิดการปฏิบัติการแสดงบทบาทสมมติ ให้กลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัย (ในบทบาทผู้นิเทศ)

- 1) ร่วมกับพยาบาลผู้รับการนิเทศประเมินผลกิจกรรมที่ได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- 2) ประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้รับการนิเทศในการพยาบาลทารกแรกเกิด ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ (post-test)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลทารกแรกเกิด

- 1) ด้านความรู้ความสามารถที่ทันสมัยในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดเฉพาะโรค
- 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดและหัตถการที่สำคัญ
- 3) ด้านการพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 4) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและป้องกันการติดเชื้อ
- 5) ด้านการให้สารน้ำ สารอาหารแก่ทารกแรกเกิด
- 6) ด้านการบริหารยา
- 7) ด้านการวางแผนจำหน่าย
- 8) ด้านความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ
- 9) ด้านความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 9 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต ซึ่งเป็นหน่วยงานเดียวในโรงพยาบาลที่ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดทั้งกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และกลุ่มที่มีภาวะวิกฤต คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.36 จากผลงานวิจัยในอดีตที่คล้ายคลึงกัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ ค่า power ที่ร้อยละ 90 ได้ตัวอย่างขั้นต่ำ 4 ราย แต่เนื่องจากในบริบทของการปฏิบัติงานจริง การนิเทศทางคลินิกเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยได้รับการนิเทศทางคลินิก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต รวมทั้งสิ้น จำนวน 9 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกแรกเกิด ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และกลุ่มที่มีภาวะวิกฤต ยินยอมให้เข้าร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดกลุ่มปกติ ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยและวิกฤต และ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ลาพักผ่อน ลาป่วย ลาคลอด และลาศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดอย่างมีคุณภาพ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ตามแนวคิดของพรอคเตอร์¹⁰ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธื่อดำเนินการวิจัยและโปรแกรมการนิเทศ แก่พยาบาลผู้รับ

การนิเทศทั้ง 9 คน และให้ทำ pre-test แบบประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นิเทศให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการนิเทศ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด มาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยจัดทำเป็นคู่มือให้แก่ผู้ร่วมวิจัย แบ่งกลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ๆ ละ 3 คน โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและพยาบาลใหม่ และมอบหมายให้เขียนแผนการนิเทศในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ตามแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยกำหนดให้ภายใต้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัย ใน 3 กลุ่มโรคที่พบบ่อย กลุ่มละ 1 โรค ได้แก่ 1) กลุ่มอาการภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด 2) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 3) ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด โดยให้แต่ละกลุ่มนัดหมายวัน เวลาเพื่อนำเสนอร่วมกับผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้ระยะเวลาในทุกกิจกรรมไม่เกิน 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแผนการนิเทศที่ได้วางแผนร่วมกัน ตามวัน เวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยในบทบาทผู้นิเทศ ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อเสนอแนะด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง เมื่อนำเสนอครบทั้ง 3 กลุ่ม แล้วนำเสนอแผนการนิเทศที่ได้ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกกลุ่มในหอผู้ป่วย โดยจัดพิมพ์เป็นแผนการนิเทศเข้าแฟ้ม และแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 3 1) ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มทำการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการผู้ป่วย และการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมีสถานการณ์จำลองที่ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มโรค 2) ผู้วิจัยทำการสอนงาน/ให้ความรู้/การสาธิตหรือฝึกให้เกิดการปฏิบัติ ทำการแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) ให้กลุ่มร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ระยะเวลาในแต่ละกลุ่มไม่เกิน 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและพยาบาลผู้รับการนิเทศร่วมกันประเมินผลกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ และการทำ post test แบบประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยใช้ระยะเวลาในทุกกิจกรรมไม่เกิน 30 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบบสอบถามมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

จำนวน 7 ข้อ

2. แบบสอบถามประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด^{3,11} ประกอบด้วยสมรรถนะเฉพาะ 9 ด้าน จำนวน 29 ข้อ

แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 คือ ระดับต่ำที่สุด ถึง คะแนน 5 คือ ระดับสูงมาก การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึง สมรรถนะในการพยาบาลทารกแรกเกิดอยู่ในระดับสูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49 อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 อยู่ในระดับต่ำมาก ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 และการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662087 รับรอง ณ วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2566 วันหมดอายุ วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2567 และผ่านการรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เลขที่ DUCPH 2566–3 รับรองวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 วันหมดอายุ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ยังได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่เป็นสถานที่ศึกษา ในวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ข้อมูลจะได้รับการปกปิดและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในบทบาทผู้สังเกตด้วยตนเอง โดยนัดหมายพยาบาลผู้รับการนิเทศตามวันและเวลาที่สะดวกในการทำกิจกรรม สถานที่ในการทำกิจกรรมเป็นห้องประชุมหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการนิเทศเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนแบบสอบถามประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อย การแจกแจงไม่ปกติ และการวัดผล 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิงทุกคน อายุเฉลี่ย 30.33 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.6 ระดับการศึกษาสูงสุดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ เฉลี่ย 8.22 ปี ส่วนใหญ่ 8–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤตเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่ 3–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต/เวชปฏิบัติทารกแรกเกิดวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 55.6 ตำแหน่งการปฏิบัติงานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 44.4

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม รายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ในภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในรายด้านทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง จากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 0.56) เป็นระดับสูง ($\bar{X} =$

4.06, S.D. = 0.60) โดยสมรรถนะด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการบริหารยา ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.44) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$ = 3.67, S.D. = 0.68) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำ ($\bar{X}$ = 3.47, S.D. = 0.56) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำ ($\bar{X}$ = 4.39, S.D. = 0.63)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก รายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed rank test พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิดหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Z = 2.810, p = 0.005) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก รายด้านและโดยรวม (N = 9)

สมรรถนะที่ประเมิน	คะแนนสมรรถนะ				Z	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านความรู้ความสามารถที่ทันสมัยในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดเฉพาะโรค	3.00	0.50	4.00	0.54	-2.807	0.005*
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดและหัตถการสำคัญ	2.91	0.35	3.80	0.40	-2.754	0.006*
3. ด้านการพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ	2.89	0.60	3.67	0.68	-2.598	0.009*
4. ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและป้องกันการติดเชื้อ	3.33	0.50	4.33	0.50	-3.000	0.003*
5. ด้านการให้สารน้ำและสารอาหารแก่ทารกแรกเกิด	3.25	0.72	4.18	0.81	-2.810	0.005*
6. ด้านการบริหารยา	2.85	0.44	3.81	0.44	-2.807	0.005*
7. ด้านการวางแผนจำหน่าย	3.36	0.51	4.36	0.51	-3.000	0.003*
8. ด้านความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ	3.11	0.92	4.03	0.96	-2.810	0.005*
9. ด้านความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำ	3.47	0.56	4.39	0.63	-2.762	0.006*
ระดับสมรรถนะโดยรวม	3.13	0.56	4.06	0.60	-2.810	0.005*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Based on negative rank

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกที่มีกิจกรรมครอบคลุมตามแนวคิดของพรอกเตอร์ทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรม ระยะเวลา และแผนการนิเทศเป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ การสอนแนะ และการประชุมปรึกษากลุ่มย่อย โดยผู้นิเทศเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้ที่มี

ความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่ากรณีศึกษาเป็นการดำเนินการโดยผู้มีประสบการณ์¹² ผู้นิเทศต้องคอยให้กำลังใจ ส่งเสริมสนับสนุนในการแก้ปัญหา กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน¹³ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤตมีอายุระหว่าง 31–40 ปี อายุเฉลี่ย 30.33 ปี เป็นวัยใกล้เคียงกัน และประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในระยะใกล้เคียงกัน ทำให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่อยู่ในระดับผู้ชำนาญ (Proficient) ตามการแบ่งระดับของ Benner⁴ เป็นผู้ที่มีความสามารถในการมองสถานการณ์และเข้าใจปัญหา สามารถอภิปรายปัญหาของผู้ป่วยโดยดึงเอาสถานการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหามาใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น แต่จะพบวาระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤตส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี เฉลี่ย 4 ปี เนื่องจากเป็นหน่วยงานเปิดให้บริการใหม่ มีการรับย้ายพยาบาลจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งรับย้ายมาจากโรงพยาบาลอื่นที่บริหารการดูแลผู้ป่วยต่างกัน และรับพยาบาลจบใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด เข้ามาทดแทนกรณีย้ายและลาออก ดังนั้นการมีสมรรถนะเฉพาะในการพยาบาลทารกแรกเกิดต้องมีการสั่งสมประสบการณ์และการพัฒนาทักษะเฉพาะ ซึ่งเป็นสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งงาน (Specific functional competency) เป็นคุณลักษณะหรือความสามารถเฉพาะตำแหน่งในกลุ่มงานนั้น ๆ¹⁴ ในการเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกได้มีกิจกรรมการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยโดยแต่ละกลุ่มได้แบ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางมาแล้ว คละกับพยาบาลใหม่ที่ประสบการณ์น้อยและยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับการนิเทศโดยการประชุมกลุ่มย่อย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 3 คน มอบหมายให้เขียนแผนการนิเทศในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดเฉพาะโรคในกลุ่มโรคสำคัญในหอผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้แสดงความคิดเห็นและเลือกกลุ่มโรคสำคัญเอง เขียนตามแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยกำหนดให้ภายใต้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัย แล้วนำมานำเสนอเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน และมีการจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น การประเมินผู้ป่วย มีการวิเคราะห์

ปัญหาและความต้องการผู้ป่วย และการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด การได้ฝึกทักษะเป็นกลุ่มจากการจำลองสถานการณ์ ทำให้สมาชิกในกลุ่มที่มีประสบการณ์แตกต่างกันได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็นร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้นิเทศได้ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.68) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดและหัตถการสำคัญ ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.40) และด้านการบริหารยา ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.44) ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้เป็นความรู้และทักษะเฉพาะในการพยาบาลทารกแรกเกิด ที่ต้องได้รับฝึกปฏิบัติจริงและฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ กิจกรรมในโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเป็นเพียงการจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจทางคลินิก ทักษะบางอย่างยังไม่ได้ลงสู่การปฏิบัติจริง จึงทำให้พยาบาลยังขาดความมั่นใจในทักษะด้านนั้น ๆ ดังนั้นจึงควรมีการการนิเทศ กำกับ ติดตามอย่างใกล้ชิดและสร้างบรรยากาศที่ดีในการนิเทศ ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญ โดยมีกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นร่วมกันจะส่งผลให้ผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น¹⁵

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยเรื่องนี้ เป็นการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป เป็นการศึกษาในประชากร ในพื้นที่เฉพาะ ไม่สามารถนำไปอ้างอิงในระดับกว้าง ผลการวิจัยที่ได้จึงมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะในพื้นที่ที่ทำการศึกษาเท่านั้น การจะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นควรอยู่ภายใต้บริบทการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้นิเทศสามารถนำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารก

แรกเกิด ไปประยุกต์ใช้ในการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาล ผู้ป่วยด้านอื่น ๆ ได้ เพื่อช่วยให้พยาบาลผู้รับการนิเทศได้พัฒนาสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ มีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ

2. ผู้บริหารสามารถใช้โปรแกรมการนิเทศเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หรือนำไปพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกแรกเกิดในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

3. ผู้บริหารควรสนับสนุนและส่งเสริมการนิเทศทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพและเพิ่มคุณภาพการบริการได้มาตรฐาน นำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
2. ศิริวรรณ ตันนุกูล, วลัยนารี พรหมลา. การรับรู้ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี. ว. บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2560;8(2.1):439-445.
3. สิริรัตน์ ฟองจันทร์. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
4. Benner P. From novice to expert: Excellent and power in clinical nursing practice. Menlo Park 1984;84(1480):10-97.
5. รัชนิวรรณ กุตระกุล, พิชญ์พันธุ์ จันทระ, พัชรียัม คุ้ม, สุรีย์พร กุมภาคา, รัชนี นามจันทร์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. ว. พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562;30(2):193-209.
6. รุ่งทิพย์ สวัสดิ์, สุทธิพร มูลศาสตร์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 2. ว. พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(2):197-210.
7. จีรวรรณ ศิริมนตรี, วรรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิกการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2564;24(2):1-12.
8. Page S, Wosket V. Supervising the counsellor. A cyclical model. London: Routledge; 2001.
9. Alexander G. Behavioral coaching-the GROW model. In: Passmore J, editors. Excellence in

โดยพัฒนาโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องตามความต้องการของผู้รับการนิเทศ ตามบริบทขององค์กร

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลแต่ละสาขาและพยาบาลจบใหม่ ให้มีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤต ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ อนุมัติสนับสนุนให้ทำการวิจัย และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

coaching: the industry guide. Philadelphia: Kogan; 2010. p. 84–93.

10. Proctor B. Training for the Supervision Alliance Attitude, Skill and Intention. In Fundamental Themes in Clinical Supervision Cutcliffe JR, Butterworth T, and Proctor B, editors. London: Routledge; 2001. p 25–46.
11. วิมลรัตน์ เชาวินัย. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560.
12. ยุวดี เกตสัมพันธ์. การนิเทศทางการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/download_files/2_72_1.pdf
13. สุพิศ กิตติรัชดา, วารี วณิชปัญญาพล. การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพ การนิเทศการพยาบาล: Nursing supervision. กรุงเทพฯ: สยามเจริญพานิชย์; 2551.
14. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพฯ: พี.อี. ลีฟวิ่ง; 2548.
15. เบ็ญจพร ไพบูลย์พลาชัย. ผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร

ปาริชาติ ขุนศรี พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2566 จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบแผนการประเมินอาการทางจิต (BPRS) 2) แบบประเมินความสามารถโดยรวม และ 3) การดูแลตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยใช้แผนการดูแลเป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ มีผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (dependent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ค่าเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยการประเมินความสามารถโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โปรแกรมการดูแลตามแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น คะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน อาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบอาการทางจิตหรือลดความรุนแรงอาการทางจิต

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายากซับซ้อน พยาบาลควรมีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์วางแผนกิจกรรมทางการพยาบาล และประเมินผลอย่างรอบด้านและเหมาะสมเพื่อประเมินความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตและลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อาการทางจิต ความสามารถโดยรวม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 11 มีนาคม 2567 แก้ไขบทความ: 13 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 26 เมษายน 2567

The Effect of Case Management of Psychiatric Drug Patients at High Risk of Violence (SMI-V) at Jaisawang Ward in Sakon Nakhon Hospital

Parichat Khunsri M.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design aimed to study the outcome of case management for psychiatric drug addict patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V) admitted to the Jaisawang ward Sakon Nakhon hospital. Thirty-three patients were diagnosed as SMI-V drug psychiatric patients from October 2023 to December 2023. The research tools consisted of 1) Psychiatric symptom assessment scale (BPRS) 2) Overall ability assessment form (GAF) and 3) care according to the concept of case management using a care plan. It is a system of organizing patient care to meet their needs. There is a person responsible for the care system who is the patient care manager. Data were analyzed using the statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test.

The result showed that after receiving the care program based on the case management concept for patient care, the mean psychiatric symptom score (BPRS) was significantly lower than that before receiving the care program ($p < 0.001$) while the mean overall ability assessment was significantly higher than that before receiving the care program ($p < 0.001$). The care program based on the concept of case management could help SMI-V psychiatric drug patients to have a better overall ability level, BPRS score of less than 36 points, improved mental symptoms score and reduce the recurrence of psychotic symptoms or reduce the severity of mental symptoms.

SMI-V psychiatric drug patients are considered patients with complex problems. Therefore, nurses should collect data, analyze and plan for nursing activities and evaluate in a comprehensive and appropriate manner to assess risks. The goal is to keep patients be safe from mental illness and decrease the risk of causing violence to themselves and others.

Keywords: Case management, Psychiatric drug addict patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), Mental illness, Overall ability

* Registered Nurse, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Sakon Nakhon Hospital
Received: March 11, 2024 / Revised: April 13, 2024 / Accepted: April 26, 2024

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) จำนวน 1 ราย² จากรายงานของกรมสุขภาพจิต¹ ปี 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V เข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2563 จำนวน 27,518 ราย ผู้ก่อความรุนแรงประมาณร้อยละ 3 ที่มีการวินิจฉัยโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นปี 2563 พบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 1,463 ราย และในปี 2564 พบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V จำนวน 2,783 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 และในปี 2565 พบจำนวน 3,527 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.7 และพบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง 4 อันดับโรค ได้แก่ 1) โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2) โรคจิตเวชอื่น ๆ 3) โรคจิตเภท และ 4) โรคจิตเวชยาเสพติด¹

หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) คือ มีอาการคลุ้มคลั่งก้าวร้าว อะละเวลาด ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เกินความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ สถิติผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564–2565 จำนวน

362 ราย และ 423 ราย ตามลำดับ รวม 785 ราย² การแบ่งประเภทผู้ป่วย SMI-V¹ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง ดังนี้ SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีจำนวน 18 ราย SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 753 ราย SMI-V 3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย จำนวน 13 ราย และ SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) จำนวน 1 ราย² จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้นและมีความเสี่ยงก่อความรุนแรง มีอาการทางจิตที่เด่นชัดคือ พุดคนเดียว อะละเวลาด หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัวและทำลายทรัพย์สินมากขึ้น

เหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นสร้างความหวาดกลัวให้กับคนในครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวช ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สารเสพติดและการปฏิเสธการเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่เป็นปัญหาคือ มีการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การบำบัดรักษามีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีความชุกของ comorbidity สูง และมีผลกระทบต่อการดำเนินโรค ส่งผลให้การรักษาสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเวชยากมากขึ้น เกิดการไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-compliance) ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการเสพติดซ้ำและการป่วยด้วยโรคทางจิตที่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่อง หากครอบครัวมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ติดยาและสารเสพติดไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในวางแผนการดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจใน

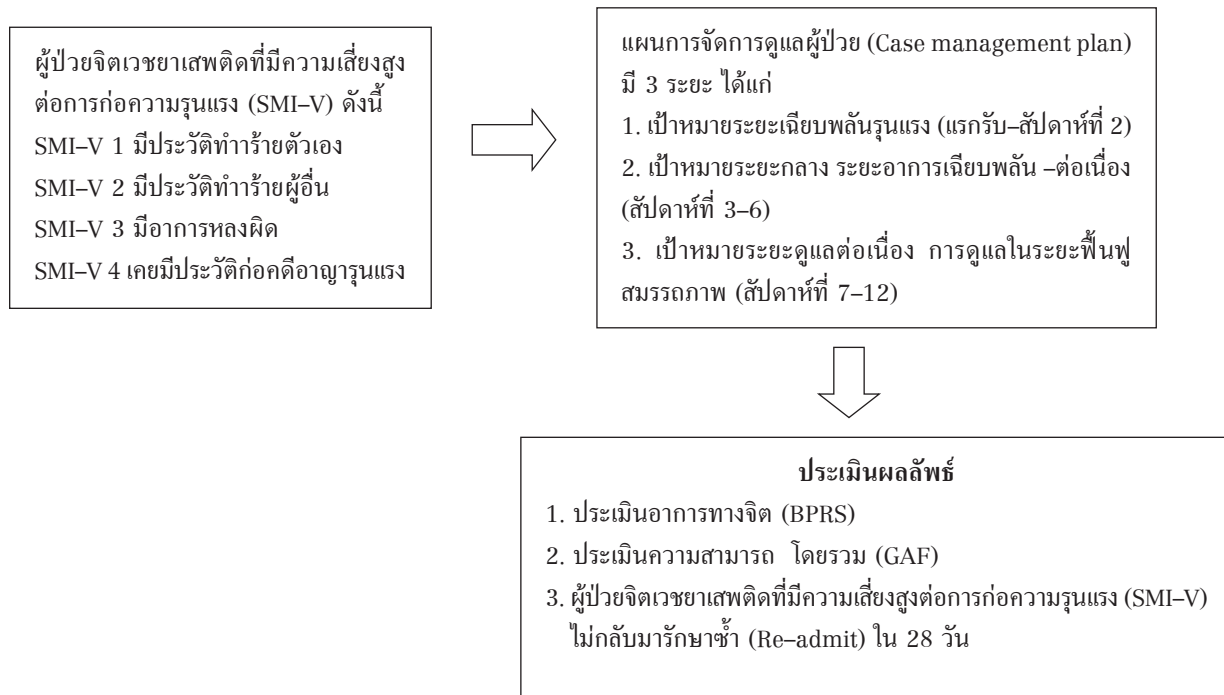
ลักษณะของโรคสมองตื้อยา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง การดูแลต่อเนื่องรวมทั้งการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴

หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงขึ้น มีอาการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น ซึ่งแนวทางการปฏิบัติเดิมคือเริ่มตั้งแต่แรกรับและขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กิจกรรมการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย Care, Communication, Continuity, Team, Human Resource Development, Environment & Equipment and Record (C3THEER) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการมอบหมายให้หัวหน้าเวรแบ่งทีมการพยาบาลเพื่อการดูแลที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ค้นหาความเสี่ยงทางการพยาบาล และนำเข้าร่วมทบทวนกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยใจสว่าง เกษักร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว ญาติผู้ดูแล และชุมชน มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลัก Diagnosis, Medicine, Environment, Treatment, Health, Outpatient and Diet (D-METHOD) เตรียมชุมชนและพื้นที่ก่อนจะจำหน่าย โดยการประสานนักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน ดำรวจ และครอบครัว กรณีที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา พยาบาลหอผู้ป่วยใจสว่างร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ออกติดตามเยี่ยมบ้านก่อนที่จะจำหน่าย ประเมินครอบครัว ชุมชน ในการพร้อมรับผู้ป่วยกลับ ปัญหาที่พบคือ กระบวนการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (C3THER) ยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงได้ทุกราย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในหอผู้ป่วยใจสว่างแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ยังไม่จบเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมาก พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดเวลา สังเกตประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด เป็นผู้ประสานกระบวนการดูแลรักษาให้มีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management model) ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนร่วมกับการบำบัดเชิงรุกในชุมชน^{5,6} ผลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยครั้งแรกและมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก⁷ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เข้ารักษาซ้ำในหอผู้ป่วย⁸ ผลพบว่า มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมากขึ้น เพราะเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุกระยะของการเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนให้มีคุณภาพ ช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนการดูแลติดตามประเมินผล มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้⁹ ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Case management plan) เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ มีผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแล เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติาร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะมีส่วนรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมาย และประเมินผล ผลจากการใช้การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณีตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลันต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร่วมกับการนำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เกิดอิสรภาพทางการพยาบาล (Nursing autonomy) เพื่อผลลัพธ์อันเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ¹⁰

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใจสว่าง ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใจสว่าง จึงกำหนดขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ดังนี้ 1) ประชุมคณะทำงานในหอผู้ป่วยใจสว่างเพื่อทบทวนข้อมูลและหาแนวทางการดูแลในระยะวิกฤตแรกเริ่ม และแนวทางการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) ใช้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) และนำระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Nurse case manager) และ 3) นำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีตามแนวทางการจัดการรายกรณีตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยไว้ 3 ระยะ ได้แก่ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลัง การใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย

และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case management plan) ไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังภาพที่ 1

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใจสว่างระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจิตเวช เพศชาย อายุ 18–60 ปี ระหว่าง ตุลาคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 33 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชสาเหตุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ดังนี้

1.1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

1.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน

1.3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้าย ผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

1.4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

1.5 มีประวัติกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ภายใน 28 วัน

1.6 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทายา

2. ผู้ป่วยและญาติ สมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

3. ได้รับการประเมินอาการทางจิต (BPRS) ก่อนเข้าร่วม ค่าคะแนนมากกว่า 36 คะแนน

เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว เห็นภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. ผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายหรือย้ายหอผู้ป่วย ขณะทำการรักษา

3. ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดตาม Central limit theorem คือ จำนวน 30 คน^{11,12} และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ

กลุ่มตัวอย่าง โดย ลักษณะแบบ

1.1 บันทึกเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อมูล ด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้สูงสุดของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric rating scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิต ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ฮอลและกอร์แฮม¹³ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้ออาการด้านบวก 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า มีระดับการวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 – 126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19 – 36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) เท่ากับ 0.62 – 0.87 แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ประเมินก่อน-หลังการทดลอง โดยคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาคะแนนมากกว่า 36 คะแนน และคะแนนหลังการรักษาจะน้อยกว่า 36 คะแนน

1.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global assessment of function (GAF) scale) จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต¹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 เป็นการประเมินโดยถือว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อมมีระดับคะแนน 0 – 100 คะแนน (เรียงลำดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการ

ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จนถึง 91 – 100 คะแนน หมายถึงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม)

ทำการประเมิน GAF scale ก่อน-หลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนและหลังที่ได้รับการจัดการรายการณี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายการณี (Case management) ผู้ป่วยจิตเวชเสียดัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การระบุปัญหา 4) การวางแผนให้การดูแล 5) การดำเนินตามแผน 6) การติดตามประเมินผล

2.2 แผนการดูแล (Case management plan) เป็นเครื่องมือของพยาบาลผู้จัดการที่จะดูแล ผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแลและการดำเนินตามแผน การคาดหมายในผลลัพธ์และองค์ประกอบอื่นๆ ภายใต้ความร่วมมือในการปฏิบัติการโดยพยาบาล ซึ่งระบุระยะเวลา เป้าหมาย และผลลัพธ์ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมาย การดูแลไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น ระยะกลางและระยะการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามกระบวนการดำเนินการและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 13 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการป่วยซ้ำหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเสียดัด โดยผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายการณี Case management) 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย ระยะแรกเริ่มขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินอาการทางจิต (BPRS) โดยคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาจะมากกว่า 36 คะแนน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาตามปกติ

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิต (BPRS) มากกว่า 36 คะแนน

ตามเกณฑ์การคัดเข้า ประวัติเวชระเบียน ชักประวัติผู้ป่วยจากครอบครัว ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิต-วิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายการณี พยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวช เกษศกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว ญาติผู้ดูแลและชุมชน เข้าร่วมประเมินปัญหา ซึ่งผลการประเมินปัญหาจากทีมสามารถรวบรวมและนำมากำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 2-6 ขั้นตอนการระบุปัญหา ผู้วิจัยได้มีประชุมทีมสหสาขา เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันระบุปัญหาอย่างครอบคลุมทั้งในระยะแรกเริ่มถึงสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นระยะวิกฤตจากอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด ระยะกลาง สัปดาห์ที่ 3-6 เป็นการดูแลในอาการทางจิตเริ่มสงบเริ่มมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาพร้อมกับทีมสหสาขา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นระยะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 7-12 ขั้นตอนการวางแผนให้การดูแล ผู้วิจัยร่วมกันกำหนดแผนการดูแล กับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่นๆ ร่วมวางแผนการดูแลในระยะต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case management plan) โดยมีเป้าหมาย 3 ระยะ ดังนี้

1. เป้าหมายระยะเฉียบพลันรุนแรง (แรกเริ่ม-สัปดาห์ที่ 2) ในระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด อาการก้าวร้าว ประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนจะทำร้าย หูแว่ว อารมณ์แสดงออกไม่เหมาะสม นอกจากนี้ พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการด้าน Positive symptom อารมณ์การรับรู้/พฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มความเครียดสูง (High alert drugs) เช่น Haloperidol หรือ Diazepam (valium) เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรงและให้ผู้ป่วยสงบร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ดังนั้น เป้าหมายเร่งด่วนของการวางแผนพยาบาลระยะนี้คือ การลดความ

รุนแรงของอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ร่วมกับการป้องกันความรุนแรงของอาการทางจิตเวช อาการเมา และอาการขาดสารเสพติด และการป้องกันอันตรายจากการได้รับยาที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่เกิดความเสียหาย ต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด

2. เป้าหมายระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน–ต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 3–6) ระยะกลาง ช่วงสัปดาห์ที่ 3–6 เป็นระยะที่อาการทางจิตเริ่มสงบรวมทั้งอาการจากภาวะถอนยาหรือหยุดใช้สารเสพติดจะลดลง ผู้ป่วยจะเริ่มสามารถควบคุมอาการทางจิต ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ การพยาบาลระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญ แต่มีความเร่งด่วนรองลงมา และต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การพักผ่อน ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เมื่อหยุดการใช้ยาเสพติดและร่างกายขับสารเสพติดออกได้หมด ทำให้เกิดอาการสะท้อนกลับจากการที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับมากกว่าวันละ 12 ชั่วโมงในช่วง 2–3 วันแรก ประเภทยาได้รับการรักษาเพื่อการรักษาซึ่งเป็นกลุ่มรักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้หงุดหงิด ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาในกลุ่มนี้ ปัญหาด้านสุขอนามัยของ ร่างกายและสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ที่ใช้สารเสพติดมักไม่สนใจดูแลตัวเอง และจากฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนที่ทำให้การหลั่งน้ำลายลดลง และอาจเป็นปัญหาต่อเนื่องจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัดที่มีผลในการกด ประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกตัวลดลงจนกระทบความสามารถในการดูแลตนเอง และกระทบต่อความอยากอาหาร เป้าหมายการพยาบาล คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดีของช่องปาก การป้องกันไม่ให้ อาการข้างเคียงของยาต่อการกดประสาทส่วนกลางมีมากเกินไป ตลอดจนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากมีอารมณ์เศร้า มีความท้อแท้ มีความวิตกกังวล มีความเครียดในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะการไม่สามารถยอมรับปัญหาของตนเอง จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางจิตบำบัด และในช่วงแรกของการหยุดสารเสพติดใหม่ๆ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการอยากได้สารเสพติดสูงมาก ทำให้มีความกังวลเพราะเกรงว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีอารมณ์หงุดหงิด และถูกกระตุ้นได้ง่ายโดยเป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้คือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วย

ปลอดภัยและลดอาการทุกข์ทรมานจากภาวะขาดยา (Withdrawal symptom) 2) เพื่อให้ได้รับความต้องการพื้นฐานได้แก่ การพักผ่อน ภาวะสุขอนามัยของร่างกาย 3) ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช ได้แก่ อาการ EPS และอาการข้างเคียงอื่นๆ ของยาทางจิตเวช และ 4) ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. เป้าหมายระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (สัปดาห์ที่ 7–12) เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันและระยะที่มีอาการขาดยาได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธิ พุดคุยได้มากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการรักษา และมีความวิตกกังวลลดลง ขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญ คือ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการบำบัดด้านพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป้าหมายการดูแลระยะนี้เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้ 1) มีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถรักษาตนเองจากภาวะโรคซ้ำได้อย่างต่อเนื่อง 2) สามารถจัดการกับปัญหาความเครียด อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการติดยาและสารเสพติด 3) มีความรู้เรื่องป้องกันการเสพติดซ้ำ ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 4) มีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัดของครอบครัว เพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 สัปดาห์ที่ 7–12 ขั้นตอนการดำเนินตามแผน ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามแผนที่จัดทำไว้ภายใต้ความร่วมมือของสหสาขา ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิต (BPRS) หลังรับการรักษาก่อนจำหน่ายโดยคะแนนหลังรับการรักษาคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ผู้วิจัยในบทบาทผู้จัดการรายกรณีได้จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันในการที่จะร่วมกันช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล ภายหลังการ

จำหน่าย ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อติดตาม หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก ยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยทำกลุ่มสุขภาพจิต ศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรับประทาน ยา และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเพื่อพัฒนาการ แสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ปิดเคส และสิ้นสุดการจัดการรายกรณีและการวิจัย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสกลนครเลขที่โครงการวิจัย SKNHREC No. 032/2566 โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแล ในครอบครัวจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิของ กลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อ ยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ผู้ป่วยยัง ไม่สามารถลงชื่อยินยอมการวิจัยได้ จะดำเนินการให้ผู้ป่วย ลงชื่ออีกครั้งเมื่อผู้ป่วยพร้อม มีการปกปิดข้อมูล ไม่มีความ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและอันตรายต่อร่างกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่และร้อยละ การประเมิน อาการทางจิต (BPRS) และการประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับ การจัดการรายกรณี ด้วยสถิติ Dependent t-test กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 33 คน ได้รับโปรแกรมการดูแลตามแนวทางการ

จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ผู้ป่วย จิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อย่างเป็นระบบมีขั้นตอนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ค่าเฉลี่ยประเมิน อาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ จัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่าง มีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ติดตามหลังจำหน่ายใน สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์และสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่กลับ มารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 วัน แจกแจงข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วย ก่อน – หลัง และ เปรียบเทียบความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย ตลอดจนสรุป ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 และสิ้นสุด โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ตาม ลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 อายุ 30–39 ปี และ อายุ 40–49 ปี ร้อยละ 30.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 84.9 ว่างานและไม่มีรายได้ ร้อยละ 45.5 สถานภาพ โสด ร้อยละ 63.6 ใช้สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 60.6 มีผู้ดูแล ร้อยละ 93.9 มีที่อยู่อาศัย ร้อยละ 93.9 ระยะเวลาการป่วย 1–5 ปี ร้อยละ 57.6 สาเหตุจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับใช้สารเสพติด ร้อยละ 45.5 และประเภทยุติกรรม รุนแรง SMIV 2 ร้อยละ 78.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	100
อายุ (ปี)		
15–19	3	9.1
20–29	6	18.2
30–39	10	30.3
40–49	10	30.3
50–59	4	12.1
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	12.1
มัธยมศึกษา	28	84.9
อาชีวศึกษา	1	3.0
สถานะภาพ		
โสด	21	63.6
สมรส	6	18.2
หย่าร้าง	5	15.2
หม้าย	1	3.0
อาชีพ		
รับจ้าง	7	21.2
เกษตรกร	11	33.3
ว่างงาน	15	45.5
รายได้		
ไม่มีรายได้	15	45.5
รายได้ไม่แน่นอน	7	21.2
รายได้เฉลี่ย 3,000–5,000 บาท/เดือน	11	33.3
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	2	6.1
ผู้พิการ	20	60.6
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	11	33.3
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	31	93.9
ไม่มีผู้ดูแล	2	6.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
มีที่อยู่อาศัย	31	93.9
ไม่มีที่อยู่อาศัย	1	3.1
อาศัยอยู่กับคนอื่นเช่น นายจ้าง	1	3.1
ระยะเวลาการป่วยทางจิตเวช		
1-5 ปี	19	57.6
6-10 ปี	10	30.3
มากกว่า10 ปี	4	12.1
สาเหตุพฤติกรรมรุนแรง		
ขาดยา /รักษาไม่ต่อเนื่อง	10	30.3
ใช้สุรา สารเสพติด	5	15.1
อาการกำเริบซ้ำ	3	9.1
ขาดยา และใช้สารเสพติด	15	45.5
ประเภทพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V)		
SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเอง	5	15.1
SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่น	26	78.7
SMI-V 3 มีอาการหลงผิด	1	3.1
SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง	1	3.1

2. อาการทางจิต (Brief Psychiatric rating scale: BPRS) มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบว่า อาการทางจิตลดลง ไม่มีอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

ผลประเมินอาการทางจิต หลังได้รับการดูแลตาม < 0.001) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 33)

อาการทางจิต (BPRS)	Mean	S.D.	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	55.3	7.68	-29.85	32	< 0.001
หลังการทดลอง	24.0	2.62			

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความสามารถโดยรวม (Global assessment of function (GAF) scale) ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลการประเมินความสามารถโดยรวมหลังได้รับการ รุนแรง (เฉลี่ย = 80.9, S.D. = 4.6) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($t = 27.43$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 33$)

ความสามารถโดยรวม	Mean	S.D.	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	48.15	5.09	27.43	32	< 0.001
หลังการทดลอง	80.9	4.6			

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 วัน

ผลการดูแลตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบว่า หลังได้รับแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่า ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 33$)

	กลับมารักษาซ้ำ	ไม่กลับมารักษาซ้ำ	รวม	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	0 (0.00%)	33 (100%)	33 (100%)	1	< 0.001
หลังการทดลอง	0 (0.00%)	33 (100%)	33 (100%)		

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลตามแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น คะแนน BPRS น้อยกว่าน้อยกว่า 36 คะแนน อาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบอาการทางจิตหรือ ลดความรุนแรงอาการทางจิต และจากการติดตามหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 พบว่า ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ใน 28 วัน นอกจากนั้นการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) การประสานความร่วมมือในการดูแล และแนวทางการดูแลทางคลินิกในการขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีเกิดขึ้นได้ เนื่องจากองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเอกสารกำกับ การดำเนินการ ทักษะของผู้จัดการรายกรณีในการบริหาร

การปฏิบัติ การสนับสนุนการทำหน้าที่ร่วมกัน¹⁵ การได้รับการสนับสนุนจากสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางบวกกับผู้ป่วย การเข้าถึงบริการกรณีปกติ กรณีฉุกเฉิน การได้รับสวัสดิการในชุมชน ชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูล ลดการป่วยซ้ำ รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว ส่วนในด้านการใช้สารเสพติด เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดพฤติกรรมที่รุนแรง จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนยังใช้สุรา บุหรี่ สารเสพติดเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลสูงอายุ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการระบาดของยาเสพติด จึงได้ประสานเครือข่ายทางสังคม^{16,17} เช่น ผู้นำชุมชน เครือข่ายการดูแลในชุมชน ดำรวจ ช่วยดูแล ตรวจตรา ป้อมปรามในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ป่วยซ้ำ ลดพฤติกรรมรุนแรง ชุมชนสงบสุข ดังนั้น จากการอภิปรายข้างต้น จะเห็นได้ว่าผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMI-V ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โดย

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบดูแล ร่วมกับการให้การดูแลโดยตรงที่เป็นการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช ผู้จัดการรายกรณีในการจัดการรายกรณีครั้งนี้ มีบทบาทเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ ที่ช่วยผู้ป่วยจิตเวชเสียดัด SMI-V ได้รับการตอบสนองปัญหาที่พบอย่างเหมาะสมในแต่ละรายบุคคล กำกับติดตามกระบวนการปฏิบัติตามแผนการดูแล การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชนที่เน้นความเป็นองค์รวมของบุคคลในการแก้ปัญหาทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลตามปัญหาของผู้ป่วยที่เผชิญอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาศักยภาพการมีสุขภาพที่ดี¹⁸ และยังพบว่าสัมพันธภาพในการบำบัดส่งผลให้เกิดความเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเชิงบวกต่อผู้จัดการรายกรณี จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่จะพัฒนาตนเอง¹⁹ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับอาการทางจิต²⁰ สำหรับการประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ เกิดความเชื่อมโยงกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอลิซาเบท บรอมลีย์²¹ ที่พบว่า การประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นช่วยให้ทีมสหวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกันและกัน ทำให้พบปัญหาการป่วยซ้ำ มีการบันทึกเป็นเอกสารที่ชัดเจน และมีการติดตามความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ร่วมกันเพื่อนำมาแก้ไขซ้ำจนเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีแนวทางการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามแนวทางจากทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ไม่เกิดการดูแลซ้ำซ้อน และลดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย²¹ มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร่วมกับการนำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข ปัญหา บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุดและ

สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เกิดอิสรภาพทางการพยาบาล (Nursing autonomy) เพื่อผลลัพธ์อันเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. การดูแลผู้ป่วยภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องมีบทบาทที่สำคัญใน การสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเสียดัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นโปรแกรมระยะยาวและต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการการบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติด และคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้อาการแย่ลงได้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีโอกาสทำหน้าที่ในบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้นและนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน รุนแรง เน้นการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช พร้อมด้วยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใจสว่างทุกท่านที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ที่สำคัญขอขอบคุณผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
2. เวชระเบียน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร. สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564–2565 (ตุลาคม 2564–มิถุนายน 2565). สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2565.
3. บุรฉัตร จันทร์แดง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560
4. นิตยา ตากวิริยะนันท์. การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017;1(1):CD007906.
6. มีนุ ชรามมา, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. ลักษณะผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. ว. วิจัยสุขภาพ 2551;22(Suppl):29–32.
7. Hemarat K, Siengchokyo P, Khunarak U, Panasuna N. Effects of case management in schizophrenic patients on medication compliance and relapse. The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2012;26(2):62–73.
8. Sreewisan J, Chaichumni N. Effects of case management on length of stay, health care cost service satisfaction of patients and relative and relapsed rate of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2005;19(1):48–59.
9. ปัญญาวรรณ ปรากฏผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1):112–21.
10. กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2):63–73.
11. นุชนิ เอี่ยมสะอาด, ปิณฑา ทวีเศษ, และ พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถ โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. ว. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2563;14(1):10–22.
12. วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทราร, และวีรพล อุณหผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการแกว่งแขน ต่อดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. ว. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561;5(2):5–18.
13. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 1962;10:799–812
14. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ โครงการอบรม แนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2544.
15. Laird E, Holcomb P. Elective Case Management: Key Elements and Practice from the Field Issue Brief [Internet]. 2011 [2017 Oct 12]. 1–13 Available from: <https://www.mathematica->

[mpr.com/-/media/publications/pdfs/labor/case management_brief.pdf](http://mpr.com/-/media/publications/pdfs/labor/case%20management_brief.pdf)

16. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหือง ที่ประสบปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้. ว. มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;3(1):24–36.
17. ณัฐพนธ์ บุตตะโยธี. กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม 2564;5(9):77–88.
18. Glettler E, Leen MG. The advanced practice nurse as case manager. *Journal of Case Management* 1996;5(3):121–6.
19. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 2000;42:241–7
20. Farrelly S, Brown G, Szmukler G, Rose D, Birchwood M, Marshall M, et al. Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research* 2014;220(1–2):585–91.
21. Bromley E. A collaborative approach to targeted treatment development for schizophrenia: a qualitative evaluation of the NIMH–MATRICS project. *Schizophrenia Bulletin* 2005;31(4):954–61.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

ดารา คำแหวน พย.ม.*

สมปรารถนา ดาผา ปร.ด. **

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลผู้สอนงาน จำนวน 7 คน และพยาบาลผู้รับการสอนงาน จำนวน 7 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ขั้นตอนดังนี้ 1) การวางแผนการดำเนินงาน ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการออกแบบและพัฒนารูปแบบการสอนงาน 2) การปฏิบัติตามแผน โดยการทดลองใช้รูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้น 3) การสังเกตกระบวนการสอนงาน และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติการสอนงาน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น มีค่า CVI เท่ากับ 0.97 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสอนงาน โดยสถิติ Wilcoxon signed rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) กระบวนการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร คือ PISE model ประกอบด้วย P-prepare of principle, I-in charge nurse and knowledge, S-skill และ E-evaluation และ 2) กระบวนการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร ตามรูปแบบ GROW model มี 6 กิจกรรมหลักของพยาบาลหัวหน้าเวร ได้แก่ 1) การรับและการส่งต่อเวร 2) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและการประเมินความเสี่ยง 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) บริหารอัตรากำลังและมอบหมายงานให้สมาชิกในทีม 5) การสำรวจเพื่อการนิเทศ ติดตาม ผลการปฏิบัติงาน และ 6) การลงบันทึกข้อมูลการให้บริการภายในเวรและการส่งต่อข้อมูล และพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.09) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการสอนงาน สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 12 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 26 เมษายน 2567

The Development of Coaching Model to Enhance In-charge Nurse Competency in Neonatal Intensive Unit 1, Khon Kaen Hospital

Dara Kumwaen M.S.N.*

Sompratthana Dapha Ph.D. **

Abstract

This action research aimed to develop the Coaching model to increase competency of in-charge nurses in neonatal intensive care unit 1, Khon Kaen hospital. The target group were 7 Coacher and 7 Coachee. This research was carried out from May to October, 2023. The research process consisted of 4 steps as follows: 1) Planning includes situation analysis, designing, and development of the Coaching model. 2) implementation of Coaching model 3) Observation of the coaching process and 4) Reflection or assessment of Coaching model. The tools for data collection were the in-charge nurse competency in neonatal intensive care unit 1, Khon Kaen hospital assessment form with the CVI of 0.97 and the reliability of 0.96. The performance comparison before and after implementation of coaching model was analyzed by the Wilcoxon signed rank test statistics. The qualitative data was analyzed by content analysis.

The study revealed that the developed coaching model to enhance competency of in-charge nurses in neonatal intensive care unit 1, Khon Kaen hospital consisted of 1) the system or process for coaching model of In-charge nurse was the PISE model, consisting of 4 components as follows. 1) P – Prepare of principle. 2) I – In-charge nurse and knowledge 3) S – Skill 4) E – Evaluation. And 2) coaching process for In-charge nurse. In the GROW model for 6 activities: 1) receiving and handing over shifts, 2) patient visit and risk assessment quick round) 3) nursing practice 4) managing manpower and assigning work 5) supervision and follow up after a performance and 6) recording service information and forwarding information. In addition, after the implementation of developed coaching model for in-charge nurse in neonatal intensive care unit 1, Khon Kaen hospital discovered that the in-charge nurse's competency score was high ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.09), the average competency score of in-charge nurse receiving coaching was statistically significant increased ($p = 0.008$).

Keyword: Development of Coaching Model, Competency of In-charge nurses, Neonatal intensive care unit

* Registered Nurse, Neonatal intensive care unit. Khon Kaen Hospital

** Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: February 19, 2024 / Revised: April 12, 2024 / Accepted: April 26, 2024

บทนำ

การปฏิบัติบทบาทผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ นอกจากพยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์แล้ว ยังต้องให้การพยาบาลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ โดยบทบาทหน้าที่ ขอบเขตของงานมีความแตกต่างกันในแต่ละตำแหน่งในองค์กรนั้น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรและผู้รับบริการ การปฏิบัติงานจะแบ่งเป็นช่วงเวลาเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกภายใต้การควบคุม กำกับการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร (In-charge Nurse)¹ ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้บริหารระดับต้น โดยขอบเขตงานของพยาบาลหัวหน้าเวร สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทด้านการบริหารจัดการและบทบาทด้านวิชาการ ดังนี้ 1) บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นบทบาทที่พยาบาลหัวหน้าเวรต้องให้การพยาบาลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพโดยใช้หลักความรู้และทักษะเพื่อผู้รับบริการได้รับการดูแลแบบองค์รวมปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2) บทบาทด้านการบริหารจัดการ พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้บริหารจัดการทั้งในส่วนของการบริหารอัตรากำลังคน เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในกระบวนการรักษาผู้ป่วย การจัดระบบงานต่าง ๆ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ การแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในเวรให้สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่นและปลอดภัยสูงสุด และ 3) บทบาทด้านวิชาการ เป็นบทบาทที่พยาบาลหัวหน้าเวรต้องใช้องค์ความรู้ในการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ สามารถสอน นิเทศ ช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคลากรในทีมปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยสูงสุด¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ที่ควรมีประกอบไปด้วย 1) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ คือ ความสามารถในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่จำเป็นในการเข้าถึงและจัดระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อให้บริการและบริหารงานในองค์กรได้อย่างเหมาะสม 2) สมรรถนะด้านคุณธรรมและ

จริยธรรม คือ มีความซื่อสัตย์สุจริตปฏิบัติหน้าที่ด้วยความถูกต้อง มีความยุติธรรม และเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการและสมาชิกในทีม ให้บริการโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ มีระเบียบวินัย ปฏิบัติงานตรงเวลา มีความรับผิดชอบในงานที่ถนัดมอบหมาย มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมเพื่อตัดสินใจคลี่คลายปัญหาในหน่วยงานได้ 3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ คือ ความสามารถในการโน้มน้าวบุคลากรในทีมเพื่อขอความร่วมมือในปฏิบัติงานร่วมกัน กล้าปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องสามารถเผชิญปัญหา ต่าง ๆ ด้วยความมั่นใจ มีความคิดเชิงระบบ มีเหตุผล มองภาพองค์รวม เพื่อนำสู่การตัดสินใจที่ดี 4) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล และความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ 5) สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ และ 6) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ คือ ความสามารถในการบริหารจัดการ ควบคุมกำกับติดตามการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีม ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย^{2,3,4}

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่นเปิดให้บริการทารกแรกเกิด-1 เดือน ที่มีอาการวิกฤตทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ต้องการการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน ปัจจุบันเปิดให้บริการได้ 10 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งระดับสมรรถนะตามแนวคิดของ Benner⁵ 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 0- 2 ปี ซึ่งปัจจุบันในหอผู้ป่วยมีพยาบาลที่อยู่ในระดับ Novice จำนวน 1 คน 2) ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance Beginner) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 3-4 ปี มีจำนวน 4 คน 3) ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 5-7 ปี มีจำนวน 2 คน 4) ระดับผู้คล่องงาน (Proficient) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 8-10 ปี มีจำนวน 4 คน และ 5) ระดับผู้ชำนาญ (Expert) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี มีจำนวน 8 คน รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย จากสถานการณ์ช่วงการระบาดของเชื้อโควิด 19 (Covid-19) ที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลขอนแก่นได้เปิดหน่วยบริการเพื่อรองรับการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 บุคลากรแต่ละหน่วยบริการถูกจัดสรรเพื่อไปช่วยปฏิบัติงาน

ยังหน่วยบริการต่าง ๆ ที่ผ่านมานโยบายของหอผู้ป่วยทารก ระยะเวลาวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ได้กำหนดให้พยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปจะเริ่มก้าวเข้าสู่ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร เนื่องจากได้เรียนรู้ผ่าน ประสบการณ์การปฏิบัติการดูแลทารกที่เจ็บป่วยในระยะ วิกฤตระยะหนึ่งแล้วซึ่งประสบการณ์ส่วนใหญ่จะเป็น ประสบการณ์ด้านการบริการทางคลินิก ส่วนด้านการบริหาร งานยังมีประสบการณ์น้อย และได้รับการเตรียมความพร้อม ก่อนที่จะปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร การ จัดอัตรากำลังพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยทารกแรก เกิดระยะวิกฤต 1 ใช้เป็นสัดส่วน 1:1.5⁶ เวย์ 7 คน เวย์ บ่าย 6 คน และเวรดึก 6 คน หนึ่งในทีมมีพยาบาลหัวหน้า เวย์ 1 คน มอบหมายงานแบบ Nursing total care โดยที่ พยาบาลหัวหน้าเวย์และเด็กจะต้องเป็นพยาบาลเจ้าของ ใช้ในเวรนั้นด้วย 1-2 ราย โดยช่วงเริ่มต้นหัวหน้าหอผู้ป่วย จะมอบหมายให้มีระบบพยาบาลพี่เลี้ยง โดยพยาบาลที่มี ประสบการณ์การ การปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้า เวย์มากกว่า เป็นผู้สอน สาธิตและนิเทศกำกับติดตามงาน ให้กับพยาบาลหัวหน้าเวย์ใหม่⁷ แต่รูปแบบหรือวิธีการที่ใช้ สอนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความถนัด และบุคลิก ของแต่ละคน การสอนจะเป็น on the job training ตาม บทบาทเดิมของพยาบาลหัวหน้าเวย์ที่ถูกกำหนดไว้ในแต่ละ เวย์ เช่น การเป็นผู้มอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละ เวย์ในแต่ละเวย์ การลงข้อมูลยอดผู้ป่วยใน Kardex การ ลงข้อมูลตัวชี้วัดในแต่ละเวย์ สรุปยอดคัดกรองภายในเวย์ เป็นต้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวย์ บางคนจะเกิดความเครียด กังวล โดยเฉพาะหัวหน้าเวย์ใหม่ เนื่องจากขาดความมั่นใจ และสับสนต่อรูปแบบ หรือวิธีการ สอนที่แตกต่างกันในแต่ละคน ในการที่จะนำมาบริหาร จัดการภายในเวย์ ทั้งในเรื่องการบริหารทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ การควบคุมคุณภาพการปฏิบัติ การพยาบาลของบุคลากรในทีม การป้องกันความเสี่ยง ให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในทีม ซึ่งความ เสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน 5 อันดับได้แก่ การเกิดท่อช่วย หายใจเลื่อนหลุด การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อ ช่วยหายใจ การเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับ การใส่สายสวนหลอดเลือด การเกิดความคลาดเคลื่อนทาง ยา (ระดับ E ขึ้นไป) การเกิดแผลกดทับจากการใช้ non-

invasive ventilator ซึ่งความเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ พยาบาล หัวหน้าเวย์มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามควบคุม กำกับกระบวนการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางหรือ มาตรฐานการดูแลในการป้องกันความเสี่ยงแต่ละเรื่องนี้ รวม ถึงมีบทบาทสำคัญในการรายงาน การจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำ มาพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น และนอกจากนี้ยังส่งผลต่อ กระบวนการทำงานล่าช้า สมาชิกในทีมขาดความเชื่อมั่น เกิดปัญหาในการควบคุมกำกับ นิเทศติดตามการปฏิบัติงาน

การสอนงานมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานแต่ละบทบาทอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะหากผู้สอนและผู้รับการสอนมีความพร้อมและมี เป้าหมายเดียวกันจะเกิดการเรียนรู้อย่างเข้าใจและจดจำได้ดี ยิ่งขึ้นองค์กรจะต้องมีแนวทางพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะและ เจตคติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการสอนงานเพื่อ เพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวย์ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ตามแนวคิด GROW model ของ อเล็กซานเดอร์⁹ เนื่องจากพยาบาลผู้รับการ สอนงานเป็นกลุ่มเจนเนอเรชันวาย ซึ่งมีอายุระหว่าง 24- 35 ปี คุณลักษณะที่มีความต้องการอิสระ มีความมั่นใจในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองสูง กล้าทำงาน กล้าแสดงความคิดเห็นต่างจากผู้อื่น ยอมรับคำชี้แนะจากผู้อื่น พร้อมเรียนรู้สิ่ง ใหม่ ให้มีความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม¹⁰ เพื่อพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลสู่ตำแหน่งการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวย์อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลต่อ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะ พยาบาลหัวหน้าเวย์ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของพยาบาล หัวหน้าเวย์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่ม สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวย์ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะ วิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart¹¹ เพื่อพัฒนารูป แบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวย์ของ

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนการดำเนินงาน (Planning) โดยการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการรูปแบบการสอนและร่วมกันออกแบบรูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร 2) การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ (Action) โดยการทดลองใช้รูปแบบการสอนงานตามแนวคิดการสอนงาน GROW model ของ อเล็กซานเดอร์⁹ โดยเริ่มจากผู้สอนงานและผู้รับการสอนงานร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (G: goal) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน (R: reality) การหาทางเลือกที่เป็นไปได้ (O: option) และมีการสรุปแล้วตัดสินใจ (W: wrap-up) 3) การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตกระบวนการสอนงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติตามแผนงาน และรูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้น และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร (Reflection)

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ศึกษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ และ จันทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 คน โดยในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย

พยาบาลผู้สอนงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 7 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 2) เคยปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี 3) ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตหรือสาขาการพยาบาลเวช

ปฏิบัติการทารกแรกเกิดมาแล้ว เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) พยาบาลวิชาชีพผู้สอนงานไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่น ลาศึกษาต่อ ลาคลอด โอนย้าย และลาออกในช่วงที่ทำการศึกษา

พยาบาลผู้รับการสอนงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 7 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรหรือมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 เกณฑ์ในการคัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับการสอนงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่น ลาศึกษาต่อ ลาคลอด โอนย้าย และลาออกในช่วงที่ทำการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผนการดำเนินงาน (Planning) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1.1 ระยะเตรียมการ เป็นการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ นำมาวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสพัฒนา สภาพปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบว่า 1) รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นแบบ on the job training โดยระบบพยาบาลพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา ซึ่งขณะฝึกทักษะการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร แต่รูปแบบการสอนงานของผู้สอนงานแต่ละคน ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผลลัพธ์ของผู้รับการสอนงานจึงมีความแตกต่างกัน เช่น ความเข้าใจในประเด็นหรือใจความสำคัญที่ต้องการจะสื่อสาร วิธีการดำเนินงาน การบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน 2) จุดเด่นของการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร คือการมีระบบพยาบาลพี่เลี้ยงจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริง

1.2 ระยะดำเนินการ เป็นระยะการออกแบบและ

พัฒนารูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาล หัวหน้าเวร โดยการประชุมระดมสมอง ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะเตรียมการ ให้กลุ่มร่วมคิดวิเคราะห์ และออกแบบรูปแบบการสอนงานที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยผู้วิจัยได้เสนอกระบวนการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร คือ กระบวนการ PISE model ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อม (Prepare of principle: P) สำหรับพยาบาลผู้สอนงานและผู้รับการสอนงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจหลักการ บทบาทหน้าที่ สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ.2566 เรื่องการเตรียมความพร้อมของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ร่วมกันออกแบบและจัดทำคู่มือการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร ทำข้อตกลงร่วมกันและมอบหมายผู้สอนแต่ละคนในประเด็นที่รับผิดชอบสอน 2) การสอนความรู้พื้นฐานที่สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านภาวะผู้นำ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ และด้านการบริหารจัดการ โดยพยาบาลผู้สอนงานได้ทำการสอนให้ความรู้ในประเด็นที่ได้รับมอบหมาย ผู้รับการสอนงานจะได้รับการสอนครบทุกด้านก่อนที่พยาบาลผู้รับการสอนงานจะทำการฝึกทักษะการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร (In-charge Nurse and knowledge: I) 3) การฝึกทักษะการปฏิบัติงาน (Skill : S) ในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร โดยใช้แนวคิดการสอนงานแบบ GROW model ผ่านกิจกรรมหลักของพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละเวร โดยเริ่มจากผู้สอนงานและผู้รับการสอนงานร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (G: goal) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน (R: reality) การหาทางเลือกที่เป็นไปได้ (O: option) และมีการสรุปแล้วตัดสินใจ (W: wrap-up) 4) การประเมินผล (Evaluation: E) การปฏิบัติการสอนงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร โดยการประเมินตามวัตถุประสงค์การสอนงานแต่ละเรื่อง

2. การปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นการทดลองใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรที่พัฒนาขึ้น คือ PISE model ผู้วิจัยทดลองใช้ในรอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1

เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 30 เดือน สิงหาคม 2566 เป็นการสอนงานตามแนวคิด GROW model ผ่าน 6 กิจกรรมหลักของพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 ได้แก่ 1) การร่วมรับฟังและการส่งต่อข้อมูลเหตุการณ์ภายในเวร 2) การตรวจเยี่ยมเพื่อค้นหาความต้องการและความเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมกับทีมหลังรับเวร (Quick round) 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 4) การบริหารจัดการอัตรากำลัง การมอบหมายงานให้สมาชิกในทีม การบริหาร วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งาน 5) การตรวจเยี่ยม นิเทศติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมและการค้นหาความเสี่ยงต่าง ๆ ก่อนส่งต่อเวร และ 6) การลงบันทึกข้อมูลการบริการของหน่วยงาน ผลการวิจัย

3. การสังเกต และประเมินผล (Observation)

เป็นการสังเกตพฤติกรรมการสอนงานผ่านกิจกรรมการสอนงานในบทบาทการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมอยู่ห่าง ๆ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นปัญหา อุปสรรคในการสอนงาน เพื่อปรับปรุงรูปแบบหรือกระบวนการสอนงานก่อนนำไปใช้ในวงรอบถัดไป ผู้สอนและผู้รับการสอนแต่ละคน ได้รับการสังเกตกระบวนการสอนในแต่ละกิจกรรมคนละ 3 ครั้ง โดยแบ่งเป็นเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก เวิร์ด 1 ครั้ง

4. การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการสอนงานหลังนำไปใช้รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น พบว่า 1) ภาระงานที่มีมากในบางเวร ไม่เอื้อต่อกิจกรรมการสอนงาน ในที่ประชุมเสนอให้มีการมอบหมายงานให้เหมาะสม โดยผู้รับการสอนงานต้องได้รับมอบหมายให้มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลที่อาการค่อนข้างคงที่ ไม่วิกฤต ซ้ำซ้อนมาก และกระบวนการสอนงานในรูปแบบ On the job training 2) พยาบาลผู้รับการสอนงานที่ยังไม่ได้ปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าเวรตัวจริงจะถูกมอบหมายให้ได้รับหน้าที่พิเศษอื่นร่วมด้วย ซึ่งหน้าที่บางอย่างอาจใช้เวลามากในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีเวลาในการเรียนรู้งานในบทบาทหัวหน้าเวรน้อยลง และผู้รับการสอน

งานเกิดความกังวล กลัวงานไม่เสร็จทันเวลา ในที่ประชุมเสนอให้ปรับการมอบหมายหน้าที่พิเศษในแต่ละเวรให้มีความเหมาะสม เช่น การไม่มอบหมายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวรใหม่เป็นผู้เตรียมนมสำหรับให้ทารกในแต่ละราย เนื่องจากต้องใช้เวลานานในกิจกรรมนี้ 3) เนื่องจากพยาบาลหัวหน้าเวรมีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1-2 รายด้วย จึงต้องมีเวลาในส่วนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และได้รับการพยาบาลที่รวดเร็ว ในที่ประชุมจึงเสนอให้ปรับกิจกรรมการ pre & post conference ให้อยู่ในรูปแบบของการ quick round ร่วมกับทีม เพื่อเป็นการวางแผนงาน ค้นหาความต้องการ ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่ต้องจัดการแก้ไข และเพื่อเป็นการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีม หลังจากนั้นได้มีการนำรูปแบบที่ปรับใหม่ไปปฏิบัติอีก ในระหว่างวันที่ 1 – 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการเป็นการประเมินผลรวบยอด (Summative evaluation) โดยทำการวิเคราะห์ห้วงภาพกระบวนการและผลการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ วิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยและอุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะและประเมินผลตามผลลัพธ์ที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และประสิทธิภาพในการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน หลักสูตร 4 เดือน (พยาบาลผู้สอนงาน)

1.2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 ประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ จำนวน 8 ข้อ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมจำนวน 11 ข้อ ด้านภาวะผู้นำ จำนวน 12 ข้อ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ จำนวน 2 ข้อ ด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการบริหารจัดการ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากการแสดงออกถึงสมรรถนะน้อยที่สุด คะแนน 1 น้อย คะแนน 2 ปานกลาง คะแนน 3 มาก คะแนน 4 และมากที่สุด คะแนน 5 การแปลผล

ระดับสมรรถนะใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยดังนี้¹²

คะแนน 4.50–5.00 หมายถึง สมรรถนะในระดับสูงที่สุด

คะแนน 3.50–4.49 หมายถึง สมรรถนะในระดับสูง

คะแนน 2.50–3.49 หมายถึง สมรรถนะในระดับปานกลาง

คะแนน 1.50–2.49 หมายถึง สมรรถนะในระดับต่ำ

คะแนน 1.00–1.49 หมายถึง สมรรถนะในระดับต่ำมาก

1.3 แบบบันทึกและการสังเกตพฤติกรรมการสอนงาน เป็นการสังเกตพฤติกรรมการสอนงานตามกิจกรรมการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 13 กิจกรรม โดยการใช้แนวคิด GROW model จำนวน 13 กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน โดยการกล่าวทักทาย สักทายนัยยะ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร 2) มีการกำหนดหัวข้อในการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร 3) พยาบาลผู้สอนงานให้พยาบาลผู้รับการสอนงานกำหนดเป้าหมายของประเด็นที่กำลังสอนงาน 4) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกิจกรรม morning talk ในช่วง 8.00 – 15.00 น.เพื่อรับฟังประเด็นที่สำคัญตามการมอบหมายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย 5) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกันรับ-ส่งเวรกับทีมแต่ละเวร 6) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกัน Quick round หลังรับเวร 7) พยาบาลผู้สอนงานมอบหมายงานให้พยาบาลผู้รับการสอนงาน 8) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันประเมินปัญหาหรือค้นหาความเสี่ยงในการปฏิบัติงานร่วมกัน 9) พยาบาลผู้สอนงาน

และพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกันกำหนดทางเลือก แล้วให้พยาบาลผู้รับการสอนงานเลือกวิธีที่จะนำไปปฏิบัติในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร 10) มีการสอนงานด้านการบริหารความเสี่ยง การบริหารอัตรากำลัง การบริหารอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของหน่วยงาน การนิเทศติดตามงานของบุคลากรในทีม การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพต่าง ๆ 11) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกัน Quick round เพื่อค้นหาความเสี่ยงก่อนส่งเวรให้เวรถัดไป 12) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกันประเมินกิจกรรมการสอนงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละเวร 13) พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกัน Post conference และให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคล 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ HE652282 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ KEMOU660088 ลงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลจะได้รับปกปิดและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่ม

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

3. วิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติการสอนงานของพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ 1) จัดระเบียบข้อมูล 2) ตรวจสอบข้อมูล 3) จัดหมวดหมู่ข้อมูล 4) ตีความข้อมูล และ 5) การเขียนสรุป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พยาบาลผู้สอนงานอายุเฉลี่ย 40.29 ปี ($\bar{X} = 40.29$, S.D. = 3.30) อายุมากที่สุด คือ 47 ปี อายุต่ำสุด คือ 35 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 เฉลี่ย 16 ปี สูงสุด คือ 24 ปี ต่ำสุด คือ 12 ปี (S.D. = 4.61) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เฉลี่ย 11.71 ปี (S.D. = 3.72) สูงสุด 17 ปี ต่ำสุด 7 ปี ส่วนพยาบาลผู้รับการสอนงานอายุเฉลี่ย 26.90 ปี ($\bar{X} = 26.90$, S.D. = 3.30) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 เฉลี่ย 3.57 ปี (S.D. = 1.61) สูงสุด คือ 6 ปี ต่ำสุด คือ 1 ปี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเฉลี่ย 0.43 ปี สูงสุด คือ 2 ปี ต่ำสุด คือ 0 ปี

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น รายด้านก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนการใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรที่พัฒนาขึ้น คะแนนสมรรถนะภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนการใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน มี 1 ด้านที่คะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำคือ สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ($\bar{X} = 2.21$, S.D. = 0.34)

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรภายหลังการใช้รูปแบบ

การสอนพยาบาลหัวหน้าเวรที่พัฒนาขึ้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.09) โดยสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ เป็นด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.06) และสมรรถนะที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดใน 6 ด้าน คือ สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ($\bar{X} = 3.99$,

S.D. = 0.20) ภายหลังการใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลผู้รับการสอนงานมีคะแนนสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเพิ่มขึ้นขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = 2.66$, $p = 0.008$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ($n = 7$)

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร	คะแนนสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร				Z	p-value
	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	2.74	0.35	4.28	0.06	2.53	0.011*
2. ด้านคุณธรรมและจริยธรรม	3.25	0.33	4.16	0.34	2.65	0.008*
3. ด้านภาวะผู้นำ	2.62	0.32	4.04	0.11	2.43	0.015*
4. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ	2.52	0.38	4.17	0.22	2.46	0.014*
5. ด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ	2.95	0.20	4.05	0.09	2.65	0.008*
6. ด้านการบริหารจัดการ	2.21	0.34	3.99	0.20	2.53	0.011*
สมรรถนะภาพรวม	2.71	0.30	4.12	0.09	2.66	0.008*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการสังเกตพฤติกรรมการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ในรูปแบบ GROW model ในกิจกรรมการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร 13 กิจกรรม ทั้งหมด 21 ครั้ง พบว่ามี 8 กิจกรรม ที่สามารถปฏิบัติได้ จำนวน 21 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน โดยการกล่าวทักทาย สักท้วงชี้แจง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร กิจกรรมที่ 2 มีการกำหนดหัวข้อในการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวร กิจกรรมที่ 4 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกิจกรรม morning talk ในช่วง 8.00 – 15.00 น.เพื่อรับฟังประเด็นที่สำคัญตามการมอบหมายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย กิจกรรมที่ 5 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกันรับ-ส่งเวรกับทีมแต่ละเวร กิจกรรมที่ 6 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกัน Quick round หลังรับเวร กิจกรรมที่ 7 พยาบาลผู้สอนงานมอบหมายงานให้พยาบาลผู้รับการสอน

งาน กิจกรรมที่ 8 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันประเมินปัญหาหรือค้นหาความเสี่ยงในการปฏิบัติงานร่วมกัน กิจกรรมที่ 10 การสอนงานด้านการบริหารความเสี่ยง การบริหารอัตรากำลัง การบริหารอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของหน่วยงาน การนิเทศติดตามงานของบุคลากรในทีม การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพต่าง ๆ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด จำนวน 15 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.42 มี 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 9 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกันกำหนดทางเลือก แล้วให้พยาบาลผู้รับการสอนงานเลือกวิธีที่จะนำไปปฏิบัติในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร กิจกรรมที่ 12 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกันประเมินกิจกรรมการสอนงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละเวร กิจกรรมที่ 13 พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานร่วมกัน Post conference และให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร

วิจารณ์และสรุป

ผลของการพัฒนา รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า รูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการ โดยใช้ PISE model ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลผู้สอนงาน และผู้รับการสอนงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจ หลักการ บทบาท สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร 2) การสอนให้ความรู้พื้นฐานที่สอดคล้องกับสมรรถนะรายด้านของพยาบาลหัวหน้าเวร 3) การฝึกทักษะการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร การประเมินผลการปฏิบัติการสอนงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่า การเตรียมพยาบาลผู้สอนงาน และพยาบาลผู้รับการสอนงานที่เหมาะสมเป็นการกระตุ้น และส่งเสริมให้พยาบาลผู้สอนงานตระหนักในการสอนงาน และยังทำให้พยาบาลผู้รับการสอนงานมีความพร้อม กระตือรือร้นที่จะเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน^{7,8,13} และการใช้แนวคิด GROW model มาเป็นรูปแบบในการสอนจะทำให้เกิดความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างพยาบาลสอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน กระบวนการสอน PISE model พัฒนาจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้วิจัย พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ในการระดมสมอง เพื่อให้ได้รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ มัลคัม โนลส์¹⁴ ที่ระบุว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ต้องยึดการเรียนรู้ การสอน ให้ตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ เป็นหลักทฤษฎีที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ และการใช้รูปแบบการสอนที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นระหว่างผู้สอนกับผู้รับการสอนภายใต้การสนับสนุน และให้คำปรึกษาทางวิชาการจากทีมผู้วิจัยโดยรูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการหลักการสอน และทฤษฎีการเรียนรู้ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ประกอบด้วยขั้นตอนการค้นหาคำถามความต้องการการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล การตั้งคำถามเกี่ยวกับเป้าหมายตามรูปแบบ GROW model การฟังอย่างตั้งใจ และการสะท้อนข้อมูลอย่างสร้างสรรค์ นำข้อมูลไปกำหนด

เป้าหมายและแผนการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลการเรียนรู้ จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายและได้รูปแบบการสอนงานที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน¹⁵ หลังการใช้รูปแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาแบบ การสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านของพยาบาลผู้รับการ สอนงานก่อนและหลังการพัฒนาแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะ วิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีสมรรถนะพยาบาล หัวหน้าเวรสูงขึ้นทุกด้าน โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็น การ พัฒนาดนเองในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีหลายช่องทาง เพื่อ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามยุคปัจจุบัน เพื่อสะดวก รวดเร็วมากขึ้น¹⁶ ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สมรรถนะด้านบริหารจัดการ อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานใน บทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้บริหารระดับ ดัน¹⁷ ปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกเวลาราชการ จะต้องอาศัยการสั่งสมประสบการณ์ จนเกิดความชำนาญ เพื่อให้สามารถตัดสินใจบริหารสั่งการในกระบวนการทำงาน ได้อย่ามีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยัง ไม่มีผู้ศึกษาการพัฒนาแบบการสอนงานพยาบาลหัวหน้า เวรในบริบทที่คล้ายคลึงกันกับหน่วยงานที่ทำการศึกษาคั้ง นี้ มีการศึกษาที่มี การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความ สามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์¹⁸ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้ โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency-based learning: CBL) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยทั่วไป ที่แตกต่างจากหน่วยงานที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

กระบวนการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้า เวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาล ขอนแก่น ในรูปแบบ GROW model ผ่านกิจกรรมหลัก ของพยาบาลหัวหน้าเวร เป็นการสอนงานพยาบาลหัวหน้า เวรแบบ GROW model เพื่อควบคุมคุณภาพตามมาตรฐาน

การปฏิบัติงาน เน้นสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง พุดคุยเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาความรู้ หรือ ทักษะการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ไม่เน้นการชี้ตำหนิ แต่ตั้งคำถามให้คิด เป็นที่ปรึกษา ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำรูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการสอนงานพยาบาลที่จะก้าวเข้าสู่การปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรใหม่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น หรือหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างสมรรถนะที่สูงขึ้นในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร

2. พยาบาลผู้สอนงานควรศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อให้มีองค์ความรู้ที่ทันสมัย ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของวิวัฒนาการด้านการรักษาและการพยาบาลในปัจจุบัน และพัฒนาด้านทักษะในการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการ

สอนงาน มาใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลเพื่อให้พยาบาลได้พัฒนาตนเองในด้านการสอนงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการที่เกิดจากการใช้รูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อการรูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2561.
2. จุไรรัตน์ วัชรอาสน์, วารุณี มีหลาย, อัจฉรา พิทักษ์ศิลป์, และพีรภาพ คำแพง. สมรรถนะการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2660;11: 99–109.
3. วรา เขียวประทุม. องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยคัดกรองโรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564;3:27–39.
4. สุขญาดา รัตตะนี. การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
5. Benner PE. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley; 1984.
6. กระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล. แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
7. อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุภร์ จันทน์ประเสริฐ และอมรรพร สุรการ. การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30(3):144–158.
8. ณัฐฐา หอมมาน และวาสนี วิเศษฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. ว. พยาบาลทหารบก 2560;18(พิเศษ):140–149.

9. Alexander G. Behavioral coaching–the GROW model. In: Passmore J, editors. Excellence in coaching: the industry guide. Philadelphia: Kogan; 2010. p. 84–93.
10. จงกล ดาวเรือง, อารี ชีวเกษมสุข และดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาล วิชาชีพ เชนเนอร์ชั้นนาย โรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่บนเกาะ. ว. พยาบาลทหารบก 2561;19(ฉบับพิเศษ): 328–339.
11. Kemmis S and McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Waurin Ponds, Victoria: Deakin University; 1988.
12. ประคอง กรรมสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
13. ชมพูนุช ทิพย์ฝัน, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, และผ่องศรี เกียรติเลิศสนา. การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร. ว. การพยาบาล 2557;41:145–157.
14. อรทัย ศักดิ์สูง. การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างทฤษฎีแอนดราโกจีของมัลคัม โนลส์ กับวิธีการสอนหลักสูตรผู้บริหารสถานศึกษาระดับสูงของสถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543
15. วรณชนก จันทุม, สมปรารถนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, เจริญทอง วงศ์สุดตา, สุรวดี กัทสิงห์, ศุภลักษณ์ กระแสร์, และคนอื่น ๆ. การพัฒนารูปแบบการสอนงานในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(1):157–166.
16. ชัยวัฒน์ แจ่งอักษร, กมลทิพย์ ศรีหาเศษ, และสุวิมล ติรกันันท์. การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง (ส่วนกลาง.). ว. มหาวิทยาลัยรามคำแหง 2562; 2(3):87–101.
17. กัทรารัตน์ ดันนุกิจ. การศึกษาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง. ว. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2562;15(1):14–22.
18. ศรีบังอร อรัญเวทย์, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ปราโมทย์ ทองสุข. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตาม แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ว. สุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565;28(2):1–18

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สถานการณ์ โรคหนอนพยาธิ ในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี)

อัมภัส วิเศษโมรา ปร.ด.* อรนาถ วัฒนวงษ์ ส.ม.**
ฐิติมา วงศาโรจน์ ปร.ด.* ณัฐนิชา อ่อนคล้าย วท.บ.*
ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล ปร.ด.***

บทคัดย่อ

โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อการแพร่โรคหนอนพยาธิภายใต้แผนงานบูรณาการ
จัดการทรัพยากรน้ำ โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ในส่วนของพื้นที่
จังหวัดอุดรธานี) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการติดโรคหนอนพยาธิในอุจจาระของประชาชน และการติดโรค
หนอนพยาธิที่สามารถติดต่อจากสัตว์รังโรคมาสู่คน ได้แก่ สุนัข แมว วัว ควาย แพะ ที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนกลุ่มเสี่ยง
ในพื้นที่โครงการ พร้อมทั้งสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดโรคและการแพร่โรคหนอนพยาธิ ผล
ของการศึกษาและการสำรวจ สรุปได้ดังนี้

1) ผลการตรวจอุจจาระประชาชนจำนวนทั้งสิ้น 914 ตัวอย่าง พบติดโรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ ร้อยละ
14.22 ประชาชนติดโรคหนอนพยาธิทั้งหมด 7 ชนิด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.99 พยาธิ
ตืด ร้อยละ 1.86 และพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก ร้อยละ 1.20

2) ผลการตรวจมูลสัตว์กักตุนจากการเก็บตัวอย่างได้ทั้งหมด 481 ตัวอย่าง พบการติดโรคหนอนพยาธิและ
โปรโตซัวในลำไส้สัตว์รังโรค ร้อยละ 42.83 โดยพบการติดโรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ คือ แมว ร้อยละ 61.21
วัว ร้อยละ 49.38 สุนัข ร้อยละ 45.05 และควาย ร้อยละ 32.53 โดยหนอนพยาธิ ที่สามารถก่อให้เกิดโรคในคนได้ จำนวน
3 ชนิด ได้แก่ พยาธิปากขอ (*Ancylostoma caninum*) พยาธิตืด (*Spirometra mansoni*) และพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*)

ในการศึกษารั้วนี้ตรวจไม่พบพยาธิใบไม้เลือดทั้งในคนและสัตว์รังโรคแต่ยังคงตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในอัตราเกิน
กว่าร้อยละ 5 ซึ่งพยาธิดังกล่าวเป็นปัจจัยก่อโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีและสามารถครบวงจรชีวิตในพื้นที่โครงการนี้ได้
นอกจากนี้มีการตรวจพบไข่หนอนพยาธิชนิดอื่น ๆ อีกหลายชนิดในประชาชนรวมถึงโฮสต์กักตุน สุนัขและแมวสามารถ
ตรวจพบไข่หนอนพยาธิที่สามารถก่อโรคในคนได้ จึงควรมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขการแพร่โรคหนอนพยาธิในพื้นที่ของ
โครงการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: โรคหนอนพยาธิ โครงการพัฒนาแหล่งน้ำ พยาธิใบไม้ตับ

* กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

*** หน่วยวิจัยนวัตกรรมการสุขภาพเขตร้อน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รับบทความ: 5 มีนาคม 2567 แก้ไขบทความ: 11 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 20 เมษายน 2567

Helminthiasis Situation at the Lower Huai Luang River Basin Development Project, Nong Khai Province (in the area of Udon Thani Province)

Ampas Wisetmora Ph.D.* Oranard Watthanawong M.P.H.**

Thitima Wongsaroj Ph.D.* Nutnicha Onklay B.Sc.*

Choosak Nithikatekul Ph.D.***

Abstract

Parasitic infection surveillance and control project to solve the problem of the impact on the spread of parasitic helminths, under the integrated water resource management plan Lower Huai Luang River Basin Development Project Nong Khai Province, fiscal year 2023 (In the area of Udon Thani Province). The objective of this study was to determine helminthic infections in the people and zoonotic helminthiasis in the reservoir animals including dogs, cats, cows, buffalo, and goats that reside in the high-risk communities within the project area, as well as survey the health behaviors of people at risk of infecting and spreading helminthiasis (blood fluke, liver fluke, intestinal fluke, soil-transmitted helminth, etc.). Results of stool examination and surveys are summarized as follows:

1) Results of people's stool examinations: It was discovered that 14.22% of the 914 samples were infected with helminths and intestinal protozoa. Seven different helminth types were found infected in the population; the three most common ones were liver flukes (7.99%), *Taenia* spp. (1.86%) and minute intestinal flukes (1.20%).

2) Results of reservoir hosts stool examination: Out of the 481 samples obtained, 42.83% had helminth and protozoa infections. Intestinal helminth and protozoan infections were found in 61.21% of cats, 49.38% of cattle, 45.05% of dogs, and 32.53% of buffalo. There are 3 helminth types that can cause a disease in humans including hookworm (*Ancylostoma caninum*), tapeworm (*Spirometra mansoni*) and liver fluke (*Opisthorchis viverrini*).

This study did not find any instances of human blood fluke in either humans or animals. However, liver fluke infection remains a significant health concern in the area, with a prevalence exceeding 5%. Liver flukes are capable of causing hepatobiliary cancer and can successfully complete their life cycle within this area. Additionally, various helminthic eggs were not only found in humans but also in reservoir animals. Dogs and cats exhibited the highest prevalence of detected zoonotic helminth eggs. In this regard, the surveillance, prevention, and control of helminthic infection and transmission need to be conducted in this area, especially liver flukes.

Keywords: Helminthiasis, Water source development project, Liver fluke

* Division of Communicable Diseases, Department of diseases Control, Ministry of Public Health, Thailand

** Office of Diseases Prevention and Control 4 Saraburi, Ministry of Public Health, Thailand

*** Tropical Health Innovation, Faculty of Medicine, Mahasarakham University, Thailand

บทนำ

โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง ตั้งอยู่ตามลำน้ำห้วยหลวง ที่ทำการหลักตั้งอยู่ที่บ้านแดนเมือง ตำบลวัดหลวง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ลักษณะโครงการตั้งอยู่ในพื้นที่ลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพื้นที่รับน้ำ 2,260 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 2 จังหวัด ได้แก่ บางส่วนของจังหวัดอุดรธานี ได้แก่ อำเภอเพ็ญ อำเภอเมือง อำเภอทุ่งฝน อำเภอบ้านดุง อำเภอหนองหาน อำเภอสว่างคอม อำเภอพิบูลย์รักษ์ และจังหวัดหนองคาย ได้แก่ อำเภอโพนพิสัย โดยปัญหาสำคัญของลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างก็คือปัญหาอุทกภัย เนื่องจากลุ่มน้ำห้วยหลวงเป็นลุ่มน้ำสาขาของแม่น้ำโขง สภาพการเกิดน้ำหลากในลุ่มน้ำห้วยหลวงจะเกิดเป็นประจำทุกปี โดยเฉลี่ยมีพื้นที่น้ำท่วมประมาณ 90,000 ไร่ ในแต่ละปี ประชาชนที่อาศัยอยู่ในลุ่มน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่ราบลุ่ม ซึ่งมักจะประสบปัญหาน้ำท่วมซ้ำซาก จนเป็นวิถีชีวิตของคนในลุ่มน้ำห้วยหลวง เรียกว่าคนในลุ่มน้ำได้รับความเสียหายจากน้ำท่วมเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ลุ่มจะมีความเสี่ยงต่อความเสียหายมากในการทำนาปี ราษฎรจึงเปลี่ยนมาทำนาปรังหลังน้ำลดแทน ซึ่งทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนน้ำ เพื่อการเกษตรในช่วงฤดูนาปรัง เนื่องจากไม่มีแหล่งน้ำต้นทุนขนาดใหญ่เพื่อเก็บกักน้ำ ต้องอาศัยน้ำจากลำน้ำห้วยหลวงเพียงอย่างเดียว ระดับน้ำในลำน้ำห้วยหลวงจะเริ่มลดลงทำให้น้ำขึ้นน้ำลงใช้ลำบากขึ้น จากการศึกษาพบว่าความต้องการใช้น้ำในลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งการอุปโภค-บริโภค การเกษตร การอุตสาหกรรม และการรักษาระบบนิเวศ จึงจำเป็นต้องพัฒนาแหล่งน้ำให้เพียงพอับความต้องการ เพื่อสนับสนุนภาคเกษตร รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาขาดแคลนน้ำ เพื่อการอุปโภค-บริโภค และด้านอื่นๆ

สำหรับแผนปฏิบัติการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ เสนอให้มีการดำเนินการทั้งในระยะก่อสร้างและดำเนินการตามความจำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม และตรวจสอบวิธีการก่อสร้าง กิจกรรมต่อเนื่อง และผลกระทบของกิจกรรมเหล่านั้น ซึ่งหากพบว่ามีผลกระทบระดับปานกลางขึ้นไป จะรายงานและทำข้อเสนอแนะให้กรมชลประทานและผู้รับเหมาก่อสร้างทำการปรับปรุงแก้ไข¹ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข

โดยกรมควบคุมโรคได้รับมอบหมายให้กองโรคติดต่อทั่วไปดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อป้องกัน และติดตามแก้ไขปัญหาการแพร่โรคหอนพยาธิในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบต่อโครงการพัฒนาแหล่งน้ำและเป็นข้อมูลทางวิชาการในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก และประชาคมโลกได้ไว้ในประเด็นการสร้างเขื่อน หรือแม้แต่อ่างเก็บน้ำ ประตุน้ำ โครงการพัฒนาลุ่มน้ำต่างๆ ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาแหล่งน้ำจะไม่ทำให้เกิดการแพร่ของพยาธิใบไม้เลือดของคน และหอนพยาธิชนิดอื่นๆ² โดยกำหนดหลักการให้ทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์โรคหอนพยาธิในประชาชน และสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว ควาย) ที่เป็นโฮสต์กักตุนโรคหอนพยาธิชนิดต่างๆ และแพร่โรค โดยเฉพาะพยาธิใบไม้เลือดของคนตลอดจนโฮสต์กึ่งกลาง (หอยน้ำจืด ปลา น้ำจืดเกล็ดขาว) ที่เป็นตัวส่งผ่านให้พยาธิใบไม้เลือดพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิใบไม้ชนิดอื่นๆ ครบวงจรในน้ำ^{3,4} อีกทั้งข้อมูลด้านสถานภาพความเสี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้เลือดในประเทศไทยที่มีอยู่ยังน้อยมาก เนื่องจากโรคพยาธิใบไม้เลือดเป็นโรคที่ถูกกละเลย (Neglected tropical disease) พบเฉพาะถิ่น และมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างต่ำ ปัจจุบันยังขาดข้อมูลในการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่โรคพยาธิใบไม้เลือดจะเข้ามาในประเทศไทย เช่น อัตราการติดโรคพยาธิใบไม้เลือดในแรงงานต่างด้าวจากประเทศต้นทางได้แก่ ประเทศลาวและกัมพูชา จำนวนแรงงานต่างด้าวที่มีโอกาสสัมผัสน้ำหรือ มีถิ่นฐานในบริเวณที่มีการระบาดของโรค เป็นต้น หากพิจารณาความเสี่ยงในการเกิดโรคในประเทศไทย พบว่าโรคพยาธิใบไม้เลือดต้องอาศัยพาหะกึ่งกลางได้แก่ หอยน้ำจืดชนิด *Neotricula aperta* ซึ่งรายงานการวิจัยของคณะเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการสำรวจ และพบหอยชนิดนี้ในแม่น้ำโขงประเทศไทย พื้นที่จังหวัดหนองคาย และอุบลราชธานี⁵ หากในแม่น้ำโขงเกิดการปนเปื้อนจากอุจจาระผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้เลือดจะทำให้เกิดการติดต่อของพยาธิใบไม้เลือดชนิด *Schistosoma mekongi* ในประเทศไทยและเกิดผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมากได้⁶ เนื่องจากคนและสัตว์ จะติดโรคได้จากการสัมผัสกับน้ำ โดย *S. mekongi* เป็นพยาธิใบไม้เลือดที่พบการกระจายของโรคในลุ่มแม่น้ำโขงตอนล่าง สำหรับสถานการณ์ของโรคในปัจจุบันโรคพยาธิใบไม้เลือดชนิด *S. mekongi* ยังไม่มีการระบาดในประเทศไทย แต่พบ

โรคนี้ได้ในประเทศเพื่อนบ้านในพื้นที่ลุ่มน้ำโขงตอนล่างซึ่งมีพรมแดนติดต่อกับประเทศไทย ได้แก่ ประเทศลาว และกัมพูชา⁷

ดังนั้น ในปี 2566 เพื่อรวบรวมเก็บข้อมูลพื้นฐานให้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น และตรวจสอบปัญหาการแพร่โรคหนองพยาธิในกลุ่มของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ผลกระทบและพื้นที่รับประโยชน์ของโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่างในส่วนของจังหวัดอุดรธานีให้ครอบคลุม จึงศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ อำเภอเพ็ญ อำเภอเมือง อำเภอทุ่งฝน อำเภอบ้านดุง อำเภอหนองหาน อำเภอสร้างคอม อำเภอพิบูลย์รักษ์ โดยมีการศึกษาการติดโรคหนองพยาธิในอุจจาระของประชาชน การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดโรคหนองพยาธิ และการศึกษาอัตราการติดตัวอ่อนพยาธิใบไม้ในโฮสต์กึ่งกลาง (หอยปลาน้ำจืด) เพื่อจะนำไปสู่การทำนายสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงหรือมีโรคเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นแนวทางการจัดการตามแผนปฏิบัติการแก้ไขผลกระทบด้านสาธารณสุข ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่ตามภารกิจของผู้รับผิดชอบเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคก่อนมีการถ่ายโอนภารกิจการเฝ้าระวังสู่ระบบงานปกติเพื่อการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมแก้ปัญหาของโรคสู่การลดโรคได้อย่างยั่งยืนโดยชุมชนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการติดโรคหนองพยาธิในอุจจาระของประชาชนพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี)
2. เพื่อทราบอัตราการติดโรคหนองพยาธิ ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ พยาธิใบไม้เลือดของคน และหนองพยาธิชนิดอื่นๆ และสัตว์รังโรคที่สามารถติดต่อมาสู่คนที่จำเป็นต้องศึกษาให้ครบถ้วน ได้แก่ สุนัข แมว วัว ควาย ที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งชุมชนกลุ่มเสี่ยงพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี)
3. เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดโรคและการแพร่โรคหนองพยาธิ (พยาธิใบไม้เลือด พยาธิใบไม้ตับ พยาธิใบไม้ลำไส้ หนองพยาธิที่ติดต่อผ่านดิน ฯลฯ) ในพื้นที่โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอน

ล่าง จังหวัดหนองคาย (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี)

วิธีวิจัย

พื้นที่ดำเนินการ

พื้นที่เป้าหมายของการดำเนินการโครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ 7 อำเภอในจังหวัดอุดรธานี ได้แก่ อำเภอเพ็ญ อำเภอเมือง อำเภอทุ่งฝน อำเภอบ้านดุง อำเภอหนองหาน อำเภอสร้างคอม และอำเภอพิบูลย์รักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาอัตราการติดโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ ในประชาชน 914 คน ในพื้นที่ผลกระทบและรับประโยชน์ และรับผลกระทบของโครงการฯ
2. การศึกษาอัตราการติดโรคหนองพยาธิในสัตว์รังโรค สุนัข แมว วัว ควาย ในพื้นที่ผลกระทบและรับประโยชน์ และรับผลกระทบของโครงการฯ

ระยะเวลาของการศึกษา ดำเนินการศึกษาในเดือน พฤษภาคม – เดือนกันยายน 2566 โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เลขที่เอกสารรับรอง PWA 0013622

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. หลักการศึกษาและการสำรวจความชุกของโรคหนองพยาธิในคนการสำรวจครั้งนี้เป็นการค้นหาในประชาชนทุกบ้าน จึงกล่าวได้ว่า การเก็บอุจจาระของประชากรมาตรวจหาไข่หนองพยาธิ โดยวิธี Formalin Ether Concentration Technique⁸ ซึ่งจะตรวจอุจจาระให้ครบตามเป้าหมายทุกครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่โครงการฯ ทั้งนี้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนทางสถิติ เป็นการศึกษาให้ทราบสถานการณ์โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่อ่างเก็บน้ำ ให้พื้นที่ซึ่งประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยรอบอ่างเก็บน้ำ และพื้นที่รับประโยชน์ ปลอดภัยจากโรคหนองพยาธิ โดยเฉพาะพยาธิใบไม้เลือดและพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย

2. แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ ในโครงการพื้นที่โครงการประจักษ์บายน้ำศรีสองรักอันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลยปีงบประมาณ 2566

การกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากร เพื่อหาจำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุด ซึ่งจะเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ จำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุด ซึ่งจะเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ได้ใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z^2 p (pq) \times \text{Design effect}}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

($Z = 1.96$)

p = ค่าสัดส่วนของความชุกของโรคหอน
พยาธิในพื้นที่ในปีล่าสุด ($p = 0.50$)

$q = 1 - p$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้
($d = 0.05$)

ค่า Sample size = 384

ทั้งนี้กำหนดค่า Design effect = 1 เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามงบประมาณที่จำกัด

เมื่อคำนวณแล้วจะใช้ประชากรตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 384 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรในการตรวจหาพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้โดยวิธี Modified Kato Katz¹⁰ และวิธีทำให้เข้มข้น (Formalin Ether Concentration Technique)⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการรายงานใช้รูปแบบเชิงพรรณนาจากผลการศึกษาและการสำรวจร่วมกับการสังเกตผลการศึกษา แสดงผลในรูปตารางแจกความถี่ กราฟ และแผนภูมิ การวิจารณ์และการประเมินผลใช้ข้อมูล จากการสำรวจเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มและหรือข้อมูลจากการศึกษาในอดีต การ

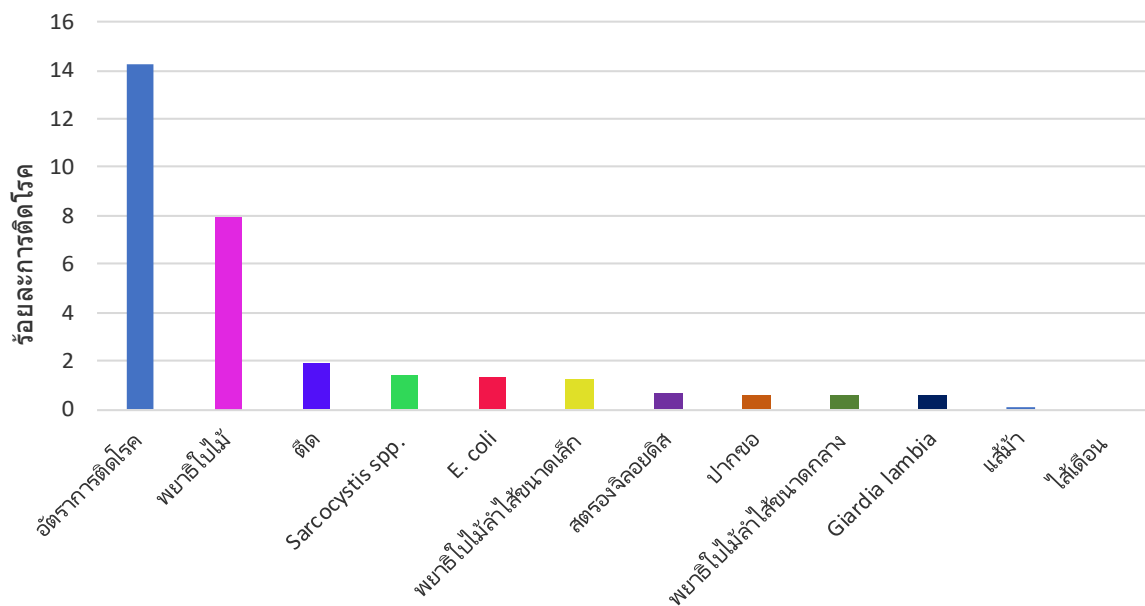
วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของโรคหอนพยาธิทางด้านสถิติโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล หรืออาจใช้ Simple Mathematics ตามความเหมาะสม เช่น การคำนวณอัตราความชุก (ร้อยละ) คำนวณจาก (จำนวนตัวอย่างที่ตรวจให้ผลบวก/จำนวนที่ตรวจทั้งหมด) × 100

ผลการวิจัย

1. ผลการตรวจโรคหอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ในอุจจาระประชาชนโดยวิธีการ Modified Kato Katz และวิธีทำให้เข้มข้นโดยการตกตะกอน (Formalin Ether Concentration Technique)

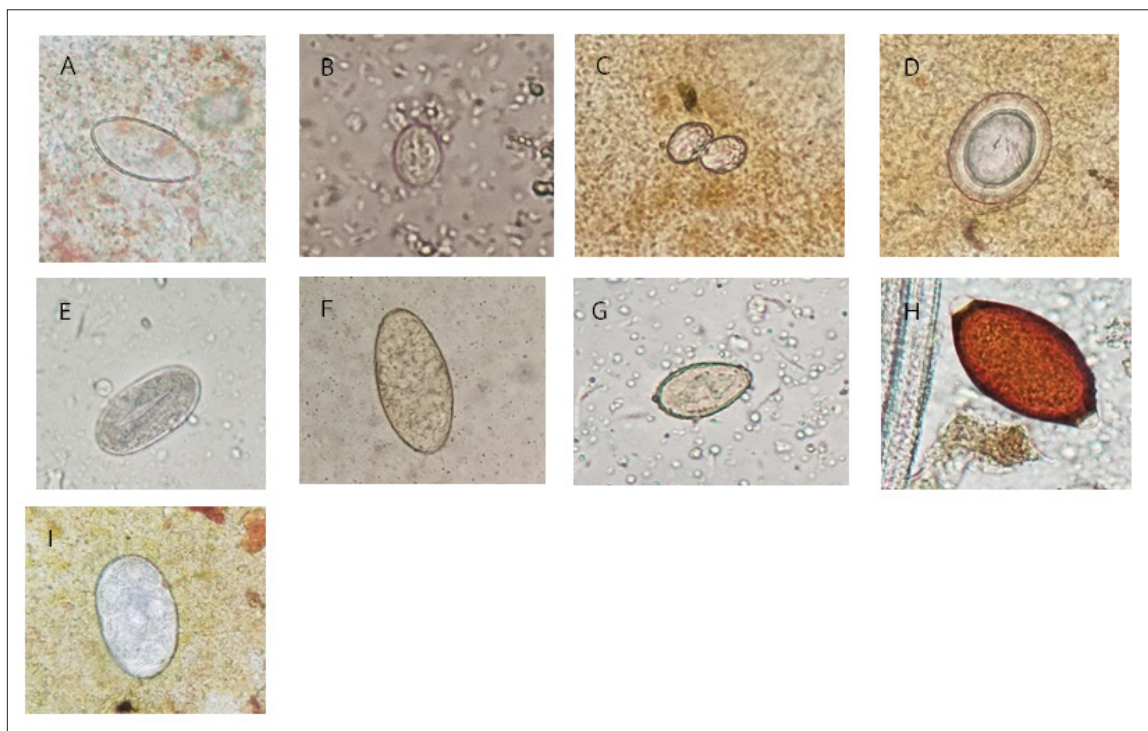
จากการศึกษาผลการตรวจโรคหอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ในอุจจาระประชาชนโดยวิธีการ Modified Kato Katz และวิธีทำให้เข้มข้นโดยการตกตะกอน (Formalin Ether Concentration Technique) ในพื้นที่โครงการฯ มีจำนวนอุจจาระประชาชนที่ส่งตรวจทั้งสิ้น 914 ตัวอย่าง พบติดโรคหอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ร้อยละ 14.22 (130/914) จากการสำรวจพบว่าประชาชนติดโรคหอนพยาธิทั้งหมด 7 ชนิด คือ พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.99 (73/914) พยาธิตืด ร้อยละ 1.86 (17/914) พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก ร้อยละ 1.20 (11/914) พยาธิสตรองจิลอยดิส ร้อยละ 0.66 (6/914) พยาธิปากขอ พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดกลาง ร้อยละ 0.55 (5/914) พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.11 (1/914) ส่วนการติดโรคโปรโตซัวในลำไส้พบว่าประชาชนติดโรคโปรโตซัวในลำไส้ ทั้งหมด 3 ชนิด คือ *Sarcocystis spp.* ร้อยละ 1.42 (13/914) *Escherichia coli* (*E. coli*) ร้อยละ 1.31 (12/914) และ *Giardia lamblia* ร้อยละ 0.55 (5/914) รายละเอียดดังภาพที่ 1-2

ภาพที่ 1 อัตราการติดโรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ของอุจจาระประชาชน แบ่งตามชนิดหนอนพยาธิและโปรโตซัว



ภาพที่ 2 ไข่หนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ที่ตรวจพบในอุจจาระประชาชนในพื้นที่โครงการฯ

A: พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก B: *Giardia lamblia* C: *Sarcocystis hominis* D: พยาธิติ่ง
E: พยาธิสตรองจิลอยดิส F: พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดกลาง G: พยาธิใบไม้ตับ H: พยาธิแส้
I: พยาธิปากขอ (ภาพถ่ายจากการศึกษาในครั้งนี้)



2. ผลการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ผลการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อการแพร่โรคหนองพยาธิภายใต้แผนงานบูรณาการจัดการทรัพยากรน้ำ โครงการพัฒนาลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ในส่วนพื้นที่จังหวัดอุดรธานี) มีดังนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 914 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.10) และมีอายุเฉลี่ย 54.77 ปี (S.D. = 11.39) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 55 ปี และ 56 – 60 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.26) ระดับการศึกษาพบว่า การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือประถมศึกษา (ร้อยละ 56.24) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 85.89) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.38 คน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3–4 คน (ร้อยละ 36.32)

3. ข้อมูลพฤติกรรมบริโภค

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ เมื่อพิจารณาจากความถี่ของการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด แต่ละเมนูหรือชนิดอาหารพบว่าเมนูอาหารที่มีความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง โดยเรียงตามลำดับคือ แจ่วบองปลาร้าดิบ (ร้อยละ 91.68) ปลาร้าดิบๆ (ร้อยละ 89.61) ส้มตำปลาร้าดิบ (ร้อยละ 86.65) ปลาต้มดิบ (ร้อยละ 79.32) น้ำพริกปลาร้าสับเครื่องแกงดิบๆ (ร้อยละ 75.60) ปลาจ่อมดิบ (ร้อยละ 75.16) ก้อยปลาดิบ (ร้อยละ 66.41) หม่าซี้ปลา (ร้อยละ 64.99) ลาบปลาดิบ (ร้อยละ 62.91) ปลาแจ่ว (ร้อยละ 44.86) และ ปลาฟัก (ร้อยละ 36.65) ตามลำดับ นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ จากการบริโภค พบว่ายังมีกลุ่มเป้าหมายบางส่วนพฤติกรรมบริโภคลาบเนื้อดิบๆ (ร้อยละ 79.43) เนื้อวัวดิบๆ (ร้อยละ 73.09) และลาบหมูดิบ (ร้อยละ 61.05) ตามลำดับ และยังมีพฤติกรรมบริโภคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ปอด จากการบริโภคปลาน้ำจืดดิบๆ หรือคองน้ำปลา (ร้อยละ 72.32)

4. ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการป้องกันตัวเอง เพื่อไม่ให้เป็นโรคหนองพยาธิผ่านดินและหนองพยาธิที่ติดต่อกับการบริโภค ในประเด็นการล้างผักให้สะอาดก่อนกิน (ร้อยละ 89.93) การกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกด้วยความร้อน (ร้อยละ 77.35) การสวมรองเท้ายางรองเท้าหนังหรือรองเท้าผ้าใบที่หุ้มห่อเท้าเมื่อออกไปธุระหรือทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 71.12) การสวมรองเท้าแตะยางหรือรองเท้าแตะฟองน้ำเมื่อออกไปธุระหรือทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 47.81) และการสวมรองเท้าบูทเมื่อไปทำสวนทำไร่หรือกรีดยาง (ร้อยละ 70.57) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ โดยมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ปอด จากการกินอาหารที่ทำจากเนื้อวัวที่ปรุงสุกด้วยความร้อนบางครั้ง (ร้อยละ 56.13) และการกินอาหารที่ทำจากหมูปรุงสุกด้วยความร้อนบางครั้ง (ร้อยละ 76.26) และความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ปอด จากการกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดปรุงสุกด้วยความร้อนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 63.68

5. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการแพร่โรคหนองพยาธิ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่โรคหนองพยาธิ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่โรคหนองพยาธิที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่ออยู่ที่บ้านแค่บางครั้งเพียง ร้อยละ 0.98 ยังคงมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่อออกไปทำงานในสวน ไร่ หรือทำนา ที่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 21.66 และยังมีการถ่ายอุจจาระนอกส้วม เมื่อออกไปทำงานในสวน ในไร่ หรือไปทำนาเป็นประจำ ร้อยละ 14.00 และปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 49.78

6. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการแพร่โรคหนองพยาธิพฤติกรรมการรับบริการตรวจอุจจาระ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ทำการส่งตรวจอุจจาระหาหนองพยาธิ ร้อยละ 58.21 และไม่เคยรับการตรวจอุจจาระเพียงร้อยละ 33.48 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับยารักษาพยาธิจากสถานบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 64.11) มากกว่าเคยได้รับยา (ร้อยละ 25.05) ตามลำดับ

7. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้เลือด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติทำงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่ (ร้อยละ 61.60) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่ได้เคลื่อนย้ายหรืออพยพไปทำงานในต่างจังหวัดและต่างประเทศเลย (ร้อยละ 90.70 และร้อยละ 94.97 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการสัมผัสน้ำธรรมชาติส่วนใหญ่สัมผัสบ้างเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 56.06) ในขณะที่ไม่สัมผัสน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติเลย (ร้อยละ 16.41) โดยพบว่าส่วนใหญ่เพื่อหาปลา (ร้อยละ 36.21) และ อาบน้ำ (ร้อยละ 21.77) ระยะเวลากการสัมผัสน้ำส่วนใหญ่ต่ำกว่า 30 นาที (ร้อยละ 37.53) และสัมผัสน้ำมากกว่าครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 25.38) หลังการสัมผัสน้ำ อาบน้ำบ่อย หรือน้ำประปาที่บ้านอีกครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.58) รับประทานให้แห้ง (ร้อยละ 27.24) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยขับถ่ายปัสสาวะในน้ำ (ร้อยละ 58.10) ขับถ่ายปัสสาวะในน้ำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 27.24) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระนอกส้วม (ร้อยละ 73.19) หรือขับถ่ายนอกส้วมเป็นบางวัน (ร้อยละ 12.91) และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 418 ราย (ร้อยละ 45.73) ส่งตรวจอุจจาระในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้เลือดด้านการขับถ่ายอุจจาระพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่าการถ่ายอุจจาระนอกส้วมจะมีโอกาสแพร่โรคอุจจาระร่วง (ร้อยละ 37.86) รองลงมาคือ หนองพยาธิลำไส้ (ร้อยละ 25.60) พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 17.29) พยาธิใบไม้เลือด (ร้อยละ 5.36) และโรคบิด (ร้อยละ 4.38) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าลักษณะภูมิประเทศของลำน้ำพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยไม่มีเกาะแก่งให้สามารถสัมผัสน้ำได้ (ร้อยละ 66.74) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่ามีโอกาสติดโรคจากการสัมผัสน้ำ (ร้อยละ 78.12) และเคยได้ยินหรือรู้จักโรคพยาธิใบไม้เลือดมาก่อนสูงถึง 853 ราย (ร้อยละ 93.33)

ตามลำดับ

8. ผลการตรวจโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้สัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว ควาย)

ผลการเก็บและตรวจหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้สัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว ควาย) เก็บตัวอย่างได้ทั้งหมด 481 ตัวอย่าง ตรวจพบการติดโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้สัตว์รังโรค จำนวน 206 ตัวอย่าง คิดเป็นอัตราการติดโรคร้อยละ 42.83 โดยตรวจพบปรสิตหนองพยาธิที่สำคัญทางการแพทย์ในสัตว์ดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 3)

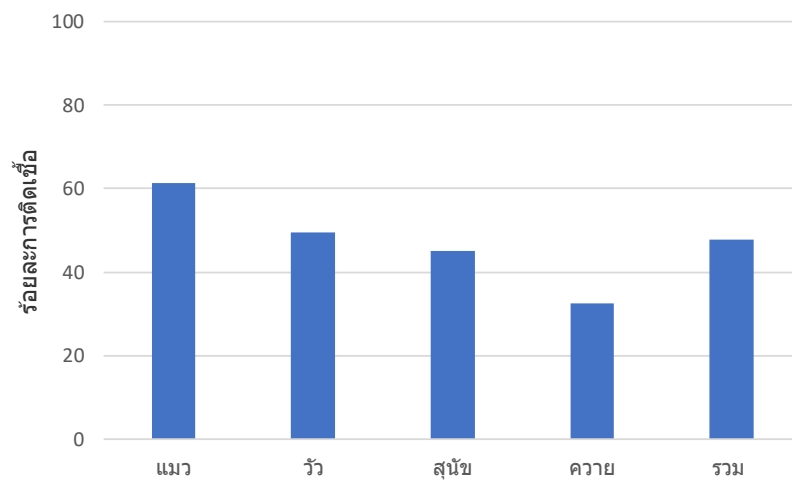
1) สุนัข ผลตรวจพบไข่และตัวอ่อนหนองพยาธิและโปรโตซัวในสัตว์ ร้อยละ 45.05 (91/202) โดยมีหนองพยาธิที่ตรวจพบ จำนวน 2 ชนิดสามารถติดต่อสู่คนได้ (zoonotic parasitic disease) คือ พยาธิปากขอ (Hookworm) ชนิด *Ancylostoma spp.* จำนวน 32 ตัวอย่าง (ร้อยละ 15.84) และพยาธิตืดชนิด *Spirometra spp.* จำนวน 46 ตัวอย่าง (ร้อยละ 22.77)

2) แมว ผลตรวจพบไข่และตัวอ่อนหนองพยาธิในสัตว์ ร้อยละ 61.21 (71/116) โดยมีหนองพยาธิที่ตรวจพบ 3 ชนิดสามารถติดต่อสู่คนได้ คือ พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) จำนวน 4 ตัวอย่าง (ร้อยละ 3.45) พยาธิปากขอ (Hookworm) ชนิด *Ancylostoma spp.* จำนวน 20 ตัวอย่าง (ร้อยละ 17.24) และพยาธิตืดชนิด *Spirometra spp.* จำนวน 39 ตัวอย่าง (ร้อยละ 33.62)

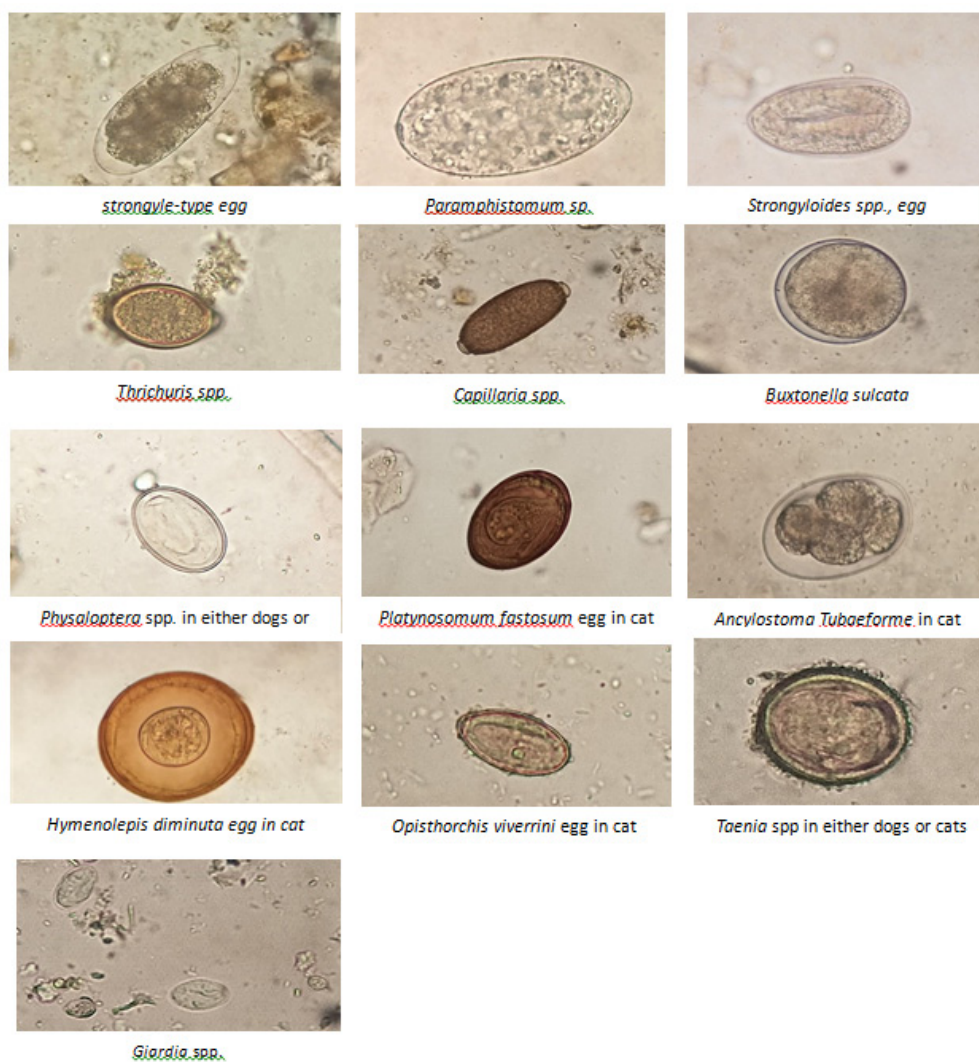
3) วัว ผลตรวจพบไข่และตัวอ่อนหนองพยาธิในสัตว์ ร้อยละ 49.38 (80/162) ไม่พบหนองพยาธิที่สามารถติดต่อสู่คนได้

4) ควาย ผลตรวจพบไข่และตัวอ่อนหนองพยาธิในสัตว์ ร้อยละ 32.53 (27/83) โดยไม่พบหนองพยาธิที่สามารถติดต่อสู่คน

ภาพที่ 3 อัตราการตรวจพบหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้สัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว ควาย)



ภาพที่ 4 ไข่หนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ที่ตรวจพบในสัตว์รังโรค (สุนัข แมว วัว ควาย) (ภาพถ่ายจากการศึกษาในครั้งนี้)



วิจารณ์และสรุป

การศึกษาโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวใน อุจจาระประชาชนและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรค หนองพยาธิ

จากการศึกษาโรคหนองพยาธิในอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อการแพร่โรคหนองพยาธิภายใต้แผนงานบูรณาการจัดการทรัพยากรน้ำ โครงการพัฒนากลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี) จำนวนอุจจาระประชาชนที่ส่งตรวจจำนวนทั้งสิ้น 914 ตัวอย่าง พบติดโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ร้อยละ 14.22 (130/914) จากการสำรวจพบว่าประชาชนติดโรคหนองพยาธิทั้งหมด 7 ชนิด¹¹ โดยมีการติดพยาธิใบไม้ตับ ที่สามารถก่อโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ ซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญทางการแพทย์ คิดเป็นอัตราการติดโรค ร้อยละ 7.99 (73/914) เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาโรคหนองพยาธิในอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่โครงการพัฒนากลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2565¹² พบว่า ประชาชนในจังหวัดหนองคายติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.58 ซึ่งน้อยกว่าจังหวัดอุดรธานี ส่วนหนองพยาธิชนิดอื่นๆ ที่ตรวจพบในประชาชนพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ พยาธิสตรองจิลอยดิส ร้อยละ 33.33 (12/36) พยาธิตืด ร้อยละ 1.86 (17/914) พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก ร้อยละ 1.20 (11/914) พยาธิสตรองจิลอยดิส ร้อยละ 0.66 (6/914) พยาธิปากขอ พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดกลาง ร้อยละ 0.55 (5/914) พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.11 (1/914) และติดโรคโปรโตซัวในลำไส้ที่อาจก่อให้เกิดโรคในกรณีที่เป็นผู้ป่วยมีอาการอุจจาระร่วง ทำให้เกิดแผลในลำไส้ใหญ่และสามารถผ่านเข้าไปในกระแสเลือด พบระยะซิสต์ในกล้ามเนื้อลายจากอวัยวะต่างๆ ได้แก่ *Sarcocystis* spp. ร้อยละ 1.42 (13/914) *E. coli* ร้อยละ 1.31 (12/914) และ *Giardia lamblia* ร้อยละ 0.55 (5/914)

การเก็บตัวอย่างและตรวจหาหนองพยาธิใน มูลสัตว์รั้งโรค

สำหรับการติดโรคหนองพยาธิในสัตว์รั้งโรคในพื้นที่โครงการพัฒนากลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี)

การศึกษารั้งนี้ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้เลือดของคน (*S. mekongi*) ในมูลของสัตว์รั้งโรคทุกชนิด ได้แก่ สุนัข แมว วัว ควาย แต่มีการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของคน (*Opisthorchis viverrini*) ในแมว ซึ่งเป็นโรคพยาธิที่มีความสำคัญทางการแพทย์ที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป

จากการศึกษารั้งนี้ไม่พบไข่พยาธิใบไม้เลือดของคน *S. mekongi* ในพื้นที่โครงการฯ ซึ่งผลการศึกษาโรคหนองพยาธิ และโปรโตซัวในอุจจาระประชาชนการสอดคล้องข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้องและถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ และโรคพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก พฤติกรรมการบริโภคเมนูเนื้อหมู เนื้อดิบที่เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิตืด พฤติกรรมการไม่ใส่รองเท้าเมื่อออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น ทำสวน ทำไร่ ทำนา ทำให้เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิปากขอ พยาธิสตรองจิลอยดิส และพฤติกรรมการบริโภคผักดิบหรือไม่ล้างให้สะอาดก่อนรับประทาน ทำให้เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิไส้เดือน และพยาธิแส้ม้า อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่มีจำนวนมากที่ไม่เคยได้รับยารักษาโรคหนองพยาธิจากสถานบริการสาธารณสุข ทำให้ยังพบการแพร่ระบาดของโรคหนองพยาธิชนิดต่างๆ ในพื้นที่เสี่ยง ดังนั้นจึงควรมีติดตาม เฝ้าระวังการติดโรคหนองพยาธิ และเน้นให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการป้องกันและให้ความสำคัญต่อพยาธิชนิดต่างๆ และโปรโตซัวในลำไส้มากขึ้น เพื่อลดการแพร่ของโรคหนองพยาธิชนิดต่างๆ และโปรโตซัวในลำไส้ จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อการแพร่โรคหนองพยาธิภายใต้แผนงานบูรณาการจัดการทรัพยากรน้ำ โครงการพัฒนากลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี)

โดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้พื้นที่โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อการแพร่โรคหนองพยาธิภายใต้แผนงานบูรณาการจัดการทรัพยากรน้ำ โครงการพัฒนากลุ่มน้ำห้วยหลวงตอนล่าง จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2566 (ในส่วนของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี) ยังคงมีปัญหของโรคหนองพยาธิทั้งในประชาชนและสัตว์เลี้ยง (สุนัข แมว วัว ควาย) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องจากมีพฤติกรรมการบริโภคและปฏิบัติตนยังไม่เหมาะสม ดังนั้น

จึงควรมีการเฝ้าระวัง และติดตามโรคหนอนพยาธิในพื้นที่ สุขภาพส่วนบุคคล รวมไปถึงการดูแลและจัดการสัตว์เลี้ยง
โครงการทุก 2-3 ปี เพื่อศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจาก ซึ่งอาจเป็นโฮสต์กักตุนโรค
การพัฒนาแหล่งน้ำดังกล่าว ควบคู่กับการให้ความรู้ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมชลประทาน. แผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อมและแผนติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม. สำนักงานบริหารโครงการ, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2556
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการพัฒนาด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผลด้านสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. ประยงค์ ระดมยศ, สุวณี สุกเวชย์, ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. ตำราปรสิตวิทยาทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย; 2539.
4. ประยงค์ ระดมยศ, อัญชลี ตั้งตรงจิตร, พลรัตน์ วิไลรัตน์, ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, แทน จงสุขชัยสิทธิ์. Atlas of medical parasitology. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย; 2541
5. Limpanont Y, Phuphisut O, Reamtong O, Adisakwattana P. Recent advances in *Schistosoma mekongi* ecology, transcriptomics and proteomics of relevance to snail control. *Acta Tropica*. 2020;202:105244
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการประจำปี 2556. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้เลือด กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาโรคพยาธิใบไม้เลือด ชistosomiasis ในโครงการเพื่อนรัษฎา มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, ภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน; 2556
7. Limpanont Y, Chusongsang P, Chusongsang Y, Limsomboon J, Sanpool O, Kaewkong W, et al. A new population and habitat for *Neotricula aperta* in the Mekong river of northeastern Thailand: a DNA sequence-based phylogenetic assessment confirms identifications and interpopulation relationships. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;92(2):336–9.
8. Ritchie LS. An ether sedimentation technique for routine stool examinations Bulletin. United States Army Medical Department 1948;8(4):326
9. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2013;6(1):14–7.
10. Ramsan M, Montresor A, Foun A, Ameri H, Di Matteo L, Albonico M, et al. Independent evaluation of the Nigrosin–Eosin modification of the Kato–Katz technique. *Trop Med Int Health*. 1999;4(1):46–9.
11. Zeibig, Elizabeth A. Clinical parasitology: a practical approach. 2nd ed: St. Louis: Elsevier: 2013
12. กัลยาณี จันธิมา, ชัยพรนิลราช, ชัชวาลย์ น้อยวังมั่ง. โรคหนอนพยาธิในพื้นที่อ่างเก็บน้ำลำชี จังหวัดชัยภูมิ. ว. ศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17(2):701-714.

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว:

กรณีศึกษา 2 ราย

จิรวรรณ ศิริมนตรี พย.ม.*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อโควิด-19 เป็นปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดภาวะปอดอักเสบ จนทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลต่อการเสียชีวิต มีวันนอนเพิ่มขึ้น อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCUS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกอาการสำคัญ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา การพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียน การซักถามประวัติผู้ป่วยและญาติ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล สรุปและประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกันเมื่อเปรียบเทียบพยาธิสภาพของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินโรค เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม และภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เมื่อใช้แนวคิดทางการพยาบาลของ FANCAS และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นระบบการพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พร่องการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ด้วยระบบทดแทนทั้งหมด โดยพยาบาลจะเป็นผู้กระทำการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พยาบาลจะมีบทบาทในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไม่ทรุดลงระหว่างการรักษา ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ไม่มีภาวะปอดแตก หรือมีปอดแตกเพิ่มขึ้น และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 เป็นต้น รวมถึงระยะเวลาการนอนในการรักษาตัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เป็นตามแผนการรักษา คือ 10 วัน

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อโควิด-19 การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 21 มีนาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 19 เมษายน 2567

Nursing Care for Patients with Pneumonia Caused by COVID–19 Infection with Respiratory Failure: 2 Case Studies

Jirawan Sirimontri M.N.S.*

Abstract

The COVID–19 infection is a health problem that severely affects the respiratory system leading to pneumonia, respiratory failure and death. It increases patient's hospitalization days, may lead to adverse events, and incurs higher treatment costs. This study aimed to study the implementation of nursing care according to FANCAS nursing concepts together with Orem's self-care theory in nursing care for two cases of patients with pneumonia and respiratory failure caused by COVID–19 infection, treated in the new infectious disease intensive care unit of Sakon Nakhon hospital between February, 2023 and July, 2023. Data collection tools included record form of important symptoms, laboratory results, treatment, nursing care reviewed from medical records, patients and their relatives to establish diagnoses, nursing care plan, summarize, and outcomes evaluation.

The two cases studies had similarities in disease pathophysiology and progression. They were the elderly patients with comorbidities and immunocompromised status. When FANCAS nursing concepts and Orem's self-care theory as a nursing system were implemented to assist in patient care in order to meet the needs of patients who unable to care for themselves, addressing self-care deficits in physical, psychological, emotional and social aspects through comprehensive substitution system in which all nursing care activities were performed by nurses, the partially substitution system which the activities were performed collaboratively between nurses and patients and the support and education system which nurses played the role in teaching and guiding the patients. Both cases studies did not develop complications such as deterioration during treatment, acute respiratory failure, severe bloodstream infections, lung rupture, increased lung rupture, or COVID–19 spread. The duration of hospitalization in the new infectious disease intensive care unit was 10 days according to the treatment plan.

Keywords: Pneumonia, Respiratory failure, COVID–19 infection, Nursing care

* Registered Nurse, Emerging Infectious Diseases Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

Received: Febuary 20, 2024 / Revised: March 21, 2024 / Accepted: April 19, 2024

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งเป็นไวรัสที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ก่อให้เกิดความรุนแรงกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีความอ่อนแอของภูมิคุ้มกัน¹ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 261 ล้านราย โดยเป็นผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 5.19 ล้านราย สำหรับประเทศไทย² มีการระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 2.9 ล้านคน เสียชีวิตสะสมมากกว่า 23,000 คน ผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 วันละมากกว่า 1,000 คน และใช้เครื่องช่วยหายใจวันละมากกว่า 300 คน โควิด-19 จะขัดขวางการทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจึงมีอาการปอดอักเสบรุนแรง เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ช็อค เลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลว ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ พยาธิสภาพของโรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น³ ภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้ร่างกายไม่สามารถไถ่ซึ่งการทำหน้าที่อย่างสมดุล นำไปสู่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม⁴

หอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร เป็นหอผู้ป่วยหนักที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีผลยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่มีความรุนแรง และอาจเกิดผลกระทบต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ⁵ จากสถิติปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 365 ราย และ 342 ราย ตามลำดับ วันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน และ 5.7 วัน ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 76 ราย และ 52 ราย ตามลำดับ โดยสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 68 เกิดจากภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมคือ มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจเดิมอยู่แล้ว ร้อยละ 82.46 หากประเมินล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษา อาจเพิ่มความรุนแรงของโรค จะมีผลทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ค่าใช้จ่ายใน

การรักษามากขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ลักษณะการดำเนินโรคติดเชื้อโควิด-19 อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สัญญาณชีพที่สำคัญ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการที่เหมาะสม ผู้จัดทำจึงได้ประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดทางการพยาบาลของแฟนคัส (FANCAS)⁶ ประเมิน 6 ด้าน ดังนี้ 1) สมดุลน้ำ (Fluid balance) 2) การหายใจ (Aeration) 3) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 5) การทำกิจกรรม (Activity) 6) การกระตุ้น (Stimulation) และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ โดยนำทฤษฎีย่อยคือทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พร่องการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม⁸ จึงจำเป็นต้องใช้ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับส่วนทฤษฎีระบบการพยาบาล⁷ ประกอบด้วย 3 ระบบ ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด โดยพยาบาลจะเป็นผู้กระทำ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พยาบาลจะมีบทบาทในการสอน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด FANCUS⁶ เป็นแนวทางในการประเมินปัญหา ประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีของโอเร็ม (Orem)⁷ ในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการบูรณาการความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาลของแฟนคัส (FANCUS) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ในกรณีศึกษา 2 ราย

กรอบแนวคิด

ประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ โดยนำทฤษฎีย่อย คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นกรอบในการพยาบาลนำมาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับ

แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS⁶ มีแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ดังนี้

1. สมดุลน้ำ (Fluid balance) โดยส่วนมากร่างกายมักจะขาดน้ำจากการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเชื้อเข้าไปกระตุ้นกระบวนการอักเสบ และการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย เกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัว⁹ เกิดการรั่วซึมของสารน้ำจากหลอดเลือดฝอยเข้าไปในถุงลมปอด และมีการรั่วของสารน้ำออกนอกเส้นเลือด เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และเกิดภาวะช็อคได้¹

2. การหายใจ (Aeration) ปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 เกิดการอักเสบและการทำลายของเซลล์ต่าง ๆ ภายในปอด ส่งผลให้ปอดมีความยืดหยุ่นต่ำหรือความตึงตัวสูง (Low compliance /High elastance) ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดอย่างรุนแรง พบการไหลของเลือดจากด้านขวาไปด้านซ้ายมากขึ้น และหลอดเลือดไม่หดตัวทำให้สัดส่วนการระบายอากาศและการกำซาบออกซิเจนเกิดความผิดปกติ¹⁰

3. ภาวะโภชนาการ (Nutrition) การติดเชื้อโควิด-19 เชื้อโรคจะเข้าสู่เซลล์เยื่อผิวทางเดินอาหารผ่าน ACE2 receptor ส่งผลให้เซลล์ทำงานผิดปกติ การรั่วซึมของสิ่งแปลกปลอมภายนอกสู่เซลล์เพิ่มขึ้น และมีการดูดซึมผิดปกติ ส่งผลทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย คอแห้งปากแห้ง ใจ ไม่รับรู้กลิ่น และการรับรู้กลิ่นหรือรสผิดปกติ ท้องเสีย³ อีกทั้งผู้ป่วยวิกฤตที่เจ็บป่วยรุนแรงร่างกายจะตอบสนอง โดยเปลี่ยนแปลงระบบเผาผลาญสารอาหาร สลายโปรตีนมากขึ้น ส่งผลให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อโครงสร้าง ส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการฟื้นฟูของโรค¹

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตในห้องแรงดันลบ ห้องแยกโรค โดยยึดหลักการป้องกันและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ เจ้าหน้าที่ต้องใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกัน ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยอาจไม่ชัดเจน รวมถึงการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยต้องทำด้วยความ

รอบคอบ รวดเร็ว และการเชื่อมต่อผู้ป่วยจึงไม่สามารถสื่อสารกับผู้ดูแล ญาติและครอบครัวได้โดยตรง อีกทั้งผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การสื่อสารลำบาก ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้

5. การทำกิจกรรม (Activity) ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุเกิดจากการอักเสบของเยื่อหุ้มหลอดเลือดทั่วร่างกาย จากการหลั่ง cytokine ออกมามากกว่าปกติ³ นอกจากนี้ไวรัสยังมีผลทำให้สมองส่วนที่ควบคุมการหายใจทำงานผิดปกติ มีกระบวนการเผาผลาญสูงขึ้น ทำให้ค่าออกซิเจนที่เหลืออยู่ในเลือดต่ำก่อนส่งไปฟอกที่ปอดต่ำและเกิด Capital Intra-pulmonary shunt ในรายที่มีปัญหาด้านการหายใจ จำเป็นต้องให้จำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย ส่งผลให้ความทนต่อกิจกรรมลดลง

6. การกระตุ้น (Stimulation) ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้เกิดการบาดเจ็บและทำลายอวัยวะต่าง ๆ ในรายที่มีอาการรุนแรงพบว่าเชื้อไวรัสสามารถกระตุ้นการอักเสบ ส่งผลให้หลายอวัยวะทำงานล้มเหลวต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลานาน¹ หลังจากรักษาหายแล้วอวัยวะนั้น ๆ ได้รับความเสียหายจากการติดเชื้อ เช่น อาการปอดบวม หรือ เนื้อปอดถูกทำลาย หรือบางครั้งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของยาที่ได้รับ ทำให้ยังมีอาการของโรคอยู่จนเกิดภาวะโควิดระยะยาว (Long COVID)

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึง กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการซักถามประวัติ 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสกลนคร เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน แล้วนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยแนวคิดทางการพยาบาล FANCUS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วย สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCUS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ประวัติการศึกษา ได้แก่อาการสำคัญ โรคประจำตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย และการรักษา จากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCUS วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำแนวคิดทางการพยาบาล FANCUS ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร(หมายเลขสำคัญโครงการ SKNHREC No. 052/2566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2566) การทบทวนเวชระเบียนได้รับอนุญาต จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน มีการเข้ารหัส และการรักษาความลับของผู้ป่วย และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาครั้งที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 เวลา 03.30 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการ 4 วันก่อนมา มีไข้หนาวสั่น คลื่นไส้ ไอ ตรวจโควิด-19 antigen ผล positive นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน 6 ชั่วโมง ก่อนส่งตัวมา มีไข้ ไอ หายใจหอบ ประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ ถุงลมโป่งพอง ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง และสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน ไม่มีประวัติขาดยา และไม่เคยได้รับวัคซีน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก หายใจหอบ RR 42 /min, O₂ sat 88% ฟังเสียงปอดพบ crepitation on palpation around chest wall with poor air entry BT 37°C, HR 104 bpm. BP 115/53 mmHg. CXR: subcutaneous emphysema seen both side chest wall จึงได้รับใส่ท่อระบายทรวงอกที่ปอดข้างขวา ร่วมกับใส่ท่อช่วยหายใจ ประวัติเดิมผู้ป่วย เดือนมกราคม ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนด้วย ภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 และได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ประวัติโรคประจำตัว คือ เบาหวานชนิดที่ 2 ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 รับประทานยาที่บ้านม่วง ประวัติขาดยา 1 เดือน ถุงลมโป่งพอง ขาดยาพ่นมา 1 ปี โรคผังพืชที่ปอด รักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปราย
1. การวินิจฉัย แรกเริ่ม	ปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว	ปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19	
2. สาเหตุและ ปัจจัยเสี่ยง	ชายไทย อายุ 63 ปี ประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ ถุงลมโป่งพอง ไขมันในหลอดเลือดสูง สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน ไม่มีประวัติขาดยา	ชายไทย อายุ 72 ปี ประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ประวัติขาดยา 1 เดือน ถุงลมโป่งพอง ขาดยา 1 ปี โรคผังพืชที่ปอด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็น กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะภูมิคุ้มกัน ต่ำและมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น ^{3,11}

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปราย
3. อาการและ อาการแสดง	ไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ ไอ หายใจหอบ (DOI day 4)	มีไข้ เจ็บแน่นหน้าอก ไอร่วมด้วย อาการเหนื่อยหอบ (DOI day 3)	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการ แสดงการติดเชื้อเป็น SIR criteria ติดเชื้อในระยะ viremia และ acute phase pneumonia เป็นระยะแรก ของการติดเชื้อ (day 1-10) โดยมีปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกัน มากเกินไป (cytokine storm) ¹⁰
4. ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติ การและการ ตรวจร่างกาย	O ₂ sat = 74% RR 36 /min, HR 112 bpm. BP 160/80 mmHg. BT 39.8 °C ฟังเสียงปอด: crepitation right upper lung CXR: Infiltration Right upper lung ABG: pH = 7.41, PaO ₂ = 93 PaCO ₂ = 33.7 EKG: Tachycardiac Covid-19 antigen: positive CRP = 237.7 mg/L WBC 13,680 cells/microliter, Neu 94%, Lym 4%, Hb 13.2% H/C No growth	O ₂ sat = 88% RR 42 /min, HR 104 bpm. BP 115/53 mmHg., BT 37 °C ฟังเสียงปอด: crepitation with poor air entry CXR: subcutaneous emphysema both side chest wall and Infiltration both lungs ABG; pH = 7.43, PaO ₂ = 58.3, PaCO ₂ = 31.5, SaO ₂ = 94%, Covid-19 antigen: positive CRP = 15.4 mg/L WBC 13,710 cells/microliter, Neu 97%, Lym 2%, Hb 8.3% H/C No growth	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะ ขาดออกซิเจน มีการติดเชื้อ ที่ปอดจากการติดเชื้อ โควิด-19 ปอดที่มีการอักเสบจะพบ การขยายตัวของหลอด เลือดอย่างมาก ทำให้สูญเสีย กลไกการปรับตัวของ ปอดต่อภาวะพร่อง ออกซิเจน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ การบ่งชี้ได้ว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในระยะ Pulmonary phase ¹²
5. การรักษา	– On ventilator PCV mode – Remdesivir 200 mg iv stat then 100 mg iv OD day 2 – 5 – Dexamethasone 4 mg iv q 8 hrs. – fentanyl (10:1) iv 15 mcg/hr., – 0.9% NSS 1000 ml iv rate 80 ml/ hr. – Fortum 2 gm IV q 8 hrs. – Clindamycin 600 mg iv q 8 hrs. – Losec 40 mg iv OD. – High flow Nasal Canula Flow – BD (1:1) 350 ml x 4 Fds ให้น้ำตาม 50 ml/FEED	On ventilator PCV mode Remdesivir 200 mg iv stat then 100 mg iv OD day 2 – 5 Dexamethasone 8 mg iv q 8 hrs. Fortum 2 gm IV q 8 hrs. Losec 40 mg iv OD. Tazocin 4.5 gms IV q 8 hrs. Beradual 1 NB q 6 hrs.with prn 50% MgSO ₄ 4 g + D5W 100 ml iv drip in 4 hrs. High flow Nasal Canula Levofloxacin 750 mg iv OD N-Acetylcysteine 600 mg RLS 1,000 ml iv 80 ml/hrs.	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยวิกฤต โควิด-19 และแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ¹¹
6. สรุปการ วินิจฉัย	ปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว		

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรค คือ เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีโรคประจำตัว คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน ซึ่งโครงสร้างของปอดที่ไม่ดีเดิมอยู่แล้ว ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัว คือ เบาหวานชนิดที่ 2 ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ถูกลมโป่งพอง โรคผังพืชที่ปอด ซึ่งมีประวัติขาดยา 1 เดือน มาด้วยอาการหอบเหนื่อย ตรวจพบมีลมรั่วที่ปอดและได้ใส่

ท่อระบายลมที่ทรวงอก โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการ มีไข้ หอบเหนื่อย มีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับยา Remdesivir พร้อมกับยากลุ่ม Corticosteroid และยาปฏิชีวนะ ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FANCAS⁶ และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม⁷ สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และให้การพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม

แนวคิด FANCAS	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
สมดุลน้ำ (F = Fluid & Electrolyte)	1) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	1) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	- การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด
2. การหายใจ (A = Aeration)	2) การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของเนื้อปอด และการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง	2) การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของเนื้อปอด และการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง	การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด - การพยาบาลทดแทนบางส่วน
3. โภชนาการ (N = Nutrition)	3) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	3) เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง	- การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด
4. การติดต่อสื่อสาร (C = Communication)	4) ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยไอซียูมีอุปกรณ์ช่วยเหลือและไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับญาติได้สะดวก	4) ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยไอซียูมีอุปกรณ์ช่วยเหลือและไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับญาติได้สะดวก	- การพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้
5. การทำกิจกรรม (A = Activity)	5.1) พร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5.1) พร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5.2) ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง	5.2) ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง	- การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาลทดแทนบางส่วน การพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้
6. การกระตุ้น (S = Stimulation)	6) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มจากร่างกายไวต่อการติดเชื้อ และจากการติดเชื้อโควิด-19	6) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มจากร่างกายไวต่อการติดเชื้อ และจากการติดเชื้อโควิด-19	การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้

จากการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยวิกฤต จากกรณีศึกษา จึงได้นำเสนอกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยตามระบบทฤษฎี ทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน ผู้ศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 3 การพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม

ข้อวินิจฉัย	การพยาบาล	การประเมินผล
1. สมดุลน้ำ (F = Fluid & Electrolyte) ข้อวินิจฉัย : มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย กรณีศึกษาที่ 1: ระดับโพแทสเซียมในร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ข้อมูลสนับสนุน – ผลโพแทสเซียมในร่างกาย 3.3 mmol/L วัตถุประสงค์ โพแทสเซียมในเลือดกลับสู่ภาวะปกติ 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกณฑ์การประเมิน 1. โพแทสเซียม 3.5–5.5 mmol/L 2. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง 3. ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ กรณีศึกษาที่ 2 : ระดับแมกนีเซียมในร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ข้อมูลสนับสนุน – ผลแมกนีเซียม 1.2 mmol/L วัตถุประสงค์ 1. แมกนีเซียมในเลือดกลับสู่ภาวะปกติ 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก หัวใจหยุดเต้น เกณฑ์การประเมิน 1. แมกนีเซียมอยู่ในระดับ 2–3 mmol/L 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	ระบบทดแทนทั้งหมด ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน กรณีศึกษาที่ 1 ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายจากอาการแสดง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ แขน-ขา อ่อนแรง ดูแลให้ได้รับ ยา E.KCL 15 ml stat ตามแผนการรักษา และ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv 80 ml/hr. 3. ติดตามมอนิเตอร์การทำงานของหัวใจ เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ 4. บันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกายทุก 2 ชั่วโมง 5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาที่ 2 1. ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย จากอาการแสดง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก หัวใจหยุดเต้น 2. ดูแลให้ได้รับยา 50% mgSO ₄ 8 ml add 5% DW 100 ml iv drip in 4 hr. day 1 และ ให้ 50% mgSO ₄ 4 ml add 5% DW 100 ml iv drip in 4 hr. day 2–3 3. ติดตามมอนิเตอร์การทำงานของหัวใจ เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ 4. บันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกายทุก 2 ชั่วโมง 5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จากการให้การพยาบาลด้วยระบบ ทดแทนทั้งหมดพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 – โพแทสเซียม อยู่ในระดับปกติ คือ 4.0 mmol/L ภายหลังได้รับยาตามแผนการรักษา – ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ – สัญญาณชีพคงที่ กรณีศึกษาที่ 2 – แมกนีเซียม อยู่ในระดับปกติ คือ 2.4 mmol/L ภายหลังได้รับยาตามแผนการรักษา – ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น – สัญญาณชีพคงที่
2. การหายใจ (A = Aeration) ข้อวินิจฉัย: การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อมองปอด และการจับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 1 S: “มีไข้ ไอ หายใจหอบ หายใจไม่ออก” O: วัดค่า O ₂ sat = 74% อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 39.8	ระบบทดแทนทั้งหมด ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงจับเสมหะของผู้ป่วย และสัญญาณชีพของผู้ป่วย ¹³ 2. บันทึกอัตราการหายใจของผู้ป่วยทั้งจากเครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยหายใจด้วยตนเอง รวมทั้งปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยได้รับ 3. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และ	กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่อารมณ์เหนื่อย หอบ หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่ 6 ที่รับการรักษา ในโรงพยาบาล O ₂ sat 98–99%, RR = 16–24 /min. ผลCXR ดี

ตารางที่ 3 การพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	การพยาบาล	การประเมินผล
°C ฟังเสียงปอดพบ crepitation right upper lung – CXR พบ Infiltration Right upper lung – ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ซีด 21 ร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ PCV mode setting RR 18 Pi 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 – ABG; pH = 7.41, PaO₂ = 93, PaCO₂ = 33.7, SaO₂ = 97% ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 2 S: “เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ไม่ไอ” O: วัดค่าO₂ saturation 88% อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/53 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37°C ฟังเสียงปอดพบ crepitation on palpation around chest wall with poor air entry – CXR พบ subcutaneous emphysema and Infiltration both lung วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็วลึก ไซ้กล้ำม เนื้อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น 2. O₂ saturation ≥ 90% และอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16–24 ครั้งต่อนาที 3. ผล CXR ดีขึ้น คือ Infiltration ลดลง 4. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ 5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคือ Pneumothorax 3. โภชนาการ (N = Nutrition) ข้อวินิจฉัย: เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 1 – น้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร ค่า BMI = 21.64 กก./ม² – serum albumin 3.5 g/dL serum K = 3.3 mmol/L – ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 2 น้ำหนัก 68 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร ค่า BMI	ตำแหน่งท่อระบายทรวงอก และป้องกันการหัก พับ งอ¹² 4. ตรวจสอบสายของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีน้ำขัง ดูแลข้อต่อให้แน่น ติดตั้งที่กรองไวรัส อากาศที่ออกจากเครื่องช่วยหายใจ 5. วัดความดันของกระเปาะหลอดลม (Cuff pressure) อย่างน้อยเผลวละ 1 ครั้ง 6. ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ และปากทุก 2 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่ทีมเสียงเสมหะ โดยการดูดเสมหะแบบปิด¹⁶ 7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Sedative ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ความดันโลหิต และประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 8. ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม Weaning protocol ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการกระทำให้และชี้แนะแนวทาง 1. จัดทำให้เสมหะออกง่าย เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้น ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 1–2 ชั่วโมง โดยลุกขึ้นนั่งบนเตียง หรือข้างเตียงตามสภาพร่างกาย จัดท่า ศีรษะสูง 30–45 องศา¹⁶ 2. ทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยด้วยน้ำยา 0.12% Chlorhexidine 3. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยประคองทรวงอกขณะหายใจเข้าแล้วหายใจออก ระบบทดแทนทั้งหมด ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน 1. ประเมินสภาวะการขาดสารน้ำสารอาหาร ได้แก่ น้ำหนักตัวลด หรือมีเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ โรคประจำตัว โครงสร้างร่างกาย เช่น มีแผลที่ปาก ลำไส้ สังเกตเปลือกตาเหลือง ซีด เป็นต้น 2. ติดตามผลเลือดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BUN, Cr, Hct, Hb และอัลบูมิน 3. ประเมินความต้องการพลังงานของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน NAF 4. ปรีกษาโภชนาการ เพื่อประเมินและคำนวณสารอาหาร และกำหนดแบบแผนที่เหมาะสมกับ	ขึ้นคือ Infiltration ลดลง ไม่เกิด Pneumothorax กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน สามารถเอาสายระบาย ทรวงอกออกในวันที่ 3 ในการรักษา และท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่ 7 ในการรักษา ค่า O₂ sat 99–100%, RR = 16–24 /min. ผล CXR pneumothorax ดีขึ้น และ infiltration ลดลง ไม่เกิด pneumothorax ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองจึงต้องให้การพยาบาลด้วยระบบทดแทนทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหายและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ โดยได้กำหนดอาหาร ดังนี้ กรณีศึกษาที่ 1 ประเมิน NAF: Total energy expenditure (TEE) ได้ 1,300 kcal/day ได้รับอาหาร ทางสายให้อาหาร เป็นสูตรอาหารปั่น (1:1) 350 ml. กรณีศึกษาที่ 2 ประเมิน Total

ตารางที่ 3 การพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	การพยาบาล	การประเมินผล
= 30.2 กก./ม² - Gag reflex การเคลื่อนไหวของ ลำไส้ 10-16 ครั้งต่อนาที - serum albumin = 2.7g/dL serum K = 4.1 mmol/L - ใส่ท่อช่วยหายใจ วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ได้รับสารอาหารเพียงพอ และไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร เกณฑ์การประเมิน 1. ระดับอัลบูมินในเลือด > 3 g/dL และ ค่า Hb, Hct ในเลือดอยู่ในระดับปกติ	สภาพผู้ป่วย 5. จัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเริ่มให้อาหารเร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย โดยระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยวิกฤต ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยต้องได้รับประมาณ 20-25 kcal/kg/day ภายใน 72-92 ชั่วโมงแรก ภายหลัง เข้ารักษาในไอซียู และควรได้สารอาหารโปรตีน ประมาณ 1.2-2 g/kg/day และไขมันไม่ควรเกิน 0.1 gm/ กก./วัน¹⁸ ประเมินและบันทึกความต้องการพลังงานของผู้ป่วย	energy expenditure (TEE) ได้ 1,700 kcal/day ได้รับอาหารผ่านสายให้ เป็นBD (1:1) 400 ml โปรตีน 70 g/day วันละ 4 มื้อ
4. การติดต่อสื่อสาร (C = Communication) ข้อวินิจฉัย: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและสภาพแวดล้อมในห้องไอซียู ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วย มีสัณห์วิตกกังวล ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดคุยได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ - ลูกสาวผู้ป่วยถามว่า “คุณพ่อจะดีขึ้นไหม” ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 2 - ผู้ป่วย มีสัณห์วิตกกังวล - ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดคุยได้ จากใส่ท่อช่วยหายใจ - ภรรยาผู้ป่วยถามคำถามซ้ำๆ “คนไข้จะรอดไหม” “นอนโรงพยาบาลนานไหม” วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติจากภาวะเจ็บป่วย เกณฑ์การประเมิน 1. ทำทางผู้ป่วยและญาติแสดงถึงความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือ	การพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ ด้วยวิธีการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ และสังคม 1. สร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ กรณีเยี่ยมผู้ป่วยโควิด-19 2. สื่อสารโดยเขียนกระดานสื่อสาร และรูปภาพโดยให้ผู้ป่วยชี้ภาพสำหรับสื่อสาร เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 3. ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การถอดท่อช่วยหายใจ การฝึกขับเสมหะ การรับประทานยา เป็นต้น 4. ให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจในการป้องกันตัวเอง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และป้องกันการมีโอกาสดูดเชื้อ โดยเน้นย้ำหลัก D-M-H-T-T¹¹ 5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียเมื่อท่อช่วยหายใจหรือสายระบายลมในทรวงอก เลื่อนหลุด ให้แก่ผู้ป่วยเข้าใจ ถึงสาเหตุ ประโยชน์ของการรักษา รวมถึงระยะเวลาของการใส่สายสวนต่างๆ เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ และป้องกันการดึงสายระบายลมในทรวงอก 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และรับฟัง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย - ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จากการสังเกตผู้ป่วยและญาติมีความกังวลลดลง และมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกการไอเพื่อขับเสมหะ การไม่ดึงสายต่างๆในร่างกาย - ผู้ป่วยพึงพอใจ และได้รับการตอบสนองเบื้องต้นจากการสื่อสารด้วยการเขียนกระดาน และการชี้ภาพเพื่อการสื่อสาร - ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี คือปฏิบัติตามระเบียบของหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ในการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ และทางไลน์ในช่วงเวลา10.00 น. และ18.00 น. รวมถึงเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ทางเจ้าหน้าที่ได้โทรแจ้งอาการปัจจุบัน หรืออาการที่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 การพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	การพยาบาล	การประเมินผล
5. การทำกิจกรรม (A = Activity) ข้อวินิจฉัย 1. พร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2. ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 1 - ใส่ท่อช่วยหายใจ - ได้รับยาระงับประสาท (Sedative drugs) จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ - ADL = 0 คะแนน ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 2 ใส่ท่อช่วยหายใจและสายระบายทรวงอก ADL = 4 คะแนน วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยมีสุขอนามัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม เกณฑ์การประเมิน - ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี	ระบบทดแทนทั้งหมด ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน 1. จัดทำให้เสมหะออกได้ง่าย เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้น ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยลูกขึ้นนั่งบนเตียงหรือ ข้างเตียงตามสภาพร่างกาย 2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ท้องอืด ปอดอักเสบเพิ่มขึ้น โดยการ พลิกตะแคงตัว ทำความสะอาดผิวหนังไม่ให้เปียกชื้น ดูแลระบบขับถ่าย สังเกตอาการแดงบริเวณปุ่มกระดูก เป็นต้น ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการกระทำให้และชี้แนะแนวทาง ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย โดยการจัดวางของไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย ในการหยิบจับ เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ โทรศัพท์ เป็นต้น 2. ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการทำงานของกล้ามเนื้อปอด และกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวของร่างกาย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและความต้องการขั้นพื้นฐาน ด้วยการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยนอนพักหลับได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีท้องอืด ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบที่เพิ่มมากขึ้น ได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และไม่เกิดรอยแดงซ้ำบริเวณปุ่มกระดูก และเมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยภายหลังการเอาท่อช่วยหายใจออกจึงนำการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการกระทำให้และชี้แนะแนวทางกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการฝึกไอ และออกกำลังกายเล็กน้อยแบบเฉื่อย (passive exercise) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลด้วยระบบทดแทนบางส่วน คือการช่วยเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาต้านไวรัส RNA ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา และได้รับยาตามมาตรฐานการให้ยา ติดตามค่าเลือดภายหลังให้ยา ค่าการทำงานของตับอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.0 °C ผล CXR ดีขึ้น คือ Infiltration ลดลง ไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง และไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มจากการสนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลตัวเองด้วยมาตรการ
6. การกระตุ้น (S = Stimulation) ข้อวินิจฉัย : เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มจากร่างกายไวต่อการติดเชื้อ และจากการติดเชื้อ โควิด-19 ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 1 S: “ไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ ไอ หายใจหอบ 4 วันก่อนมา” O: Infiltration Right upper lung - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Covid -19 antigen positive, CRP 237.7 mg/L, WBC 13,680 cells/microliter, Neu 94%, Lym 4%, Hb 13.2%, H/C No Growth ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 2 S: “มีไข้ เจ็บแน่นหน้าอก ไม่ไอ ร่วมกับมีอาการเหนื่อยหอบ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล” O: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Covid -19 antigen positive, CRP 15.4 mg/L, WBC 13,710 cells/microliter, Neu 97%, Lym 2%, Hb 8.3%, H/C No Growth - เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ	ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการกระทำให้และชี้แนะแนวทาง 1. ประเมินอาการแสดงผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือสับสน ผิวหนังขึ้น ปัสสาวะลดลง สัญญาณชีพแสดงภาวะช็อก 2. เฝ้าระวังอาการข้างเคียงยา Dexamethasone ได้แก่ ภาวะ Cushing syndrome ระดับน้ำตาลในเลือดสูง กระดูกผุ ติดเชื้อง่าย ผลในกระเพาะอาหาร อาการทางจิต ปวดศีรษะ หลงลืม กระวนกระวาย เป็นต้น 3. การปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามหลัก “APHEC” ¹⁶ การพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ ด้วยวิธีการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ และสังคม 1. กระตุ้นผู้ป่วยให้หลัก D-M-H-T-T ¹¹ 2. ให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจในการป้องกันตัว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลด้วยระบบทดแทนบางส่วน คือการช่วยเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาต้านไวรัส RNA ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา และได้รับยาตามมาตรฐานการให้ยา ติดตามค่าเลือดภายหลังให้ยา ค่าการทำงานของตับอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.0 °C ผล CXR ดีขึ้น คือ Infiltration ลดลง ไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง และไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มจากการสนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลตัวเองด้วยมาตรการ

ตารางที่ 3 การพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	การพยาบาล	การประเมินผล
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อเพิ่ม	เอง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และป้องกัน	D-M-H-T-T ญาติผู้ป่วยเข้าใจ
เกณฑ์การประเมินผล	การมีโอกาสดูดเชื้อ	และตอบได้เมื่อพยาบาลถามย้อน
1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5–37°C	3. แจ้งแนวทางการเชื่อมคือไม่อนุญาตให้อาาติ	กลับหลังจากการแนะนำทันที
2. ผล CXR ดีขึ้น คือ Infiltration ลดลง	เข้าเยี่ยมผู้ป่วยโควิด-19 ในทุกกรณี เนื่องจาก	
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือภาวะติดเชื้อใน	เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ยกเว้น	
กระแสเลือดรุนแรง ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว	เชื่อมต่อผ่านทางระบบ Online หรือผู้ป่วย	
เฉียบพลัน	ระยะสุดท้าย ^{2,11}	

วิจารณ์และสรุป

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินภาวะวิกฤตตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ด้วยการพยาบาลที่มีความเข้าใจ การดำเนินโรค ความรู้เฉพาะโรค และการพยากรณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้การพยาบาลทดแทนตามความสามารถในการดูแลตนเองด้วยระบบทดแทน ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนให้ความรู้ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยปฏิบัติร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยมีวิธีการการกระทำให้หรือทำแทน การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว การสอนเป็นการพัฒนาความรู้และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไม่ทรุดลงระหว่างการรักษา ไม่เกิดภาวะภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ไม่มีภาวะปอดแตก หรือมีปอดแตกเพิ่มขึ้น และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 เป็นต้น รวมถึงระยะเวลาการนอนในการรักษาตัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. ดุสิต สดาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิธณ์, และสันธิติ โมรากุล. COVID and crisis in critical care. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2563
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>

ตามแผนการรักษา คือ 10 วัน และการศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการประเมินผู้ป่วยวิกฤต⁶ และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม⁷ มาใช้ในการระบุนการพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ภายในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารทางการพยาบาล ควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 เนื่องจากการดูแลจำเป็นต้องเข้าใจการดำเนินโรค และการพยาบาลตามปัญหาของระบบพยาธิสรีรวิทยา ระยะการดำเนินโรค เพื่อให้การพยาบาลเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยวิกฤตการวิเคราะห์ปัญหาตามแนวคิด FANCAS และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม ตามระบบทฤษฎีคือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาที่ทดลองในการพัฒนาใช้โปรแกรมในการดูแลผู้ป่วย หรือศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

3. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. *Mil Med Res* 2020;7(1):1–10.
4. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. Approach to Hypoxemia. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2563 หน้า. 173–89.
5. สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น: คลังนานา; 2559.
6. Holloway N M. Nursing the Critically ILL Adult. California: Addison–Wesley Publishing; 1979.
7. Nursing theory. Dorothea Orem – Nursing theorist [Internet]. [Cited 2020 Oct 3]. Available from: <https://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Dorothea-E-Orem.php>
8. จันทิรา เจริญชัย, และศรีธัญญา จุฬาริ. แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2562.
9. Marik PE, Linde–Zwirble WT, Bittner EA, Sahatjian J, Hansell D. Fluid administration in severe sepsis and septic shock, patterns and outcomes: an analysis of a large national database. *Intensive Care Med* 2021;43(5):625–635.
10. สรภพ ภักดีวงศ์. More Understanding Covid: Pneumonia/ ARDS. ใน: ดุสิต สดาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สันติ โมรากุล, และกฤษณ์ เฟื่องฟู, บรรณาธิการ. COVID and crisis in critical care. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2564. หน้า 307–313.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmta.dms.go.th/manualdmta/MN_Policy/cpg/CPG-13.pdf
12. ณัฏฐิศา โอวัฒนพานิช, สันติ โมรากุล, สหฤต ปุณณณาวาร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, และดุสิต สดาวร The Seamless critical care. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2566.
13. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต : แบบองค์รวม (Clinical care nursing : A holistic approach). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สามัญชนิเทศศาสตร์ สหประชาพานิชย์; 2565.
14. จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, เดือนแรม เรืองแสน, และวราทิพย์ แก่นการ. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(1):1–14.
15. ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารการพยาบาล 2563;22(1):70–91.
16. เสาวภา ทองงาม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช 2563;13(3):222–231.
17. จันทร์ฉาย มณีวงษ์, การพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562. หน้า 53–60.
18. อภิญญา กุลทะเล. การป้องกันภาวะทุพโภชนาการใน ผู้ป่วยวิกฤต. ใน: วิจิตรา กุสุมภ์, ธนินดา ตระการณิษฐ์, กัสพร ขำวิชา, ไพบุญย์ โชติพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารวรรธ, และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2560. หน้า 521–524.
19. รัฐพล อุปลา. คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). พิมพ์ครั้งที่ 3. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560. หน้า 173–89.
20. Raoof S, Nava S, Carpati C, Hill NS. High–Flow, Noninvasive Ventilation and Awake Prone in Patients with Coronavirus Disease 2019 With respiratory. *Chest* 2020;158(5):1992–2002.

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียม
ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง

ผ่องศรี นวลมณี พย.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง 2 รายที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนประวัติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็น Infrarenal abdominal aortic aneurysm ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (Endovascular aortic repair : EVAR) และให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปชนิดทั่วร่างกาย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญๆ ต้องติดตามและเฝ้าระวัง แบ่งตามระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดปริแตกก่อนการผ่าตัดจากความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด ขณะได้รับยาระงับความรู้สึก 4 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสาถักน้ำย่อยเข้าปอดจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว 2) ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงจากการล้มเหลวในการทำ EVAR และต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิด จากการฉีกขาดหรือทะลุของหลอดเลือด 3) ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน เช่น air emboli หรือลิ่มเลือดไปอุดตันสมอง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และ 4) ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารทึบรังสี ภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างหลังผ่าตัด 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ อัมพฤต อัมพาต ภาวะขาด เลือดบริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะชกหรือไม่ตื่นหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยรายที่ 1 จำนวน 2 ข้อ คือ 1) ไม่สุขสบายจากความปวดช่องท้องก่อนผ่าตัด และ 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากภาวะเบาหวาน ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่พบภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 นอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 12 วัน รายที่ 2 นอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึก อย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนการนำเอาความรู้ทักษะและประสบการณ์จากการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกมาใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านหลอดเลือดแดง การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 5 มีนาคม 2567 แก้ไขบทความ: 12 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 25 เมษายน 2567

The Comparative Case Study of Nursing Care for Abdominal Aortic Aneurysm Patients with Endovascular Aortic Aneurysm Repair who Received General Anesthesia

Pongsri Nuanmanee B.N.S.*

Abstract

Endovascular aortic aneurysm repair (EVAR) in patients with abdominal aortic aneurysm is important, in particular in elderly patients, for whom the administration of general anesthesia is quite complicated, complex, and high-risk. Nurse anesthetists need to have knowledge, understanding, skills, and decision-making skills in nursing care and resolve potential crises quickly and promptly. This study aimed to study and compare the personal information of patients undergoing surgery under general anesthesia. Nursing diagnosis, nursing practice, and nursing outcomes. Two patients with abdominal aortic aneurysms who received general anesthesia were selected. Data were collected from medical records, observation, and monitoring nursing practice. The study period was from July 1, 2023, to May 30, 2024.

The results revealed that both cases were infrared abdominal aortic aneurysm patients with EVAR and undergoing general anesthesia. There was one risk associated with preoperative angioplasty. Intra-operation prior; 2) risk of EVAR failure due to tearing or perforation of blood vessels; 3) risk of complications from air emboli or blood clots clogging the brain; 4) risk of myocardial ischemia; 5) risk of complications from contrast agents; 6) risk of bleeding around the groin incision after surgery. And two different diagnoses were made in patient 1: 1) discomfort from preoperative abdominal pain; and 2) risk of developing high or low blood sugar due to diabetes. Both patients showed no complications after surgery. Patient 1 was hospitalized for 12 days, and patient 2 was hospitalized for 7 days.

In conclusion, we conducted a holistic analysis of nursing issues. It is used to determine nursing diagnosis and nursing process in both the pre-term. During and after administering anesthesia, covering physical, mental, and emotional aspects. This includes the application of knowledge, skills, and experience gained from the practice of anesthesia. It was found that the patient was safe; there were no complications.

Keywords: abdominal aortic aneurysm, endovascular aortic aneurysm repair (EVAR), general anesthesia

* Registered Nurse (Professional Level), Anesthesia, Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital
Received: March 5, 2024 / Revised: April 12, 2024 / Accepted: April 25, 2024

บทนำ

เส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm: AAA) คือ การโป่งพองหรือขยายใหญ่ของผนังหลอดเลือดแดงเออร์ตาในช่องท้อง ส่วนใหญ่เกิดจากผนังของหลอดเลือดแดงมีความแข็งแรงมากกว่าปกติ เนื่องจากการบาดเจ็บของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (atherosclerosis)¹ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 6 เท่า ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่จัดจะมีความเสี่ยงมากกว่า 4 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือญาติสายตรงมีประวัติการป่วยด้วยโรคความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เช่น Marfans หรือ Ehlers Danlos (type IV)^{2,3} และสามารถแบ่งตามตำแหน่งพยาธิสภาพได้ 3 ชนิด คือ 1) Infrarenal AAA มีตำแหน่งต่ำกว่า renal artery พบได้ร้อยละ 95 2) Juxtarenal AAA อยู่ตำแหน่งชิดติดกับ renal artery และ 3) Suprarenal AAA อยู่ตำแหน่งเหนือกว่า renal artery^{4,5} ผู้ป่วยมักจะตรวจด้วยความบังเอิญจากการตรวจโรคอื่น ส่วนใหญ่คลำพบก้อนเด่นได้ที่ท้องด้านบนบริเวณเหนือสะดือ เด่นเป็นจังหวะเดียวกันกับการเต้นของหัวใจ อาจมาด้วยอาการปวดท้องและปวดหลัง บางครั้งมาด้วย ureteric obstruction หรือมีลิ้มเลือดอุดตันที่ขา^{3,4} แต่ในรายมาที่ rupture AAA จะมาด้วยปวดท้องแบบเฉียบพลัน ความดันโลหิตต่ำ และคลำได้ pulsatile mass ที่ท้อง แนวทางการรักษาคือการป้องกันไม่ให้ AAA เกิดการขยายขนาดและให้การรักษามาตามเวลาที่เหมาะสมก่อนที่จะเกิดการแตก⁵ ในรายที่ต้องได้รับการผ่าตัด (elective case) ซึ่งมี 2 วิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดแบบเปิด (open surgical repair: OSR) โดยแผลผ่าตัดทางหน้าท้องตั้งแต่ใต้ลิ้นปี่ (xyphoid) จนถึงขาหนีบ (pubic symphysis) แล้วใส่หลอดเลือดเทียมแทนส่วนของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง⁶ วิธีการนี้ให้ผลการรักษาในระยะยาวได้ดี แต่ใช้ระยะในการผ่าตัดนาน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก¹ และวิธีที่ 2) การใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้งสองข้าง เข้าไปจนถึงหลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองนั้น แล้วปล่อยให้ขดลวดถ่างขยายในช่องท้อง ซึ่งเรียกว่า endovascular aneurysm repair: EVAR) ข้อดีคือแผลมีขนาดเล็ก ปวดน้อยกว่า ฟื้นตัวเร็ว มีความปลอดภัยสูง ภาวะแทรกซ้อนน้อยจึงช่วยลดอัตรา

การเสียชีวิต ผลการรักษาในระยะสั้นและกลางดี แต่ต้องมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลในระยะยาวต่อไป^{4,5}

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่สูงอายุค่อนข้างมีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิสรีรวิทยา รวมถึงโรคประจำตัวและได้รับยาหลายชนิด ซึ่งมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ประสิทธิภาพการบีบตัวหัวใจและการไหลเวียนลดลง ความยืดหยุ่นหลอดเลือดลดลง มีความดันโลหิตสูง การเต้นหัวใจผิดจังหวะ การตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ง่าย ผนังทรวงอกแข็งขาดความยืดหยุ่น เกิดภาวะถุงลมโป่งพองและภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย เนื้อสมองและปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ค่า MAC ของดมยาลดลง ส่งผลต่อการทำงานของตับลดลง มีผลทำให้ยาที่ย่อยสลายหรือขับออกทางตับมีฤทธิ์ยาวนานขึ้น ไตทำงานลดลงเกิดภาวะไตสูญเสียหน้าที่เฉียบพลัน การทำงานของระบบย่อยอาหารเปลี่ยนไป ถ้าใส่ท่อน้ำลดลงเกิดความเสี่ยงต่อการสำลัก ลักษณะผิวหนังของผู้สูงอายุที่เหี่ยวย่น เกิดอันตรายต่อผิวหนังง่าย ไขมันที่ใบหน้าลดลง แก้มตอบเกิดปัญหาต่อการใส่ mask ช่วยหายใจ ฟันอาจโยกใส่ท่อช่วยหายใจยาก กระดูกและข้อบางพรุน การปรับตัวต่อการรักษาอุณหภูมิร่างกายลดลงเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มีความเสื่อมของระบบประสาท การรับรู้ต่อการปรับตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดได้^{6,7,8}

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดแดงเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือด

วิสัญญีพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามพยาบาลดูแลทุกระยะ ตั้งแต่ประเมินอาการ การนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล ตลอดจนประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัด โดยมีการเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า ก่อนการ ได้รับการบริการทางวิสัญญี

มีการประเมินก่อนได้รับการผ่าตัด และโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังการผ่าตัด โดยการออกเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี มีการประเมินก่อนได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologists: ASA) ซึ่งแบ่งเป็น 6 Class⁶ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย อาการและอาการแสดง พยาธิสภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ ปัญหาความต้องการ ความพร้อม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความถูกต้องของเอกสาร การเซ็นยินยอม ให้ข้อมูล แนะนำการปฏิบัติตน และความเสี่ยงระหว่างการให้บริการ ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินซ้ำ และการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือเพื่อให้บริการ อย่างปลอดภัย ในผู้ป่วยหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้อง มักจะมีความดันโลหิตสูง แพทย์จะพิจารณาควบคุมความดันเลือดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด บางรายได้รับยาควบคุมความดันกลุ่ม Vasodilator ร่วมกับยาระงับปวด เช่น nicardipine หรือ morphine เข้าทางหลอดเลือดดำ ช่วยลดแรงดันในหลอดเลือด ป้องกันการขยายของเส้นเลือด ไม่ให้เกิดการแตกก่อนได้รับการรักษา

การพยาบาลขณะได้รับยาระงับความรู้สึก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะระหว่างการรับความรู้สึก ในภาวะฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องทันทีที่ พ้นจากการให้ยาระงับ ความรู้สึกไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย เอกสาร และการผ่าตัด การติดเครื่องเฝ้าระวังการให้ยาระงับความรู้สึก บันทึก สัญญาณชีพ ประเมินสารน้ำเข้า-ออก การเตือนของอุปกรณ์ ประเมินผู้ป่วยตลอดเวลาการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตลอดจนการให้การป้องกันและการแก้ไข ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความพร้อมในการกลับไปพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลจะออกเยี่ยมประเมินผู้ป่วยโดยการใช้เกณฑ์การให้คะแนนในระยะพักฟื้นเป็นเกณฑ์ การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Post Anesthetic Recovery Score: PARS)⁵

การผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองมีความเสี่ยงสูงมาก ทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลและช่วยเหลือในห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและการตัดสินใจในการพยาบาลและแก้ไขปัญหาวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและทันที มีการวางแผนการพยาบาลในทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ^{9,10} ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการ ประสพการณ์ด้านการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹¹ (Nursing Theory's Orem) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)
2. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

กรอบแนวคิดนี้จะเกี่ยวข้องกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบหรือกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ตั้งจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เลือกกระบวนการพยาบาลหรือกิจกรรมการช่วยเหลือ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง รวมถึงช่องทางขอความช่วยเหลือและการติดตามผลการพยาบาล โอเร็มได้กำหนดออกเป็น 3 ระบบคือ

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เป็นระบบที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองและใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย ระบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหว พยาบาลเป็นผู้ให้กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด

2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เป็นระบบที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพียงบางส่วน ระบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และพยาบาลเพียงให้การพยาบาลเพื่อชดเชยข้อจำกัดบางอย่างของผู้ป่วยเท่านั้น

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน ชี้แนะ แนะนำแนวทางและจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเองหรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดแดงเทียม ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง โดยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังด้วยการทบทวนเวชระเบียนประวัติและเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึงมีนาคม 2567 คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการ

ผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดแดงเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาตำรา ค้นคว้าเอกสาร ทบทวนองค์ความรู้บทความงานวิจัยเกี่ยวกับข้อ
2. เขียนเค้าโครงการกรณีศึกษาเพื่อขอรับจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร
3. ทำบันทึกเพื่อถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำมาศึกษา โดยคัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย
4. เก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกจากเวชระเบียนประวัติ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินสภาวะผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ ข้อมูลการวินิจฉัย การทำหัตถการ การพยาบาลระยะก่อน ขณะ หลังได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
5. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษา ประเด็นข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการดูแลพยาบาล 3 ระยะ คือ ระยะแบบทดแทนทั้งหมด ระยะทดแทนบางส่วน และระยะการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต่อไป

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกกรณีศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKNH REC No.062/2566 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสกลนครในการเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วย

กรณีศึกษาผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดตัดหลอดเลือดเทียม ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
อาการและอาการ แสดง	- 8 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเฉียบพลัน ร่วมกับปวดหลังมาก คลำพบก้อนเต้นได้ที่ท้องด้านบนบริเวณเหนือสะดือ - pain score 10/10 - ความดันโลหิต 4 รยางค์ Rt arm 172/102 mmHg Rt leg 188/109 mmHg Lt arm 168/99 mmHg Lt leg 163/100 mmHg -Femoral pulse Rt 2+ Lt 2+ , Popliteal pulse Rt 1+ Lt 1+ , DTA pulse Rt. 1+ Lt. 1+ และ PTA pulse Rt. 1+ Lt. 1+	-2 เดือนก่อน เคยมาด้วยอาการปวดในช่องท้องบริเวณเหนือสะดือ ราวไปหลัง คลำได้ก้อนเต้นได้ส่วน บนเหนือสะดือ - pain score 2/10 - ความดันโลหิต 4 รยางค์ Rt arm 130/76 mmHg Rt leg 155/79 mmHg Lt arm 144/78 mmHg Lt leg 138/77 mmHg -Femoral pulse Rt 2+ Lt 2+ , Popliteal pulse Rt 1+ Lt 1+ , DTA pulse Rt 1+ Lt 1+ และ PTA pulse Rt. 1+ Lt. 1+	-การวินิจฉัยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองจากการและตรวจร่างกายมีคลำพบก้อนเต้นได้บริเวณเหนือสะดือ ร่วมกับมีอาการปวด ผู้ป่วยรายที่ 1 นอกจากคลำพบก้อนเต้นได้ที่ท้องบริเวณเหนือสะดือ ยังมีอาการปวดแบบเฉียบพลัน ร่วมกับความดันเลือดสูง ผู้ป่วยรายที่ 2 เคยมาด้วยอาการปวดท้อง คลำพบก้อนเต้นได้เหนือบริเวณสะดือ ปัจจุบันสามารถควบคุมอาการปวดและความดันเลือดได้ -ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการวินิจฉัยจากอาการและการยืนยันผลจากการตรวจพิเศษเพิ่มเติมโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการวินิจฉัยโรค
การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัย Infrarenal abdominal Aneurysm ชนิด Fusiform มีขนาด 4.66 × 5.26 เซนติเมตร	การวินิจฉัย Infrarenal abdominal Aneurysm ชนิด Saccular มีขนาด 4.86 × 5.91 เซนติเมตร	
สาเหตุและปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิด โรค	1.เพศชาย 2.สูงอายุ (76 ปี) 3.โรคเบาหวาน >10ปี 4.โรคความดันโลหิตสูง >5 ปี 5.สูบบุหรี่ วันละ 2-3 ซอง/วัน มากกว่า 10 ปี 6.ดื่มสุรา นานๆ ครั้ง 7.BMI 21.87 kg/m²	1.เพศหญิง 2.สูงอายุ (62 ปี) 3.โรคความดันโลหิตสูง >5ปี 4.ไขมันในเลือดสูง >5ปี 5.BMI 22.17 kg/m²	ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันหลอดเลือด จนทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอเกิดการอุดตัน และปัจจัยเสริมที่แตกต่างกันไป ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยที่ทำให้เกิดเส้นเลือดใหญ่ช่องท้องโป่งพอง เป็นผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ร่วมกับประวัติสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยที่ทำให้เกิดเส้นเลือดใหญ่ช่องท้องโป่งพอง เป็นผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคมมากกว่า 1 ปัจจัย สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{1,2} ที่พบในเพศชายมากกว่าหญิง สูงอายุ ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียม ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
การตรวจพิเศษ	CTA: a partial thrombosed fusiform aneurysm abdominal aorta of the intraluminal L2 to L4 in common iliac arteries size 5.26 x 4.66 centimeter and 7.9 centimeter in length and respiratory bronchiole atelic and ventricular emphysema	CTA: a partial thrombosed fusiform aneurysm of the infrarenal abdominal aorta size 3.6 x 4.4 centimeter in max diameter and 10 centimeter in length	ทั้งสองกรณี มี Aneurysm ที่มีขนาดใกล้เคียงกัน ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการเดียวกัน คือ CTA ทำให้ผลการวินิจฉัยที่แม่นยำทั้ง 2 คนซึ่งตรงกับทฤษฎีที่พบการเกิด AAA มากที่สุดร้อยละ 95 ^{1,2} ผู้ป่วยรายที่ 1 มีขนาด 5.26 x 4.66 centimeter and 7.9 centimeter in length ขนาดใหญ่กว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีขนาด 3.6 x 4.4 centimeter in max diameter and 10 centimeter in length
การผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก	-Endovascular Aortic Aneurysm Repair (EVAR) ใช้ Stent graft ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์หลัก (Main Body) 1 เส้น และเส้นเลือดเทียมส่วนต่อขยายทางด้านขวา 1 เส้น และทางด้านซ้าย 1 เส้น -ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) -ใช้เวลาทำผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง 30 นาที สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิลิตร -นอนในหอผู้ป่วยหนัก 4 วัน และอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน รวม 12 วัน	-Endovascular Aortic Aneurysm Repair (EVAR) ใช้ Stent graft ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์หลัก (Main Body) 1 เส้น และเส้นเลือดเทียมส่วนต่อขยายทางด้านขวา 1 เส้น และทางด้านซ้าย 1 เส้น -ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) -ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง 15 นาที สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 100 มิลลิลิตร -นอนในหอผู้ป่วยหนัก 2 วัน และอยู่ในโรงพยาบาล 6 วัน รวม 8 วัน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายกรณีการผ่าตัดได้รับการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย เหมือนกัน แต่ต่างกันที่ ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้ระยะเวลานานกว่า สูญเสียเลือดมากกว่า ผู้ป่วยรายที่ 2 ใช้เวลาในการผ่าตัด และสูญเสียเลือดน้อยกว่า การผ่าตัดทำ EVAR เป็นหัตถการที่มีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ผู้ป่วยเจ็บปวดไม่มากทำให้ฟื้นตัวเร็ว มีความปลอดภัยสูง ภาวะแทรกซ้อนน้อย ส่งผลให้ลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนักและลดเวลาการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยตลอดการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก
แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ	รับประทานอาหารที่บ้านทั่วไป เนื้อสัตว์ที่มีไขมัน	รับประทานอาหารที่บ้านทั่วไป มีโรคประจำตัวคือไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่ได้ควบคุมเรื่องของอาหารอย่างเหมาะสม โอกาสที่จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคจากความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

การประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลโอเร็ม ในผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียม ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีความสามารถในการเรียนรู้วางแผนและปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลตนเองได้ และความต้องการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตภาพในการดูแลตนเองได้ การพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ พยาบาลสามารถนำปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการพยาบาลโดยการประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและมีการ ในทุกๆด้านและนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพได้เร็วตามมา ดังนี้ ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวิเคราะห์และอภิปรายผลโดยใช้การพยาบาลแบบ โอริเอม แบ่งตามระยะการให้ยาระงับความรู้สึก

ประเด็น เปรียบเทียบ	การพยาบาล		วิเคราะห์และอภิปรายผล โดยใช้การพยาบาลแบบโอริเอม
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะก่อนให้ยา ระงับความรู้สึก	ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ ยา ระงับความรู้สึก 1. ศึกษาประวัติการเจ็บ ป่วยในอดีต 2. ตรวจสอบความถูกต้อง ของเวชระเบียน/ การเซ็น ยินยอมผ่าตัด 3. ตรวจสอบการตรวจ ร่างกาย/ ผลตรวจทาง ห้อง ปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ/ คำสั่งรักษา 4. ประเมินความยากใน การใส่ท่อช่วยหายใจ 5. ให้คำแนะนำขั้นตอน การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อดีข้อเสียเพื่อ ให้ผู้ป่วย และญาติได้มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ ในการให้ยา ระงับความรู้สึก	ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ ยา ระงับความรู้สึก 1. ศึกษาประวัติการเจ็บ ป่วยในอดีต 2. ตรวจสอบความถูกต้อง ของเวชระเบียน/ การเซ็น ยินยอมผ่าตัด 3. ตรวจสอบการตรวจ ร่างกาย/ ผลตรวจทาง ห้อง ปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ/ คำสั่งรักษา 4. ประเมินความยากใน การใส่ท่อช่วยหายใจ 5. ให้คำแนะนำขั้นตอน การให้ยาระงับความรู้สึก ข้อดีข้อเสียเพื่อ ให้ผู้ป่วย และญาติได้มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ ในการให้ยา ระงับความรู้สึก	ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อม ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มี ความรู้ความ สามารถในการดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้อง ลดความ วิตกกังวลก่อนผ่าตัด <u>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 2 ข้อ คือ</u> 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดปริแตก ก่อนการผ่าตัดจากความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด 2) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตก กังวลกลัวการให้ยา ระงับ ความรู้สึกและการผ่าตัด <u>แตกต่างกัน 1 ข้อ คือ</u> 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดในช่องท้องผู้ป่วยราย ที่ 1 มาด้วยความดันโลหิตสูง ปวดท้องเฉียบพลัน pain score 10/10 ต้องได้รับยาบรรเทาปวดและยา ลดความดัน เพื่อควบคุมไม่ให้ความดันสูงจนอาจก่อ ให้เกิดปริแตกก่อน การผ่าตัด อีกทั้งในระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจมี โอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ทำให้เกิดการ แตกของหลอดเลือดโป่งพองได้ ⁷ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินความพร้อมก่อน การผ่าตัด 1 วัน โดยวิสัญญีพยาบาลส่วนการเตรียม ผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด กระทำโดยพยาบาลผู้ป่วยใน ได้รับการประเมินความ พร้อมก่อนการผ่าตัดเป็น ASA class 2 เหมือนกัน ⁴

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวิเคราะห์และอภิปรายผลโดยใช้การพยาบาลแบบโอเร็ม แบ่งตามระยะการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	การพยาบาล		วิเคราะห์และอภิปรายผล โดยใช้การพยาบาลแบบโอเร็ม
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระหว่างให้ยาระงับ ความรู้สึก	ระบบการพยาบาลแบบ ทดแทนทั้งหมด -ไม่ได้รับการระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) -ตรวจสอบ ความถูกต้องของตัว บุคคล เอกสารการผ่าตัด -เฝ้าระวังภาวะเส้นเลือด แดงใหญ่ในช่องท้องที่โป่ง พองแตก จากความดัน โลหิตสูง แบบเฉียบพลัน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ -เฝ้าระวังและประเมิน สัญญาณชีพ หากพบความ ผิดปกติ ประสานทีมเพื่อได้ รับการแก้ไข -ประเมินน้ำเข้า-ออก -เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ยาระงับความรู้สึกทั่ว ร่างกาย เช่น สูดสำลักน้ำ ย่อยเข้าปอด ความไม่ สมดุลของสารน้ำและเลือด เนื่องจากภาวะสูญเสียโลหิต ความดันโลหิตต่ำ air em- boli กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดขณะให้การระงับ ความรู้สึก ภาวะอุณหภูมิ กายต่ำ -เฝ้าระวังและติดตาม ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด -เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับสารทึบรังสี	ระบบการพยาบาลแบบ ทดแทนทั้งหมด -ไม่ได้รับการระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) -ตรวจสอบ ความถูกต้องของตัว บุคคล เอกสารการผ่าตัด -เฝ้าระวังภาวะเส้นเลือด แดงใหญ่ในช่องท้องที่โป่ง พองแตก จากความดัน โลหิตสูง แบบเฉียบพลัน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ -เฝ้าระวังและประเมิน สัญญาณชีพ หากพบความ ผิดปกติ ประสานทีมเพื่อ ได้รับการแก้ไข -ประเมินน้ำเข้า-ออก -เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ยาระงับความรู้สึก ทั่วร่างกาย เช่น สูดสำลัก น้ำย่อยเข้าปอด ความไม่ สมดุลของสารน้ำและเลือด เนื่องจากภาวะสูญเสีย โลหิต ความดันโลหิตต่ำ air emboli กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ขณะให้การระงับความรู้สึก ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ -เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับสารทึบรังสี	ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาการระงับความรู้สึก ในภาวะฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที พ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่พบภาวะ แทรกซ้อนก่อนการเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เหมือนกัน 4 ข้อ 3) เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้า ปอดจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว 4) ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงจากการล้มเหลวในการทำ EVAR และต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิด จากการ ฉีกขาดหรือทะลุของหลอดเลือด 5) ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น air emboli หรือลิ่มเลือดไปอุดตันสมอง ภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และ 6) ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารทึบรังสี แตกต่างกัน 1 ข้อ 2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากภาวะ เบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็น ปัจจัยส่งเสริม ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ ทั่วร่างกายไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระยะให้ยาระงับ ความรู้สึก

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวิเคราะห์และอภิปรายผลโดยใช้การพยาบาลแบบโอเร็ม แบ่งตามระยะการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	การพยาบาล		วิเคราะห์และอภิปรายผล โดยใช้การพยาบาลแบบโอเร็ม
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะหลังให้ยา ระงับความรู้สึก	ระบบการพยาบาลแบบ ทดแทนบางส่วน -ประเมินระดับความรู้สึก สัญญาณชีพ -ประเมินความพร้อม ก่อน ออกจากห้องพัก ฟันไปหอ ผู้ป่วย -หลังผ่าตัด 24 ชม. ติดตามประเมินการเกิด ภาวะแทรกซ้อนการเกิด ได้แก่ ภาวะHypoxia และ Hypoventilation หลังการ ระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ,เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก บริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบ ทั้ง 2 ข้างหลังผ่าตัด ,เสี่ยง ต่อการเกิด อัมพฤต อัมพาต ภาวะขาด เลือด บริเวณหลอดเลือดส่วน ปลาย ภาวะชักหรือไม่ตื่น หลังผ่าตัด - ติดตามประเมินความ ปวด ระดับการรู้สึก ก่อน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย -เฝ้าระวังการติดเชื้อที่ บริเวณแผลผ่าตัด -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและ ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน	ระบบการพยาบาลแบบ ทดแทนบางส่วน -ประเมินระดับความรู้สึก สัญญาณชีพ -ประเมินความพร้อม ก่อน ออกจากห้องพัก ฟันไปหอ ผู้ป่วย -หลังผ่าตัด 24 ชม. ติดตามประเมินการเกิด ภาวะแทรกซ้อนการเกิด ได้แก่ ภาวะHypoxia และ Hypoventilation หลังการ ระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ,เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก บริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบ ทั้ง 2 ข้างหลังผ่าตัด ,เสี่ยง ต่อการเกิด อัมพฤต อัมพาต ภาวะขาด เลือด บริเวณหลอดเลือดส่วน ปลาย ภาวะชักหรือไม่ตื่น หลังผ่าตัด - ติดตามประเมินความ ปวด ระดับการรู้สึก ก่อน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย -เฝ้าระวังการติดเชื้อที่ บริเวณแผลผ่าตัด -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและ ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน	ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย และมีความพร้อมใน การกลับไปพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยและที่บ้าน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เหมือนกัน 6 ข้อ 7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะHypoxia และ Hypoventilation หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว 8) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างหลังผ่าตัด 9) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ อัมพฤต อัมพาต ภาวะขาด เลือดบริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะชักหรือไม่ตื่นหลังผ่าตัด 10) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด 11) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด 12) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน ในระยะ 24– 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหรือหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือกิจกรรมส่วนบุคคลได้ดี ยังจำเป็นต้องมีผู้คอยช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตนี้ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่าผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยวิสัญญีพยาบาลต้องออกติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับคำแนะนำและฝึกการออกกำลังกายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในระยะก่อนและหลังทำหัตถการ มีการฝึกปฏิบัติประเมินติดตามจากนักกายภาพบำบัด ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วิจารณ์และสรุป

ผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุเกิดโรคหลายปัจจัยดังที่กล่าวมา สูง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคมามากกว่า 1 ปัจจัย สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{1,2} ที่พบในเพศชายมากกว่าหญิง สูงอายุ ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัวความดัน

โลหิตสูง เบาหวาน อีกทั้งแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยทั้งสองรายอย่างไม่เหมาะสม รวมถึงการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่ โอกาสที่จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคสูง การวินิจฉัยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองจากอาการและตรวจร่างกาย ซึ่งคลำพบก้อนเด่นได้บริเวณเหนือสะดือ ร่วมกับมีอาการปวด ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการวินิจฉัยจาก

อาการและการยืนยันผลจากการตรวจพิเศษเพิ่มโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือด ทำให้มีความแม่นยำ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการวินิจฉัยโรค นำไปสู่การวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือดแดง (EVAR) รวมถึงการเลือกใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัด กรณีศึกษาทั้งสองรายนี้สามารถดำเนินการรักษาเป็นไปโดยความปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเป็นการเป็นไปตามเกณฑ์ ไม่เกิน 14 วัน ส่งผลต่อมาตรฐานและคุณภาพการดูแล

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัดแบบเดียวกัน การออกเยี่ยมของวิสัญญีพยาบาลใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีความพร้อมต่อการผ่าตัด อีกทั้งการเย็บก่อนผ่าตัดทำให้ทราบปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะภาวะปวดและความดันโลหิตสูง ต้องได้รับยาบรรเทาปวดและยาลดความดัน เพื่อควบคุมไม่ให้ความดันสูงจนอาจก่อให้เกิดปริแตกก่อนการผ่าตัด อีกทั้งในระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดโป่งพองได้^{7,9}

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นระยะที่พยาบาลต้องเป็นผู้กระทำแบบทดแทนทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาการระงับความรู้สึก ในภาวะฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที พ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก^{4,5} ไม่พบภาวะแทรกซ้อนก่อนการเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมเครื่องมือ บุคลากรการเฝ้าระวังความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก รวมทั้งการทำหน้าที่ในการตัดสินใจ ประสานทีมให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน^{7,8} กรณีศึกษาทั้งสองรายนี้มีความปลอดภัยและไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำการผ่าตัด

สามารถเคลื่อนย้ายไปที่หอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการดูแลต่อเนื่องได้

การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก มีการเฝ้าติดตามประเมินความพร้อมก่อนออกจากห้องพักฟื้น (PARS) และการออกติดตามเยี่ยมประเมินหลังผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะ 24-72 ชั่วโมง เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มสามารถดูแลตนเองได้ วิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่บทบาทแบบทดแทนบางส่วนและแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย และมีความพร้อมในการกลับไปพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยและที่บ้าน กรณีศึกษาทั้งสองรายปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 12 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 8 วัน

จากกรณีศึกษาพบว่า มีแผนการพยาบาลที่เหมือนและแตกต่างกัน ต้องใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายอย่างครอบคลุมทั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังให้การระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ตลอดจนจนระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนมีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ควรมีแนวทางการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งเสริมสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด EVAR เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

2. ด้านบริการ ใช้กำหนดแนวทางพัฒนาภาพบริการการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR)

3. ด้านวิชาการ

- 3.1 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก ควรมีการจัดทำวีดิทัศน์หรือเอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำการศึกษา ซึ่งอาจทำให้สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้องมากขึ้น ลดความกลัว ความวิตกกังวล

3.2. ควรมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย หรือญาติ เช่น โทรศัพท์, application line เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง เมื่อ พบปัญหาหลังผ่าตัดหรือดมยาสลบ อีกทั้งยังเป็นช่องทาง ให้นักวิชาการสามารถติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยได้ อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร พร้อม ด้วยทีมสัลยแพทย์ หัวหน้างานเวชระเบียน หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี พยาบาลทีมวิสัญญี โรงพยาบาลสกลนครทุกท่านที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือ ในการปรับปรุงพัฒนาการศึกษา ทำให้การศึกษาค้นนี้สำเร็จ ลุล่วงตามเป้าประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรี ประทีปไพศาลกุล. การพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ที่ได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research/evar/>
2. โกเมสวรร์ ทองขาว, บุญประสิทธิ์ กฤตย์ประชา. Current management of abdominal aortic aneurysm [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/Current%20management%20of%20abdominal%20aortic%20aneurysm.pdf>
3. กิตติคุณ อ้อสกุล, วิทวัส ดันตรันพงษ์. Collective review Ruptured abdominal aortic aneurysm; OSR VS EVAR? [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม พ.ศ.2566]. เข้าถึงได้จาก: [http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2558/15.Ruptured_abdominal_aortic_aneurysm_OSr_VS_EVAr%20\(Kittikhun%2021.7.58\).pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2558/15.Ruptured_abdominal_aortic_aneurysm_OSr_VS_EVAr%20(Kittikhun%2021.7.58).pdf)
4. Atwal G, Wylie G. Anaesthesia for endovascular aortic aneurysm repair (EVAR). Anaesthesia tutorial of the week 303 [internet]. 2014 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/303_english.pdf
5. มาลี เบญจพลากร. การพยาบาลระดับความรู้สึผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวน : กรณีศึกษา. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2561;15(3): 85–96
6. โอภาส ศรัทธาพุทธร. สำคัญทางสัลยศาสตร์หัวใจ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561. หน้า 311–331.
7. วัชรินทร์ สันธวานนท์. การระดับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงเออร์ดำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท ตรีนธสาร; 2562. หน้า 87–97.
8. มานี รักษาเกียรติศักดิ์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแหง วัชรภักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์ และปาริชาติ อภิเดชากุล. ดำารวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
9. บุศรา ศิริวันสามนต์, พิษญา ไททะยวิญญู, และ นฤนาท โลมะรัตน์. Anesthesia & Perioperative Care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
10. กิตติคุณากรณ์ พันวิไล, อรณัฐ อุทัยกุล, ธมลวรรณ ขอดกลกิจ และวุฒิชัย แสงประกาย. การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียม. วารสารการพยาบาลสาร 2564;22(2):58–70.
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

บทฟื้นฟูวิชาการ

Review

**การจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลทักษะทางปัญญาตามมาตรฐาน
คุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต**

ภาสินี ไทอินทร์ ปร.ด.* พัฒนี ศรีโษษฐ์ พย.ม.*

ธรรณิศา สายวัฒน์ ปร.ด.* สิริอร ช้อยุ่น พย.ม.**

ทรงสุตา หมั่นไธสง ปร.ด.**

บทคัดย่อ

ทักษะทางปัญญาเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สำหรับวิชาชีพพยาบาล ทักษะทางปัญญาสามารถพัฒนาได้ผ่านการใช้กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับทักษะการคิดขั้นสูง ประกอบด้วย ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ การคิดแก้ปัญหา และอื่นๆ นอกจากนี้ทักษะทางปัญญาสามารถเกิดขึ้นได้จากการฝึกฝนผ่านการจัดการเรียนการสอน

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางจัดการเรียนการสอนในด้านทักษะทางปัญญา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (มคอ.1) ตามหลักการของ Tyler ที่สอดคล้องกับผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected learning outcomes) ด้านทักษะทางปัญญา การวางแผนจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียนที่สามารถวัดและประเมินผลเป็นรูปธรรมได้ การวัดประเมินผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้และการออกแบบการสอนในแต่ละรายวิชาเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะทางปัญญาแก่นักศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: การเรียนการสอน ทักษะทางปัญญา กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พยาบาลศาสตร์

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รับบทความ: 27 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไขบทความ: 2 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 26 เมษายน 2567

Teaching and Learning Approach and Intellectual Skill Assessment Alignment with Thai Qualifications Framework for Higher Education Curriculum in Nursing

Pasinee Thoin Ph.D* Phatanee Srioad M.N.S*

Thoranit Sayawat Ph.D * Siriorn Khoyun M.N.S **

Songsuda Muenthaison Ph.D*

Abstract

Intellectual skills are essential skills for occupations and livelihoods at the individual family, community and society levels that are constantly changing. Intellectual skills can be developed through the use of processes that involve higher order thinking skills consisting of skills in building knowledge and understanding, analytical thinking, synthetic thinking, problem-solving, and others. In addition, intellectual skills can be acquired through a teaching and learning approach.

This academic article aims to present an idea for the encouragement of a teaching and learning in intellectual skills in the Bachelor of Nursing Science program in accordance with the National Higher Education Qualifications Framework, Nursing Science Branch 2017 (TQF.1) according to Tyler's principles which is consistent with the expected learning outcomes (Expected learning outcomes) in intellectual skills. Organizing the measurable and concrete evaluable learning experiences for students. Measurement and evaluation according to learning objectives and teaching design in each subject to promote intellectual skills for nursing students in line with the 21st-century skills.

Keywords: Teaching and learning, intellectual skills, Thai Qualifications Framework for Higher Education, Nursing education.

* Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Corresponding Author E-mail: pasineethoin@benkk.ac.th

** Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: February 27, 2024 / Revised: April 2, 2024 / Accepted: April 26, 2024

บทนำ

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF: HED) เป็นกรอบที่แสดงระบบคุณวุฒิการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของประเทศ การดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของสถาบันอุดมศึกษาว่าสามารถผลิตบัณฑิตให้บรรลุคุณภาพตามมาตรฐานผลการเรียนรู้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2562 และที่แก้ไขมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของไทยเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ที่กำหนดให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษา เพื่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาทุกระดับ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาจึงได้ดำเนินโครงการจัดทำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้กับสถาบันอุดมศึกษาซึ่งเป็นผู้ผลิตบัณฑิต หน่วยงานที่ควบคุมมาตรฐาน และหน่วยงานหรือองค์กรผู้ใช้บัณฑิต เพื่อให้มีหลักประกันที่ชัดเจนในคุณภาพของบัณฑิตระดับอุดมศึกษาทั้งระดับประเทศ และระดับสากล อีกทั้งเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้แต่ละสถาบันมีการพัฒนาคุณภาพของครูผู้สอน กระบวนการจัดการเรียนการสอนให้มีบัณฑิตที่มีสมรรถนะสูงขึ้น โดยการดำเนินการเริ่มตั้งแต่การทำวิจัยเพื่อพัฒนากรอบมาตรฐานคุณวุฒิในปี 2565 ทำให้ได้กรอบคุณลักษณะบัณฑิตและกระบวนการผลิตบัณฑิตที่เชื่อมโยงกับการประกันคุณภาพภายในทุกระดับของการจัดมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของไทย และแนวทางการนำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ จึงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เรื่องกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้สำเร็จการศึกษาทุกระดับมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาต้องอย่างน้อย 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ 3) ด้านจริยธรรม และ 4) ด้านลักษณะบุคคล เพื่อเป็นแนวทางการนำนโยบายเกี่ยวกับมาตรฐานการศึกษาไปสู่การปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถาบันการศึกษาอุดมศึกษาทางพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยสถาบันการศึกษายาบาลมีพันธกิจสำคัญในการผลิตพยาบาล ระดับปริญญาตรี จึง

กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (มคอ.1) เพื่อใช้ในการพัฒนาหลักสูตร และนำไปจัดการเรียนการสอนโดยคาดหวังให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และเมื่อบัณฑิตจบการศึกษาทุกสถาบันจะมีคุณภาพ และได้มาตรฐานสามารถเทียบเคียงกันทุกสถาบัน¹

จะเห็นได้ว่าทักษะทางปัญญาเป็นทักษะที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จากคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่กล่าวข้างต้น พบว่า มีความสอดคล้องกับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21² ประกอบด้วย 3Rs+8Cs+2Ls โดย 3Rs ประกอบด้วย Reading, Writing และ Arithmetic, 8Cs ประกอบด้วย Critical thinking & Problem solving, Creativity & Innovation, Collaboration, Cross-cultural understanding Communication, Computing & Media Literacy, Career & Learning self-reliance, Change ส่วน 2Ls ประกอบด้วย Learning skills, Leadership โดยเฉพาะ Critical thinking & Problem solving, Creativity & Innovation มีความสำคัญในวิชาชีพพยาบาล แล้วยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีทางการศึกษาต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะทางปัญญา ซึ่งเสนอว่า³ ทักษะทางปัญญาเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตทางวิชาชีพที่มีคุณภาพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติที่สามารถประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ 2) ด้านทักษะทางปัญญาเพื่อนำไปใช้ในการประกอบอาชีพและในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น การคิดเชิงเหตุผล (Rational thought) การคิดแก้ปัญหา (Problem solving) การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ (Thinking skill of analysis and synthesis) การกำหนดประเด็นสำคัญของปัญหา ที่มีความซับซ้อน (Define the key issue in a complex problem) เป็นต้น และ 3) ด้านเจตคติที่ดีต่อทักษะทางปัญญาเห็นคุณค่าและมีค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับการใช้ปัญญา เช่น การมีใจกว้างในการรับฟังความคิดเห็นหรือมีความอดทนต่อความคิดเห็นของผู้ที่เห็นต่าง เคารพความ

คิดเห็นที่หลากหลาย และมีความไวต่อสิ่งที่ดีและถูกต้อง

ดังนั้น ทักษะทางปัญญาจึงนับว่าเป็นคุณสมบัติสำคัญที่บัณฑิตทางวิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องใช้ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และต้องฝึกฝนการใช้ทักษะนี้เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจที่มีความเป็นเหตุเป็นผล เพื่อคุณภาพการพยาบาลที่ได้มาตรฐานที่ดี ส่วนทักษะด้านอื่น ๆ สามารถพัฒนาได้ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ผู้เขียนจึงขอเสนอในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) ความหมายทักษะทางปัญญา องค์ประกอบ พฤติกรรม/ตัวชี้วัด ทักษะทางปัญญาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 2) องค์ประกอบของทักษะทางปัญญา 3) พฤติกรรม/ตัวชี้วัดทักษะทางปัญญา 4) การออกแบบการสอนทักษะทางปัญญา 5) ผลการเรียนรู้ตามที่คาดหวัง (Learning Outcomes) และ 6) การวัดและประเมินทักษะทางปัญญา

ทักษะทางปัญญา

ทักษะทางปัญญา (Intellectual skills or Cognitive skills) คือ วิธีการที่บุคคลใช้ในการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ หรือประเมินสารสนเทศ ซึ่งต้องใช้ความสามารถในการประยุกต์ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมินความรู้พื้นฐานที่ได้รับมาเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจตามแนวคิดของ Bloom's Taxonomy⁴ ความหมายตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของไทย ทักษะทางปัญญา หมายถึง ความสามารถทางปัญญาเกิดจากการใช้กระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคิด ทักษะทางปัญญาจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านการฝึกฝนกระบวนการคิดขั้นสูง (Advance thinking) แบบต่าง ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ การคิดแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การคิดแบบมีวิจารณญาณ การคิดเชิงเหตุผล การคิดที่นำไปสู่การตัดสินใจ เป็นต้น การจะเกิดทักษะการคิดขั้นสูงได้นั้น ผู้เรียนหรือบุคคลต้องมีทักษะการคิดขั้นพื้นฐานมาก่อน เช่น ทักษะการสังเกต ทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน ทักษะการเปรียบเทียบ ทักษะการวัด ทักษะการตีความ การสรุป เป็นต้น^{5,6,7} ซึ่งทักษะขั้นพื้นฐานเป็นทักษะที่ผู้เรียนควรจะได้รับประสบการณ์จากการเรียนในระดับขั้นพื้นฐานมาแล้ว ส่วนทักษะการคิดขั้นสูงเป็นทักษะที่ผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา และโดยเฉพาะในสาขาที่เป็นวิชาชีพพยาบาลมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่าง

สม่ำเสมอ

องค์ประกอบของทักษะทางปัญญา ดังนี้^{8,9,10,11}

1. การสร้างความรู้ ความเข้าใจ (Knowledge and Understanding) คือ ทักษะแรกตามการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของ Bloom เป็นทักษะที่ผู้เรียนต้องมี เพื่อนำความรู้ความเข้าใจที่อยู่ในรูปของข้อมูลหรือสารสนเทศไปใช้คิดต่อด้วยทักษะการคิดขั้นสูง เพื่อแก้ปัญหา ไตร่ตรอง ตัดสินใจและประเมินผลของการคิด หากผู้เรียนยังมีทักษะการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ยังไม่ดีพอ จะทำให้ผลการของคิดขั้นสูงขาดคุณภาพ

2. การคิดวิจารณ์หรือคิดไตร่ตรอง (Critical thinking) คือ ความสามารถในการ วิเคราะห์ และแปลความข้อมูลหรือสารสนเทศเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ตรงกับสถานการณ์ ประกอบด้วย ทักษะย่อย คือ การตั้งคำถาม การเปรียบเทียบ การเชื่อมโยงข้อมูลหรือสารสนเทศกับสถานการณ์และการคิดนั้นต้องปราศจากอคติ (Bias)

3. การคิดแก้ปัญหา (Problem solving) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูลหรือสารสนเทศหรือความรู้ไปแก้ปัญหาใหม่ ในสถานการณ์ใหม่ หรือเป็นประเด็นใหม่ จนสามารถแก้ได้อย่างเห็นผลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย ทักษะย่อย คือ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การวิเคราะห์ การสังเคราะห์

4. การคิดแบบนามธรรม (Formal operation) คือ ความสามารถในการคิดเพื่อตั้งสมมติฐาน และคิดแก้ปัญหาต่อสมมติฐานนั้นอย่างเป็นระบบ นิยมใช้ในคำนี้ในทางคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย คิดเชิงอุปนัย (Inductive) คือ คิดจากเรื่องเฉพาะสู่หลักการทั่วไปและคิดนิรนัย (Deductive) คือ คิดจากหลักการทั่วไปสู่เรื่องเฉพาะ

5. การคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking or Creative skills) คือ ความสามารถในการมองสถานการณ์หรือปัญหาที่ต่างไปจากแนวทางหรือวิธีการเดิม ๆ ที่ใช้อยู่ ประกอบด้วย การคิดริเริ่ม (Originality) คิดยืดหยุ่น (Flexibility) คิดคล่องแคล่ว (Fluency) คิดละเอียดลออ (Elaboration) การคิดสร้างสรรค์ช่วยให้เกิดการคิดข้ามศาสตร์

6. การควบคุมและประเมินผลการคิดของตนเอง (Metacognition) คือ ความสามารถในการควบคุม กำกับ กระบวนทางปัญญาหรือกระบวนการคิดและสามารถใช้

ยุทธวิธีในการทำงาน ต่าง ๆ จนทำงานสำเร็จ Metacognition ทำหน้าที่ 3 อย่าง 1) ทำให้ผู้เรียนทราบบริบทของปัญหาและสามารถหาวิธีแก้ปัญหาจากประสบการณ์หรือความรู้ที่ผู้เรียนได้สะสมไว้ 2) ช่วยให้ผู้เรียนตัดสินใจว่าจะใช้วิธีใดในการแก้ปัญหา เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ และ 3) ให้ข้อมูล ย้อนกลับ (Feedback) ต่อผลงานของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดการปรับทักษะทางปัญญา เกิดการตรวจ

สอบความคิดหรือคิดแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่
7. กระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) คือ ความสามารถทางด้านพุทธิพิสัย ตามการจำแนกของ Bloom การเกิดทักษะทางปัญญาทั้ง 7 ด้านนี้ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญซึ่งจะเกิดขึ้นและเชื่อมโยงสัมพันธ์หรือผสมผสานกันโดยไม่แยกจากกัน (Domain dependent) ในการพัฒนาทักษะทางปัญญาของผู้เรียน ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ทักษะทางปัญญา ทักษะย่อยและพฤติกรรม/ตัวชี้วัดทักษะทางปัญญา

ทักษะทางปัญญา	คำสำคัญ/ทักษะย่อย	พฤติกรรม/ตัวชี้วัด
1. ทักษะการสร้างความรู้ ความเข้าใจ	เข้าใจ วิเคราะห์ สังเคราะห์	สามารถจำแนก อธิบาย เปรียบเทียบ สืบค้นข้อมูลต่างๆ จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สรุปผล
2. การคิดแก้ปัญหา (Problem solving)	การระบุปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการแก้ปัญหา การประเมินผลการแก้ปัญหา	การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆ การตั้งเป้าหมายการพยาบาล การวางแผน ให้การพยาบาล การวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล การสังเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล
3. การคิดวิจารณ์ หรือคิดไตร่ตรอง	การทำความเข้าใจปัญหา การสังเกตความน่าเชื่อถือของข้อมูล การใช้เหตุผลเชิงนิรนัย การใช้เหตุผลเชิงอุปนัย การตัดสินใจคุณค่า การแปลความหมาย การกำหนดสมมติฐาน การแก้ปัญหา	สามารถบอกและจำรายละเอียดของปัญหา สังเกตและตัดสินใจผลของข้อมูลโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 นำหลักการใหญ่ไปแตกเป็นหลักการย่อย ๆ ได้ ใช้เหตุผลตามหลักตรรกะ และสรุปผลที่ตามมาได้ นำหลักการใหญ่ไปแตกเป็นหลักการย่อย ๆ ได้ ใช้เหตุผลตามหลักตรรกะและสรุปผลที่ตามมาได้ นำหลักการย่อยมาสรุปเป็นหลักการใหญ่ได้ พิจารณาทางเลือกและตัดสินใจเลือกได้เหมาะสม บอกความหมาย จำแนก จัดกลุ่ม ให้นิยามได้ กำหนดข้อสันนิษฐาน ให้เหตุผลและอธิบายสาเหตุได้ กำหนดแนวทางแก้ปัญหา ทางเลือก ความเป็นไปได้ และ ทบทวนเลือกอย่างมีเหตุผล
4. การคิดนามธรรม	ตั้งสมมติฐาน คิดแก้ปัญหาต่อสมมติฐานนั้น อย่างเป็นระบบ คิดเชิงอุปนัย (Inductive) คิดเชิงนิรนัย (Deductive)	เขียนสมมติฐาน แสดงระบบการทำงานหรือแก้ปัญหา
5. การคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking)	คิดริเริ่ม คิดยืดหยุ่น คิดคล่องแคล่ว คิดละเอียดลออ	ช่างสังเกต จดจำ รวบรวมข้อมูลต่างๆ
6. การควบคุมและประเมิน ผลการคิดของตนเอง (Metacognition)	การตระหนักรู้ ความสามารถในการกำกับตนเอง การให้เหตุผล การแก้ปัญหา การสร้างความคิดรวบยอด การคิดสร้างสรรค์	อธิบายให้ผู้อื่นฟังได้ สรุปใจความสำคัญของสิ่งที่เรียนรู้ได้ การจดบันทึก การหาเทคนิคการจดจำ วางแผนการทำงาน แสดงวิธีการทำงาน ทดสอบหรือตรวจสอบ ทบทวนวิธีการทำงาน การให้เหตุผล การแก้ปัญหา การสร้างความคิดรวบยอด การคิดสร้างสรรค์

ตารางที่ 1 ทักษะทางปัญญา ทักษะย่อยและพฤติกรรม/ตัวชี้วัดทักษะทางปัญญา (ต่อ)

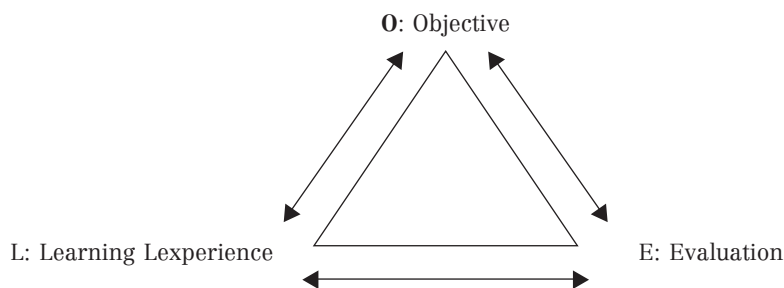
ทักษะทางปัญญา	คำสำคัญ/ทักษะย่อย	พฤติกรรม/ตัวชี้วัด
7. กระบวนการทางปัญญา (Cognitive process)	วิเคราะห์ แก้ปัญหา ค้นหาข้อเท็จจริง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล สารสนเทศ	สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเลือกอ้างอิง เพื่อพัฒนา แก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ โดยคิดอย่างเป็นระบบ และใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทางกรวิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาล

จากตาราง 1 เมื่อนำทักษะทางปัญญาดังกล่าวเปรียบเทียบกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 พบว่ามีการกำหนดทักษะทางปัญญาไว้เพียง 3 ด้าน คือ 1) สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ หลากหลาย วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลในการอ้างอิงเพื่อพัฒนาความรู้และแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ 2) สามารถคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อหา แนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหามาตรฐานปฏิบัติงาน และบอกถึงผลกระทบจากการแก้ไขปัญหามาได้ และ 3) สามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทางกรวิจัย และนวัตกรรมในการแก้ไข ปัญหาและการศึกษาปัญหาทางสุขภาพ นอกจากทักษะทางปัญญา 3 ด้านหลักนี้แล้ว ด้านอื่นๆ ในทักษะทางปัญญาที่ส่งเสริมกัน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต้องนำไปใส่ไว้ในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป หมวดวิชาชีพเฉพาะ (กลุ่มพื้นฐานวิชาชีพและกลุ่มวิชาชีพ) และหมวดวิชาเลือก

การออกแบบการสอนทักษะทางปัญญา

การออกแบบการสอน คือ การคัดเลือกและวางแผนจัดประสบการณ์ให้กับผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

ภาพที่ 1 การออกแบบการสอนตามหลักการของ Tyler¹³



การออกแบบการเรียนการสอนตามหลักการของ Tyler¹³ มีความสำคัญมากในการฝึกฝนพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะทางปัญญา โดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ กลวิธีในการสอนที่ถูกออกแบบจากผู้สอน ซึ่งประกอบด้วยแนวทาง

ตามที่คาดหวัง (Intended learning outcome: ILO)¹² และจากหนังสือ Basic principles of curriculum and instruction ของ Tyler ที่พิมพ์ ใน ค.ศ. 2013 เกี่ยวกับการ 4 ข้อในการออกแบบที่อิงวัตถุประสงค์ (Four basic objective-centered principles) ประกอบด้วย

1. ผู้สอนมีวัตถุประสงค์การสอนอะไรบ้าง
2. ผู้สอนสามารถจัดประสบการณ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้อย่างไร
3. ผู้สอนสามารถจัดประสบการณ์ทางการศึกษาให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร
4. ผู้สอนมีวิธีการประเมินผลให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางการศึกษาได้อย่างไร

หลักการทั้ง 4 ข้อได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรและออกแบบการสอน และใช้ต่อ กันมาอย่างกว้างขวาง การออกแบบการสอนจึงนิยมเน้น 3 ข้อ โดยรวมข้อ 3 และ 4 เข้าด้วยกันเรียกว่า “OLE” โดย O หมายถึง Objective, L หมายถึง Learning experience, E หมายถึง Evaluation

ของการเขียน มคอ.3 ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาได้ให้แนวทางไว้ 7 หมวด และได้ให้แนวทางการเขียน มคอ. 3 หมวดที่ 4 การพัฒนาผลการเรียนรู้ของ นักศึกษา ในมาตรฐานผลการเรียนรู้แต่ละด้านที่มุ่งหวังโดยมาตรฐานการ

เรียนรู้แต่ละด้าน ให้แสดงข้อมูล 3 ด้าน คือ 1) ความรู้ หรือ ทักษะที่รายวิชามุ่งหวังที่จะพัฒนานักศึกษา (Objective) 2) คำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการสอนที่จะใช้ในรายวิชาเพื่อพัฒนา ความรู้ที่รายวิชามุ่งหวังในข้อ 1 (Learning experience) และ 3) วิธีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาใน รายวิชา (Evaluation) อย่างเป็นรูปธรรม¹⁴ ได้เสนอตัวอย่าง การเขียน มคอ.3 คือ รายวิชาการผดุงครรภ์ซึ่งเป็นรายวิชา ในหมวดวิชาชีพ จำนวน 4 หน่วยกิต สำหรับนักศึกษา พยาบาล ชั้นปีที่ 3 และเสนอเป็นตัวอย่างเฉพาะทักษะทาง ปัญญา ดังนี้

ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected learning out-comes)

1. นักศึกษาสามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำมาประกอบ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดอย่างเป็นระบบ ในกรณีศึกษา ที่เกี่ยวกับสตรีระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือสตรี ระยะคลอดที่มีภาวะสุขภาพปกติ สตรีในระยะหลังคลอดที่มี ภาวะแทรกซ้อน ทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะ สุขภาพปกติ
2. นักศึกษาสามารถอธิบายแนวทางวิธีการแก้ไข

ปัญหาเกี่ยวกับสตรีระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน สตรี ในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกในครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงและภาวะสุขภาพปกติได้อย่างถูกต้อง มีความคิด สร้างสรรค์ และสามารถเขียนรายงานหรือนำเสนอวิธีการแก้ ปัญหาได้

3. นักศึกษาสามารถวางแผนการทำงาน แสดงวิธี การทำงาน ทดสอบหรือตรวจสอบวิธีการทำงานเกี่ยวกับ สตรีระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน สตรีในระยะหลัง คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและ ภาวะสุขภาพปกติ เช่น วิธีสอนหรือวิธีจัดประสบการณ์การ เรียนรู้ (Learning experience) วิเคราะห์กรณีศึกษา (สถานการณ์จำลองหรือสาธิต) อภิปรายกลุ่ม ระดมสมอง ศึกษาค้นคว้าอิสระ โครงการ สะท้อนคิด วิธีการประเมินผล (Evaluation) การสังเกตการปฏิบัติระหว่างเรียน การนำ เสนอโครงการและการวิเคราะห์กรณีศึกษา สอบกลางภาค และปลายภาคโดยข้อสอบเน้นการใช้สถานการณ์ ผลการ สะท้อนคิด ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาช่วยให้นักศึกษาเกิด กระบวนการทักษะทางปัญญา

ตารางที่ 2 แสดงถึงผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องพัฒนา วิธีการสอนและวิธีการประเมินผล แบบแนวนอน

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องพัฒนา (LO)	วิธีการสอน	วิธีการประเมินผล
ด้านทักษะทางปัญญา		
1. สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อนำมาประกอบ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดอย่างเป็นระบบ ในกรณีศึกษาที่เกี่ยวกับสตรีระยะตั้งครรภ์ที่มี ภาวะแทรกซ้อน สามารถนำข้อมูล และหลัก ฐาน ไปใช้ในการอ้างอิง และแก้ไขปัญหาอย่าง มีวิจารณญาณ	1. อภิปรายกลุ่มกรณีศึกษาPre- post conference	1. การอภิปรายกลุ่มและการวิเคราะห์ กรณีศึกษา โดยใช้แบบประเมินประชุมปรึกษาก่อนและหลัง ปฏิบัติการพยาบาล (Pre-post conference)
2. สามารถอธิบายแนวทางวิธีการแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับสตรีระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน สตรีในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะสุขภาพ ปกติได้อย่างถูกต้อง สร้างสรรค์ และสามารถ เขียนรายงานหรือนำเสนอวิธีการแก้ปัญหาได้	2. วิเคราะห์กรณีศึกษา (Case study) โดยใช้กระบวนการ พยาบาล 5 ขั้นตอน	2. การวิเคราะห์กรณีศึกษาปัญหาของสตรีตั้ง ครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้แบบประเมินกรณี ศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงถึงผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องพัฒนา วิธีการสอนและวิธีการประเมินผล แบบแนวนอน (ต่อ)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องพัฒนา (LO)	วิธีการสอน	วิธีการประเมินผล
3. สามารถวางแผนการทำงาน แสดงวิธีการทำงาน ทดสอบหรือตรวจสอบวิธีการทำงาน เกี่ยวกับสตรียะยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน สตรีในระยะหลังคลอดที่มี ภาวะแทรกซ้อน ทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะสุขภาพ ปกติ เช่น วิธีสอนหรือวิธีจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning experience) วิเคราะห์ กรณีศึกษา (สถานการณ์จำลองหรือสาธิต) อภิปรายกลุ่ม ระดมสมอง, ศึกษาค้นคว้าอิสระ โครงงาน สะท้อนคิด, วิธีการประเมินผล (Evaluation) การสังเกตการปฏิบัติระหว่าง เรียน, การนำเสนอโครงงานและการวิเคราะห์ กรณีศึกษา สอบกลางภาคและปลายภาคโดย ข้อสอบเน้นการใช้สถานการณ์ ผลการสะท้อน คิด	3. อภิปรายกลุ่มปรึกษาทางการ พยาบาล (Case conference)	3. การอภิปรายกลุ่มและการวิเคราะห์ กรณีศึกษา โดยใช้แบบประเมินการประชุมปรึกษาทางการ พยาบาล (Case conference)
	4. การสะท้อนคิดในการฝึกปฏิบัติงาน	4. ผลการสะท้อนคิดโดยใช้แบบประเมินผลการ สะท้อนคิด ขณะ Pre-post conference case study

การออกแบบการสอนวิชาการผดุงครรภ์ควรใช้ สถานการณ์เสมือนจริงเพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล เป็นการส่งเสริมทักษะการคิดขั้นสูง สถานการณ์เสมือนจริง จะช่วยให้ผู้เรียนรู้ลึกซึ้งและลดช่องว่าง ระหว่างความรู้ทาง ทฤษฎีกับการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น^{15,16}

การวัดและประเมินทักษะทางปัญญา

การวัดและประเมินทักษะทางปัญญาหรือความ สามารถในการคิดนั้น มีแนวทางสำคัญ 2 แนวทาง แนวทาง ที่ 1 คือ แนวทางของนักวัดกลุ่มจิตมิติ (Psychometrics) ซึ่งพยายามศึกษาและวัดคุณลักษณะภายในสมองของมนุษย์ ด้วยการใช้แบบทดสอบมาตรฐาน เป็นเครื่องมือในการวัด เพื่อบอกระดับของสติปัญญา ผลสัมฤทธิ์ ความถนัดและ ความสามารถในการคิด แนวทางที่ 2 คือ แนวทางการวัด จากการปฏิบัติจริง (Authentic performance measurement) โดยเน้นการวัด จากการปฏิบัติที่คล้ายจริงหรือใน บริบทจริงที่เป็นธรรมชาติ การวัดตามแนวทางนี้จึงมีคุณค่า ต่อตัวผู้ปฏิบัติ และเหมาะกับการวัดทักษะการคิดขั้นสูงหรือ คิดซับซ้อน ในระหว่างการปฏิบัติงาน วิธีนี้จะใช้การสังเกต

สภาพการปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์สอบถาม การเขียน รายงานการแก้ปัญหา เป็นต้น¹⁷

ทั้งนี้การวัดทักษะทางปัญญาด้านการแก้ปัญหา ทางทางการแพทย์ด้วยแบบทดสอบในงานวิจัยของ ภาสินี ไท อินทร์¹⁸ ได้นำแบบทดสอบของ Mc master University มาประยุกต์ใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช มีลักษณะเป็นแบบ ทดสอบอัตนัยประยุกต์ (MEQ: Modified essay questions) ที่นำเสนอกรณีศึกษาผ่าน คอมพิวเตอร์ 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินผู้ป่วย 2) การ วินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การ ปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล โดยการเสนอกรณีศึกษาตามลำดับเหตุการณ์แล้วแทรก คำถามเป็นระยะ ๆ ผู้ตอบต้องสังเคราะห์ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ เพื่อคิดหาคำตอบเองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานการปฏิบัติจริง แบบทดสอบนี้ สามารถวัดความสามารถ ในการกำหนดปัญหาและวางแผนการจัดการแก้ปัญหา แต่ มีข้อเสียในเรื่องความเป็นปรนัยในการตรวจและบริหารการ สอบที่จะไม่ให้ผู้สอบกลับไปแก้คำตอบที่ตอบไปแล้วหรือ เปิดไปดูข้อมูลในส่วนถัดไปได้ในขณะเดียวกัน

ส่วนการวัดและประเมินทักษะทางปัญญาหรือความสามารถในการคิดจากการปฏิบัติงานจริงจะการใช้การสังเกต สภาพการปฏิบัติงาน สังเกตขณะมีการอภิปรายหรือสัมมนา กลุ่ม การตรวจรายงาน การรับฟังการนำเสนองาน การสัมภาษณ์ สอบถาม และการตรวจผลงาน เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐานเพื่อวัดความคิดและการตัดสินใจ ไม่งั้นนั้นคนเราจะยึดเกณฑ์ของตัวเอง หรือยึดตัวเองเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความถูกต้องของผลของการคิด ใช้เกณฑ์ของสังคม การคิดแบบวิจารณ์ (The foundation for critical thinking)¹⁹ ได้เสนอเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการวัดคุณภาพของทักษะทางปัญญาหรือความคิดต่าง ๆ โดยเฉพาะการคิดแบบมีวิจารณญาณ (Critical thinking) และการคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) ว่าสิ่งที่คิดหรือผลของการคิด จึงควรมีเกณฑ์มาตรฐานเพื่อวัดการคิดแบบมีวิจารณญาณลักษณะดังต่อไปนี้

- 1. Clarity ความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่คลุมเครือและสับสน
- 2. Accuracy ความแม่นยำ เชื่อถือได้ ไม่คลาดเคลื่อน ผิดพลาดหรือเบี่ยงเบน

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (Rubric scoring) เช่น การคิดแบบมีวิจารณญาณ

ระดับคุณภาพ	รายละเอียด
4	- อธิบายหรือบอกวัตถุประสงค์ได้ชัดเจนทุกประเด็น สอดคล้องกับปัญหา - มีหลักฐานหรือข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำมาสนับสนุนและเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประเด็น - นำเสนองานได้ชัดเจน ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประเด็น และสัมพันธ์กับสถานการณ์ปัญหา - เห็นความสำคัญที่ชัดเจน มีเหตุผลและมั่นใจในผลที่ตามมาทุกประเด็น ผลที่ได้สามารถประยุกต์ไปใช้ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องได้
3	- อธิบายหรือบอกวัตถุประสงค์ได้ชัดเจนบางประเด็น สอดคล้องกับปัญหา - มีหลักฐานหรือข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำมาสนับสนุนและเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาเป็นส่วนใหญ่ - นำเสนองานได้ชัดเจน ครบถ้วนสมบูรณ์ในบางประเด็น และสัมพันธ์กับสถานการณ์ปัญหา - เห็นความสำคัญที่ชัดเจน มีเหตุผลและมั่นใจในผลที่ตามมาเป็นบางประเด็น ผลที่ได้สามารถประยุกต์ไปใช้ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องได้
2	- อธิบายหรือบอกวัตถุประสงค์ได้ไม่ชัดเจนหรือไม่สอดคล้องกับปัญหา - มีหลักฐานหรือข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำมาสนับสนุนและเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาไม่พอเพียง - นำเสนองานได้ไม่ชัดเจนในบางประเด็นและไม่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา - ไม่แสดงให้เห็นความสำคัญที่ชัดเจน ขาดเหตุผลและขาดความน่าเชื่อถือในผลที่ตามมา หรือขาดความน่าเชื่อถือในการประยุกต์สู่สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องได้

- 3. Precision มีความกระชับ แม่นยำในข้อมูลสารสนเทศ
- 4. Relevance มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้อง และสำคัญ
- 5. Depth มีความลึกในการมองสิ่งที่ยากและซับซ้อนและสามารถมองได้ละเอียด
- 6. Breadth มองสิ่งที่คิดได้กว้าง คิดได้หลายมุม
- 7. Logic มีความสมเหตุสมผล สอดคล้องกับหลักการในศาสตร์ การนำไปปฏิบัติ และข้อสรุปเป็นไปตามหลักฐาน
- 8. Significance มีความสำคัญไม่ละเลยข้อเท็จจริงที่สำคัญ
- 9. Fairness ความเป็นปรนัย ยุติธรรม ไม่ลำเอียง ไม่มีผลประโยชน์หรือเข้าข้าง ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เกณฑ์มาตรฐานทั้ง 9 ลักษณะดังกล่าวเมื่อผู้สอนจะนำมาใช้ควรนำมาทำเกณฑ์การให้คะแนน (Rubric scoring) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การตัดสินคุณภาพทำให้การให้คะแนนมีความเที่ยง (Reliability) น่าเชื่อถือ และยังช่วยให้นักศึกษาใช้เพื่อประเมินตนเองหรือวางแผนการทำงานร่วม

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (Rubric scoring) เช่น การคิดแบบมีวิจารณ์ญาณ (ต่อ)

ระดับคุณภาพ	รายละเอียด
1	• วัตถุประสงค์ไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงกับปัญหา • หลักฐานหรือข้อมูลไม่ถูกต้องแม่นยำ ไม่สนับสนุนหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา • นำเสนองานได้ไม่ชัดเจนและไม่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาในทุกประเด็น • ล้มเหลวในการแสดงความสำคัญ หรือเชื่อถือไม่ได้

ตัวอย่างในการวัดประเมินผลการวัดทักษะการแก้ปัญหาแบบวัด 3 ชั้น (Triple jump) เป็นวิธีการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการพยาบาล โดยเป็นการสอบปากเปล่าในลักษณะเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่เป็นจริง หรือเสมือนจริงใน ลักษณะ problem based assessment เพื่อประเมินว่านักศึกษาแพทย์ หรือพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาออกไปประกอบอาชีพสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้หรือไม่และในระดับใด การประเมินแบบ 3 ชั้นนี้ เริ่มปรากฏรายงานการใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1979 โดยมีรายงานในวารสารแพทยศาสตรศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ประเทศแคนาดา ซึ่งได้ใช้วิธีนี้ไปประเมินนักศึกษาแพทย์²⁰ โดยผู้ประเมินจะต้องจัดหาผู้ป่วยจริงหรือที่สร้างขึ้นมาที่มีข้อมูลผู้ป่วยทั้งด้านประวัติและการตรวจร่างกายที่เพียงพอแล้ว ให้นักศึกษาดำเนินการวินิจฉัยและให้การรักษายาตามขั้นตอนของการทดสอบตามแบบวัดทักษะการแก้ปัญหาในหุ่นจำลองเสมือนจริง 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ให้นักศึกษาได้พบสถานการณ์ปัญหาในการรักษาพยาบาลจริง โดยให้ได้พบผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักถาม การตรวจร่างกายและข้อมูลประวัติ แล้วนำมา คิดตั้งสมมติฐานซึ่งอาจยังไม่มั่นใจว่าถูกต้องหรือยังไม่กระจ่าง ขั้นนี้จะมีการชี้แจงและอภิปราย ระหว่างนักศึกษากับผู้ประเมิน ขั้นตอนนี้อาจใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ให้นักศึกษาไปค้นหาจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ เช่น จากการสอบถาม แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ จากเพื่อนนักศึกษาแพทย์ด้วยกัน จากเอกสารหรือรายงานต่าง ๆ แล้วนำข้อมูลของผู้ป่วยไปสัมพันธ์กันก่อนจะสรุปการวินิจฉัยอย่างมีเหตุผล ศึกษาวิธีการรักษา และเลือกวิธีการรักษาที่เห็นสมควร พร้อมด้วยเหตุผล ขั้นตอนนี้เป็นการให้ผู้เรียนได้ศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งอาจใช้เวลา 1.5–2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 นักศึกษากลับมาพบผู้ประเมินพร้อม

แหล่งความรู้ที่ไปศึกษามาโดยต้องจดแหล่งและหัวเรื่องมาแจ้งแก่ผู้ประเมิน นักศึกษาอธิบายกระบวนการคิด เหตุผล และการตัดสินใจ สรุปการวินิจฉัยและเลือกวิธีการรักษา รวมทั้งการสังเคราะห์เพิ่มเติม ขั้นตอนนี้เป็นการชี้แจง และอภิปรายระหว่างนักศึกษาและผู้ประเมินเป็นครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที

จะเห็นได้ว่า การวัดประเมินผลในการวัดทักษะทางปัญญามีหลายวิธีเลือกใช้ให้เหมาะสมกับการออกแบบการเรียนการสอนในรายวิชานั้น ๆ โดยเฉพาะรายวิชาชีพทางการพยาบาล ในหลักสูตรพยาบาลเมื่อผู้สอนนำมาทำเกณฑ์การให้คะแนน (Rubric scoring) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การตัดสินคุณภาพทำให้การให้คะแนนมีความเที่ยง (Reliability) น่าเชื่อถือ และยังช่วยให้นักศึกษาใช้เพื่อประเมินตนเองหรือวางแผนการทำงานร่วมกัน กระบวนการสะท้อนคิด เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ส่งเสริมการฝึกฝนพัฒนาทักษะทางปัญญาที่ได้นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน เช่น ทั้งในหุ่นจำลองเสมือนจริงและในการเรียนภาคปฏิบัติ มีการฝึกให้นักศึกษาใช้การสะท้อนคิดผ่านการใช้คำถาม ก่อนปฏิบัติ ขณะปฏิบัติและภายหลังการปฏิบัติกรพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามสะท้อนคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Sherwood and Deutsch^{21,22} การสะท้อนคิดจะช่วยพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาผ่านการลงมือปฏิบัติจริงเกิดประสบการณ์ที่ส่งผลให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายใน จากความคิดไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล^{23,24,25} กับผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

วิจารณ์และสรุป

ทักษะทางปัญญา (Intellectual skills or cognitive skills) เป็นทักษะที่บัณฑิตทางวิชาชีพจำเป็นต้องมีเพื่อนำไปใช้ในการประกอบอาชีพและใช้ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย ทักษะทางปัญญาเป็นความสามารถของผู้เรียน ในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

เนื้อหาวิชาความคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ใหม่ ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลกระทบจากการตัดสินใจ รวมทั้งความสามารถในการค้นหาข้อเท็จจริงทำความเข้าใจ วิเคราะห์และประเมินข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องใช้กระบวนการรับข้อมูลเข้าไปเพื่อจัดกระทำอะไรบางอย่างกับข้อมูล หรือสารสนเทศนั้น ๆ ทักษะทางปัญญาจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านการฝึกฝนกระบวนการคิดขั้นสูง (Advance thinking) แบบต่าง ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ การคิดแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การคิดแบบมีวิจารณญาณ การคิดเชิงเหตุผล การคิดที่นำไปสู่การตัดสินใจ เป็นต้น ซึ่งสามารถที่จะพัฒนาผู้เรียนให้ได้รับการฝึกฝนทำให้เกิดทักษะทางปัญญาจากกระบวนการจัดการเรียนรู้ออกแบบการเรียนการสอนที่มีกลวิธีในการสอนซึ่งครูผู้สอนในรายวิชาต่าง ๆ ตลอดหลักสูตรวิชาชีพพยาบาลทำให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานที่ดีในการให้บริการทางพยาบาล มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์พ.ศ. 2560 กำหนดทักษะทางปัญญาไว้ 3 ด้าน คือ 1) สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลในการอ้างอิงเพื่อพัฒนาความรู้ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 2) สามารถคิดอย่างเป็น

ระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อหาแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน และบอกถึงผลกระทบจากการแก้ปัญหาได้ และ 3) สามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทางการวิจัยและนวัตกรรมในการแก้ปัญหาและการศึกษาปัญหาทางสุขภาพ ทักษะทางปัญญาทั้งสามด้านนี้ ทุกรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจะต้องออกแบบการจัดการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลที่ทำให้นักศึกษามี ทักษะทางปัญญา

จากการที่วิชาชีพพยาบาลเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ป่วย และมีสถานการณ์ที่พยาบาลต้องใช้การตัดสินใจ การไตร่ตรอง และทักษะทางปัญญาในการปฏิบัติงาน ดังนั้น สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการพัฒนาทักษะทางปัญญาให้กับนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมและสามารถนำไปใช้เมื่อจำเป็นบัณฑิตสามารถมีทักษะนี้ติดตัวไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มทั้งปกติ เสี่ยงและเจ็บป่วย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. อเนก เหล่าธรรมทัศน์. ราชกิจจานุเบกษา กฎกระทรวงมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา. เล่มที่ 139, ตอนที่ 20ก, กรุงเทพฯ; 2565.
2. วิจารณ์ พานิช. วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. ว. นวัตกรรมการเรียนรู้ 2558;1(2):1-14.
3. Simonovic B, Vione KC, Fido D, Stupple EJN, Martin J, Clarke R. The impact of attitudes, beliefs, and cognitive reflection on the development of critical thinking skills in online students. Online Learning 2022;26(2):254-274.
4. David RK. A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. Theory Into Practice 2010;41(4):212-218.
5. ทิศนา แหมมณี. ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
6. ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ. การพัฒนาการคิด. กรุงเทพฯ: 9119 เทคนิควรรณคดี; 2556.
7. Joyce B, Weil M. Model of teaching. 9th ed. Boston: Allyn and bacon; 2014.
8. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันดร์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ์, บุญเดือน วัฒนกุล, และ ทศยรัตน์ รื่นเรืองชาติ. ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(2):178-193.
9. มณีรัตน์ ภาณุรูป, และอุไร ชลุ่มนาค. การคิดวิจารณ์ในงานพยาบาล Critical Thinking in Nursing. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2563;11(2):1-12.

10. อัจฉริยา นันทศิริพล, และสินชัย เล็กวานิชกุล. การปรับตัวของหลักสูตรต่อกระแสแนวโน้มการล่มสลายของอุดมศึกษา Adaptation of the Curricula Towards the Tendency of Disruption in Higher Education. ว.สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ 2562;5(2):663–673.
11. ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การศึกษาไทย 4.0 ในบริบทการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ; 2559.
12. พิจิตรา ธงพานิช. การพัฒนาหลักสูตร ทฤษฎี หลักการ แนวคิด ทิศทาง แนวโน้ม. พิมพ์ครั้งที่ 5. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์; 2556.
13. Ralph WT. Basic principles of curriculum and instruction. USA: University of Chicago Press; 2013.
14. ดร.ณิ รุจกรกานต์. ตัวอย่างรายละเอียดของรายวิชา กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ: การนำสู่การปฏิบัติ. วันที่ 21–23 มกราคม 2553. ณ โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
15. ทรงสุดา หมั่นไธสง, พริยารก คล้ายเพชร, นิรุช มะโนมัย, จงกลณี ด้อยเจริญ, พลอยลดา ศรีหาม, สรัญญา เปล่งกระโทก, และรุ่งทิพย์ พรหมบุตร. ผลการเรียนรู้จากการตรวจร่างกายในหุ่นจำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล. ว. วิชาการหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2563;12(34):123–131.
16. จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, ธณิศ สายวัฒน์, สุมลชาติ ดวงบุบผา, ปราณี แสคง, และนวลใย พิษชาติ. นวัตกรรม การเรียนการสอนทางการพยาบาล: สถานการณ์เสมือนจริง. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;9(2): 1–10.
17. วชิรี อมรโรจน์วรุตติ. รูปแบบการจัดการศึกษานูรณาการที่เน้นกระบวนการโค้ชและการเสริมสร้าง Growth Mindset เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล. ว. วิจัยและพัฒนาหลักสูตร 2562;9(2):1–10.
18. ภาสินี ไทอินทร์, สิริอร ช้อยุ่น, และทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาทางการพยาบาล. ว. วิจัยและพัฒนาหลักสูตร 2564;11(1):1–12.
19. บรรจง อมรชีวิต. การคิดอย่างมีวิจารณญาณ: Critical Thinking. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556.
20. Abdulaziz Boqaeid, et al. Students' perspectives on the use of smart devices during problem-based learning sessions: whether it is helping or obstructing the learning. International Journal of Medicine in Developing Countries 2021;5(12):001–005.
21. Sherwood GD, & Deutsch SH. Reflection practice transforming education and Improving outcomes. USA: Renee Wilmeth; 2012.
22. ภาสินี ไทอินทร์, อัญชลี สารรัตน์, และปนัดดา ญวนกระโทก. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาลจิตเวชที่ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. ว. ราชวาทิตยาลัยบรมราชชนนี สุรินทร์ 2562;9(1):1–17.
23. สมพิศ เหง้าเกษ, ปกัสสิริ ทับสุริ, เพชรสมร มีธรรม, และกาญจนา วงศ์อินดา. ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมุกดาหาร. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(1):101–114.
24. ศรีอัมพร ตัวนัย, อาทิตยา ตูพิลา, และพรทิพย์ ไชยงาม. การศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสกลนคร. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(2):69–77.
25. พัฒน์ ศรีโอบฐ์, ภาสินี ไทอินทร์, และสิริอร ช้อยุ่น. ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(2):91–102.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลสกลนครยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือไม่ได้รอตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความที่รับพิจารณาตีพิมพ์มี 8 ประเภทคือ

1. **นวัตกรรม (Innovation)** เป็นรายงานผลงานสิ่งประดิษฐ์คิดค้นใหม่หรือดัดแปลงแนวความคิดหรือวิธีการผ่าตัดใหม่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์และทางสาธารณสุขได้
2. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน
3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผลการศึกษาจากผู้ป่วย มีบทสรุปเสนอข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้
4. **บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ และมีบทสรุปวิจารณ์ และไม่ควรเกิน 10 หน้า
5. **บทสัมมนา-ประชุมวิชาการ (Conference-symposium)** เป็นบทความที่รวบรวมจากผลการประชุมวิชาการ การสัมมนาทางคลินิกและการประชุมอื่นๆ ที่น่าสนใจ
6. **ย่อวารสาร (Journal abstract)** เป็นบทความสั้นที่แปลและเรียบเรียงจากวารสารต่างประเทศ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่าน
7. **จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor)** ได้แก่ จดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวข้องกับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์แล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อๆ ความยาวไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบด้วย
8. **บทความวิจัยอย่างสั้น (Short communi-**

cation) เป็นบทความวิจัยฉบับย่อ เป็นรูปแบบการรายงานการศึกษาแบบกระชับ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษา แต่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหาที่น่าสนใจ รูปแบบที่เขียนเป็นลักษณะคล้ายนิพนธ์ต้นฉบับ แต่จะสั้นและกระชับกว่า ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะส่งบทความให้ติดต่อ วารสารโรงพยาบาลสกลนคร งานห้องสมุดโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร 042-176000 ต่อ 1042 และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แนบไฟล์บทความที่พิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word มาที่ E-mail address: skhjournel@gmail.com กองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบตามคำแนะนำ

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง บทความที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ ข้อเขียนและความคิดเห็นใดๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนครเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข และไฟล์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Word for Windows ในกระดาษสัน ขนาด 8 1/2 นิ้ว x 11 นิ้ว (A4) ด้วยอักษร Cordia New ขนาด 15 จำนวนไม่เกิน 10-12 หน้ากระดาษ (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) พิมพ์หน้าเดียว เว้นขอบทุกด้านประมาณ 1 นิ้ว ตาม Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URMs) ที่รวบรวมโดย International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309-15 (updated February 2006) และสามารถสืบค้นได้ที่ <http://www.icmje.org/index.html> โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

บทคัดย่อภาษาไทย
 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)
 บทนำ (Introduction) ซึ่งระบุนกรอบแนวคิด (ถ้ามี)
 และวัตถุประสงค์ของบทความ
 วิธีการวิจัย (Methods) ต้องระบุหัวข้อ “ข้อ
 พิจารณาทางด้านจริยธรรม” ด้วย
 ผลการวิจัย (Results)
 วิจารณ์ (Discussion) และสรุป (Conclusion)
 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
 เอกสารอ้างอิง (References)
 ตาราง (Table)
 ภาพ (Illustrations)
 คำบรรยายภาพ (Legends for Illustration)
 ต้นฉบับภาษาไทยควรพยายามใช้ถ้อยคำและศัพท์
 ภาษาไทยมากที่สุด โดยใช้ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์
 อังกฤษ-ไทยและพจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับ
 ราชบัณฑิตยสถาน ตัวสะกดให้อิงตามพจนานุกรมฉบับ
 ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547
ตัวอย่างชื่อเรื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ
 แบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for
 Medical Procedure Training, a Trial in Blood
 Collection Procedure Training

บทคัดย่อ

ให้เขียนบรรยายในลักษณะ Structured abstract
 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ
 เนื้อหาประกอบด้วย

หลักการและเหตุผล (Background)

วัตถุประสงค์ (Objective)

วิธีการวิจัย (Methods)

รูปแบบการศึกษา (Design) เช่น descriptive,
 case-control, randomized controlled trial

สถานที่ศึกษา (Setting) เช่น โรงพยาบาล
 ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Population
 and Samples)

การรักษา (Intervention) ถ้ามี เช่น ยาที่ใช้ การ
 ผ่าตัด

การวัดผล (Measurements)

ผลการวิจัย (Results)

สรุป (Conclusions)

คำสำคัญ (Key words) 2 ถึง 5 คำ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลใน
 มนุษย์ ต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการวิจัย (Methods)
 ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะ
 กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำ
 สถาบันที่ทำการศึกษา โดยบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ
 บทความวิจัยอย่างสั้น และบทความประเภทรายงานผู้ป่วย
 หรือกรณีศึกษา ผู้นิพนธ์ต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองให้
 ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการฯ

ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ

ให้พิมพ์แยกไว้ท้ายบทความ มีความสมบูรณ์ในตัว
 อ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิที่ไม่รัดกุม ช้า
 ช้อน หรือมากเกินไปจนจำเป็น สำหรับภาพให้บันทึกโดย
 ใช้นามสกุล .jpg หรือ .tif

การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย $\pm$
 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [95% confidence interval (X, Y)] ชนิดของ
 สถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t test หรือ
 ANOVA test เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการ
 อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขอารบิกด้วยกไมใส่วงเล็บหลังชื่อ
 ผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมใน
 กรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้าย
 บทความให้จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงใน
 เนื้อหา โดยเขียนตามแบบของ URM's หรือที่เรียกกันว่า
 Vancouver Style ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England
 Journal of Medicine 1997;336:309-15 (updated
 February 2006) และชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index
 Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ
(เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

บทความในวารสาร (Journal article)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร / ปี
พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

เนสินี ไชยเอีย, อวรรณ นุราณรักษ์, สมเดช พินิจ
สุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ถีลาธนาพิพัฒน์, ชัยดา
สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้
คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทยใน อ.เมือง
จ.ขอนแก่น. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2548;20(1):3-10.
Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt
P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde
wire-guided fiberoptic intubation for difficult
airway: A case report. J Med Assoc Thai
2005;88:845-8.

ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6
คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) และ
ตามด้วย และคณะ หรือ et al. สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษา
อังกฤษ

หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่
พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

สรรัช ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์.
วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

Vatanasapt V, Sripa B. Liver cancer in
Thailand; epidemiology, diagnosis and control.
2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000.

บทในหนังสือ (Chapter in a book)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทในหนังสือ. / ใน: / ชื่อ
บรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อหนังสือ. / พิมพ์ครั้งที่.
/ เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์. / หน้าแรก-หน้า
สุดท้าย.

ตัวอย่าง

บุญเกิด คงยิ่งยศ. เกสัชจลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด

คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต,
บรรณาธิการ. เกสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2548.
หน้า 27-53.

Sripa B, Pairojkul C. Pathology of Cholan-
giocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sripa B, editors.
Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagno-
sis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan
Press; 2000. p. 65-99.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)
– CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic
atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia:
Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

– บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต
และบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article
on the Internet and E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร /
[อินเทอร์เน็ต]. / เดือนปีที่ตีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน
ปี]; / ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. / เข้าถึงได้จาก: /
<http://>

Authors. / Article Title. / Journal Title /
[Internet]. / Date of publication / [Date of cita-
tion];Volume number(Issue number):first page-
last page. / Available from: / <http://>

ตัวอย่าง

รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, อติญาณ์ สร
เกษตริน, จิราพร วัฒนศรีสิน. การทบทวนวรรณกรรมอย่าง
เป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูง
โดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน-ธันวาคม 2559 [เข้า
ถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]; 5:133-45. เข้าถึงได้จาก:
[https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/arti-
cle/download/111206/86935/](https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111206/86935/)

Aboud S. Quality improvement initiative in
nursing homes: the ANA acts in an advisory role.
Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug

12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required

– เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / [อินเทอร์เน็ต]. / เมือง: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / เข้าถึงได้จาก: / <http://>

– สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่างๆ

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร. / ชื่อเรื่อง. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่.

Advanced Life Support Group. Acute medical emergencies: the practical approach. London: BMJ Books; 2001.

มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ; 2552.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจวิเคราะห์เมลามีน: คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ [National guideline for melamine testing]. นนทบุรี: กรม; 2552.

– วิทยานิพนธ์(Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีที่พิมพ์.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

– เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ (Conference proceedings)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / ใน: / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อการประชุม; / วัน เดือน ปีที่ประชุม; / สถานที่จัดประชุม. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์. / หน้า / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic pro-

gramming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182–91.

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ขอส่ง ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) ☐ บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article) ☐ รายงานผู้ป่วย (Case study)
☐ อื่นๆ ระบุ

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

คำสำคัญ (ภาษาไทย)

คำสำคัญ (ภาษาอังกฤษ)

ผู้เขียนหลัก (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

หมายเหตุ: กรณีมีผู้เขียนร่วมมากกว่า 1 คน ให้ระบุเฉพาะคนที่ 1 คนอื่นๆ ระบุในบทคัดย่อ

ผู้รับผิดชอบบทความ ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

โดยบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ลงนาม

(.....)

Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา

1. เอกสารที่ต้องส่ง

- ☐ หนังสือขอตีพิมพ์ตามแบบฟอร์มของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร
- ☐ กรณีเป็นนักศึกษา ให้แนบหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าบทความได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว
- ☐ สำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (นิพนธ์ ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา)

2. บทคัดย่อ (Abstract)

- ☐ ชื่อผู้เขียนแต่ละคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์คนละบรรทัด ชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษให้เขียนเต็ม ตามด้วยอักษรย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวา
- ☐ ใช้ *, **, *** แสดงลำดับของผู้เขียน
- ☐ ส่วนท้ายของหน้าให้ ขยายความของ * ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ ขณะทำวิจัย และสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา และระบุชื่อของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ต่อท้ายสถานที่ทำงาน
- ☐ ชื่อเรื่องจัดกลงหน้ากระดาษ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 17
- ☐ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษสอดคล้องกันและเขียนอย่างกระชับ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 15
- ☐ แยกบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้อยู่คนละหน้า
- ☐ บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างย่อ
- ☐ อธิบายการดำเนินงานวิจัยพอสังเขป
- ☐ มีข้อสรุปสำคัญ (important conclusions) ที่ได้จากการศึกษา
- ☐ ระบุคำสำคัญไม่เกิน 2- 5 คำ (เรียงลำดับตามความสำคัญ) ต่อท้ายบทคัดย่อแต่ละภาษาคำสำคัญไทยและอังกฤษมีความสอดคล้องกัน

3. กรณีการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ให้มีหัวข้อ “พิจารณาทางด้านจริยธรรม” โดย

- ☐ ระบุในส่วนของวิธีการวิจัย (Method) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประจำสถาบันที่ทำวิจัย
- ☐ เขียนอธิบายว่าผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างไร
- ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา ได้แนบสำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำการวิจัย

4. เนื้อหา (Text)

- ☐ ไม่ต้องจัดแบ่งคอลัมน์
- ☐ แต่ละส่วนของเนื้อหาไม่ต้องใส่หมายเลข แต่หัวข้อใช้ตัวหนา จัดชิดซ้ายและเรียงลำดับดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการวิจัย ผลการวิจัย วิเคราะห์และสรุปผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ตาราง และหรือ ภาพ บทความภาษาอังกฤษมีหัวข้อดังนี้ Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions, Acknowledgements,

References, Table or Illustrations)

- ☐ หัวข้อเรื่องรองให้ใช้ตัวหนา ย่อหน้า 1 แท็บ
- ☐ ใช้คำย่อเมื่อมีการใช้คำนั้นบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องใช้คำเต็มอีก
- ☐ คำว่า “et al.” ไม่ต้องทำตัวเอน เว้นช่องว่างระหว่างคำว่า “และ” ในการอ้างอิงผู้เขียนสองคน คำว่า “และคณะ” เขียนติดกัน
- ☐ การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใช้ตัวเลขอารบิกด้วยไม้เฝ้าหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง เรียงตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา
- ☐ วิธีการศึกษาควรเขียนในรูปบรรยาย แยกเนื้อหาด้วยย่อหน้า
- ☐ ระบุช่วงเวลาดำเนินการศึกษาและสถานที่ทำการศึกษาย่างชัดเจน
- ☐ ระบุการวิเคราะห์ทางสถิติหรือที่มาของค่าทางสถิติที่จะใช้ประกอบตารางผลการศึกษาย่างชัดเจน

5. เอกสารอ้างอิง References (เขียนอ้างอิงตามคำแนะนำของวารสาร)

- ☐ เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อหาบทความ โดยเขียนตามแบบของ Vancouver style
- ☐ ทุกอ้างอิงต้องมีการอ้างในเนื้อหา
- ☐ มีการให้ URLs ที่เข้าถึงได้ สำหรับเอกสารที่อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต

6. ตาราง (Tables)

- ☐ ตารางสร้างโดยใช้คำสั่งแทรกตารางใน Microsoft Word ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12-14
- ☐ ชื่อตารางอยู่เหนือตาราง จัดชิดซ้าย
- ☐ ตัวย่อในตาราง ให้มีคำอธิบายอยู่ด้านล่างของตาราง ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12
- ☐ การแสดงนัยสำคัญให้ ใช้ สัญลักษณ์ * หรือ ** สำหรับ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ
- ☐ การแสดงค่าเฉลี่ยต้องมีค่าการกระจายอย่างใดอย่างหนึ่งประกอบ เช่น %CV, SD, SE, ค่าต่ำสุด-สูงสุด, พิสัย เป็นต้น
- ☐ หากมีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่า p-value ต้องแสดงค่า standard error of mean (SEM) ประกอบ

7. ภาพ (Figures)

- ☐ ชื่อภาพอยู่เหนือภาพ จัดชิดซ้าย
- ☐ ภาพหรือกราฟที่แสดงไม่ซับซ้อนจนทำความเข้าใจได้ยาก
- ☐ ระบุชื่อแกนและหน่วยที่ชื่อแกนของกราฟ (ถ้ามี)



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
“วารสารโรงพยาบาลสกลนคร”

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานภาพของผู้พิมพ์ ☐ นิสิต / นักศึกษา ☐ อาจารย์ ☐ บุคคลทั่วไป

ที่อยู่ (สำหรับจัดส่งวารสาร).....

.....

รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์

E-mail address : มีความประสงค์ที่จะ

☐ ตีพิมพ์บทความวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

หมายเหตุ 1) ค่าตีพิมพ์วารสาร จำนวนเงิน 3,000 บาท/เรื่อง (หากบทความของท่านเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้)

**** หากท่านมีความประสงค์จะตีพิมพ์วารสารฯ กรุณาโอนเงินไปที่**

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาสกลนคร (ประเภทออมทรัพย์)

ชื่อบัญชี : มูลนิธิโรงพยาบาลสกลนคร

เลขที่บัญชี : 412-3-00875-5

2) โอนเมื่อได้รับแจ้งจากฝ่ายจัดการของวารสารแล้ว

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....) ดังได้แนบเอกสารการโอนเงินมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการชำระเงินเป็นอันถูกต้อง และได้ลงทะเบียนคุณรายชื่อนสมาชิกไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(.....)

วันที่





โรงพยาบาลสกลนคร

SAKONNAKHON HOSPITAL

วิสัยทัศน์



“โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน”

พันธกิจ



1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

ค่านิยม



“TEAMS”



Teamwork

มุ่งมั่น
การทำงาน
เป็นทีม



Excellent service

การบริหาร
สู่
ความเป็นเลิศ



Achievement

มุ่งมั่น
สู่
ความสำเร็จ



Moral

ดำรงไว้
ซึ่งคุณธรรม



Service mind

บริการ
ด้วยหัวใจ

อัตลักษณ์



“รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ”

