



SANPATONG HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

ISSN : 3056-9699 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

VOL. 2 NO.1 JANUARY - JUNE 2025



วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้งปฏิกิริยาสาระความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศกำหนดออก : เผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวีช แก้วประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

ดร.ธัญญกรณ์ ใจมั่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

1.ดร.นพ.ชาญณรงค์ พรหมพิงค์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

2.ดร.ทพญ.ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.พว.ดอกกรักร พิศาคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.พว.พรวเดือน เนตรวิชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

5.พว.กรรณิการ์ จันตระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6.ภก.วุฒิประกร หล้าอี่

เภสัชกรชำนาญการ

7.นพ.ปฎิญา สุริยงค์

นายแพทย์ชำนาญการ

8.พญ.ศศิวิมล มูลกะยาวี

นายแพทย์ปฏิบัติการ

9.ร.ศ.ดร.เดชา ทำดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10.ดร.วชิระ สุริยวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11.ดร.วรรณภา พิพัฒน์ธนวังศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผู้จัดการวารสาร

1.นายวัชร กันทะโย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา

คณะผู้จัดทำวารสาร

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1.นายพงศกร ชันแก้วมิ่ง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 2.นางสาววรรณิดา ปินแก้ว | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 3.นายนันทรรัตน์ ปัญญามูล | ผู้ช่วยนักวิชาการสุขศึกษา |
| 4.น.ส.เกศกนก ฉัตรทอง | เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา |
| 5.นายอรรถพงษ์ นระรา | นักวิชาการสาธารณสุข |

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

1. การพัฒนาวิธีเติมยาในคลังยาให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาล
ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน โรงพยาบาลสันป่าตอง

Developing a Cost-effective Method for Replenishing Drug in the Pharmaceutical
Inventory in the Hospital Facing a Financial crisis, Sanpatong Hospital.

วุฒิประกร หล้าอี่.....1

- 2.ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
Effectiveness of an Individual and Family Self-Management Promotion Program on Self-
Management Skill and Perception of Severity among Older Persons with Breast Cancer
San Pa Tong District, Chiang Mai Province

สุพัตรา ใจแก้ว 18

- 3.ผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลต่อความรู้ด้านสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่ม
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
Effects of Tele-nursing Program on Health literacy and Blood Pressure values of
Pre-hypertension Risk Group in Omkoi District, Chiang Mai Province

สร้อยมาลี มณีขัติย์.....32

- 4.อิทธิพลของการเลือกใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
Influence of inhaled drug use technique and acute exacerbation rate of chronic
obstructive pulmonary disease patients Doi Saket Hospital Chiang Mai Province

ทัชชญา คงศรี 44

สารบัญ(ต่อ)

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

5.ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลแม่wang จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of Program Promoting Perceived Benefits and Perceived Barriers on Eating
Behavior with Coronary Heart Disease at Warfarin Clinic Mae Wang Hospital, Chiang Mai
Province

อรุณี แสงแก้ว 58

6.การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและ
ผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Development of The Self-efficacy Enhancement Model toward Depression Prevention in
Working People and Pre-aging People in Doisaket District, Chiangmai Province

เจษฎา ปวิณเกียรติคุณ.....69

7.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัด
เชียงใหม่

Outcome of Palliative Care in Patients, Chiangdao Hospital, Chiangdao District, Chiang Mai
Province.

ภักจิรา คำปาลี.....87

8.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา วาร์ฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่Development of a clinical practice nursing guideline for heart
disease patients receiving warfarin in the Outpatient Department, Doisaket hospital,
Chiangmai Province

อัญญาณี เกียรติฉวีพรรณ.....101

การพัฒนาวิธีเติมยาในคลังยาให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะ

โรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน โรงพยาบาลสันป่าตอง

Developing a Cost-effective Method for Replenishing Drug in the

Pharmaceutical Inventory in the Hospital Facing

a Financial crisis, Sanpatong Hospital.

วุฒิประกร หล้าอี (Wuttiprakorn La-e)*

บทคัดย่อ

เนื่องด้วยโรงพยาบาลสันป่าตองประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน ทางคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงิน การคลังมีนโยบายให้คลังยาสำรองยาในปริมาณที่น้อยลง ส่งผลทำให้เกิดอุบัติการณ์ยาขาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มากขึ้น ทางผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาเรื่องอุบัติการณ์ยาขาดคลัง และเพื่อพัฒนาวิธีเติมยาในคลังยาให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาล ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2565 เป็นข้อมูลก่อน การพัฒนาระบบ และใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 เป็นข้อมูลหลังการพัฒนาระบบ ทำการศึกษาในโรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาวิธีเติมยาในคลังยาให้เพียงพอต่อการให้บริการ ภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน พบว่าอุบัติการณ์ยาขาดคลังรวม หลังการพัฒนาวิธีเติมยาในคลังลดลงกว่าก่อนการพัฒนา และยังพบว่าอุบัติการณ์ยาขาดคลังแยกตาม กลุ่มยา VEN แยกตามการเกิดผลกระทบและไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย แยกตามรูปแบบปริมาณการใช้ยา พบว่า หลังการพัฒนาอุบัติการณ์ยาขาดคลังที่ลดลง ค่าเฉลี่ยอัตรายาขาดมีค่าน้อยกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.0001$) ส่วนค่าเฉลี่ยอัตราคงคลังหลังการพัฒนามีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p=0.0001$) แต่ก็ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลการพัฒนาระบบวิธีเติมยาในคลังในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สามารถลดอุบัติการณ์ยาขาดคลังได้ ถึงแม้จะเพิ่มอัตราคงคลังแต่ก็ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นวิธีเติมยา ในคลังยาในครั้งนี้ จึงเป็นวิธีที่ช่วยให้มียาเพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาล ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน

คำสำคัญ : การพัฒนาวิธีเติมยา, ต้นทุนที่เหมาะสม, โรงพยาบาล, วิกฤตทางการเงิน

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง / อีเมล wuttiprakorn_max@hotmail.com

*Pharmacist Professional Level, Sanpatong Hospital / E-mail wuttiprakorn_max@hotmail.com

Abstract

Background: Due to the financial crisis faced in Sanpatong Hospital, the Chief Financial Officer (CFO) has implemented a policy to reduce the amount of drug inventory. This has resulted in an increased incidence of drug shortages, affecting patients. Objective: The researcher wants to study the situation and analyze the issue of drug stock shortages, and to develop a method to replenish drug inventory sufficiently for service under appropriate cost conditions during a financial crisis at the hospital. Methods: A research and development study was conducted using data from the 2022 fiscal year as the pre-development baseline and data from the 2023 fiscal year as the post-development evaluation. The study was conducted at Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province. Results: Following the development of a method to replenish the drug inventory sufficiently for service under appropriate cost conditions during the hospital's financial crisis, it was found that the overall incidence of drug stock shortages post-development was lower than pre-development. The incidence of drug stock shortages, categorized by VEN group, impact on patients, and usage volume, showed a reduction after the development. The average rate of drug stock shortages post-development was significantly lower than pre-development ($p=0.0001$). Additionally, the inventory rate post-development was significantly higher than pre-development ($p=0.0001$), but did not exceed the set target. Conclusion: The development of the drug inventory replenishment method successfully reduced the incidence of drug stock shortages. Although the inventory rate increased, it remained within the targeted range. Therefore, this method helps ensure adequate drug availability for service under appropriate cost conditions during the hospital's financial crisis.

Keywords: method to replenish drug inventory, appropriate cost, hospital's financial crisis

บทนำ

ปัจจุบันโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหลายโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน จากข้อมูลทั้งประเทศในปี 2564 พบว่ามีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินระดับ 5 จำนวน 4 แห่ง ระดับ 4 จำนวน 8 แห่ง ระดับ 3 จำนวน 17 แห่ง ระดับ 2 จำนวน 48 แห่ง และ

ระดับ 1 จำนวน 128 แห่ง (Ministry of Public Health, 2023) ปัญหาวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลของรัฐเกิดจากมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากกว่ารายรับ ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาามีมูลค่าสูงมาก จากข้อมูลปี 2561 พบว่าประเทศไทยมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาามีมูลค่าสูงถึง 181,533 ล้านบาท และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 10 ปี (Sirisinsuk & Pengsuparb, 2018)

หากโรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ก็จะช่วยทำให้ภาวะวิกฤตการเงินของโรงพยาบาลลดลงได้

ทั้งนี้การบริหารเวชภัณฑ์ยาที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญในการตัดสินใจในการสั่งซื้อยา การกระจายและการควบคุมการใช้ยาเป็นกลไกที่สำคัญที่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา (Holloway, 2003) ดังนั้นเภสัชกรที่มีบทบาทบริหารเวชภัณฑ์ควรมีการบริหารจัดการสำรองคลังยาอย่างเหมาะสม โดยมีการวางแผนและออกแบบให้มียาเพียงพอสำหรับใช้รักษาโรคต่าง ๆ และสอดคล้องกับงบประมาณการเงินของโรงพยาบาล (Kunders, , Gopinath & Katakam, 2002)

ในระบบเติมเต็มยาแบบสั่งซื้อยาในปริมาณครั้งละมาก ๆ ส่งผลให้คงคลังมีมูลค่าสูงและมีระยะเวลาถือครองยาที่นาน ทำให้สภาพคล่องทางการเงินลดลงและมีเงินหมุนเวียนในระดับต่ำ ส่งผลทำให้เกิดภาระหนี้สินกับบริษัทฯ ในแต่ละเดือนเป็นจำนวนเงินที่สูง ดังนั้นการจัดการคงคลังยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีค่าใช้จ่ายเพียงพอภายใต้ปัญหาวิกฤตทางการเงินจึงมีความสำคัญมาก

โรงพยาบาลสันป่าตองเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาดใหญ่ (M1) มีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอซึ่งเป็นโซนที่ 3 ของจังหวัดเชียงใหม่ที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน จากข้อมูลพบว่า ปีงบประมาณ 2563 วิกฤตการเงินระดับ 6 ปีงบประมาณ 2564 วิกฤตการเงินระดับ 4 และปีงบประมาณ 2565 วิกฤตการเงินระดับ 2

(Chiangmai Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งทางคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังระดับเขตบริการสุขภาพที่ 1 และระดับโรงพยาบาลได้เห็นความสำคัญปัญหาด้านการเงิน จึงมีนโยบายและกำหนดตัวชี้วัดอัตราคงคลังยาไม่เกิน 2 เดือน เพื่อลดปริมาณและมูลค่าการจัดซื้อรวมทั้งลดการชำระหนี้เฉลี่ยต่อเดือนกับบริษัทยา ซึ่งการมีมูลค่ายาคงคลังสำรองต่ำย่อมส่งผลทำให้ปริมาณเงินลงทุนน้อยกว่า เป็นการประหยัดในค่าใช้จ่ายในการเก็บรักษายา ค่าไฟฟ้าเครื่องปรับอากาศหรือตู้เย็น ซึ่งสามารถนำเงินที่ประหยัดได้มาใช้เป็นทุนหมุนเวียนสำหรับการบริหารจัดการในด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาล งานบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสันป่าตองก็ได้ดำเนินการตามนโยบาย ซึ่งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 พบว่าอัตราคงคลังเฉลี่ยทั้งปีมีค่าเท่ากับ 1.15 และ 1.12 ตามลำดับ ซึ่งบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนาการบริหารจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน ในมาตรการข้อที่ 3 เรื่องพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ และเป็นผลดีต่อระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลอย่างมากในภาวะวิกฤตทางการเงิน ในทางกลับกันเมื่อมีการสำรองยาในปริมาณที่น้อยก็มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุยาขาดได้เพิ่มขึ้น จากข้อมูลปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีอุบัติเหตุยาขาดคลังจำนวน 48 ครั้ง มีผลกระทบกับผู้ป่วยจำนวน 20 ครั้ง ทำให้ต้องค้างยาแก่ผู้ป่วยจำนวน 12 ครั้ง ทำให้แพทย์ต้องปรับเปลี่ยนการรักษาโดยใช้ยาตัวอื่น ๆ แทนจำนวน 8 ครั้ง และยังพบว่า

อุปกรณ์ยาขาดของยากลุ่มช่วยชีวิต (vital drug) มีจำนวนถึง 11 ครั้ง

งานบริหารเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสันป่าตองจึงได้วิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหา จากการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลให้ยาขาดคลังตามแนวทางการจัดการยาขาดแคลนในสถานพยาบาลของสมาคมเภสัชกรรม ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Fox and McLaughlin, 2018, The Multi- Stakeholder Steering Committee, 2017) พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้ยาขาด ได้แก่ มีบริษัทยาเป็นผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว วัตถุดิบหรือสารตั้งต้นที่ใช้ในการผลิตขาดแคลน ความล่าช้าและขาดกำลังในการผลิต ปัญหาด้านการผลิตและควบคุมคุณภาพ การส่งมอบยาของบริษัทล่าช้า การบริหารจัดการสินค้าคงคลังและไม่สามารถคาดการณ์ปริมาณความต้องการใช้ยานั้น ๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าลักษณะปริมาณความต้องการใช้ยาแต่ละรายการแตกต่างกัน ทั้งในด้านแนวโน้มและฤดูกาล ส่งผลให้ยาที่ศึกษาวิจัยต้องใช้วิธีการพยากรณ์และการเติมเต็มยาคลังด้วยวิธีที่แตกต่างกัน (Youcharoen & Wasusri, 2018)

ดังนั้นทางผู้วิจัยต้องการแก้ไขปัญหาขาดคลังและพัฒนาวิธีเติมเต็มยาที่คลังให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน โดยประยุกต์ใช้ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลทางทางสถิติ เรื่องความแปรปรวนในการช่วยพยากรณ์และกำหนดปริมาณจัดซื้อยาในแต่ละครั้งให้มีความเหมาะสม เพียงพอและมีประสิทธิภาพภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด ตามมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ในแผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพดี

ด้วยต้นทุนต่ำ (good health at low cost) ที่สอดคล้องกับสถานะหรือสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล และทำให้การจัดซื้อยาเติมคลังเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในระเบียบพัสดุ มีปริมาณยาที่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย ลดการค้างยาแก่ผู้ป่วยหรือได้ยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และวิเคราะห์ปัญหาเรื่องอุปกรณ์ยาขาดคลัง
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลวิธีเติมยาในคลังยาให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินตามเป้าหมายดังนี้

2.1) เพื่อลดอุปกรณ์ยาขาดคลัง และลดผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย

2.2) เพื่อควบคุมอัตราคงคลังไม่เกินตามเป้าหมายของโรงพยาบาลที่มีวิกฤตการเงิน

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

1.การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ (Witthayapipopsakul & Tangcharoensathien, 2021) เรื่อง การทบทวนตัวชี้วัดของระบบยานานาชาติและประเทศไทย พบว่าโดยทั่วไปมักมีการจำแนกตัวชี้วัดของระบบยาเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง (structural indicators) ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicators) จะเห็นได้ว่าประเด็นยาขาดถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญในข้อที่ 4 ขั้นตอนห่วงโซ่อุปทานและการกระจายยาในระบบยา

ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ การศึกษาของ Isaraphithakkul, (2019) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารปริมาณยาคลังของคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านสถานที่ และปัจจัยด้านระบบสารสนเทศ ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายนอก คือ ปัจจัยด้านเวลา ปัจจัยด้านกระบวนการของผู้ขาย และปัจจัยอื่น ๆ ที่มากระทบ เช่น สภาพอากาศ ภัยธรรมชาติ และโรคระบาด เป็นต้น การศึกษาของ Sooksriwong ed al, (2019) พบว่ารูปแบบการ

ใช้ยาแบ่งเป็น 3 รูปแบบได้แก่ 1) แบบสม่ำเสมอเป็นรูปแบบการใช้ที่สม่ำเสมอซ้ำกันในทุกสัปดาห์ 2) แบบไม่สม่ำเสมอเป็นกลุ่มยาที่มีการใช้ไม่สม่ำเสมอในทุกสัปดาห์ และ 3) แบบที่ขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการใช้ยาขึ้นกับการมาพบแพทย์ของผู้ป่วย และต้องมีการจัดการคลังยาแบบจำเพาะแต่ละรายการยา และการศึกษาของ Mannaisatjatham (2021) พบว่าด้วยลักษณะความต้องการใช้ของยาแต่ละรายการมีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถใช้นโยบายในการสำรองยาเพียงนโยบายเดียวได้

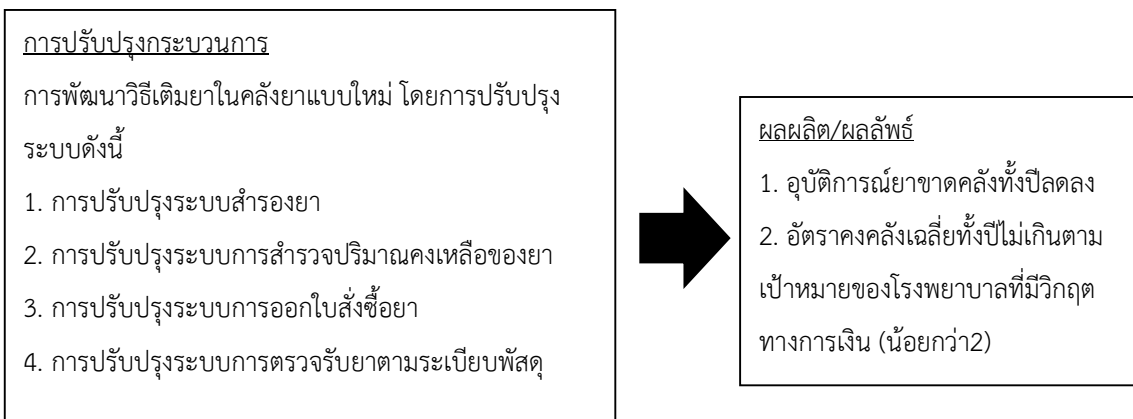
การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

1.การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ (Witthayapipopsakul & Tangcharoensathien, 2021) เรื่อง การทบทวนตัวชี้วัดของระบบยานานาชาติและประเทศไทย พบว่าโดยทั่วไปมักมีการจำแนกตัวชี้วัดของระบบยาเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง (structural indicators) ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicators) จะเห็นได้ว่าประเด็นยาขาดถือเป็นประเด็นที่สำคัญในข้อที่ 4 ขั้นตอนห่วงโซ่อุปทานและการกระจายยาในระบบยาที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ การศึกษาของ Isaraphithakkul, (2019) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารปริมาณยาคลังของคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยภายใน ได้แก่

ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านสถานที่ และปัจจัยด้านระบบสารสนเทศ ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายนอก คือ ปัจจัยด้านเวลา ปัจจัยด้านกระบวนการของผู้ขาย และปัจจัยอื่น ๆ ที่มากระทบ เช่น สภาพอากาศ ภัยธรรมชาติ และโรคระบาด เป็นต้น การศึกษาของ Sooksriwong ed al, (2019) พบว่ารูปแบบการใช้ยาแบ่งเป็น 3 รูปแบบได้แก่ 1) แบบสม่ำเสมอเป็นรูปแบบการใช้ที่สม่ำเสมอซ้ำกันในทุกสัปดาห์ 2) แบบไม่สม่ำเสมอเป็นกลุ่มยาที่มีการใช้ไม่สม่ำเสมอในทุกสัปดาห์ และ 3) แบบที่ขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการใช้ยาขึ้นกับการมาพบแพทย์ของผู้ป่วย และต้องมีการจัดการคลังยาแบบจำเพาะแต่ละรายการยา และการศึกษาของ Mannaisatjatham (2021) พบว่าด้วยลักษณะความต้องการใช้ของยาแต่ละรายการมีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถใช้นโยบายในการสำรองยาเพียงนโยบายเดียวได้

2.กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1) ประชากร คือ จำนวนรายการยาในบัญชีทั้งหมดของโรงพยาบาลสันป่าตอง

1.2) กลุ่มตัวอย่าง คือ รายการยาในบัญชีทั้งหมดของปีงบประมาณ 2565 และ 2566 มีจำนวน 618 รายการ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 และ 2 ที่พัฒนาขึ้นมาเอง ใช้โปรแกรม INVC ดึงข้อมูลยาและปริมาณการสั่งซื้อยา ใช้โปรแกรม Excel 2010 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ความแปรปรวน (Variability coefficient: VC) ตามสมการของ Peterson-Silver rule และใช้โปรแกรม STATA Version 16 ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา

3.การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 และ 2 โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ เกสัชกร

ที่ปฏิบัติงานในด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item Objective congruence :IOC) เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ

4.วิธีดำเนินการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา การพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินผลหรือสรุปผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

4.1.1) รวบรวมข้อมูลรายการยา ปริมาณการใช้ยาและมูลค่าการจัดซื้อยาของแต่ละรายการยาทั้งหมดในบัญชียาโรงพยาบาลสันป่าตอง ปีงบประมาณ 2565 จากโปรแกรม INVC รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การยาขาดคลัง (แบบเก็บข้อมูลในระยะที่ 1)

4.1.2) จัดกลุ่มยา ABC , VEN และตามหลักเภสัชวิทยา

4.1.3) วิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ยาขาดคลัง พร้อมแยกประเภทตามกลุ่มยา VEN แยกประเภทตามการส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย วิเคราะห์

ปัจจัยและสาเหตุ (root cause analysis) ของอุบัติการณ์ยาขาดคลัง โดยใช้เครื่องมือ Pareto's chart และการวิเคราะห์รูปแบบการใช้ยาเป็นรูปแบบปกติ (regular pattern) หรือรูปแบบไม่ปกติ (irregular pattern) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ความแปรปรวน (Variability coefficient: VC) จากสมการของ Peterson-Silver rule

4.2) การพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม (Intervention)

การพัฒนาหรือนวัตกรรมการวิจัยในครั้งนี้ คือ การปรับปรุงและพัฒนาวิธีวิธีเติมยาในคลังยาแบบใหม่โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

4.2.1) การปรับปรุงระบบสำรองยา โดยการจัดกลุ่มยาในบัญชีทั้งหมดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ ยาที่มีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบปกติ (regular pattern) มีจำนวน 594 รายการ ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะใช้ข้อมูลอัตราการจ่ายเฉลี่ย 4 เดือน ช่วยคำนวณปริมาณการสั่งซื้อในแต่ละครั้ง และกลุ่มที่ 2 คือ ยาที่มีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบไม่ปกติ (irregular pattern) มีจำนวน 24 รายการ ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะใช้ข้อมูลทางสถิติ ข้อมูลระบาดวิทยาและข้อมูลเภสัชกรรมคลินิกตามแนวทางการรักษาโรคนั้น ๆ ช่วยคำนวณปริมาณต่ำสุดที่ควรมีไว้สำรองและปริมาณที่ซื้อจะเติมให้เต็มในแต่ละครั้งเมื่อยากลุ่มนี้มีการใช้ไป

4.2.2) การปรับปรุงระบบการสำรวจปริมาณคงเหลือของยา โดยใช้โปรแกรม INVC เชื่อมทั้งคลังใหญ่และคลังย่อยเพื่อให้เห็นปริมาณยาภาพรวมทั้งหมด ตัดรายการยาออกจากกระบบด้วยระบบ barcode และความถี่การสำรวจปริมาณคงเหลือทุก 1 สัปดาห์

4.2.3) การปรับปรุงระบบการออกใบสั่งซื้อยา โดยกำหนดจุดสั่งซื้อ (reorder point: ROP) ของยาที่มีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบปกติ (regular pattern) มีค่า reorder point เท่ากับ 1 เดือน ส่วนยาที่มีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบไม่ปกติ (irregular pattern) มีค่า reorder point เท่ากับ 1.5 เดือน และออกใบสั่งซื้อทุกสัปดาห์ (วันอังคาร)

4.2.4) การปรับปรุงระบบการตรวจรับยาตามระเบียบพัสดุ ทำการตรวจรับยาวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดราชการ

4.3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้

งานบริหารเวชภัณฑ์นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติในการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 จนถึงเดือนกันยายน 2566 กับยาในกลุ่มตัวอย่าง 618 รายการ พร้อมทั้งบันทึกอุบัติการณ์ยาขาดคลัง และอัตราคงคลังของแต่ละเดือน (แบบเก็บข้อมูลในระยะที่ 2)

4.4) การประเมินผลหรือสรุปผล

หลังจากดำเนินการมาครบ 12 เดือน ทำการประเมินผล สรุปผล และรายงานต่อคณะกรรมการลดต้นทุน คณะกรรมการพัฒนาการเงินการคลัง คณะกรรมการความเสี่ยง คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลได้รับทราบ

5.วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติและการแสดงผล

วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความแปรปรวน (Variability Coefficient: VC) โดยใช้สมการ ของ Peterson-Silver rule (Bulfin R and Sipper, 1998) ดังรูป

$$VC = \frac{n \sum_{i=1}^n D_i^2}{(\sum_{i=1}^n D_i)^2} - 1$$

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงข้อมูลในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเปรียบเทียบด้านอุบัติการณ์ยาขาดคลัง อัตรายาขาดคลัง และอัตราคงคลังเปรียบเทียบก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการด้วยวิธีการสั่งซื้อรูปแบบใหม่โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired T-Test (Dependent T-Test) ถ้าการกระจายของข้อมูลมีการกระจายแบบปกติและทำการแสดงผลในรูปแบบ p-value โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มยาตามประเภทฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

ประเภท	จำนวน รายการ	ร้อยละ	มูลค่าจัดซื้อยา (บาท)	ร้อยละ
8. malignant disease and immonosuppression	10	1.62	260,219	0.48
9. nutrition and blood	65	10.52	6,517,776	12.01
10. musculoskeletal and joint diseases	32	5.18	978,014	1.81
11. eye	36	5.83	1,041,110	1.92
12. ear, nose, oropharynx and oral carvity	7	1.13	1,010,676	1.86
13. skin	23	3.72	668,942	1.23
14. immunological prodruds and vaccines	11	1.78	753,537	1.39
15. anesthesia	14	2.27	441,556	0.81

ผลการวิจัยระยะที่ 1 : ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และวิเคราะห์ปัญหาอุบัติการณ์ยาขาดคลัง

1. จัดกลุ่มยาแยกตามประเภทฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

จำนวนรายการยาทั้งหมด 618 รายการ ผลการจัดกลุ่มยาตามประเภทฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่ายาประเภท infection มีจำนวนรายการยามากที่สุด มีจำนวน 124 รายการ (ร้อยละ 20.06) ส่วนยาที่มีจำนวนรายการยาน้อยที่สุดเป็นยาประเภท ear, nose, oropharynx and oral cavity มีเพียงแค่ 7 รายการ (ร้อยละ 1.13) ยาที่มีมูลค่าจัดซื้อมากที่สุด คือยาประเภท infection มีมูลค่าจัดซื้อยา 15,260,187 บาท (ร้อยละ 28.12) ส่วนยาประเภทที่มีมูลค่าจัดซื้อน้อยที่สุด คือยาประเภท drug use in poison and toxicology มีมูลค่าจัดซื้อยาเพียงแค่ 16,862 บาท (ร้อยละ 0.03) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มยาตามประเภทฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (ต่อ)

ประเภท	จำนวน รายการ	ร้อยละ	มูลค่าจัดซื้อยา (บาท)	ร้อยละ
16. drug use in poison and toxicology	3	0.48	16,862	0.03
17. contrast media and radio pharmaceutical	2	0.32	25,680	0.05
18. herb	26	4.21	149,556	0.28
19. others	20	3.24		12.44
รวม	618	10.00	54,262,368	100.00

2. จัดกลุ่มยา ABC (ABC analysis)

ผลการจัดกลุ่มยาตามวิธี ABC พบว่าเป็นยาในกลุ่ม A จำนวน 93 รายการ (ร้อยละ 15.05) มีมูลค่าจัดซื้อยาสูงถึง 41,167,593.83 บาท (ร้อยละ 75.86) ยาในกลุ่ม B จำนวน 173 รายการ

(ร้อยละ 27.99) มีมูลค่าจัดซื้อยา 10,371,467.66 บาท (ร้อยละ 19.12) และยาในกลุ่ม C มีจำนวน 352 รายการ (ร้อยละ 56.96) มีมูลค่าจัดซื้อยาเพียงแค่ 2,723,306.30 บาท (ร้อยละ 5.02) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดแบ่งกลุ่มยาตามวิธี ABC analysis

กลุ่มยา	จำนวน รายการ	ร้อยละของจำนวน รายการ	มูลค่าจัดซื้อยา (บาท)	ร้อยละของมูลค่า จัดซื้อยา
A	93	15.05	41,167,593.83	75.86
B	173	27.99	10,371,467.66	19.12
C	352	56.96	2,723,306.30	5.02
รวม	618	100	54,262,367.79	100

3. จัดกลุ่มยา VEN (VEN analysis)

ผลการจัดกลุ่มยาตามวิธี VEN พบว่าเป็นยาในกลุ่ม V (Vital drug) จำนวน 123 รายการ (ร้อยละ 19.90) มีมูลค่าจัดซื้อยา 16,490,932.10 บาท (ร้อยละ 30.39) ยาในกลุ่ม E (Essential drug) จำนวน 448 รายการ (ร้อยละ

72.49) มีมูลค่าจัดซื้อยา 32,434,547.54 บาท (ร้อยละ 59.77) และยาในกลุ่ม N (Non-essential drug) มีจำนวน 47 รายการ (ร้อยละ 7.61) มีมูลค่าจัดซื้อยา 5,336,888.15 บาท (ร้อยละ 9.84) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดแบ่งกลุ่มยาตามวิธี VEN analysis

กลุ่มยา	จำนวน รายการ	ร้อยละของจำนวน รายการ	มูลค่าจัดซื้อยา (บาท)	ร้อยละของมูลค่า จัดซื้อยา
V	123	19.90	16,490,932.10	30.39
E	448	72.49	32,434,547.54	59.77
N	47	7.61	5,336,888.15	9.84
รวม	618	100	54,262,367.79	100

4. อุบัติการณ์ยาขาดคลัง และปัจจัยและ

สาเหตุของอุบัติเหตุการณ์ยาขาดคลัง

จำนวนอุบัติเหตุการณ์ยาขาดคลังทั้งปี 2565 มีจำนวน 48 ครั้ง เมื่อทำการวิเคราะห์อุบัติเหตุการณ์ยาขาดคลังแยกตามกลุ่มยา VEN พบว่า เกิดอุบัติเหตุการณ์ยาขาดคลังมากที่สุดคือยาในกลุ่ม N (จำนวน 19 ครั้ง) รองลงมาคือยาในกลุ่ม E (จำนวน 18 ครั้ง) เป็นลำดับถัดมา และเกิดน้อยที่สุดคือยาในกลุ่ม V (จำนวน 11 ครั้ง)

เมื่อทำการวิเคราะห์อุบัติเหตุการณ์ยาขาดคลังแยกตามการเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่า ไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยจำนวน 28 ครั้ง เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย จำนวน 20 ครั้ง แยกเป็นต้องค้างจ่ายยา 12 ครั้ง และปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นยาตัวอื่นแทน 8 ครั้ง

เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุ (root cause analysis) ของอุบัติเหตุการณ์ยาขาดคลังตามเครื่องมือ Pareto's chart พบรากปัจจัยและสาเหตุทั้งหมด 5 ประการ คือ 1) ไม่สามารถคาดเดาปริมาณการใช้ยาได้หรืออัตราการจ่ายยาไม่คงที่ พบ 25 ครั้ง (ร้อยละ 52.08) 2) มีผู้จำหน่ายเพียงบริษัทเดียว (monopoly) พบ 10 ครั้ง

(ร้อยละ 20.83) 3) บริษัทขนส่งที่ล่าช้า พบ 7 ครั้ง (ร้อยละ 14.58) 4) วัตถุดิบหรือสารตั้งต้นการผลิตขาดแคลน พบ 4 ครั้ง (ร้อยละ 8.33) และ 5) เกิดปัญหาด้านการผลิตและควบคุมคุณภาพ พบ 2 ครั้ง (ร้อยละ 4.18)

จากปัจจัยและสาเหตุทั้งหมด 5 ประการข้างต้น พบว่าปัจจัยการไม่สามารถคาดเดาปริมาณการใช้ยาได้หรืออัตราการจ่ายยาไม่คงที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด และเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด (ร้อยละ 52.08) เมื่อนำรายการยาในบัญชี ทั้งหมดของปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนทั้งหมด 618 รายการ มาวิเคราะห์ดูรูปแบบว่ายาแต่ละตัวมีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบปกติ (regular pattern) หรือรูปแบบไม่ปกติ (irregular pattern) โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความแปรปรวน (Variability Coefficient: VC) จากสมการของ Peterson-Silver rule พบว่าเป็นยาในกลุ่มที่มีค่า VC น้อยกว่า 0.25 มีจำนวน 594 รายการ (ร้อยละ 96.12) และเป็นยาในกลุ่มที่มีค่า VC

มากกว่า 0.25 มีจำนวน 24 รายการ (ร้อยละ 3.88)

เมื่อทำการวิเคราะห์แยกอุบัติการณ์ยาขาดคลังแยกตามปัจจัยรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบปกติ (regular pattern) หรือรูปแบบไม่ปกติ (irregular pattern) พบว่าอุบัติการณ์ยาขาดคลังของยาที่มีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบปกติ (regular pattern) มีจำนวน 10 ครั้ง (ร้อยละ 20.83) ส่วนอุบัติการณ์ยาขาดคลังของยาที่มีรูปแบบปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบไม่ปกติ (irregular pattern) มีจำนวน 38 ครั้ง (ร้อยละ 79.17)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 : พัฒนาและประเมินผลวิธีเดิมยาในคลังยาให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสมในภาวะโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน

การพัฒนาวิธีเดิมยาในคลังยาแบบใหม่ในครั้งนี้ มีการปรับปรุงระบบดังนี้ คือ

1. การปรับปรุงระบบสำรองยา
2. การปรับปรุงระบบการสำรวจปริมาณคงเหลือของยา
3. การปรับปรุงระบบการออกไปสั่งซื้อยา และ

4. การปรับปรุงระบบการตรวจรับยาตามระเบียบพัสดุ ซึ่งผลลัพธ์หลังการพัฒนามีรายละเอียดดังนี้

1. อุบัติการณ์ยาขาดคลัง อัตรายาขาดคลังและอัตราคงคลังหลังการพัฒนา

จากการศึกษาพบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีอุบัติการณ์ยาขาดคลังทั้งปีมีจำนวนทั้งสิ้น 13 ครั้ง เมื่อจำแนกรายเดือน ส่วนใหญ่พบ 1 ครั้ง มีอุบัติการณ์มากที่สุด 2 ครั้ง มีอุบัติการณ์น้อยที่สุด 0 ครั้ง และยังพบว่าอุบัติการณ์ยาขาดคลังหลังการพัฒนาพบได้น้อยกว่าก่อนการพัฒนาวิธีเดิมยาในคลัง (ลดลงร้อยละ 72.91) ส่วนอัตรายาขาดคลังหลังการพัฒนาวิธีเดิมยาในคลังทั้งปีงบประมาณ 2566 มีค่าน้อยกว่าก่อนการพัฒนา และเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละเดือนก็ยังพบว่าหลังการพัฒนาวิธีเดิมยาในคลังพบว่ามีค่าอัตรายาขาดคลังน้อยกว่าก่อนการพัฒนาด้วยเช่นกัน ส่วนอัตราคงคลังหลังการพัฒนาวิธีเดิมยาในคลังทั้งปีงบประมาณ 2566 มีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนา และเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละเดือนก็ยังพบว่าหลังการพัฒนาวิธีเดิมยาในคลังพบว่ามีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนาด้วยเช่นกัน ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์ยาขาดคลัง(ครั้ง) อัตรายาขาดคลัง และอัตราคงคลังก่อนและหลังการพัฒนาวิธีการเดิมยา (N=12 เดือน)

เดือน	อุบัติการณ์ยาขาด (อัตรายาขาด)		อัตราคงคลัง	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	(ปี 2565)	(ปี 2566)	(ปี 2565)	(ปี 2566)
ตุลาคม	5 (0.0024)	1 (0.0005)	1.15	1.40
พฤศจิกายน	4 (0.0036)	1 (0.0004)	1.10	1.40
ธันวาคม	1 (0.0005)	1 (0.0005)	1.07	1.50

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์ยาชาดคลั่ง(ครั้ง) อัตรายาชาดคลั่ง และอัตราคงคลังก่อนและหลังการพัฒนาวิธีการ
เติมยา (N=12 เดือน) (ต่อ)

เดือน	อุบัติการณ์ยาชาด (อัตรายาชาด)		อัตราคงคลัง	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	(ปี 2565)	(ปี 2566)	(ปี 2565)	(ปี 2566)
มกราคม	3 (0.0027)	2 (0.0008)	1.15	1.10
กุมภาพันธ์	4 (0.0033)	1 (0.0005)	1.30	1.40
มีนาคม	6 (0.0035)	1 (0.0004)	1.01	1.50
เมษายน	5 (0.0028)	0 (0.0000)	1.28	1.60
พฤษภาคม	2 (0.0010)	1 (0.0004)	1.11	1.30
มิถุนายน	5 (0.0024)	1 (0.0005)	0.90	1.40
กรกฎาคม	6 (0.0030)	2 (0.0008)	1.13	1.30
สิงหาคม	5 (0.0023)	1 (0.0004)	1.10	1.40
กันยายน	2 (0.0008)	1 (0.0004)	1.13	1.40
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1-6	0-2	0.90-1.30	1.10-1.60
ค่าเฉลี่ยอัตราคงคลัง±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.0023±0.0010	0.0004±0.0002	1.12±0.11	1.39±0.12

เมื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์ยาชาดคลั่งแยกตามกลุ่มยา VEN พบว่ายาทั้ง 3 กลุ่มมีอุบัติการณ์ยาชาดคลั่งหลังการพัฒนาวิธีเติมยาในคลังยาพบได้น้อยกว่าก่อนการพัฒนา ยากลุ่ม V มีอุบัติการณ์ยาชาดคลั่งลดลงร้อยละ 81.82 ยากลุ่ม E มีอุบัติการณ์ยาชาดคลั่งลดลงร้อยละ 77.78 และยากลุ่ม N มีอุบัติการณ์ยาชาดคลั่งลดลงร้อยละ 63.16 อุบัติการณ์ยาชาดคลั่งแยกตามการเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย พบว่าอุบัติการณ์ยาชาดคลั่งหลังการ

พัฒนาวิธีเติมยาในคลังยาทั้งเกิดผลกระทบและไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยพบได้น้อยกว่าก่อนการพัฒนา โดยที่ไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลงร้อยละ 71.43 ส่วนที่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลงร้อยละ 75.00 แยกเป็นค้ำจ่ายยาแก่ผู้ป่วยลดลงร้อยละ 66.67 และปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นยาตัวอื่นลดลงร้อยละ 87.50 ส่วนอุบัติการณ์ยาชาดคลั่งแยกตามรูปแบบปริมาณการใช้ยาก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาทั้ง 2 กลุ่มมีอุบัติการณ์

ยาขาดคลังที่ลดลง โดยแยกเป็นกลุ่มยาที่มีปริมาณ
การใช้ยาเป็นรูปแบบปกติลดลงร้อยละ 70.00 ส่วน

กลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้ยาเป็นรูปแบบไม่ปกติ
ลดลงร้อยละ 73.68 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์ยาขาดคลังแยกตามปัจจัยต่าง ๆ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=12 เดือน)

ปัจจัยต่าง ๆ	อุบัติการณ์ยาขาดคลัง (ครั้ง)		ลดลง ร้อยละ
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	ปี 2565	ปี 2566	

แยกตามกลุ่มยา VEN

ปัจจัยต่าง ๆ	ก่อนการพัฒนา ปี 2565	หลังการพัฒนา ปี 2566	ลดลง ร้อยละ
V (Vital drug)	11	2	81.82

ตารางที่ 5 อุบัติการณ์ยาขาดคลังแยกตามปัจจัยต่าง ๆ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=12 เดือน) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	อุบัติการณ์ยาขาดคลัง (ครั้ง)		ลดลง ร้อยละ
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	ปี 2565	ปี 2566	

แยกตามกลุ่มยา VEN

E (Essential drug)	18	4	77.78
--------------------	----	---	-------

N (Non-essential drug)	19	7	63.16
------------------------	----	---	-------

แยกตามการเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย

ไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย	28	8	71.43
--------------------------	----	---	-------

เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย	20	5	75.00
-----------------------	----	---	-------

- ค้างจ่ายยาแก่ผู้ป่วย	12	4	66.67
------------------------	----	---	-------

- ปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นยาตัวอื่น	8	1	87.50
------------------------------------	---	---	-------

แยกตามรูปแบบปริมาณการใช้ยา

แบบปกติ (regular pattern)	10	3	70.00
---------------------------	----	---	-------

แบบไม่ปกติ (irregular pattern)	38	10	73.68
--------------------------------	----	----	-------

อุบัติการณ์ยาขาดคลังรวมทั้งปี	48	13	72.92
-------------------------------	----	----	-------

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (paired t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการขาดคลังหลังการพัฒนาวิธีเติมยาในคลังมีค่าน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) ค่าเฉลี่ยของ

อัตราคงคลังหลังการพัฒนาวิธีเติมยาในคลังมีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) แต่ก็มีค่าไม่เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ (น้อยกว่า 2) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบอัตราการขาดคลังและอัตราคงคลัง ก่อนและหลังการพัฒนาวิธีการเติมยา (N=12 เดือน)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา ปี 2565	หลังการพัฒนา ปี 2566	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย (95%CI)	p-value*
อัตราการขาดคลังเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.0023±0.0010	0.0004±0.0002	0.0019 (0.0012,0.0026)	0.0001
อัตราคงคลังเฉลี่ย(น้อยกว่า 2)				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.12±0.11	1.39±0.12	0.27 (0.17,0.37)	0.0001

* paired t-test

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดอุบัติการณ์ยาขาดคลัง แต่ปัจจัยการไม่สามารถคาดเดาปริมาณการใช้ยาได้หรืออัตราการใช้ยาไม่คงที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด ส่วนการพัฒนากระบวนการเติมเต็มในคลังยาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสามารถลดอุบัติการณ์ยาขาดคลังได้ ถึงแม้จะเพิ่มอัตราคงคลังแต่ก็ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นวิธีเติมยาในคลังยาในครั้งนี้จึงเป็นวิธีที่ช่วยให้มียาเพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสม

ในภาวะโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน

อภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุของอุบัติการณ์ยาขาดคลังตามเครื่องมือ Pareto chart พบรากปัจจัยและสาเหตุทั้งหมด 5 ประการ คือ 1) ไม่สามารถคาดเดาปริมาณการใช้ยาได้หรืออัตราการใช้ยาไม่คงที่ 2) มีผู้จำหน่ายเพียงบริษัทเดียว 3) บริษัทขนส่งที่ล่าช้า 4) วัตถุดิบหรือสารตั้งต้นการผลิตขาดแคลน และ 5) เกิดปัญหาด้านการผลิตและควบคุมคุณภาพ พบว่าสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ

Isaraphithakkul, (2019) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ารูปแบบปริมาณการใช้ยาแต่ละตัวมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป และยังพบว่าปัจจัยการไม่สามารถคาดเดาปริมาณการใช้ยาได้หรืออัตราการใช้ยาไม่คงที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sooksiwong, Osirisakul, Sripairoj, Maluangnon, (2019) การศึกษาพบว่ารูปแบบการใช้ยาแบ่งเป็น 3 รูปแบบได้แก่ 1) แบบสม่ำเสมอเป็นรูปแบบการใช้ที่สม่ำเสมอซ้ำกันในทุกสัปดาห์ 2) แบบไม่สม่ำเสมอเป็นกลุ่มยาที่มีการใช้ไม่สม่ำเสมอในทุกสัปดาห์ และ 3) แบบที่ขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการใช้ยาขึ้นกับการมาพบแพทย์ของผู้ป่วย และต้องมีจัดการคลังยาแบบจำเพาะแต่ละรายการยา และยังสอดคล้องกับการศึกษา Mannaisatjatham, (2021) ที่พบว่าด้วยลักษณะความต้องการใช้ของยาแต่ละรายการมีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถใช้นโยบายในการสำรองยาเพียงนโยบายเดียวได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ยาขาดคลังลดลง อัตรายาขาดคลังลดลง แต่ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของอัตราคงคลังหลังการพัฒนาวิธีเดิมยาในคลังมีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) แต่ก็ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ทางคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง (Chief financial officer: CFO) ทั้งของเขตบริการสุขภาพที่ 1 และของ

เอกสารอ้างอิง

Ministry of Public Health. (2022). **The hospital is facing a financial crisis.** [Online]. Retrieved May 22, 2024 from

โรงพยาบาลกำหนดไว้ (ไม่เกิน 2 เดือน) ซึ่งหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยอัตราคงคลังเท่ากับ 1.39 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neerakupt, (2018) ซึ่งพบว่าโดยภาพรวมระดับความเสี่ยงทางการเงินของ ปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560 มีค่าเท่ากับ 0, 0 และ 1 ตามลำดับ ส่วนในด้านการบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory management) พบว่าระยะเวลาถัวเฉลี่ยของการหมุนเวียนของยาของปีงบประมาณ 2558, 2559 และ 2560 มีค่าเท่ากับ 44.10 วัน 61.35 วัน และ 45.94 วัน ตามลำดับ 2558, 2559 และ 2560 มีค่าเท่ากับ 44.10 วัน 61.35 วัน และ 45.94 วัน ตามลำดับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ผลการศึกษาไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรกวน หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการคำนวณค่าอัตราขาดคลัง และอัตราคงคลังได้
2. ข้อมูลการบันทึกที่ระบุถึงสาเหตุของยาขาดคลังของปีงบประมาณ 2565 (ก่อนการพัฒนาระบบ) บางครั้งไม่ได้ระบุชัดเจนจึงต้องย้อนไปสอบถามจากผู้ปฏิบัติงานจริง จึงอาจจะเกิด recall bias ได้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว เลขที่ 008/2565

<https://www.hfocus.org/content/2022/02/24562>

Sirisinsuk, & Pengsuparb. (2018). **Drug system situation report 2012-2016.**

Bangkok: Thaidrugwatch of Social Research
Institute Chulalongkorn University.

Holloway K. (2003). **Drug and therapeutic
committee a practical guide.** Geneva:
World Health Organization.

Kunders, G.D., Gopinath, S. & Katakam, A.
(2000). **Planning and designing supportive
services-Pharmacy Hospitals:
Planning, Design and Management.** New
Delhi: Tata McGraw-

Hill Publishing Company Limited.

Chiangmai Provincial Public Health Office.

(2023). **Government report of Chiangmai
province.** [Online]. Retrieved June 23, 2024
from

[https://www.chiangmaihealth.go.th/main_s
ection.php?info_id=8777](https://www.chiangmaihealth.go.th/main_section.php?info_id=8777)

Fox ER & McLaughlin MM. (2018). **ASHP
guidelines on managing drug product
shortages.**

American Journal of Health-System
Pharmacy, 75(21): 1742-50.

The Multi-Stakeholder Steering Committee
on Drug Shortages. (2017). **Preventing Drug**

**Shortages: Identifying Risks and
Strategies to Address Manufacturing-
Related Drug**

Shortages in Canada. [Online].

Retrieved April 20, 2024 from

[https://www.drugshortagescanada.ca/files/
MSSC_Protocol_2017.pdf](https://www.drugshortagescanada.ca/files/MSSC_Protocol_2017.pdf)

Youcharoen & Wasusri. (2018). **The
development of pharmaceuticals and
medical supplies**

**inventory replenishment system: A
case study of community hospital. The
Isan Journal of Pharmaceutical Sciences,**
14(3): 92-106.

Witthayapipopsakul & Tangcharoensathien.
(2021). **Key Performance Indicators for
Drug Systems: A Review of International
and Thai Experiences.** Journal of Health
Systems Research, 15(1): 23-35.

Isaraphithakkul. (2019). **The Study of
Factors Affecting the Management of
Inventory of**

**Medicines and Medical Supplies
Warehouse at the Walailak University
Hospital.** [Online]. Retrieved April 15, 2024

from [http://www.ba-
abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2561-5-
8_1565164040.pdf](http://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2561-5-8_1565164040.pdf)

Sooksriwong, Osirisakul, Sripairoj,&
Maluangnon (2019). **Benefits to Hospital
Finance from Hospital Pharmacy's
Vendor Management Inventory.** Thai
Journal of Pharmacy Practice, 11(1): 160-70.

Mannaisatjatham (2021). **Simulation of
oncology drugs inventory controls by
drug inventory**

**department using vendor managed
inventory through decision trees
classification in**

**National Cancer Institute of
Thailand.** Journal of the Department of
Medical Service, 46(4):
106-114. Bulfin R & Sipper D. (1998).
**Production planning, Control and
integration.** New York:

McGraw-Hill, 207-313.

Neerakupt. (2018). **The Efficiency of
Financial Risk Score Level Management in
Phetchabun Hospital.** Journal of Disease
Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok,
5(3): 57-70.

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อ
พฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม
อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

: Effectiveness of an Individual and Family Self-Management Promotion
Program on Self- Management Skill and Perception of Severity among Older
Persons with Breast Cancer San Pa Tong District, Chiang Mai Province

สุพัตรา ใจแก้ว (Supattra Jaikaew)*

พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่เหมาะสมจะสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 28 ราย รวมทั้งหมด 56 คนตั้งแต่เดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2567 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณและสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอันและชาวิน กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย คลิปวิดีโอ สมุดบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบพิชเชอร์และสถิติการทดสอบที่แบบไม้อิสระสถิติการทดสอบที่แบบอิสระ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ ร้อยละ 92.86 และมีเพียงร้อยละ 7.14 มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับการรับรู้ความรุนแรง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเอง, โรคมะเร็งเต้านม, การรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง / อีเมล jimsupattra666@gmail.com

* Registered Nurse, Sanpatong Hospital / Email jimsupattra666@gmail.com

Abstract

Appropriate self-management skills and effective promotion of self-management strategies for both individuals and their families can effectively control complications in elderly patients diagnosed with breast cancer. This quasi-experimental study employed a two-group pre-test and post-test design to investigate the effects of self-management promotion on self-management skills and perceptions of illness severity among elderly patients diagnosed with breast cancer. After the intervention the sample comprised 56 elderly women with breast cancer receiving treatment at San Pa Tong Hospital in Chiang Mai Province, from April to June 2024, 28 participants in both the experimental and control groups, selected using calculate and simple random sampling. The experimental group participated in activities utilizing the Individual and family self-management theory: IFSMT, including lectures, video clips, self-management tracking logbook, and guideline for self-management while the control group received regular activities. Data were collected using a questionnaire with a reliability coefficient of 0.80. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Fisher's exact test, and independent and paired t-tests, including percentages, means, and standard deviations.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly increased self-management skills scores following the self-management promotion program for individuals and families regarding self-management skills and perceived severity in elderly breast cancer patients ($p < 0.05$). The self-management skills scores for caregiving elderly breast cancer patients were at a low level, with 92.86% scoring low and only 7.14% scoring at a moderate level. No differences were found in the severity levels. Therefore, this study demonstrates that the program can be effectively applied to promote self-management for individuals and families regarding the self-management skills of elderly patients with breast cancer.

Keywords: Self-management promotion program for individuals and families, breast cancer, perception of severity among older persons

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม (breast cancer) เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก และยัง เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง 18 ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย 9.5 ล้านคน และ เพศหญิง 8.5 ล้านคน และยังพบสถานการณ์ของ โรคมะเร็งเต้านมสูงที่สุด ร้อยละ 25.4 (World Cancer Research Fund, 2022) และจากสถิติ ของโรคมะเร็ง 5 อันดับแรกทั่วโลก อันดับ 2 ของ โรคมะเร็งทั้งหมดเป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 2.1 ล้านคน (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 จากรายงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า อันดับ 1 ของสถิติ โรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งเต้านม รองลงมา คือ โรคมะเร็งปากมดลูก และยังพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพศ หญิงเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (National Cancer Institute, 2014) และจากข้อมูลทะเบียน โรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2561 พบสถานการณ์ของ โรคมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 40.8 (National Cancer Institute, 2018) ซึ่งโรคมะเร็งเต้านมยังเป็นสาเหตุ ของการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอดในประเทศ สหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 15 ของโรคมะเร็ง ที่พบทั้งหมด โดยความชุกของโรคเพิ่มตามอายุ และยังพบว่า เป็นประชากรที่มีความชุกของ โรคมะเร็งเต้านมในวัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ (American Cancer Society, 2019) จากข้อมูล ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า อัตราความชุกของโรคมะเร็ง เต้านม และอัตราการตายเพิ่มสูงเรื่อย ๆ เมื่อมีอายุ มากขึ้น และข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็ง เต้านมเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งที่พบในเพศหญิง

ทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Delvelop information office, 2018) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนมาก เนื่องจากในวัย สูงอายุอาจพบความรุนแรงของโรคจากโรคร่วม หลายโรค ความซับซ้อนของโรค และการรักษา และ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรค ส่งผลให้อัตราการ เสียชีวิตของวัยสูงอายุจากโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าเมื่อ เทียบกับวัยอื่น (American Cancer Society, 2019)

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลใน ครอบครัว (Individual and family self-management theory:IFSMT) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้น โดย Ryan and Sawin, 2009 เป็น ทฤษฎีที่ ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกันมีส่วนร่วมซึ่ง กันและกัน และมีผลในการสนับสนุนทำให้เกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัวจึงสำคัญต่อการจัดการตนเองของ ผู้สูงอายุให้เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมถึงมีอิทธิพล ต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการตนเอง กับอาการเจ็บป่วย โดยทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 มิติ หลัก ได้แก่ 1. บริบท (context) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยเฉพาะโรค, ปัจจัยทางกายภาพและ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว 2.กระบวนการ (process) ประกอบด้วย ด้าน ความรู้ ความเชื่อ ด้านการควบคุมตนเอง และด้าน แหล่งอำนวยความสะดวกทางสังคม และ 3. ผลลัพธ์ (outcomes) ประกอบด้วยผลลัพธ์ระยะสั้น (proximal outcomes) และผลลัพธ์ระยะยาว (distal outcomes) ซึ่งส่งผลเกี่ยวข้องกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยที่ผ่านมามี การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยสูง อายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากผู้สูงอายุมี ข้อจำกัดหลายอย่างในการช่วยเหลือตนเองตาม ลำพังทำให้ความสามารถการจัดการตนเองลดลง การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและ

ครอบครัวผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยอ้างอิง ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลในครอบครัว (Individual and family self-management theory:IFSMT) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Ryan and Sawin, 2009

โดยการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ โรอันและซาวิน มาใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม การเก็บข้อมูลเบื้องต้นจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินสติปัญญาการรู้ การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ในส่วนมิติกระบวนการ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด การจัดการอาการแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการกำกับตนเองเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและแนะนำแหล่งอำนวยความสะดวกทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆเช่นการให้ความรู้ การวางแผนการจัดการตนเอง การติดตามผลทั้งแบบรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ครั้งใช้เวลา ครั้งละ ประมาณ 2 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1 โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมฝึกปฏิบัติความสามารถในการจัดการตนเอง มีคู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และสมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลแต่ละ

ครอบครัวดำเนินกิจกรรมที่ออกแบบร่วมกันตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-8 มีการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และในส่วนมิติผลลัพธ์ มีการติดตามผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal Outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้ครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (two groups pre-posttest design) ทำการศึกษา ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสันป่าตอง แผนกผู้ป่วยนอก และบ้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึงมิถุนายน 2567 ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
 - 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
 - 3) อาศัยอยู่กับครอบครัว และมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก
 - 4) มีความสมัครใจ และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
- สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก
- 1) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
 - 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกและมีความสมัครใจ และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
- เกณฑ์ในการพิจารณาคัดออก (exclusion criteria)
1. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 2. เสียชีวิตหรือขอลอนตัวการวิจัย
 3. ผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างขาดการร่วมกิจกรรม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญ (significant lever) ที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ซึ่งจากงานวิจัยทางการแพทย์บางส่วน ไท ญี มี ข น า ต อ ธิ ท ธิ พ ล ข น า ต ก ล ำ

(medium effects) ที่ .60 จากการเปิดตารางได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย (Burn & Grove, 2009) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ (Polit & Beck, 2004) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 28 ราย รวมทั้งหมด 56 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย และผู้ดูแลหลัก ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคมะเร็งเต้านม และโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ

1.2 ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (Department of Medical Services Ministry of Public Health, 2014). ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แล้วต้องได้ 12 คะแนนขึ้นไป

1.3 ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975). ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Public Health Chiang Mai Office, 2018). ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แล้วต้องได้ 8 คะแนนขึ้นไป

1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ครอบครัวด้าน

การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การหายใจ การกลับเป็นซ้ำ โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ได้รับการพัฒนาโดยอารีรัตน์ ชำนาญซึ่งดัดแปลงมาจากการงานของ Chamnan et al. (2021) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประจำสม่ำเสมอ หรือ ทุกวัน 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3 - 6 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ทำกิจกรรมนั้นแล้ว หรือ ไม่เคยทำกิจกรรม 1 คะแนน การแบ่งระดับของพฤติกรรมจัดการตนเอง ใช้เกณฑ์จากการแบ่งระดับโดยการหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) และแบ่งตามอันตรภาคชั้น คะแนนระหว่าง 32 - 128 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 32.0 - 64.0 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 64.1 - 96.0 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 96.1 - 128.0 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูง

1.5 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งพัฒนาโดย (Noipiang, 2002) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ และครอบคลุมการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบ่งออกเป็น ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือ 9, 14 และ 17 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือความถี่ของการปฏิบัติ คะแนนข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด 5 เห็นด้วยมาก 4 เห็นด้วยปานกลาง 3 เห็นด้วยน้อย 2

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบเห็นด้วยมากที่สุด 1 เห็นด้วยมาก 2 เห็นด้วยปานกลาง 3 เห็นด้วยน้อย 4 ไม่เห็นด้วย 5

การแบ่งระดับของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้เกณฑ์จากการแบ่งระดับโดยการหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) และแบ่งตามอันตรภาคชั้น คะแนนระหว่าง 18 - 90 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 18.0 - 42.0 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 42.1 - 66.0 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 66.1 - 90.0 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ระดับสูง

1.6 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบข้อคำถามในด้านต่างๆ ดังนี้ 1. การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ได้รับการพัฒนาโดยอารีรัตน์ ชำนาญ ซึ่งดัดแปลงมาจากการงานของ Chamnan et al. (2021) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือปฏิบัติประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประจำสม่ำเสมอ หรือ ทุกวัน 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3 - 6 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ทำกิจกรรมนั้นแล้ว หรือ ไม่เคยทำกิจกรรม 1 คะแนน การแบ่งระดับของพฤติกรรมจัดการตนเอง ใช้เกณฑ์จากการแบ่งระดับโดยการหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) และแบ่งตามอันตรภาคชั้น คะแนนระหว่าง 32 - 128 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 32.0 - 64.0 หมายถึง

มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำช่วงคะแนน 64.1 - 96.0 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลางช่วงคะแนน 96.1 - 128.0 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเมเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self- management theory:IFSMT) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Ryan and Sawin, 2009 โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเมเร็งเต้านมแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลประกอบด้วยเรื่อง โรค อาการ อาการแสดง การจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การหายใจ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมถึงการฝึกปฏิบัติความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบภาพเกี่ยวกับโรคเมเร็งเต้านม สาเหตุ อาการ อาการแสดง การตรวจเต้านมและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม (โดยต้องมีผู้ดูแลร่วมกิจกรรมทุกครั้ง)และมอบคู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม และสมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม และผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อทบทวนสอบถามการจัดการตนเอง ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อทบทวนสอบถามการจัดการตนเอง ค้นหาปัญหาาร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่ม

ตัวอย่างซ้ำ พร้อมแจ้งสิ้นสุดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม

สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมแจ้งสิ้นสุดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและมอบคู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม

2.2. คู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเมเร็งเต้านม มีเนื้อหาเรื่องโรคเมเร็งเต้านม อาการ อาการแสดง การจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การหายใจ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมถึงการฝึกปฏิบัติความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล

2.3. สมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองและครอบครัว ซึ่งจะใช้สำหรับบันทึกการฝึกปฏิบัติความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล รวมถึงบันทึกความก้าวหน้าปัญหาและอุปสรรค

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม คู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม สมุดบันทึกการติดตามการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว และแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่านและพยาบาลหน่วยมะเร็ง 1 ท่าน ได้รับความสอดคล้องมีค่าเท่ากับ 0.80 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย และสมาชิกในครอบครัว 3 รายเพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหา

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดยอารีรัตน์ ชำนาญ ซึ่งดัดแปลงมาจากงานของ (Chamnan et al. 2021) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาดังกล่าวไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใดๆ ของเครื่องมือ และยังคงจำนวนข้อคำถามเดิมทุกประการ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งพัฒนาโดย Noipiang (2002) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วแล้วโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index:CVI) เท่ากับ 0.80 ซึ่งในการการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและเนื้อหาใดๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

การหาค่าความเชื่อมั่น reliability

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมและแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงผู้สูงอายุ

โรคมะเร็งเต้านมใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปหาความเที่ยงตามแบบ Cronbach' alpha coefficient ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive) ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที ชเซอร์ (Fisher exact Probability Test) และสถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test)

2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบไม่อิสระ (pair t-test)) มีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ

3. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test) มีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ

4. ข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาตนเองของบุคคลและครอบครัว นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบไม่อิสระ (pair t-test)) มีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ

5.ข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test) มีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 001/2567 เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ และ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หากไม่สมัครใจสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนของการดำเนินวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลสันป่าตองทั้งหมด 56 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 28 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 28 รายพบว่ากลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 67.9 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 54.1 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 153.1 เซนติเมตร BMI เฉลี่ย 22.4 กิโลกรัม/เมตร² สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.54 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 การประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.8 เป็นอาชีพรับจ้างมากที่สุด รายได้น้อยกว่า 10000 บาท ร้อยละ 78.5 แหล่งรายได้ ร้อยละ 60.7 จากบุตรหลาน รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53.5 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 67.8 ผู้ดูแลหลักคู่สมรส ร้อยละ 50.0 มีโรคร่วม ร้อยละ 67.8 ระยะเวลาป่วยเป็นมะเร็งส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.0 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ไม่มี ร้อยละ 100 การรักษาที่ได้รับ ร้อยละ 64.2 ได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด ฮอโมน กลุ่มทดลอง

เป็นเพศหญิงทั้งหมดร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 67.5 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 55.0 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 151.3 เซนติเมตร BMI เฉลี่ย 24.0 กิโลกรัม/เมตร² สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.37 คน ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 85.7 ไม่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.0 รายได้น้อยกว่า 10000 บาท ร้อยละ 85.7 แหล่งรายได้จากบุตรหลานมากที่สุด ร้อยละ 67.8 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 39.2 ผู้ดูแลหลักคู่สมรส ร้อยละ 39.2 มีโรคร่วม ร้อยละ 67.8 ระยะเวลาป่วยเป็นมะเร็งส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.0 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ไม่มี ร้อยละ 96.4 การรักษาที่ได้รับ ร้อยละ 78.5 ได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด ฮอโมน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ ความเพียงพอในด้านรายได้ และการมีโรคร่วม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ในส่วนปัจจัยด้านอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งรายได้ สมาชิกครอบครัว อาศัยกับใคร บุคคลหลัก ระยะเวลาป่วยเป็นมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และการรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส และบุตรเป็นส่วนใหญ่ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

1. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

ผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ แต่การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างกันัยสำคัญทางสถิติ

ผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ดังแสดงในตารางที่1

2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

จากข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ด้านการรับประทาน

อาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการฝึกการหายใจ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระดับที่ต่ำ ร้อยละ 92.86 และมีเพียงร้อยละ 7.14 ที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่2

3. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ แต่การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ผลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

คะแนน	คะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	ก่อน	หลัง	
กลุ่มทดลอง (N=28)			
พฤติกรรมจัดการตนเอง	86.04±15.30	99.25±11.69	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	54.46±10.69	55.36±10.43	0.17
กลุ่มควบคุม (N=28)			
พฤติกรรมจัดการตนเอง	85.79±10.71	90.14±9.00	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	58.46±13.68	60.89±10.78	<0.001

ตารางที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม (N=28)

ระดับคะแนน	พฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน (ร้อยละ)	การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (32 - 64)	26 (92.86)	26 (92.86)
ระดับปานกลาง (64.1 - 96)	2 (7.14)	2 (7.14)
ระดับสูง (96.1 - 128)	0 (0.00)	0 (0.00)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

คะแนน	คะแนนเฉลี่ยหลัง±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มทดลอง (N=28)	กลุ่มควบคุม (N=28)	
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	99.25±11.69	90.14±9.00	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	55.36±10.43	60.89±10.78	0.10

วิจารณ์

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยอ้างอิงทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลในครอบครัว (Individual and family self-management theory:IFSMT) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Ryan and Sawin, 2009 ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้

อาจเนื่องจากโปรแกรมนี้อาศัยการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมทุกช่วงที่มีกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสม (Jaingam et al., 2017) รวมถึงประเมินตนเองและจัดการผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้สมุดบันทึกการติดตามการจัดการ ในการดำเนินกิจกรรมและมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาแนะนำและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนสอบถามการจัดการตนเอง มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้านสอบถามการจัดการตนเอง ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมรวมถึงประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ Chamnan et al. (2021) เรื่องผลของโปรแกรม

การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุม ฟอสฟอรัสและผลคูณแคลเซียม และฟอสฟอรัส ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งศึกษา ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการ รักษาด้วยยาจับฟอสฟอรัสในโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง จำนวน 59 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม ความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับโปรแกรมที่มีผลคูณแคลเซียมและ ฟอสฟอรัส $55 \text{ mg}^2/\text{dl}^2$ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองเป็นคู่สมรสซึ่ง เป็นผู้ดูแลที่ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อเกิดพฤติกรรมที่ดีต่อ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลใน ครอบครัว (House et al., 1988) ส่งผลให้ ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม หลังการ ได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง ของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม

พฤติกรรมจัดการตนเองและ การรับรู้ ความรุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม เปรียบเทียบค่าการรับรู้ความรุนแรงหลังเข้าร่วม การวิจัยระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการ ตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มไม่ใช้ โปรแกรมพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Noipiang (2002) ที่ทำการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การ สนับสนุนทาง สังคม และความผาสุกทาง จิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 50)

คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและ การรับรู้ความรุนแรงในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เต้านมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคะแนนการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในการดูแล ผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระดับที่ต่ำ ร้อยละ 92.86 และมีเพียงร้อยละ 7.14 ที่มีคะแนนอยู่ในระดับ ปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการประเมินจากความรู้สึกซึ่งหากผู้ป่วย โรคมะเร็งเกิดการตระหนักรู้อย่างถูกต้องต่อระดับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแล้วสามารถยอมรับ และอยู่ร่วมกับโรค

โดยสรุปโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งช่วยเพิ่มการจัดการ ตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรม การจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางโรงพยาบาลเป็น แนวทางสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งเต้านมโดยนำโปรแกรมส่งเสริมการ จัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อใช้วางแผนการ ปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ต่อเนื่อง และสู่การประกันสุขภาพทางการ พยาบาลอย่างมีมาตรฐานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล สันป่าตองเชียงใหม่ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุก ท่าน ที่ให้ความร่วมมือและจัดทำรายงานวิจัยฉบับ นี้

เอกสารอ้างอิง

- American Cancer Society. (2019). **Breast cancer: Lifestyle related for breast cancer.** [online]. Retrieved January 8, 2024 from <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and Generation of evidence** (6th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chamnan, Areerat., Kitsripisan, Sirilrak., & Tadsanarong, Adis. (2021). **The effects of an individual and family self-management program on the adherence to phosphorus control behaviors and clinical outcomes among chronic kidney disease patients receiving hemodialysis.** Thai Journal of Nursing Council, (36): 49-65.
- Cronbach, L. J. (1951). **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** Psychometrika, 16: 297-334.
- Develop information office (2018). **Geriatric Screening Guidebook** Nonthaburi : Veteran Organization Printing.
- House J., Umberson D., and Landis K. R. (1988). **Structures and Processes of Social Support** Vol. 14: 293-318
- Jaingam, Natrapee., Chusri, Orranuch., Pongkiatchai, Rungnapa & Marapen, Rangson. (2017). **A Concept of Health Management for an Individual and Families Who Have Members with Chronic.** Nursing Journal of the Ministry of Public Health, (27)3: 1-9.
- National Cancer Institute, (2014). **Guidelines for diagnosis and treatment Breast cancer.** Bangkok Agricultural cooperatives Printing of Thailand.
- Noipiang, T. (2002). **Perceived severity of illness social support and spiritual well-being among breast cancer patients.** Master of Nursing Science Thesis, Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.
- Pfeiffer, E. (1975). **A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.** Journal of American Geriatrics Society, 23(10): 433-441.
- Polit, D. f., & Beck, C.T. (2004). **Nursing research: Principles and methods** (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Public Health Chiang Mai Office (2018). **Geriatric Screening Guidebook.** Chiang Mai: Public Health Chiang Mai Printing.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). **The individual and family self-management theory: Background and perspectives on**

context, process, and outcomes. Nursing Outlook. 57(4), 217-225: e216.

World cancer Research Fund International. (2022). **Continuous Update Project : Diet Nutrition,PhysicalActivity,andBreastCancerSurvivors**. [online]. Retrieved January 13 , 2024 from

[https://www.wcrf.org/sites/default/files/Breast-Cancer-S Survivors-2014 Report. pdf](https://www.wcrf.org/sites/default/files/Breast-Cancer-Survivors-2014-Report.pdf)

World Health Organization. (2018).

World Health STATISTICS 2016:

Monitoring health for the SDGs.[online].

Retrieved January 8, 2024 from

https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/Annex_B/en

ผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลต่อความรู้ด้านสุขภาพและความดันโลหิตของ
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Tele-nursing Program on Health literacy and Blood Pressure
values of Pre-hypertension Risk Group in Omkoi District, Chiang Mai Province

สร้อยมาลี มณีขัติย์ (Soimalee Maneekad)*

ชนิษฐา ปุณณภา (Kanittha Poonnapha)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลต่อความรู้ด้านสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบสุ่ม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกลซึ่งพัฒนาแนวคิดจากความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam กลุ่มควบคุมได้รับการ คัดกรองความดันโลหิตสูงและได้รับความรู้ผ่านทางแผ่นพับ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรม การพยาบาลทางไกล โดยใช้การส่งคลิปวิดีโอผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยทำลิงค์สำหรับให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าไปตอบ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลทางไกล, ความรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอมก๋อย / อีเมล: yingsoimalee@gmail.com

*Registered Nurse, Professional level. Omkoi hospital. / Email: yingsoimalee@gmail.com

**นักโภชนาการ โรงพยาบาลอมก๋อย / อีเมล: Kanittha.nice@gmail.com

**Nutritionist. Omkoi hospital. / Email: Kanittha.nice@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pre-test and post-test design. The objective was to study the effects of a telenursing program on health literacy and blood pressure among individuals at risk for hypertension. The sample consisted of 60 adults aged 35–59 years at risk for hypertension in Omkoi District, Chiang Mai Province. Participants were randomly selected and divided into two groups of 30: an experimental group and a control group. The experimental group received a telenursing program based on Nutbeam's health literacy concept, while the control group underwent hypertension screening and received educational materials through pamphlets. The tools used in this experiment included the telenursing program, which was delivered via video clips through the LINE application. Data were collected using the Health Literacy and Health Behavior Assessment based on the "3E 2S" framework for individuals aged 15 and older. A link was provided for both the experimental and control groups to respond to the assessment. The results showed that after receiving the telenursing program, the experimental group had significantly higher average scores in health literacy and health behaviors compared to before the program. Additionally, the average systolic blood pressure levels in the experimental group significantly decreased after receiving the program.

Keywords: Telenursing program, Health literacy, Pre-hypertension risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกประเมินว่าในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นสองเท่า โดยพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.28 พันล้านคน (World Health Organization and Imperial College London joint press release, 2021) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1.56 พันล้านคน (Bureau of noncommunicable Diseases, 2019) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552, 2557, 2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 21.4, 24.7, 25.4 ตามลำดับ (Ekpalakorn, 2016) (Ekpalakorn, 2021) ในปี พ.ศ. 2559, 2562 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2,008.92, 2,388.84 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559, 2563 จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น เป็น 7,930, 9,303 คน (Division of Non-Communicable Diseases, 2023) ส่วนของจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2559, 2562 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เป็น 2,094.34, 2,367.27 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559-2562 จำนวนผู้เสียชีวิตเป็น 407, 455, 411 และ 359 คน ตามลำดับ (Division of Non-Communicable Diseases, 2023)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 89.01, 85.84 และ 68.43 พบเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 11.21, 11.02 และ 12.57 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 1194.58, 982.47 และ 1280.63 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในอำเภออมก๋อยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองในปี พ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 84.72, 96.71 และ 89.25 พบเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 11.47, 12.27 และ 10.87 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 657.42, 570.67 และ 516.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

(Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2023) ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงหากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก็จะสามารถลดอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักเกิน ความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา (Ministry of Public Health Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, 2016) การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน (Thai Hypertension Society, 2022)

อำเภออมก๋อยได้มีการพัฒนาระบบการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเดิมในปี พ.ศ. 2563 มีการจัดอบรม ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยจัดอบรม 1 วันประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังจากการอบรม และลงข้อมูลแบบสอบถามตามโปรแกรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 95 คน มีคะแนน ผลการประเมิน พฤติกรรมสุขภาพตามแบบ HBSS/HL เพิ่มขึ้น 91 คน คิดเป็นร้อยละ 95.79 และจากการติดตามผู้เข้าอบรมจากการติดตาม 3 ปี ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9.47 ของจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภออมก๋อย ในปี พ.ศ.2566 มีจำนวน 1,618 คน (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2023) ปัญหาที่พบการจัดกิจกรรมอบรมต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก ซึ่งงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรของอำเภออมก๋อยในแต่ละปีไม่เพียงพอที่จะจัดกิจกรรมอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออมก๋อยได้ทั้งหมด

ในปี พ.ศ. 2564-2566 ทางอำเภออมก๋อย จึงได้ประชุมปรึกษาเรื่องการจัดการกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีกิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้เบื้องต้นและการแจกเอกสารให้ความรู้ 302 ส ตั้งแต่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดจำนวนการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมยังมีข้อจำกัดทางการสื่อสารซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวจากเจ้าหน้าที่ในเวลาอันจำกัด โดยไม่ได้มีการประเมินระดับความรู้หรือทักษะในการดูแลสุขภาพพื้นฐานของกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นก่อน ผู้รับบริการจึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จะเห็นได้ว่าภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด งบประมาณที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ไม่สามารถลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ และมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ของอำเภออมก๋อยเพิ่มขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การใช้ระบบการพยาบาลทางไกลและการให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ พบว่ามีผลในทางบวกคือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้ ผู้วิจัยจึงออกแบบกิจกรรมการลดปัญหาดังกล่าว ใช้โปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยใช้ระบบดิจิทัล เช่น โทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ จะช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลทางไกลนี้เพื่อใช้ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในอำเภออมก๋อย โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ซึ่งเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยคาดหวังว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางไกลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางไกลต่อความดันโลหิตกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

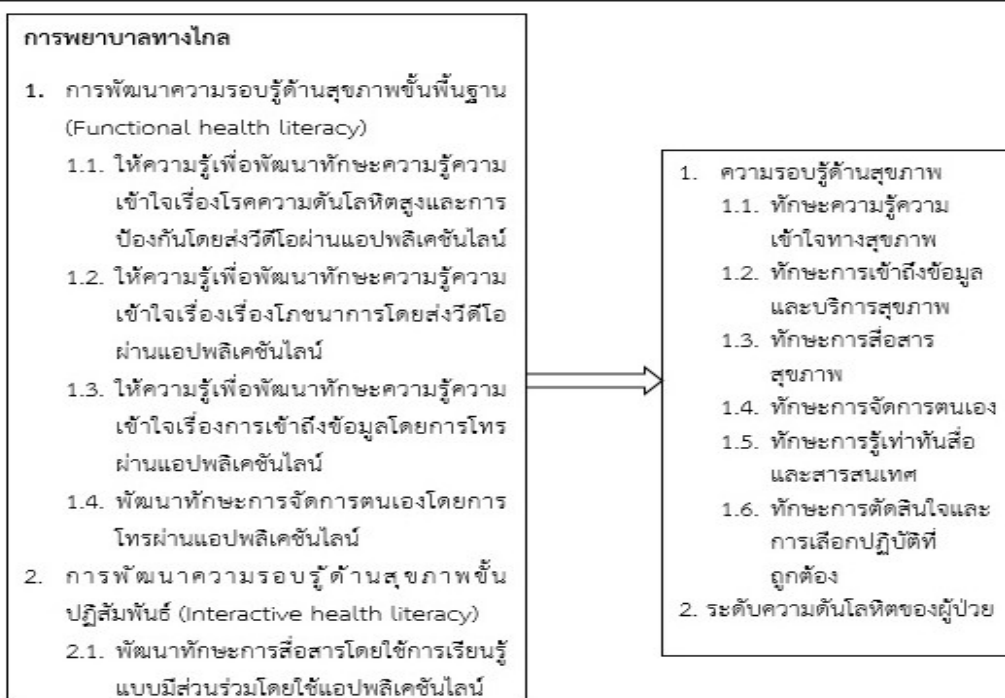
การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาของ SADEGHI-GANDOMANI ในปี พ.ศ. 2559 เรื่องการใช้การพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและติดตามค่าความดันโลหิตร่วมกับค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้วิธีวิจัยทางคลินิกประเภทการสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trial) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งข้อความติดตามทุกสัปดาห์และได้รับการโทรให้คำแนะนำเรื่องการปรับพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการติดตามด้วยการพยาบาลทางไกลมีค่าดัชนีมวลกายที่ลดลงหลังการทดลอง (ใช้เวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ คือ การให้ความรู้ตั้งแต่แรกด้วยการอธิบายและใช้สื่อภาพโดย Power point มีการโทรติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง รวมเป็น 2 ครั้ง และมีการส่งข้อความให้ความรู้อาทิตย์ละ 4 ครั้ง รวมทั้งหมด 32 ครั้ง) (Sadeghi-Gandomani et al., 2021)

จากการศึกษาของ รุ่งนภา และคณะ ในปี พ.ศ. 2561 เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธีแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะ

ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 8 สัปดาห์ ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ และ แอปพลิเคชันไลน์ ผลจากการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและ แอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Arunrung, Untarakul & Rujanavej, 2018)

จากการศึกษาของ วิริยภรณ์ และคณะ ในปี พ.ศ. 2566 เรื่องผลของการพยาบาลทางไกล ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาทจังหวัดเชียงใหม่ ติดตามผล ในระยะเวลา 6 เดือน พบว่าการพยาบาลทางไกล สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ดูแลได้ (Singthongwan & Puonfai, 2023)



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลต่อความรู้ด้านสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ G^*power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่า Effect size = 0.8, $\alpha = 0.05$, Power $(1 - \beta) = 0.8$ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณ ร้อยละ 10 (Grove et al., 2012) จึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน รวม
ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วม

โครงการ

Inclusion criteria

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ ทั้งชายและหญิง อายุ 35 - 59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ใน พ.ศ. 2566 มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure; SBP) เฉลี่ย 130- 139 mmHg และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure; DBP) เฉลี่ย 85-89 mmHg
2. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุย สื่อสารและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
3. มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้
4. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมใน การศึกษาวิจัย และสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้

1. มีเครื่องมือสื่อสารและเครือข่าย internet ที่สามารถสื่อสารผ่านระบบการพยาบาลทางไกลได้
2. ไม่มีโรคประจำตัว

Exclusion criteria

1. ประชากรที่ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงระหว่างการศึกษาวิจัย
2. ประชากรที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย
3. ไม่สามารถอ่านหนังสือได้
4. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
5. ไม่มีโทรศัพท์และไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต
6. ระหว่างดำเนินการวิจัย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชน

ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง 2561) กอง
สุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง
สาธารณสุข แบบประเมินนี้ ใช้เพื่อเก็บข้อมูล
เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพ อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเรื่องการบริโภคอาหาร
การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วย 5 ตอน
จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบ
ประเมิน (5 ข้อ)

ตอนที่ 2 : ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ
ตาม 3อ. 2ส. (6 ข้อ)

ตอนที่ 3 : การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร
สุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ. 2
ส. (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่
ถูกต้อง ตาม 3อ. 2ส. (3 ข้อ)

ตอนที่ 5 : พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.
2ส. (6 ข้อ)

2. เครื่องมือที่ใช้วัดความดันโลหิต

ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด
อัตโนมัติ (Automatic blood pressure
measurement device) ซึ่งได้รับการตรวจสอบ
มาตรฐานทุกปี โดยใช้เครื่องเดียวกันทั้งก่อนและหลัง
การทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลทางไกล คือ
โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ประยุกต์จาก
แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam
เน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้านโดยกิจกรรม
ในโปรแกรมประกอบด้วย การประเมินความรู้
ส่งวิดีโอให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์
การโทรให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามรายการ

การติดตามการปฏิบัติตัว และการประเมินหลัง
ได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม
จากโปรแกรม Google Forms ที่ส่งให้
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากค่าความดัน
โลหิต กลุ่มทดลอง และ กลุ่ม
เปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา
และลักษณะงานหลัก โดยการแจก
แจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อ
อธิบายลักษณะประชากรกลุ่ม
ตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่า
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ
และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ใช้ The Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.4
มีอายุอยู่ในช่วง 37-47 ปี
ร้อยละ 77.8 มีสถานภาพสมรสคู่
ร้อยละ 48.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 มีอายุอยู่
ในช่วง 26-36 ปี ร้อยละ 88.9 มี
สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 52.0 ดัง
ตารางที่ 1

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่า
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้
The Mann-Whitney U Test พบว่า
ก่อนทดลองไม่พบความแตกต่างของ
ค่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน
สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
หลังจากทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ย
ความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมี
ค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-
value=0.011 และ < 0.001
ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของ
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้
The Mann-Whitney U Test พบว่า
ก่อนทดลองไม่พบความแตกต่างของ
ค่าความดัน Systolic แต่พบค่าความ
แตกต่างของความดัน Diastolic หลัง
ทดลองพบว่ามีความดัน
Systolic ของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม (N=30)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	16.67	10	33.33
หญิง	25	83.33	20	66.67
อายุ(ปี)				
26-36	8	26.67	1	3.33
37-47	6	20.00	21	70.00
48-59	16	53.33	8	26.67
สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.33	4	13.33
สมรส/คู่	26	86.67	24	80.00
หม้าย/หย่า/แยก	0	0	2	6.67
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	46.66	0	0
ประถมศึกษา	2	6.66	5	16.66
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	2	6.66
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	23.34	9	30.00
อนุปริญญา/ปวส.	0	0	4	13.34
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	23.34	10	33.34
ลักษณะงานหลัก(อาชีพ)				
ใช้แรง เช่นทำไร่ ทำสวน รับจ้างทั่วไป	22	73.33	9	30.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	2	6.67	3	10.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	20.00	13	43.33
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน	0	0	2	6.67
อื่นๆ	0	0	3	10.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

(กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value*
	Mean ± SD	ระดับ	Mean ± SD	ระดับ	
ก่อนทดลอง					
1.ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	42.23±11.11	พอใช้	46.70±7.75	พอใช้	0.200
2. พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	20.60±5.37	พอใช้	21.67±3.03	ดี	0.513
หลังทดลอง					
1.ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	48.23 ± 6.42	ดี	51.47±6.421	ดี	0.011
2. พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	21.50±3.42	ดี	24.87±3.37	ดีมาก	<0.001

*วิเคราะห์โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value*
	Mean ± SD	Mean ± SD	
ก่อนทดลอง			
ความดัน Systolic	135.60±3.147	134.10±3.881	0.143
ความดัน Diastolic	90.83±3.582	85.77±4.174	<0.001
หลังทดลอง			
ความดัน Systolic	129.60±7.898	121.80±10.043	0.002
ความดัน Diastolic	79.13±6.394	77.23±8.241	0.289

*วิเคราะห์โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางไกลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบสุ่ม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยพัฒนาแนวคิดจากความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน มีด้านการเข้าถึงข้อมูล

และด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีด้านทักษะการสื่อสารและด้านการจัดการตนเอง 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มีด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการตัดสินใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือมีความรู้เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี คือไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพและจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมเกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา ซึ่งหาก

ประชากรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากขาดการดูแลตนเอง ทำให้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Nutbeam, 2000) (Nutbeam, 2008)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากการศึกษานี้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลง ความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ของ มิตรธิรา และ คณะ (2024) ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จากการศึกษาพบว่า ค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม ทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติและค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม ทดลองมีค่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผล ต่อความดันโลหิตเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล การพิจารณาถ่วงน้ำหนัก ความถูกต้อง ความ น่าเชื่อถือของข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจ เลือกใช้ ข้อมูลในการปฏิบัติตน เพื่อผลลัพธ์ทาง สุขภาพที่ดี ขึ้น (Thongma, 2020)

ในส่วนวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมทางไกลต่อความดันโลหิตกลุ่มเสี่ยงโรคความ ดันโลหิตสูง พบว่า หลังทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยความ ดัน Systolic และ Diastolic ของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำ กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา และ รัตนา (2018) ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของ

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดัน Diastolic ของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน และจาก การศึกษาของ Sadeghi-Gandomani et al. (2021) ได้ทำการศึกษาเรื่องการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ทางไกล ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ ติดตามค่าความดันโลหิตร่วมกับค่าดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการส่ง ข้อความติดตามทุกสัปดาห์และได้รับการโทรให้ คำแนะนำเรื่องการบริหารพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยของความ ดันโลหิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลโรงพยาบาลอมก๋อย หัวหน้ากลุ่มงานเวช ปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่ให้คำปรึกษาและ อำนาจความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้ง นี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้คำปรึกษาและ แนะนำแก้ไขข้อบกพร่อง

ขอขอบคุณอาจารย์จันจิรา หินขาว อาจารย์สังกัดวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่อง

ขอขอบคุณ คุณเอกพงศ์ เกยงค์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงาน ทดลอง ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล และแนะนำการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

Aekplakorn, V. (2016). **Report of the 5th National Health Examination Survey 2014.**

Bangkok: Aksorn Graphic and Design.

Aekplakorn, V. (2021). **Report of the 6th National Health Examination Survey 2019-2020.**

Bangkok: Aksorn Graphic and Design.

Arunrung, R., Untarakul, S., & Rujanavej, S. (2018). **Effects of a health literacy promotion**

program on hypertension prevention behaviors among high-risk individuals in a

community in Nakhon Pathom Province. Journal of Naval Medical Department, 45(3): 509–526.

Bureau of Noncommunicable Diseases. (2019). **World Hypertension Day 2019 Campaign Message**

Issue. [Online]. Retrieved October 20, 2023 from [http://110.164.147.155/kmhealth_new/](http://110.164.147.155/kmhealth_new/Documment/blood/nowledge/14.pdf)

[Documment/blood/nowledge/14.pdf](http://110.164.147.155/kmhealth_new/Documment/blood/nowledge/14.pdf) Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2023). **Health Data Center (HDC) database.**

[Online]. Retrieved October 20, 2023 from

โรงพยาบาลสันป่าตอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่
โครงการ SPT REC 035/2566

[https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/](https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?)
[search.php?](https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?)

[search-blood-pressure](https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?)

Division of Non-Communicable Diseases.

(2023). **Data and statistics on mortality/illness**

from non-communicable diseases.

[Online]. Retrieved November 24, 2023, from <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>

Jaksingto, J., & Panuchai, R. (2018). **The effectiveness of a self-efficacy program on blood**

pressure control behaviors in uncontrolled hypertensive patients at Khoksung

Hospital, Sakaeo Province. Journal of Diseases and Health Hazards, 12(1): 56-67. Jamsai, M., Sittisat, W., & Rasiri, T. (2024).

The effects of a health literacy promotion

program on hypertension prevention behaviors in high-risk individuals at Thathong

Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Phitsanulok Province.

Rachawadee Journal, 14(1): 20-36. Ministry of Public Health Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control.

- (2016). **Annual Report 2015**. Bangkok: Office of the War Veterans Organization Printing House under Royal Patronage.
- Nutbeam, D. (2000). **Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century**. Health Promotion International, 15(3): 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). **The evolving concept of health literacy**. Social Science & Medicine, 67(12): 2072–2078.
- Omkoi Hospital. (2023). **Patient statistics for 2023**. Chiang Mai: Omkoi Hospital Information Center.
- Sadeghi-Gandomani, H., et al. (2021). **Impact of telenursing on blood pressure and body mass index of people with prehypertension: A randomized controlled clinical trial**. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 26(6): 544–550.
- Singthongwan, V., & Puonfai, S. (2023). **Effects of telenursing on caregivers' ability to care for stroke patients after discharge**. [Online]. Retrieved November 23, 2023 from [https://www.cmneuro.go.th/TH/research/66-Full%20Paper-ผลของการพยาบาลทางไกลต่อ](https://www.cmneuro.go.th/TH/research/66-Full%20Paper-ผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแล.pdf)
- Thai Hypertension Society. (2022). **Hypertension**. [Online]. Retrieved October 20, 2303 from <http://www.thaihypertension.org/information.html>
- The Hypertension Association of Thailand. (2019). **Guidelines for the treatment of hypertension in general practice 2019**. Chiang Mai: Trick Inc.
- Thongma, P. (2020). **Health literacy and health outcomes in hypertensive patients**. Thai Red Cross Nursing Journal, 13(1): 50–62.
- World Health Organization, & Imperial College London. (2021). **More than 700 million people with untreated hypertension**. [Online]. Retrieved October 20, 2023 from <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

อิทธิพลของการเลือกใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลัน
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Influence of inhaled drug use technique and acute exacerbation rate of
chronic obstructive pulmonary disease patients Doi Saket Hospital
Chiang Mai Province

ทัชชญา คงศรี (Thachaya Kongsee)*

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการกำเริบของโรค COPD ที่สำคัญ คือ การหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการเฉียบพลัน (COPD with acute exacerbation) ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อในระบบการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ ในเดือนธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เวชระเบียนผู้ป่วย ระหว่างปี 2565-2566 ปีละจำนวน 129 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Multinomial Logistic Regression ผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างระหว่างปี 2565-2566 ของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ได้แก่ ยาสูดพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้น SABA หรือ SAMA (short acting Beta2 agonist หรือ short acting muscarinic antagonist) อย่างเดียว ($p < 0.001$) ยาสูดพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์ยาว LAMA (Long acting muscarinic antagonist) อย่างเดียว ($p = 0.041$) อาการกำเริบกลุ่ม A ($p = 0.031$) และ อาการกำเริบกลุ่ม B ($p = 0.007$) เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันมีอิทธิพลการทำนายต่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 68 ($\text{Adj. OR} = 68.80, p < 0.001$) ดังนั้น ยาผสม ICS/LABA + SABA หรือ SAMA ($p = 0.002$), ยาแบบคู่ ICS + SABA หรือ SAMA (inhaled corticosteroid/long acting Beta2 agonist & short acting Beta2 agonist) ($p < 0.001$), SABA หรือ SAMA อย่างเดียว ($p = 0.003$), อาการกำเริบกลุ่ม A ($p = 0.047$) และ อาการกำเริบกลุ่ม B ($p < 0.001$) สรุป ผลการศึกษาพบว่าเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันมีอิทธิพลการทำนายต่อการรักษาผู้ป่วย COPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ยาขยายหลอดลมชนิดสูด, อัตราการกำเริบ, ผู้ป่วย COPD

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด. อีเมล : tk_aha@hotmail.com

*Medical doctor, expert level. Doi Saket Hospital. E-mail: tk_aha@hotmail.com

Abstract

An important symptom of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation was difficulty breathing in COPD patients with acute exacerbation, which may be caused by infection in respiratory system, causing the patient to had more symptoms. Objective aims to study influence of inhaled drug use technique and acute exacerbation rate of chronic obstructive pulmonary disease patients Doi Saket Hospital Chiang Mai Province. This retrospective analytic study. Study in December 2024. The sample group was 129 patients per year between 2022 and 2023 with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). research instrument was a data recording form from medical records. Data were analyzed using descriptive, Chi-square test and Multinomial Logistic Regression. Results It was found that differences between 2022-2023 in inhaled drug use techniques and acute exacerbation rates among patients was significantly at the < 0.05 level include: the only short acting inhaled drug SABA or SAMA (short acting Beta2 agonist or short acting muscarinic antagonist) ($p < 0.001$), the only long acting inhaled medications LAMA (Long acting muscarinic antagonist) ($p = 0.041$), exacerbation group A ($p = 0.031$) and exacerbation group B ($p = 0.007$). The inhaled drug use techniques and acute exacerbation rates it had predictive influence on treatment of patients with COPD with statistical significance at 0.05 level, overall prediction of 68% (Adj.OR= 68.80, $p < 0.001$) include: mixed medicine ICS/LABA + SABA or SAMA ($p = 0.002$), couple medicine ICS + SABA or SAMA (inhaled corticosteroid/long acting Beta2 agonist & short acting Beta2 agonist) ($p < 0.001$), the only SABA or SAMA ($p = 0.003$), exacerbation group A ($p = 0.047$) and exacerbation group B ($p < 0.001$). Conclusion: The results of the influence inhaled drug use technique and acute exacerbation rate were significantly predictive influences on treatment of COPD patients.

Keywords: Inhaled Bronchodilators, Exacerbation Rate, COPD patients

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสามของโลก และยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่พบว่าเกี่ยวข้องกับสารอนุมูลอิสระจากการสูบบุหรี่ มลพิษ หรือปฏิกิริยาทางชีวเคมีภายในร่างกายเหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังของหลอดลมและเกิดถุงลมโป่งพอง ซึ่งอาจพบการหลั่งเมือกมากผิดปกติร่วมด้วย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาได้หายขาดได้

(Yisarnkhun & Poolphon, 2020) เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 11,326 คน อัตราป่วยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 0.34 อัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกเขตสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสียชีวิต 14,410 คน คิดเป็นร้อยละ 3.22 เขตสุขภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 956 คน อัตราตายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.34 (Ministry of Public Health, 2023)

การเลือกใช้ยาชนิดสูดเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (inhaled medications) เป็นรูปแบบยาหลักที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ยาขยายหลอดลม และยาต้านการอักเสบ มีข้อดีคือ ยาสามารถสัมผัสกับตัวรับ (receptor) ในตำแหน่งเป้าหมายในหลอดลมและปอดได้โดยตรง ทำให้ยาซึมเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว จากการซึมผ่านเข้าสู่หลอดเลือดที่บริเวณถุงลม ซึ่งเป็นที่มีพื้นที่ผิวค่อนข้างมาก และมีตัวกรองกั้นระหว่างหลอดเลือดที่บาง ทำให้สามารถใช้ขนาดยาต่ำและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่ารูปแบบยาอื่น เทคนิคการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นยาชนิดกดสูดละอองฝอย (Metered Dose Inhaler, MDI) หลักการคือต้องเขย่าขวดในแนวตั้งก่อนกดยาพร้อมกับสูดหายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจประมาณ 10 วินาทีก่อนที่จะผ่อนลมหายใจออก และยาชนิดผงแห้ง เทคนิคการใช้ยาไม่ถูกต้องที่พบได้บ่อย คือ การประสานระหว่างการหายใจเข้ากับการสูดยา ในยาชนิดกดสูดละอองฝอยและความสะดวกของการหายใจเข้าในยาชนิดผงแห้ง (Usmani, 2019) ผลงานวิจัยพบว่า เทคนิคการพ่นยาขยายหลอดลมช่วยลดอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Capstick et al, 2021) การใช้ยาขยายหลอดลมแบบสูด LAMA (Long acting muscarinic antagonist) มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในระดับต่ำต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำหรือการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Roberts et al, 2020) และการศึกษาการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์แบบสูดในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าการรักษาแบบยา 3 ชนิด (Quint, 2023) การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิด

สูดแบบคู่ (LAMA/ LABA) ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดได้ดีกว่าการรักษาแบบ LAMA หรือ LABA อย่างเดียว (Kerwin et al, 2023; Requena et al 2022; Zhou, et al, 2021)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลโรงพยาบาลดอยสะเก็ด ปีงบประมาณ 2566 โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยนอก OPD จากคลินิกโรค COPD มีแนวโน้มลดลงจากปี 2564-2566 (304, 292, 289 คน) แต่จำนวนผู้ป่วยใน IPD โรค COPD เพิ่มขึ้น ในปี 2564 มีจำนวน 134 คน ปี 2565 จำนวน 129 คน และปี 2566 มีจำนวน 144 คน (ใส่เครื่องช่วยหายใจ 8,6 และ 10 รายตามลำดับ) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย COPD admit ปี 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (283, 279, 322 ครั้ง) จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต จาก COPD ปี 2564 จำนวน 3 คน (4.0 ต่อแสนประชากร) ปี 2565 จำนวน 3 คน (3.97 ต่อแสนประชากร) และปี 2566จำนวน 5 คน (6.53 ต่อแสนประชากร) จำนวนและอัตรา readmission in 28 วัน ปี 2564 จำนวน 13 วัน(0.23) ปี 2565 จำนวน 13 วัน (0.17) และปี 2566จำนวน 15 วัน (0.24) จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วันต่อราย) ปี 2564 6.88 ปี 2565 7.76 และปี 2566 9.95 ค่าใช้จ่าย (เฉลี่ย/ราย) ปี 2564-2566 เป็นเงิน 12,531.40, 14,310.71 และ 16,182.42 บาท ตามลำดับ ผู้ที่เข้ามารับค่าปรึกษาคลินิกเภสัช ปี 2564 จำนวน 17 คน ปี 2565 19 คน และปี 2566 จำนวน 34 คน (โรงพยาบาลดอยสะเก็ด, 2566)

ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่องอิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อมูลผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ.2565-2566 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ลักษณะอาการผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ระดับความรุนแรงของอาการและความเสี่ยงอาการกำเริบ กับผลลัพธ์การรักษาโดยการใช้ยาชนิดสุดท้าย

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย อิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสุดท้ายและอัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย พบว่าเป็นผู้สูงอายุ มีประวัติโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมด้วย การประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (Pilasopa, 2023) การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาขยายหลอดลมระหว่างวิธีสูดพ่นทางปากร่วมกับกระบอกพ่นยาและแบบสูดพ่นฝอยละอองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นทางปากร่วมกับกระบอกพ่นยา มีโอกาสนอนโรงพยาบาล 1.11 เท่า (95% CI 0.92 – 1.33, p-value 0.273) โอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ 1.07 เท่า (95% CI 0.44-2.61, p-value 0.887) โอกาสการกลับมารตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง 0.38 เท่า (95% CI 0.16-0.95, p-value 0.038) (Khowjiriyaphan, 2021) การศึกษาการรักษา

อาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสุดท้าย (long-acting muscarinic antagonist :LAMA) ในรูปแบบการรักษาเดี่ยวหรือแบบผสมผสานมีบทบาทสำคัญ LAMA หลายชนิด พบว่า LAMA และ/หรือสูตรใหม่ในการพัฒนาทางคลินิกสามารถกลายเป็นวิธีการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิผลในอนาคตได้ ด้านความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญวิจัยเกี่ยวกับยา LAMA ดูเหมือนคงที่ไม่มีการเคลื่อนไหวแล้ว (Ora et al, 2020) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของอาการกำเริบและปอดบวมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์แบบรวมกลุ่ม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่มีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบและปอดบวม ด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสุดท้าย (long-acting muscarinic antagonist :LAMA) และกลุ่มเปรียบเทียบรักษาการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์แบบสูดดม ICS, LABA และ/หรือยาหลอก พบว่าค่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคปอดบวมเพียงอย่างเดียวที่ได้รับอิทธิพลจากการรักษาด้วย ICS โดยที่ ICS จะเพิ่มความเสี่ยงเพิ่มในผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ลูกบาศก์เมตร ความน่าจะเป็นของโรคปอดบวมแตกต่างกันไประหว่าง 3 ถึง 12% ในช่วงปีแรก (Hartley, 2020) การศึกษาการรักษาอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสุดท้ายแบบคู่ (long-acting muscarinic antagonist :LAMA/ long-acting beta2 agonist: LABA) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ประเทศอังกฤษ พบว่า 21.3% ได้รับแอสลิตินีมโบรไมด์/ฟอร์โมเทอโรล 18.1% ได้รับ dacraterol/glycopyrronium 12.0% ได้รับ tiotropium bromide/olodaterol และ 48.6% ได้รับ umeclidinium/vilanterol ตัวแปรลักษณะทางประชากรและทางคลินิกที่ความคล้ายคลึงกันใน

การรักษา การรักษาด้วยยาสูดเดี่ยว LAMA ใช้ในการรักษาระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุด 12 (18.4–25.8% ของผู้ป่วย) และ 3 เดือน (23.9–33.7% ของผู้ป่วย) ดัชนีล่วงหน้าของการรักษาที่จัดทำดัชนี; ผู้ป่วย 42.5–59.0% ไม่ได้ได้รับการรักษาทางเดินหายใจ ในช่วง 12 เดือน (เป็นผู้ป่วย 62.0–68.6%; ผู้ป่วยใน ผู้ป่วย 19.3–26.1%) ลักษณะของผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยยา LAMA/LABA แบบสูดพ่นครั้งเดียวมีความสอดคล้องระดับสูงกับผลการรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมา 1 ปี ซึ่งการรักษาเมื่อเริ่มการรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Requena, 2022) การศึกษาการรักษาอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสูดแบบ 'คู' (long-acting muscarinic antagonist :LAMA/ long-acting beta2 agonist: LABA) พบว่า ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดได้ดีกว่าการรักษาแบบ LAMA หรือ LABA อย่างเดียว (Kerwin et al, 2023)

กรอบแนวคิดของการวิจัย ตัวแปรอิสระ
ดังนี้

1. ลักษณะอาการผู้ป่วย ได้แก่ อาการกำเริบเฉียบพลันแรกเริ่ม อาการหลังได้รับยาขยายหลอดลม จำนวนครั้งที่มีการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ เจ็บ/แน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยสะดวก หายใจเร็ว หายใจลำบาก ไอแล้วรู้สึกเหนื่อย และอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ

2. ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ respiratory rate, pulse rate, blood pressure, อุณหภูมิกาย, Oxygen saturation, ผลการตรวจสไปโรเมตริย์ FEV1/FVC หลังได้รับยาขยายหลอดลม, Glasgow Coma Scale (GCS), Mean arterial pressure (MAP), อีโอซิโนฟิลในเลือด

3. ระดับความรุนแรงของอาการกำเริบ
ดังนี้ ระดับความรุนแรงของอาการและความเสี่ยง

อาการกำเริบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ประวัติการเกิดอาการกำเริบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ป่วย ดังนี้ อาการกำเริบกลุ่ม A อาการกำเริบกลุ่ม B อาการกำเริบกลุ่ม C และอาการกำเริบกลุ่ม D

ตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์การรักษาโดยการให้ยาชนิดสูด ดังนี้ 1) SABA หรือ SAMA อย่างเดียว 2) LAMA อย่างเดียว 3) ICS/LABA + SABA หรือ SAMA, 4) ICS + SABA หรือ SAMA, 5) ICS/LABA + LAMA

3. ICS/LABA + SABA หรือ SAMA คือ ยาขยายหลอดลมแบบคู' (Long acting Beta 2 agonist) ผสมกับ Inhaled corticosteroid ร่วมกับ short acting Beta2 agonist หรือ short acting muscarinic antagonist

4. ICS + SABA หรือ SAMA คือ ยาแบบคู' ได้แก่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบสูด inhaled corticosteroid ร่วมกับ short acting Beta2 agonist หรือ short acting muscarinic antagonist

5. ICS/LABA + LAMA คือ ยาขยายหลอดลมแบบคู' (Long acting Beta 2 agonist) ผสมกับ Inhaled corticosteroid ร่วมกับ ยาสูดพ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์ยาว (Long acting muscarinic antagonist)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประยุกต์ใช้ตัวแปรจากการศึกษาของ Bunsom et al. (2022) และแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The Ayurvedic Association of Thailand Under Royal Patronage, 2022) จากเวชระเบียน ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2566

ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อาการกำเริบเฉียบพลันแรกเริ่ม อาการหลังได้รับยาขยายหลอดลม จำนวนครั้งที่มีการกำเริบที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ไอ มีเสมหะ

เจ็บคอ เจ็บ/แน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยสะดวก
หายใจเร็ว หายใจลำบาก ไอแล้วรู้สึกเหนื่อย และ
อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ

ส่วนที่ 2 การรักษาผู้ป่วย การใช้ยา
ชนิดสุดท้าย ดังนี้

1. SABA หรือ SAMA คือ ยาสูดพ่น
ขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์สั้นเพียงอย่างเดียว
(short acting Beta2 agonist หรือ short acting
muscarinic antagonist)

2. LAMA คือ ยาสูดพ่นขยาย
หลอดลมแบบออกฤทธิ์ยาว เพียงอย่างเดียว (Long
acting muscarinic antagonist)

3. ICS/LABA + SABA หรือ SAMA
คือ ยาขยายหลอดลมแบบคู่ (Long acting Beta 2
agonist) ผสมกับ Inhaled corticosteroid ร่วมกับ
short acting Beta2 agonist หรือ short acting
muscarinic antagonist

4. ICS + SABA หรือ SAMA คือ ยา
แบบคู่ ได้แก่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบสูด
inhaled corticosteroid ร่วมกับ short acting
Beta2 agonist หรือ short acting muscarinic
antagonist

5. ICS/LABA + LAMA คือ ยาขยาย
หลอดลมแบบคู่ (Long acting Beta 2 agonist)
ผสมกับ Inhaled corticosteroid ร่วมกับ ยาสูด
พ่นขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์ยาว (Long acting
muscarinic antagonist)

ส่วนที่ 3 ระดับความรุนแรงของ
อาการกำเริบ คือ ประวัติการเกิดอาการกำเริบ
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ดังนี้

อาการกำเริบกลุ่ม A มี mMRC 0-1
หรือ CAT <10 ร่วมกับมีประวัติการเกิดอาการ

กำเริบ < 2 ครั้ง และไม่เคยมีประวัตินอน
โรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

อาการกำเริบกลุ่ม B มี mMRC ≥ 2 หรือ
CAT ≥ 10 แต่มีประวัติการเกิดอาการกำเริบ < 2
ครั้ง และไม่เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาล

อาการกำเริบกลุ่ม C มี mMRC 0-1 หรือ
CAT <10 แต่มีประวัติการเกิดอาการกำเริบ ≥ 2
ครั้ง หรือมีประวัตินอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

อาการกำเริบกลุ่ม D มี mMRC ≥ 2 หรือ
CAT ≥ 10 ร่วมกับมีประวัติการเกิดอาการกำเริบ ≥ 2
ครั้ง หรือมีประวัตินอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการ
หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity
index: CVI) โดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทางตรวจสอบ
คุณภาพเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ท่าน
แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ราย
ข้อมีค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกข้อจึงนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิง
พรรณนา Chi-square test และ Multinomial
Logistic Regression

ผลการศึกษา

ลักษณะอาการป่วย มีอาการกำเริบ
เฉียบพลันแรกเริ่ม ร้อยละ 36.4 และ 38.0 อาการ
หลังได้รับยาขยายหลอดลม ร้อยละ 2.3 และ 0.0
ไม่มีอาการกำเริบต้องเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 58.9
และ 65.1 ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ ร้อยละ 97.7 และ
100 เจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 10.1 และ 14.0
หายใจเร็ว หายใจลำบาก ร้อยละ 50.4 และ 61.2
อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ร้อยละ 19.4 และ 22.5 ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการและการรักษาเปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 (N=129)

อาการสำคัญก่อนมา	พ.ศ.2565		พ.ศ.2566	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะอาการผู้ป่วย				
1. อาการกำเริบเฉียบพลันแรกรับ	47	36.4	49	38.0
2. อาการหลังได้รับยาขยายหลอดลม	3	2.3	0	0.0
3. จำนวนครั้งที่มียาอาการกำเริบต้องเข้าโรงพยาบาล				
ไม่มี	76	58.9	84	65.1
น้อยกว่า 5 ครั้ง	44	34.1	31	24.0
5 ครั้งขึ้นไป	9	7.0	14	10.9
4. ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ	126	97.7	129	100.0
5. เจ็บแน่นหน้าอก	13	10.1	18	14.0
6. หายใจไม่สะดวก	63	48.8	106	82.2
7. หายใจเร็ว หายใจลำบาก	65	50.4	79	61.2
8. อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ	25	19.4	29	22.5

ความแตกต่างของลักษณะอาการและการรักษาผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยผลตรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วย พบว่า ผลตรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วยระหว่างปี 2565-2566 ที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ได้แก่ Diastolic BP ($p=0.004$), Body temperature ($p=0.022$) และ

Mean arterial pressure ($p=0.012$) สำหรับผลตรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วย ที่ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ จำนวนครั้ง readmission, BMI, respiratory rate, pulse rate, systolic BP, Oxygen saturation, FEV1/FVC, GCS และ eosinophils ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยผลตรวจอาการของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 (N=129)

รายการตรวจภาวะสุขภาพ	2565	2566	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
จำนวนครั้ง readmission	3.35±8.01	2.65±6.21	0.816	0.416
BMI (Kg/m ²)	20.58±4.96	21.06±5.07	-0.756	0.451
Respiratory rate (times/min)	22.99±3.61	22.48±2.07	1.416	0.159
Pulse (times/min)	91.19±16.45	89.51±15.31	0.799	0.426
Systolic BP (mmHg)	134.88±18.57	131.60±19.34	1.576	0.117
Diastolic BP (mmHg)	77.48±11.64	73.05±14.05	2.937	0.004*
Body temperature (°C)	36.57±0.41	36.48±0.17	2.316	0.022*
Oxygen saturation (%)	94.18±8.49	95.21±4.74	-1.345	0.181
FEV1/FVC (%)	56.21±9.70	56.93±10.48	-0.618	0.537
GCS (score)	14.63±1.21	14.78±0.55	-1.359	0.177
Mean arterial pressure (mmHg)	96.58±12.73	92.63±14.80	2.539	0.012*
Eosinophils (cell/mm ³)	262.65±293.97	298.21±393.00	-0.846	0.399

*p-value<.05, Paired t-test

การใช้ชนิดสูด เปรียบเทียบระหว่าง

ปี 2565-2566 พบว่า ผู้ป่วยได้รับยา SABA หรือ SAMA อย่างเดียว ร้อยละ 24.0 และ 9.3 ได้รับยา LAMA อย่างเดียว ร้อยละ 1.6 และ 6.2 ได้รับยา ICS/LABA + SABA หรือ SAMA ร้อยละ 34.1 และ 14.0 ได้รับยาแบบคู่ ICS + SABA หรือ SAMA ร้อยละ 38.8 และ 16.3 ได้รับยาขยายหลอดลมแบบคู่ ICS/LABA + LAMA ร้อยละ 1.6 และ 54.3

อัตราการกำเริบเฉียบพลันของ

ผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 พบว่า อาการกำเริบกลุ่ม A ร้อยละ 38.0 และ 26.4 อาการกำเริบกลุ่ม B ร้อยละ 17.1 และ 32.6 อาการกำเริบกลุ่ม C ร้อยละ 9.3 และ 6.2 และ อาการกำเริบกลุ่ม D ร้อยละ 34.1 และ 34.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันเปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 (N=129)

อาการสำคัญก่อนมา	พ.ศ.2565		พ.ศ.2566	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เทคนิคการใช้ยาชนิดสูด				
1. SABA หรือ SAMA อย่างเดียว	31	24.0	12	9.3
2. LAMA อย่างเดียว	2	1.6	8	6.2
3. ICS/LABA + SABA หรือ SAMA	44	34.1	18	14.0
4. ICS + SABA หรือ SAMA	50	38.8	21	16.3
5. ICS/LABA + LAMA	2	1.6	70	54.3
ความรุนแรงของอาการต่อความเสี่ยงการกำเริบ				
อาการกำเริบกลุ่ม A	49	38.0	34	26.4
อาการกำเริบกลุ่ม B	23	18.7	42	32.6
อาการกำเริบกลุ่ม C	12	9.3	8	6.2
อาการกำเริบกลุ่ม D	44	34.1	45	34.9

เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันเปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ได้แก่ SABA หรือ SAMA อย่างเดียว ($p < 0.001$), LAMA อย่างเดียว ($p = 0.041$), อาการกำเริบกลุ่ม A

($p=0.031$) และ อาการกำเริบกลุ่ม B ($p=0.007$) สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ยาผสม ICS/LABA + SABA หรือ SAMA, ยาแบบคู่ ICS + SABA หรือ SAMA, ยาแบบคู่ ICS/LABA + LAMA, อาการกำเริบกลุ่ม C และ อาการกำเริบกลุ่ม D ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันเปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 (N=129)

การรักษาผู้ป่วย	df	χ^2	p-value
เทคนิคการใช้ยาชนิดสูด			
1. SABA หรือ SAMA อย่างเดียว	1	0.002	0.001*
2. LAMA อย่างเดียว	1	0.053	0.041*
3. ICS/LABA + SABA หรือ SAMA	1	0.000	1.000
4. ICS + SABA หรือ SAMA	1	0.000	1.000
5. ICS/LABA + LAMA	1	0.000	1.000

ตารางที่ 4 เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันเปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 (ต่อ)

การรักษาผู้ป่วย	df	χ^2	p-value
เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลัน			
อาการกำเริบกลุ่ม A	1	0.046	0.031*
อาการกำเริบกลุ่ม B	2	9.938	0.007*
อาการกำเริบกลุ่ม C	1	0.352	0.243
อาการกำเริบกลุ่ม D	1	0.896	0.500

*p < 0.05, Chi-Square Tests

ปัจจัยทำนายอิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยทำนายอิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 68 (Adj.OR= 68.80, 95% CI: 7.05-10.68, p < 0.001) เรียงปัจจัยเสี่ยง Adjusted Odds Ratio (Adj.OR) จากมากไปน้อย ดังนี้

1. ยา LAMA อย่างเดียว (Adj.OR= 0.338, 95% CI: 0.16-0.69, p = 0.007)
2. ยา ICS/LABA + LAMA (Adj.OR= 0.328, 95% CI: 0.18-0.59, p = 0.002)

3. ยาแบบคู่ ICS + SABA หรือ SAMA (Adj.OR= 0.313, 95% CI: 0.16-0.58, p < 0.001)

4. ยา SABA หรือ SAMA อย่างเดียว (OR= 0.104, 95% CI: 0.02-0.45, p = 0.003)

5. อาการกำเริบกลุ่ม B (Adj.OR= 4.07, 95% CI: 2.26-7.35, p < 0.001)

6. อาการกำเริบกลุ่ม A (Adj.OR= 0.58, 95% CI: 0.34-0.99, p = 0.047)

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ยาแบบคู่ ICS/LABA + SABA หรือ SAMA, อาการกำเริบกลุ่ม C และอาการกำเริบกลุ่ม D ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อการรักษา (N=129)

ปัจจัย	B	Exp(B)/OR	95%CI	χ^2	p-value
เทคนิคการใช้ยาชนิดสูด					
1. SABA หรือ SAMA อย่างเดียว	-2.266	0.104	0.02-0.45	8.430	0.003*
2. LAMA อย่างเดียว	-1.083	0.338	0.16-0.69	9.824	0.007*
3. ICS/LABA + SABA หรือ SAMA	1.293	3.643	0.74-17.88	8.338	0.111
4. ICS + SABA หรือ SAMA	-1.161	0.313	0.16-0.58	10.110	<0.001*
5. ICS/LABA + LAMA	-1.114	0.328	0.18-0.59	10.204	0.002*

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อการรักษา (ต่อ)

ปัจจัย	B	Exp(B)/ OR	95%CI	χ^2	p-value
อัตราการกำเริบเฉียบพลัน					
อาการกำเริบกลุ่ม A	0.537	0.584	0.34-0.99	10.155	0.047*
อาการกำเริบกลุ่ม B	-17.015	4.079	2.26-7.35	10.220	<0.001*
อาการกำเริบกลุ่ม C	-0.439	0.645	0.25-1.63	10.231	0.355
อาการกำเริบกลุ่ม D	0.034	1.035	0.61-1.72	10.530	0.896
ภาพรวม	40.160	68.802	7.05-10.68	48.873	<0.001*

*p <0.05, Multinomial logistic regression

อภิปรายผล

1. ความแตกต่างของลักษณะอาการและการรักษาผู้ป่วย COPD ระหว่างปี 2565-2566 พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการและการรักษา ระหว่างปี 2565-2566 ที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานะจำหน่าย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคร่วม จำนวนครั้งที่มีการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหายใจไม่สะดวก ค่าเฉลี่ยผลตรวจภาวะสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ Diastolic BP, body temperature และ mean arterial pressure จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ลักษณะอาการและการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาเป็น COPD ผลลัพธ์การรักษา การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว อาการกำเริบเฉียบพลันแรกรับอาการหลังได้รับยาขยายหลอดลม ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเร็ว หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kerwin et al. (2023) การศึกษาพบว่า การรักษาผู้ป่วย COPD ที่รักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสูดแบบคู่ (LAMA/ LABA) ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดได้ดีกว่าการรักษาแบบ LAMA หรือ LABA อย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษา ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ประเทศ

อังกฤษ พบว่า อาการผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาด้วยยา LAMA/LABA แบบสูดพ่นครั้งเดียวมีความสอดคล้องระดับสูงกับผลการรักษาผู้ป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งการรักษาแบบยาสูดคู่ LAMA/LABA ตั้งแต่แรกจะมีประสิทธิภาพการรักษาเพิ่มขึ้น (Requena et al, 2022) การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาขยายหลอดลม พบว่า การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นทางปากร่วมกับกระบอกพ่นยา ช่วยลดโอกาสกลับมาตรวจซ้ำได้ (Khowjiriyaphan, 2021) และ การศึกษา ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วยยาในการรักษาอาการกำเริบของผู้ป่วย COPD ด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสูดแบบคู่ (LAMA/ LABA) พบว่า ยาคู่ LAMA/LABA มีประสิทธิภาพต่อการลดอาการกำเริบ ภาวะสุขภาพ และความปลอดภัย สามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Hartley, 2020)

2. ความแตกต่างของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบระหว่างปี 2565-2566 พบว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ยา SABA หรือ SAMA อย่างเดียว, LAMA อย่างเดียว, อาการกำเริบกลุ่ม A และ อาการกำเริบกลุ่ม B จากผลการศึกษา

อธิบายได้ว่า เทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยกับการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มี ความแตกต่างกัน ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยที่ไม่มี ความแตกต่างกัน ได้แก่ ยาผสม ICS/LABA + SABA หรือ SAMA, ยาแบบคู่ ICS + SABA หรือ SAMA, ยาแบบคู่ ICS/LABA + LAMA, อาการกำเริบกลุ่ม C, อาการกำเริบกลุ่ม D ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การติดเชื้อและอาการกำเริบที่เปลี่ยนแปลง จะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันได้ ประวัติการเกิดอาการกำเริบที่ผ่านมาและการ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้น้อยจะเพิ่มโอกาสในการเกิด ภาวะกำเริบเฉียบพลันได้ (Pilasopa, 2023)

3. ปัจจัยทำนายอิทธิพลของเทคนิค การใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลัน ของผู้ป่วย COPD พบว่า ปัจจัยทำนายอิทธิพล ของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบ เฉียบพลันต่อการรักษาผู้ป่วย COPD อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติโดยรวมทำนายได้ร้อยละ 68 เรียงปัจจัยจากมากไปน้อย ดังนี้ ยา LAMA อย่าง เดียว ยา ICS/LABA + LAMA ยาแบบคู่ ICS + SABA หรือ SAMA ยา SABA หรือ SAMA อย่าง เดียว อาการกำเริบกลุ่ม B และ อาการกำเริบกลุ่ม A จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ไม่มี อิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วย COPD ได้แก่ ยาแบบ คู่ ICS/LABA + SABA หรือ SAMA, อาการกำเริบ กลุ่ม C และอาการกำเริบกลุ่ม D ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Uraisripong et al. (2017) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูด ขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติ โคสเตียรอยด์ในผู้ป่วย COPD พบว่าสามารถ ทำนายอิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังโดยรวมได้ ร้อยละ 53.8 การศึกษาที่พบว่า ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบ เฉียบพลันของผู้ป่วย COPD พบว่า ปัจจัยที่ สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการกำเริบเฉียบพลันที่

สูงขึ้น ได้แก่ การได้รับยายขยายหลอดลมกลุ่ม beta2 agonists ร่วมกับการได้รับยาจำพวกส เตียรอยด์ (Bunsom et al, 2022)

ข้อสรุป ผลการศึกษาอิทธิพลของเทคนิค การใช้ยาชนิดสูดและอัตราการกำเริบเฉียบพลัน สามารถทำนายอิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ให้บริการ แพทย์ เกษัชกร และ นักกายภาพรักษา ควรมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วย COPD บุคลากรที่ประจำจุดคัดกรอง/ คัด แยก (Triage) ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดิน หายใจ ผู้ป่วยหนัก/ อุกเขิน ส่งตรวจอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เน้นการให้ความรู้รายบุคคลและ ให้คำปรึกษารายกรณีแก่ผู้ป่วย COPD ในการ ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

2. ด้านผู้รับบริการ การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการเป็นเพศชาย และ เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้น บุคลากรทาง สุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย COPD มีความรู้ โดยเฉพาะด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย รวมถึงวิธีการผ่อนคลายและการจัดการกับ ความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับโรค ความถี่และระยะเวลาของการออกกำลังกาย และการใช้เทคนิคหายใจเพื่อลดอาการหอบ เหนื่อยและติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยในระยะ พื้นฟูต้องส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด โรคซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้ง ต่อไป ควรศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วย COPD ซึ่งได้พัฒนาการบริการสุขภาพ และ เน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลรักษาทั้งทีม

บุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัว จะทำให้อัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD ลดลง

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 24/2567 วันที่ 11 ธันวาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

Ayurvedic Association of Thailand Under the Royal Patronage. (2022).

Guidelines for diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease 2022. [online].

Retrieved June 22, 2024 from <https://www.tst.or.th/wp-content>

Bunsom, S., Nonkasem, T., Nokkaew, K., et al. (2022). **Prevalence and factors associated with acute exacerbations of patients with chronic obstructive pulmonary disease in community hospitals.** Naresuan Phayao Journal, 5(3): 49-60.

Capstick, T.G.D., Azeez, N.F., Deakin, G., Goddard, A., Goddard, D., Clifton, I.J. (2021). **Ward based inhaler technique service reduces exacerbations of asthma and COPD.** Respiratory Medicine.;187106583.

[online]. Retrieved June 22, 2023 from www.doi10.1016/j.rmed.2021.106583

Doi Saket Hospital. (2023). **Information on the situation of patients with chronic obstructive pulmonary disease.** of Doi Saket Hospital, Chiang

Mai Province. [online]. Retrieved June 22, 2024 from

<https://www.doisakethospital.go.th>

Hartley, B.F., Barnes, N.C., Lettis, S., et al. (2020). **Risk factors for exacerbations and pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease.** Respir Res., 21(1): 5. [online]. Retrieved June 22, 2024 from [doi:10.1186/s12931-019-1262-0](https://doi.org/10.1186/s12931-019-1262-0)

Kerwin, E.M., & Jones, P.W., Bjermer LH, et al. (2023). **How can the findings of the EMAX trial on long-acting bronchodilation in chronic obstructive pulmonary disease be applied in the primary care setting?** Chron Respir Dis., 20: 14799. [online]. Retrieved June 22, 2023 from [www.doi:10.1177/14799731231202257](https://www.doi.org/10.1177/14799731231202257)

Khowjiriyapan, Y. (2021). **Comparison of the effectiveness of bronchodilators between oral inhalation with nebulizer and nebulizer in patients with chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbations at the emergency room at Chiang Rai Prachanukroh Hospital.** Chiang Rai Medical Journal, 13(3): 117-131.

Ministry of Public Health. **Service plan information Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) branch, fiscal year 2023.** [online]. Retrieved June 22, 2023 from [www.https://hdcservice.moph.go.th](https://hdcservice.moph.go.th)

- Nukulsomprathana, P. (2021). **Number of Sample Sizes suitable for conducting research.** [online]. Retrieved June 22, 2024 from www.qualtrics.com/au
- Pilasopa, B. (2023). **Nursing care of patients with chronic obstructive pulmonary disease who have acute asthma attacks.** Journal of Health and Environmental Studies, 8(1): 232-243.
- Quint. J.K., Ariel, A., Barnes, P.J. (2023). **Rational use of inhaled corticosteroids for the treatment of COPD.** npj Prim Care Respir Med., 33(1): 1-13.
- Requena, G., Banks, V., Czira, A., et al. (2022). **Characterization of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Initiating Single-Inhaler Long-Acting Muscarinic Antagonist/Long-Acting β 2-Agonist Dual Therapy in a Primary Care Setting in England.** International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 17: 1781-1795.
- Roberts, M.H., Mapel, D.W., Petersen, H. (2020). **Comparative Causal Analysis of the Effects of Long-Acting Muscarinic Antagonist Versus No Long-Acting Bronchodilator Use on Readmission or Mortality After Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease.** Drugs Real World Outcomes, 7: 1-17.
- Uraisripong, K., Charoenkitkit, W., & Chuchottaworn, C. (2017). **Factors influencing cooperation in the use of bronchodilator inhalers. Long-acting type combined with corticosteroids in patient Chronic obstructive pulmonary disease.** Nursing Journal Faculty of Nursing Mahidol University, 35(2): 86-99.
- Usmani, O.S. (2019). **Choosing the right inhaler for your asthma or COPD patient.** Ther Clin Risk Manag, 15: 461-472.
- Yisarnkhun, W. & Poolphon, K. (2020). **COPD and Antioxidants.** Burapha Medical Journal, 7(1): 76-88.
- Zhou, J., Zhang, J., Zhou, M., et al. (2021). **The role of long-acting muscarinic antagonist/long-acting β agonist fixed-dose combination treatment for chronic obstructive pulmonary disease in China.** J Thorac Dis., 13(11): 6453-6467.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค
ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการ
คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of Program Promoting Perceived Benefits and Perceived
Barriers on Eating Behavior with Coronary Heart Disease at Warfarin Clinic
Mae Wang Hospital, Chiang Mai Province

อรุณี แสงแก้ว (Arune Sangkeaw) *

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการทดสอบความแตกต่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองระยะห่างกัน 5 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารใกล้เคียงกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 29.18 (SD =2.81) และ 28.55(SD =2.97) ตามลำดับ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุม 29.91(SD = 2.52) และกลุ่มทดลอง 45.95 (SD = 2.95) ตามลำดับ ดังนั้นกลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการรับประทานอาหาร, โรคหลอดเลือดหัวใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่วาง อีเมล: arunee.sangkeaw21@gmail.com

*Registered Nurse, Mae Wang Hospital E-mail : arunee.sangkeaw21@gmail.com

Abstract

This research is quasi-experimental research study to the effects of program promoting perceived benefits and perceived barriers on eating behavior with coronary heart disease at warfarin clinic mae wang hospital, Chiang Mai province. The sample group is patients with coronary artery disease who attend the warfarin clinic mae wang hospital Chiang Mai province. Selection experimental group and a control group 25 people per group. The tool used was a promoting perceived benefits and perceived barriers on eating behavior with coronary heart disease and data was collected using questionnaires so analyzed data using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. To test the difference in eating behavior in patients with coronary heart disease before and after the experiment, the distance was 5 weeks.

The research results found that before the experiment, the control and experimental groups had similar mean eating behavior scores. The mean scores were 29.18 (SD =2.81) and 28.55 (SD =2.97), and after the experiment, the experimental group had a higher mean score on eating behavior and Control group, with control group 29.91 (SD = 2.52) and experimental group 45.95 (SD = 2.95). Therefore, the experimental group of coronary heart disease patients who received normal nursing care together with a program to promote perceived benefits and reduce perceived barriers had significantly better eating behavior than the group receiving normal nursing care. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: *Eating Behavior, Coronary Heart Disease*

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.4 ล้านคน จากการเสียชีวิตทั้งหมด 56 ล้านคน (World Health Organization, 2021) สำหรับข้อมูลสถิติในประเทศไทยในช่วง 3 ปีย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 27.8, 28.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (Strategy and Planning Division, 2023) จะเห็นได้ว่าประเทศไทย

มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2564- 2566 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการเสียชีวิต 31.9 32.1 และ 32.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 32.27 ต่อประชากรแสนคน

ปัจจุบัน พบว่า วิธีการดูแลรักษาที่ได้รับการยอมรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งรูปแบบการให้ยาและการไม่ใช้ยา เช่น การรับประทานยาในกลุ่ม Antiplatelet, Anticoagulants, Betablocker เป็นต้น การรักษาด้วยการทำหัตถการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการขยายหลอดเลือดหรือการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับ

การรักษาไปแล้ว อาการก็ยังไม่หายขาด ยังคงต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม และลดความอ้วน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ได้แก่ การป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ป้องกันการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Arunsaeng, 2022)

จากการศึกษาพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแนวโน้มที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นได้ในอนาคต หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังขาดการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าของจันทรา ของเต๊ะ (Songtae, 2021) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมตามความเคยชิน อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่เหมาะสมอีกทั้งยังขาดการส่งต่อข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง (Suwanrat, 2019) โดย พบว่า ปัจจุบันรูปแบบการพยาบาลปกติที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับยังไม่ชัดเจน มีเพียงการให้คำแนะนำทั่วไป เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม และไม่ลงลึกถึงความเชื่อและการ

รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้ ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมและจัดการกระทำได้ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ (Hemwichian, 2017: 379)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบกเกอร์ (Becker, 1974) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่อการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ความเชื่อและเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บนพื้นฐานของความเชื่อและวิถีชีวิต ซึ่งสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม และไม่ผิดต่อความเชื่อ ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่สมดุล หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของอาหารที่เหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้อุปสรรคมากกว่าก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการ

รับประทานที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น
น้อยลง

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการ
ให้ความรู้ที่ไม่ครอบคลุมในรายละเอียดด้านการรับรู้
ความเชื่อ วิถีชีวิต และไม่ลงลึกในบริบทของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยเชิงทดลองที่
ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวคิด
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะกับ
กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึง
ประยุกต์องค์ประกอบของแนวคิดแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพ 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์
และการรับรู้อุปสรรคซึ่งมีความสัมพันธ์และมี
สัมประสิทธิ์ การทำนายอยู่ในอันดับต้น ๆ
ของพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจ มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้า
รับบริการคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัด
เชียงใหม่ เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี
ความเหมาะสมกับบริบท ความเชื่อ และการรับรู้
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้
ถึงประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ที่ถูกต้องและการรับรู้อุปสรรคที่จะเป็นปัญหา
มาขัดขวางให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทาน
อาหารที่ไม่เหมาะสมอย่างมีแบบแผน และติดตาม
ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการ
ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการ
รับรู้อุปสรรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิด การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้
อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกการฟาริน
โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทบทวน
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
หัวข้อดังต่อไปนี้

- 1.โรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ
- 3.แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้า
รับบริการคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัด
เชียงใหม่ ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และ
การรับรู้อุปสรรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบไป
ด้วย การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค
เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลสองกลุ่ม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วง 16 กันยายน ถึง 21 ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power version 3.1 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 21 คน (Burns & Grove, 2009) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกการฟาริน โรงพยาบาลแม่วาง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วง 6 เดือนแรก

3. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ

4. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

5. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

6. ไม่ได้อยู่ระหว่างการได้รับโปรแกรมอื่นๆ ในขณะเข้าร่วมการศึกษา

7. ยินยอมที่จะเข้าการศึกษาวิจัยและสามารถเข้ากิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนจนสิ้นสุดการวิจัย เภณศัคคุดอก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติ ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด

3. ย้ายไปจาก อำเภอแม่วาง

4. เปลี่ยนใจหรือขอลอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยหาความเชื่อมั่นตามเนื้อหาและความเที่ยงตรง ดังนี้ การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ค่าความตรงของผู้ทรงคุณวุฒิและดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.92 และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลอง (Tryout) จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha-Coefficient) พบว่า แบบสัมภาษณ์มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมโดย มีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงานตามขั้นตอน และเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่วาง ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสันป่าตอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล (การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย)

2. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่วาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจงร่วมกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form)

5. ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้

อุปสรรคที่คลินิกวารสาร โรงพยาบาลแม่วาง โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-5)

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

7. หลังจากการวิจัยสิ้นสุดกลุ่มควบคุมจะได้รับทุกอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (การพิทักษ์สิทธิ)

ผลการศึกษา

การวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกวารสาร โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้สามารถนำเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.00) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 53.57 ปี (ร้อยละ 18.22) มีอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 100.00) กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา กลุ่มมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะเตี้ย (ร้อยละ 76.67) มีสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน 5 - 4 คน (ร้อยละ 50.00) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43.33) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 44.00) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 60.00) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 76.00 และ 72.00 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่อยู่ และเลือกประกอบอาหารเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการวินิจฉัยโรค NSTEMI (ร้อยละ 60 และ 64

ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.37 และ 21.85 ตามลำดับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารใกล้เคียงกัน 29.18 (SD =2.81) และ 28.55(SD =2.97) ตามลำดับ และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม 45.95(SD = 2.95) และ 29.91(SD = 2.52) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง (N=50)

	คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร			
	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)	
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
Mean	29.18	29.91	28.55	45.95
SD	2.81	2.52	2.97	2.95

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลอง หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n=25)					
ก่อนทดลอง	29.18	2.81	21	2.94	0.001
หลังทดลอง	29.91	2.52			
กลุ่มทดลอง (n=25)					

ก่อนทดลอง	28.55	2.97	21	23.70	0.000
หลังทดลอง	45.94	2.95			

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test (N=50)

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n=25)					
ก่อนทดลอง	29.18	2.81	41.86	0.73	0.470
หลังทดลอง	28.55	2.97			
กลุ่มทดลอง (n=25)					
ก่อนทดลอง	29.91	2.52	42	19.38	0.000
หลังทดลอง	45.94	2.95			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้พฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยมีความเหมาะสมเฉพาะโรค เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพของ เบกเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่อการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค โดยที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นจะเป็นปัญหาอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่หากรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซึ่ง

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับคู่มือแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งด้านการประเมินปัญหาอุปสรรคและการหาแนวทางจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sethares & Elliott, (2004) พบว่า การให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เรื่องอาหารและยา มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน การศึกษาของ Sethares & Elliott, (2004) พบว่า การให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การศึกษาของสิริญา อัครขจร และ สุนิดา ปรีชา วงษ์ . (Ankurkhachorn & Preechawong, 2024: 77) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์

และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยาได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (Ueakij, 2020) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยการให้ความรู้ การให้คู่มือ การชมวิดีโอ สัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้ป่วย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นการศึกษาลงมือของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการคลินิกหัวใจหัวใจโรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจมีความคล้ายคลึงกัน ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรคควบคู่กับแผนการรักษาของแพทย์ และมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง โดยการมีกิจกรรมต่างๆ มาเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยการติดตามอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ มาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการ

รับประทานอาหารที่ดี เหมาะสมกับโรค สามารถปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ ซึ่งการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหารนั้นต้องอาศัยความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยสามารถหาแนวทางจัดการกับปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นของผู้ป่วยเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC No. 013/2567

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Songtae, C. (2021). *Health behaviors that are at risk for cardiovascular disease* (Master's thesis). Thammasat University.
- Suwanrat, D., Ploenphit, T., Thaniwattananon, M., & Srikaew, M. (2019). Results of a behavior modification program with a behavioral support group to

control nutritional risk factors in patients with ischemic heart disease. *Nursing Journal Chulalongkorn University*, 21(2), 122–138.

- Ueakij, N. (2020). *Health promotion* (1st ed.). Bangkok, Thailand: Chulalongkorn University.
- Arunsaeng, P. (2022). *Nursing care for patients with heart and blood vessel disease* (10th ed.). Khon Kaen, Thailand: Klang Nanawittaya Printing House.
- Sethares, K. A., & Elliott, K. (2004). The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 33(4), 249–260.
- Ankurkhachorn, S., & Preechawong, S. (2024). Effects of a health promotion program based on Pender's concept on cooperation in eating food and medicine among adult patients with heart failure. *Journal of Cardiothoracic Nursing*, 25(2), 77–89.
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *Public health statistics 2023*. Nonthaburi, Thailand: Strategy

and Planning Division, Ministry of
Public Health.

Hemwichian, S. (2017). **Factors influencing
behavior to prevent
cardiovascular disease.**
Songklanagarind Medical Journal,
25(5), 379–388.

World Health Organization. (2021).

**Prevention of cardiovascular
disease: Guidelines for
assessment and management
of total cardiovascular risks.**
Geneva, Switzerland: Author.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชน
วัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Development of The Self-efficacy Enhancement Model toward Depression
Prevention in Working People and Pre-aging People in Doisaket District,
Chiangmai Province

เจษฎา ปวีณเกียรติคุณ (Jetsada Paveenakiattikun)*

บทคัดย่อ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับของความคิดการฆ่าตัวตาย 2) ศึกษากระบวนการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดการฆ่าตัวตายกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Research) โดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ (Interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion : FGD) ด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตายกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง โดยให้ข้อเสนอแนะว่า 1) ควรมีการอบรม เพื่อเพิ่มทักษะและสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตให้แก่ อสม. และทีมปกครอง 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นที่เล็งในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 3) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ควรเป็นภาคีเครือข่ายในการทำงานด้านสุขภาพจิต 4) ควรมีตัวแบบที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแล้วเข้าร่วมในการเป็นที่เล็งให้กับครอบครัวผู้ป่วย และ 5) ระบบการส่งต่อควรสามารถประสานได้ทั้งในระดับบริการ

คำสำคัญ : ประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น การสร้างเสริมสมรรถนะตนเอง ภาวะซึมเศร้า

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด / อีเมล :jj.cop13@gmail.com

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Doi saket district Health / E-mail :jj.cop13@gmail.com

ABSTRACT

The study of the development of the self-efficacy enhancement model toward depression prevention in working people and aging in Doisaket district, Chiangmai province. aimed to: 1) The level of stress, depression, and suicidal ideation; 2) The level of self-efficacy awareness for depression prevention; and 3) The relationship between stress, depression, and suicidal ideation with self-efficacy awareness for depression prevention in working-age people and early elderly people in Doisaket district, Chiangmai province. This research was cross-sectional descriptive research using questionnaires and interviews as data collection tools. The guidelines for research, data collection, and data analysis were set a sample of 320 people was collected using questionnaires and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson product-moment correlation coefficient. Qualitative data from focus group discussions (FGD) were analyzed using qualitative analysis statistics and content analysis. The significance level was set at 0.05.

The results of the study found that the sample group had a moderate level of stress, depression, and suicidal ideation. The self-efficacy perception for depression prevention had a high level of self-efficacy perception. The relationship between stress, depression, and suicidal ideation and self-efficacy perception for stress, depression, and suicidal ideation prevention was moderate. It was suggested that 1) there should be training to increase skills and competence in mental health care for village health volunteers and administrative teams. 2) public health officers should be mentors in caring for mentally ill patients in the community. 3) administrative officers should be network partners in working on mental health. 4) there should be models who have undergone mental rehabilitation to join in as mentors for patients families and 5) the referral system should be able to coordinate at all service levels.

Keywords: Working people and elderly, Self-efficacy development, Depression

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยแล้ว (Aging Society) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ซึ่งเป็น ปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามของ องค์การสหประชาชาติ นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ

โดยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปีพ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปีพ.ศ. 2574 สัดส่วน ผู้สูงอายุ 60 ปี

ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม และจากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่ามีชุมชนที่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 92.00 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 88.70 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.0 และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน ร้อยละ 1.4 ในขณะที่ กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รายงานว่าการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีอัตรา 1 : 4 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และจากสถานการณ์ดังกล่าว จึงพบว่าหากละเลยการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือประชาชนวัยทำงาน อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอันได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ซึ่งอาจลุกลามถึงการคิดฆ่าตัวตายในอนาคตของประชาชนกลุ่มนี้ได้ ทั้งนี้ยังพบว่า การศึกษาภายหลังสถานการณ์ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของ Malihe S.M. et al. ศึกษาอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ที่ระดับรุนแรงมาก ในขณะที่ระดับความเครียดรุนแรง ความสุขของอาการรุนแรงมากของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล คือร้อยละ 54.29 และร้อยละ 97.29 ตามลำดับ ความสุขของความเครียดรุนแรง คือ ร้อยละ 46.61 และการศึกษาของ Amany E.M.& Amira M.Y. ศึกษาภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์ ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและ

แยกรักษาที่บ้าน มีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่แยกรักษาที่บ้าน ร้อยละ 37.2 ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตได้ออกนโยบายในการฟื้นฟูจิตใจ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตและเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ บุคคล ครอบครัว และสังคม ผ่านกลยุทธ์หลัก 6 กลยุทธ์ ได้แก่ บูรณาการส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพจิตเชิงรุก พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช พัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตและเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตพัฒนาและติดตั้งวัคซีนใจให้บุคคลรอบครัว ชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ จากการสำรวจข้อมูลจาก HDCservice กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในจังหวัดที่อยู่อำเภอภาคเหนือตอนบน โดยเชียงใหม่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดอยู่ที่ 34,692 คน ซึ่งสูงที่สุดในประเทศไทย รองลงมาคือ เชียงราย 25,189 คน โดยจังหวัดที่มีอัตราส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากร 100,000 คน มากที่สุดคือ ลำพูน 1,754.50 คน รองลงมาคือ เชียงใหม่ 1,257.02 คน

อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอีกแห่งที่ได้รับผลกระทบจากหลังสถานการณ์ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อีกทั้งพบปัญหาสุขภาพเรื้อรังของประชาชนวัยทำงาน และวัยก่อนสูงอายุที่ผ่านมา พบว่า มีสถิติผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย จากสถิติประชากรวัยก่อนสูงอายุ และผู้สูงอายุตอนต้น แบ่งเป็นชาย 26,075 คน หญิง 29,821 คน ในปี พ.ศ.2565-2566 พบว่า ในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

สำเร็จ จำนวน 12 ราย ปี พ.ศ.2566 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.04 และ 0.03 ในแต่ละปี ตามลำดับ ซึ่งแม้ว่าจะเป็นจำนวนไม่มาก และยังถือว่าไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ คือ 8 คนต่อแสนประชากร แต่ก็ถือว่าเป็นจำนวนที่ต้องเฝ้าระวัง และตระหนักไม่ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งในส่วนของภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิต เตรียมความพร้อมในการปรับตัวสำหรับการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเฝ้าระวังสภาวะจิตใจของประชาชนทั่วไป หากเกิดภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ หรือจากสภาวะของโรคระบาดของโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ (Research Objectives)

1) เพื่อศึกษาระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับของความคิดการฆ่าตัวตายในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่

2) เพื่อศึกษาระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดการฆ่าตัวตาย กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่

4) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Research)

ขอบเขตการวิจัย

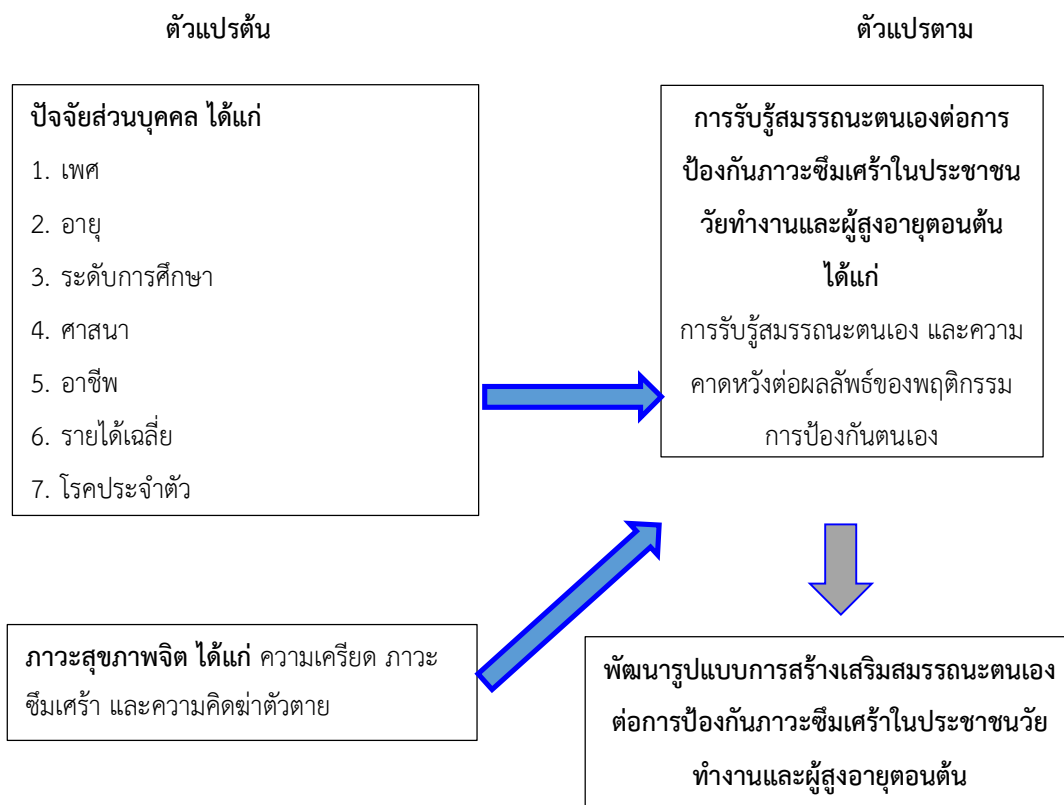
ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ที่ศึกษา คือ ประชาชนหญิงและชาย อายุ 20-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ จำนวน 5,430 คน โดยคัดเลือกจากเกณฑ์คัดเข้าซึ่งทำให้ได้จำนวนประชากร 1,400 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบสุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรทาร์ยามานะ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1) ประชาชนหญิงและชาย อายุ 20-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน 3) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น และต้องไม่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 4) ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงอันเป็นเหตุให้ร่วมการวิจัยไม่ได้ 5) ยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจตลอดระยะเวลาทำการศึกษา และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ย้ายออกพื้นที่ระหว่างการทำวิจัย และ 2) เสียชีวิตระหว่างการทำวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาการพัฒนา
รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการ
ป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและ
ผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่”
ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self
Efficacy Theory) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลสวน
ปรุง ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิด
ในการฆ่าตัวตาย มาใช้ในการศึกษา

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้
ใช้ระยะเวลาในการดำเนินวิจัยตั้งแต่ ระหว่างเดือน
สิงหาคม 2567 – มกราคม 2568

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ
เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดย
ผู้วิจัยได้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
นำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยให้

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา มี
ส่วนประกอบแบ่งออกเป็น 4 ตอนจำนวน 50 ข้อ
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 8 ข้อ
ตอนที่ 2 ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และ
ความคิดในการฆ่าตัวตาย จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้า ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 2 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามตอนที่ 2-3 เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ลักษณะแบบปลายปิด (Close ended Question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น โดยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ดังนี้

1) การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามในการศึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ด้านสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency) พิจารณาความเหมาะสมของภาษา โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งน้อย 2 ใน 3 นำไปหาค่าความเที่ยงตรงหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงคหรือเนื้อหา (Index of item-objective congruences ; IOC) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยผลการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 ความเครียดภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ได้ค่า IOC=0.77 และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้ค่า IOC=0.82 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

2) การหาความเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามในการศึกษาที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนและผู้สูงอายุตอนต้น ในอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ได้ออมรับได้เท่ากับ 0.78 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

การวิจัยระยะที่ 2 ระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสังเคราะห์จากฐานขององค์ความรู้และต้นทุนทางสังคมที่สามารถส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ ด้วยการใช้การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาทำการศึกษา และจัดในกระบวนการได้แก่ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเอง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยระยะนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาและสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ โดยมีการตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดพลัง (Powerful question) ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เสนอพลังความคิด ประสพการณ์มีส่วนร่วม ในการเสนอความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการถอนรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้ง

วัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา รายได้ ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ลักษณะงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน แหล่งที่มา ของรายได้หลักของท่าน ความพอเพียงของรายได้ของท่าน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ ประวัติการมีโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Percentage) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตาม ลักษณะข้อมูล

Moment Correlation Coefficient)กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

สรุปผลการวิจัยตามคุณลักษณะ

ประชากร

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ของประชาชนจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ของประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกดังนี้ เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.2 เพศชาย ร้อยละ 46.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

2) วิเคราะห์ระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation)

3) วิเคราะห์ศึกษาระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation)

4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดการฆ่าตัวตาย กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistic) ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product

31-40 ปี ร้อยละ 28.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.0 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.8 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.6 และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 65.6 และมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 34.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว (n = 320)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	133	46.8
	หญิง	187	53.2
อายุ	20-30 ปี	55	23.5
	31-40 ปี	110	28.5
	41-50 ปี	83	21.0
	51-60 ปี	52	18.5
	60 ปีขึ้นไป	20	8.5
	(Min 25 , Max 69)		
สถานภาพ	โสด	76	20.7
	สมรส	235	76.0
	หม้าย	6	1.8
	หย่าร้าง	3	1.5
ระดับการศึกษา			

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว (n = 320) ต่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	55	25.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	65	18.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช.	132	25.6
อนุปริญญา, ปวส.	10	6.5
ปริญญาตรี	43	17.3
ปริญญาโท	10	1.5
ไม่ได้เรียน	5	5.5
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	150	50.0
5,001-10,000 บาท	68	17.0
10,001-15,000 บาท	57	16.7
15,001-20,001 บาท	27	9.2
20,001-25,000 บาท	6	2.8
25,001 บาทขึ้นไป	12	4.3
(Min 3,000 , Max 30,000)		
อาชีพ		
เกษตรกร	157	51.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำนาญ	35	11.5
รับจ้าง	62	20.5
นักเรียน/นักศึกษา	11	2.8
ค้าขาย	20	4.7
ไม่ได้ทำงาน	19	4.7
อื่นๆ (แม่บ้าน)	16	4.0
โรคประจำตัว		
มี	290	90.6
ไม่มี	30	9.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	210	65.6
มากกว่า 4 คนขึ้นไป	110	34.4

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

1) ผลการศึกษาผลการประเมินระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตายในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ รวมรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45) โดยด้านที่มี

ค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) และด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 2.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 2.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31) และ ด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยระดับรวมรายด้าน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ (n=320)

หัวข้อ	ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1	ด้านร่างกาย	2.21	0.31	ปานกลาง
2	ด้านสังคม	2.45	0.25	มาก
3	ด้านเศรษฐกิจ	1.89	0.67	ปานกลาง
4	ด้านจิตใจ	2.62	0.57	มาก
เฉลี่ยรวม		2.29	0.45	ปานกลาง

2.ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมรายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ได้แก่

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (ค่าเฉลี่ย 2.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ค่าเฉลี่ย 2.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด (ค่าเฉลี่ย 2.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44)ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยระดับรวมรายด้าน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ (n=320)

หัวข้อ	ข้อความถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1	ด้านการจัดการกับความเครียด	2.32	0.44	ปานกลาง
2	ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.48	0.25	มาก
3	ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.54	0.37	มาก
เฉลี่ยรวม		2.44	0.35	มาก

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น

พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.513 ค่า P-Value <0.01 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ (n=320)

ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และ ความคิดในการฆ่าตัวตาย (ค่าสหสัมพันธ์ : r)	P- Value	ระดับ ความสัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อ การป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิด ในการฆ่าตัวตาย	0.513**	มีความสัมพันธ์ใน ระดับปานกลาง

**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2) ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำสู่การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมและ

ป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำสู่การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น กล่าวโดยสรุป คือ 1.ควรมีการอบรม เพื่อเพิ่มทักษะและสมรรถนะการดูแลสุขภาพจิตให้แก่ อสม. ทีมปกครองได้แก่ ผู้นำชุมชน ชรบ. และ อภปร.

หมู่บ้าน 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นพี่เลี้ยงในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 3. เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ได้แก่ อำเภอ ตำรวจ ทหาร ควรเป็นภาคีเครือข่ายในการทำงานด้านสุขภาพจิตในทุก ๆ สถานการณ์ทั้งในยามปกติและในยามที่เกิดปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตชุมชน 4. ควรมีตัวแบบที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้วเข้าร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับครอบครัวผู้ป่วย 5. ระบบการส่งต่อควรสามารถประสานได้ทั้งในระดับปฐมนิเทศ ทฤษฎี และนำเสนอเฉพาะทางได้ทันทีกรณีที่เกิดเหตุการณ์โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เนื่องจากในการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้ในการสังคมศาสตร์ด้วยการรวบรวมวิธีการใช้ผู้สังเกต (observer) ทฤษฎี (theory) วิธีการ (methods) และ ข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical material) ที่เข้าซ้อนกัน นักวิจัยหวังว่า จะจัดจุดด้อย หรือ ความลำเอียงภายในและปัญหาที่เกิดจากการใช้วิธีการอย่างเดียวและการใช้ทฤษฎีเดียวในการศึกษา ในการศึกษานี้ใช้การตรวจสอบจาก

1. Theory Triangulation การใช้มุมมองของทฤษฎีต่าง ๆ มาพิจารณาข้อมูลชุดเดียวกัน

2. Data Triangulation การเปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบ

3. Multiple Investigator Triangulation การใช้นักวิจัยหลายคนในสนามแทนการใช้นักวิจัยเพียงคนเดียว

4. Methods Triangulation การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ

ผลการตรวจสอบสามเส้าทั้ง 4 วิธี พบว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น มีประเด็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งเชิงทฤษฎี เชิงเนื้อหาของกิจกรรม เมื่อนำมาบูรณาการนักวิจัยพบว่า เป็นไปตามรูปแบบฯ ที่ได้สร้างขึ้นจากผลการศึกษาทุกขั้นตอน โดยสามารถทำตารางเปรียบเทียบได้ ดังตารางที่ 5

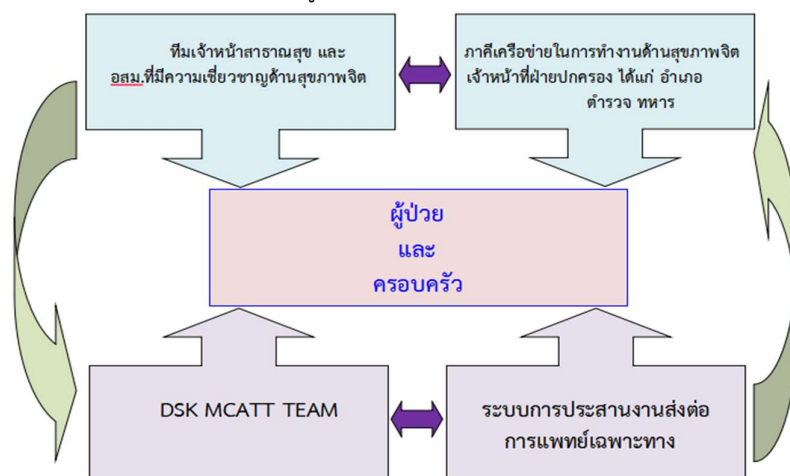
ตารางที่ 5 การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น

Theory Triangulation	Methods Triangulation	Multiple Investigator Triangulation	Data Triangulation
1. สมรรถนะด้านการจัดการความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการป้องกันการฆ่าตัวตาย	กิจกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะของร่างกาย	นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตบำบัด	
2. สมรรถนะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	จำนวนคน และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ งานประเพณี ชุมชนต่าง ๆ ในชุมชน	อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์ประจำภาควิชาคอมพิวเตอร์	ค่า $r = 0.513^{**}$ P-Value $< .001$
3. สมรรถนะด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	กิจกรรมการพัฒนาจิตใจ และการป้องกันภัยจากสื่อออนไลน์		

**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบกับข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง และพบว่าเมื่อนำมาตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น ข้อมูลมีความเห็นพ้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัย

จึงสามารถสรุปเป็น รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น ในพื้นที่อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ในชื่อว่า “ดอยสะเก็ดอุ่นใจโมเดล (Doisaket Aunjai Model)” ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 “ดอยสะเก็ดอุ่นใจโมเดล (Doisaket Aunjai Model)”

อภิปรายผลการวิจัย

1) ศึกษาระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับของความคิดการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับรวมรายด้าน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45) โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านร่างกาย และ ด้านเศรษฐกิจ (ตามลำดับ) สามารถอภิปรายได้ว่า ระดับความเครียด สามารถเกิดได้จากทุกมิติสุขภาพ โดยขึ้นกับสถานการณ์ที่บุคคลนั้นประสบ โดยความรุนแรงของระดับความเครียด และความซึมเศร้า ขึ้นกับเหตุการณ์ระยะเวลา และประสบการณ์ของผู้ประสบเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ju, Hyeon-Jeong ได้ศึกษาการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผลโดยตรงของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ส่งผลต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนจากครอบครัว สถานะสุขภาพส่วนบุคคล และความหมกหมุ่นทาง ตัวแปรเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 66 ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความหมกหมุ่นทางมีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญต่อการสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม และสถานะสุขภาพส่วนบุคคลมีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญต่อการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่มีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญต่อการสนับสนุนของครอบครัว แต่ในสถานการณ์ที่มีความรุนแรง เช่น สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า มีระดับความรุนแรงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้น จนอาจถึงระดับการมีความคิด

ฆ่าตัวตายในบางครอบครัวได้สอดคล้องกับธนสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชน พบว่า กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อโควิด-19 โดยตรง พบว่าสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้และให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

2) ศึกษาระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับรวมรายด้าน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35) โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด (ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกิจกรรมโดยแบนดูราเชื่อว่าบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ และถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพรศ พญาพรหม ได้ศึกษาการพัฒนาแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัย

อยู่ในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่การทดลองก่อนจนถึงการทดสอบปลายหลักสูตร ร้อยละ 80 ของตัวอย่างมีทักษะสูงในการดูแลตนเอง และร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอาวี พุ่มประไพทย์ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองผู้สูงอายุมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองมีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดการฆ่าตัวตาย กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.513 ค่า P-Value < 0.01 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อภิปรายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถส่งผลต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ได้เพราะประชาชนจะเกิดความมั่นใจต่อการรับมือในสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ได้ดี ซึ่ง การรับรู้ความสามารถของตนเองตามที่ Bandura ได้กล่าวไว้คือ ต้องประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) ต้องเกิดจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งถือเป็น

วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการการรับรู้สมรรถนะตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเอง จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ ร่วมกับการทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จะทำให้ใช้ทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่บุคคลได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น กระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นอยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นและบุคคลจะต้องบอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกันถ้าเขามีความตั้งใจและพยายามมากขึ้น 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) คือ การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วยสอดคล้องกับณัฐพงษ์ พิงภู ได้ศึกษาการวิจัยผลงานวิธีเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล มีหนึ่งวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเข้าใจสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิธีการพัฒนาสมรรถนะจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาสมรรถนะ

ตนเองในกลุ่มทดลอง ทำให้มีสมรรถนะการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองและ ติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ระดับ 0.01

4) ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำสู่การพัฒนา รูปแบบ การสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุ ตอนต้น

ผลการเสนอแนะ สรุปได้ว่า 1) ควรมีการอบรม เพื่อเพิ่มทักษะและสมรรถนะการดูแล สุขภาพจิตให้แก่ อสม. ทีมปกครองได้แก่ ผู้นำชุมชน ชรบ. และ อภปร.หมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นพี่เลี้ยงในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 3) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ได้แก่ อำเภอ ตำรวจ ทหาร ควรเป็นภาคีเครือข่ายในการทำงานด้าน สุขภาพจิตในทุก ๆ สถานการณ์ทั้งในยามปกติและ ในยามที่เกิดปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตชุมชน 4) ควรมีตัวแบบที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจแล้วเข้า มาร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับครอบครัวผู้ป่วย และ 5) ระบบการส่งต่อควรสามารถประสานได้ทั้งใน ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และการรักษาแบบเฉพาะ ทางได้ทันทีกรณีที่เกิดเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและ ผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่” มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่

อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ มีความสัมพันธ์ในระดับ ปานกลาง ดังนั้นควรมีการนำเอาผลการศึกษามา บูรณาการกับกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะ ตนเองในประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อเสริมสร้าง สมรรถนะในการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ลดหรือทำให้ไม่เกิดความคิดในการฆ่าตัวตาย

2. ควรมีการสร้างทีมจิตอาสาเพิ่มขึ้นใน ชุมชนเพื่อร่วมแก้ปัญหาการดูแลผู้ที่มีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ทั้ง กลุ่มที่ควบคุมได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ รวมทั้ง ขยายจิตอาสาเพื่อไปดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง อื่น ๆ ในชุมชน

3. ควรมีกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตในชุมชน ควรใช้พื้นที่หรือชุมชนเป็นฐาน ในการพัฒนาด้านสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ ตระหนักถึงความเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา

4. สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานใน หลากหลายรูปแบบ โดยเน้นทุกภาคส่วนเข้ามา ร่วมกันพัฒนางานโดยยึดหลัก ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วม ประเมินผล

5. สร้างภาคีเครือข่ายการทำงานแบบสห วิชาชีพเพื่อแก้ปัญหานี้ให้มีความเข้มแข็ง และ ร่วมมือกันในรูปแบบพหุภาคีแบบไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรประยุกต์โปรแกรมการประยุกต์สมรรถนะ ตนเองด้านสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสร้างเสริม สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน ประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น พื้นที่ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่

2. สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย โดยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงอันตรายจากภาวะสุขภาพจิต โดยการให้ความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และนำผลการวิจัยไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย

3. ควรทำการศึกษา และสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองในการจัดการความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย หรือศึกษาทดลองรูปแบบที่เป็น Intervention ที่ต่างจากการค้นพบครั้งนี้

4. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบอื่นในการสร้างหรือเพิ่มเครือข่ายความร่วมมือให้มากขึ้นครอบคลุมทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณนายสาคร ไชยอำมาตย์ หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ และอาจารย์ ดร.มูจลินท์ แปงศิริ อาจารย์ ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล และขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณคณะกรรมการตรวจสอบงานวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้ให้คำปรึกษาทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอต๋อยสะเก็ด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอต๋อยสะเก็ด และ

กลุ่มตัวอย่างอำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง : REC No. CM 21/2568

เอกสารอ้างอิง

Malihe S.M. et al., (2021). **Coronavirus (COVID-19)-associated psychological distress among medical students in Iran.** Clinical, biological and molecular aspects of COVID-19, 245-251.

Amany E.M. & Amira M.Y. (2021). Depressive, anxiety, and post-traumatic stress symptoms affecting hospitalized and home-isolated COVID-19 patients : a comparative cross-sectional study. Middle East Current Psychiatry

Department of Mental Health. (2024). **True friend's technique to take care of your heart to avoid depression after the New Year Festival 2024.** Retrieved 20 November 2024. From <https://dmh.go.th/newsdmh/>.

Yamane, T. (1973). **Statistics: An introductory analysis.** A Harper international edition, Newyork, Evaston. London.

Hyeon-Jeong, J. (2019). **A Study on the Relationship Between the Variables Related to the Health**

- Promoting Behavior of the Elderly. KoreaScience, 17(2), 243-254.
- Wijitrphan, T. and Kijwattanaphokin, K.,(2022). Prevalence and associated factors of anxiety, stress and depression during the COVID-19 outbreak situation
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84(2), 191.
- Payaprom, Y. (2019). A Development of Activity Model for the Enhancement of Nursing Students' Self-Efficacy in Performing an Educational Intervention to Promote Health of Community-Dwelling Older Adults. Journal of Education Studies, 47(4), 386-406.
- Phumprawai, A. Jenjamran, B. Wongnuwat, P. et al., (2019). The effect of self-esteem enhancement program on depression of elderly people in Bo Phloi Subdistrict, Sam Khok District, Pathum Thani Province. Journal of Nursing Faculty, Burapha University, 27(1), 33-41.
- Phuengpho,N. and Chanprasit,T. (2023). A mixed-methods research to develop competency in caring for the elderly with depression using a simulation learning program for nursing students. Interdisciplinary and Sustainability Review Thai, 12(2), 49-63.
- among factory workers in Sanpatong district, Chiangmai province. Journal of Health Science of Thailand, 31(3), 393-403.

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเชียงดาว
อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

Outcome of Palliative Care in Patients, Chiangdao Hospital,
Chiangdao District, Chiang Mai Province.

ภัคจิรา คำปาลี (Pukjira Khampalee)*

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลเชียงดาว และเพื่อประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลเชียงดาว โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม แนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ T-test ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมของ POS ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.01$) แสดงถึงผลลัพธ์ของการดูแลตามรูปแบบฯ ได้บรรลุผลดี ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของครอบครัวเท่ากับ 4.11 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) แสดงถึงความพึงพอใจในระดับมาก

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ / E-mail: Pjr.kham@gmail.com

* Registered Nurse, professional level, Chiang Dao Hospital, Chiang Dao District, Chiang Mai Province.

/E-mail: Pjr.kham@gmail.comabstract

Abstract

This quasi-experimental research aims to study and compare the outcomes before and after receiving care according to the palliative care model of Chiang Dao Hospital and to assess the satisfaction of the family or primary caregiver towards the palliative care model of Chiang Dao Hospital. The developed model uses the holistic care framework and Watson's theory of human care. Data were collected using the Palliative Care Outcome Scale (POS) and the satisfaction assessment form of the family or primary caregiver of palliative care patients. The patients received care according to the palliative care model of Chiang Dao Hospital from the ward nurses together with the multidisciplinary team, including doctors, pharmacists, nutritionists, and physical therapists. The data were then analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean score, standard deviation, and comparison of mean scores using the T-test.

The results of the research found that the outcomes of care according to the palliative care model of Chiang Dao Hospital had average scores for each item and overall POS before and after using the care model Significantly decreased (P -value = 0.01) Indicating that the results of the care according to the model were successful. The average satisfaction level of the family was 4.11 points (full score 5 points), indicating a high level of satisfaction.

Keywords: *Palliative care, model of end-of-life care, POS*

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care คือ การดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคอง สามารถให้การรักษาควบคู่กับการรักษาหลัก เช่น การรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยก็ยังได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน เช่น การรับเคมีบำบัด การรับการรักษารังสี โดยไม่ได้ไปจำกัดการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ แต่ในระยะท้ายที่สภาวะร่างกายของผู้ป่วยอาจไม่เหมาะสมกับการรักษาเดิม เช่น การรักษาเคมีบำบัด การรักษาแบบประคับประคองจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวโรค เข้าใจการพยากรณ์ของโรค เข้าใจการรักษาและเข้าใจถึงผลประโยชน์ และความเสี่ยงจากการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

โดยการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ การดูแลที่สำคัญในระยะท้ายคือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะทำได้โดยมุ่งเน้นที่การระงับหรือลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการแสดงต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และ จิตวิญญาณ (WHO, 2020) จากสถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายถึง 25.7 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงประมาณ 3.6 ล้านคนเท่านั้นที่ได้รับการ

ดูแลแบบประคับประคองซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยกลุ่มโรคที่พบในผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 38.5 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34 โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.6 รวมถึงโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบติดเชื้อ โรคพาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคทางระบบประสาท ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติแต่กำเนิด และโรคผิวหนัง สำหรับอาการที่พบบ่อยและร้ายแรงที่สุดที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคองคือ อาการความเจ็บปวด และหายใจลำบาก (WHO, 2020)

สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) ปีงบประมาณ 2566 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 30.96 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 35.44 และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 42.68 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 47.44 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 26.85 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 21.62 ตามลำดับ (Health data center, 2023)

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้ดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2564-2566) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 25.22, 46.87 และ 50.32 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองสามอันดับแรกในปี 2566 คือ โรคมะเร็ง, ปอดอักเสบ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดงาน Palliative Care ของโรงพยาบาลเชียงดาว ปี

2564-2566 พบว่าร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้ทำกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Plan (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 25.23, 46.88 และ 49.58 ตามลำดับ ซึ่งผลการดำเนินการดังกล่าวมีค่าน้อยกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 50) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษาด้วยยา Strong opioid คิดเป็นร้อยละ 38.04, 21.85 และ 12.87 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายเช่นกัน (เป้าหมายร้อยละ 30) จากข้อมูลข้างต้นทำให้ทราบถึงปัญหาเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลเชียงดาวใน รูปแบบเดิมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่ายังไม่มีการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางชัดเจน ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการเชื่อมโยงส่งต่อหลังจำหน่าย ทำให้การประเมินปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายยังเข้าไม่ถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยยังอาจไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะใกล้ตายและเสียชีวิตอย่างสงบสุขตามความปรารถนา ไม่ได้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเหมาะสม ครอบครัวยังขาดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร จันทระเสนา และปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร พ.ศ. 2561 ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง พบปัญหาเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน จึงได้ศึกษาและพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นมีความ

เหมาะสมและความเป็นไปได้และมีการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สิ่งที่สำคัญ คือมีความเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ โดยคำนึงถึงสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายคือการได้รับความรัก ความอบอุ่นจากญาติ บุตรหลาน กำลังใจจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือที่ดี การดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายการดูแลในชุมชนรวมทั้งมีระบบการส่งต่อ การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ตอบสนองความต้องการ สามารถจัดการปัญหาและอาการรบกวนได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนกระทั่งถึงวาระท้ายของชีวิต เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก (Chandrasena & Phromsaka Na Sakon Nakhon, 2018)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงดาวจึงได้ทบทวนและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาวที่เหมาะสมกับบริบท โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ บูรณาการความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาล บริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณเป็นรายกรณี สอดคล้องกับแนวคิดจากรูปแบบการดูแลแบบ ประคับประคองที่ได้มาตรฐานจัดการเป็นรายกรณี (Boonyoung & Wisai, 2020. & Khon Kaen University, 2017) ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการโรค (Disease Management) 2) การประเมินทางด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณและวางแผนการดูแล 3) การ

ประเมินและวางแผนการดูแล 4) การติดตามและ ประเมินผล โดยนำรูปแบบดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว

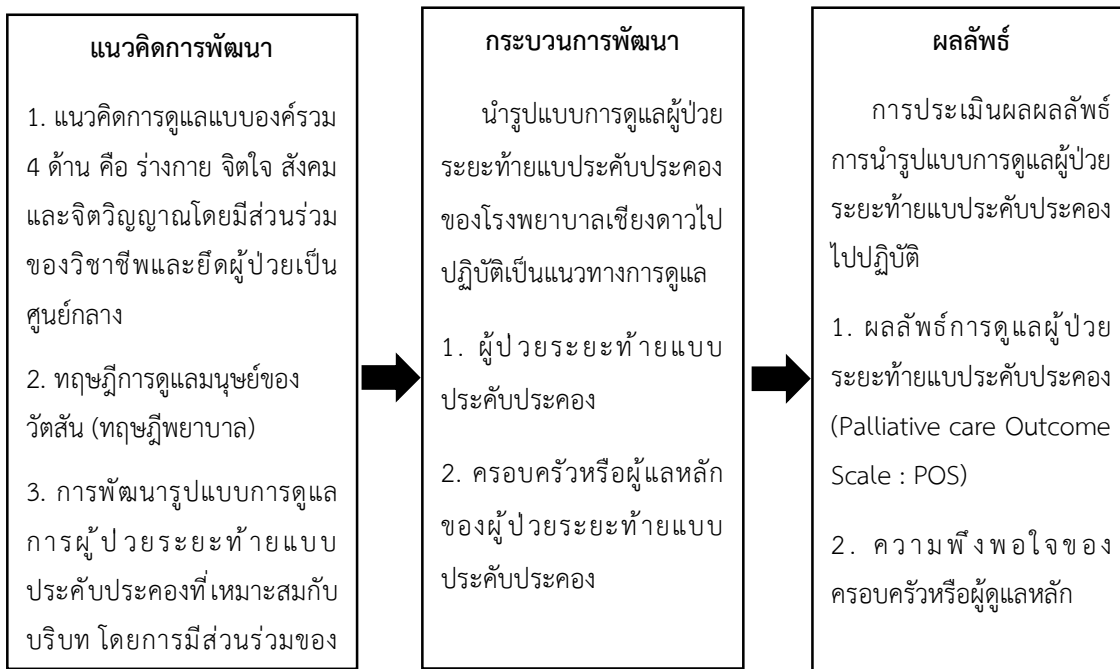
การวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาเชิงคุณภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการเข้าถึงการดูแล แต่โรงพยาบาลเชียงดาว ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลเชียงดาว อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว และเพื่อประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว หากการศึกษานี้เสร็จสิ้นสามารถนำข้อมูลที่ศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้แบบแผนวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยระยะท้ายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเชิงดาว คือผู้ป่วยระยะท้ายที่รักษาตัวนอนอยู่ในโรงพยาบาลเชิงดาว ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ที่แพทย์ได้วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 30 คน (โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยอ้างอิงจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวม POS ก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากงานวิจัยก่อนหน้า (Thiangkeaw & Sukheeluk, 2018) ที่ค่า alpha error probability เท่ากับ 0.05 ค่า Power

(1-beta error probability) เท่ากับ 0.9 โดยใช้โปรแกรม G*Power (16) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและลงความเห็นว่าจะรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)
- มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม PPS level ระหว่าง 40 – 100
- มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความบกพร่องทางจิต
- ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัยและสมัครใจเป็นจิตอาสาในการวิจัย
- ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี
- ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม PPS level น้อยกว่า 40
- มีความบกพร่องของสติสัมปชัญญะ หรือมีความบกพร่องทางจิต
- ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ป่วยที่ยังไม่รับทราบผลการวินิจฉัย
- ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมและให้ความร่วมมือ

ในการวิจัย

(ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ได้เข้าร่วมเป็นจิตอาสาในการวิจัย ยังคงได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเชียงดาว อำเภอยางตลาด จังหวัดเชียงใหม่ แต่ไม่มีการเก็บข้อมูลการประเมินผลลัพธ์การดูแลนำมาประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลร่วมของโครงการวิจัยในครั้งนี้)

2. ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ขึ้นไปและรับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าร่วมเป็นจิตอาสาในครั้งนี้ และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย
 - 2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS)
 - 2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว โดยการพัฒนาารูปแบบจากการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ประกอบด้วยกระบวนการดังต่อไปนี้

1.1 การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

1.2 การประเมินอาการแรกรับ ครอบครัวแบบองค์รวม

1.3 การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมดูแลหลัก

1.4 การดูแลจัดการอาการรบกวนทางกาย การให้ข้อมูลคำปรึกษาทำ Advance care plan การดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณและดูแลครอบครัว

1.5 การให้การดูแลต่อเนื่องประเมินซ้ำเป็นระยะ ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตาม Palliative Performance score (PPS)

1.6 การติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1.7 การติดตามการปรับตัวของญาติหลังการสูญเสีย (Bereavement care)

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงดาว จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงและความชัดเจนของการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะ โดยตรวจสอบความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.95, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย ศาสตราจารย์ จูลี เอิร์น (Julie Hearn) และศาสตราจารย์ไอรีน เจ ฮิกกินสัน (Irene J. Higginson) จาก King's College, London, United Kingdom (1999) ฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เผยแพร่เป็นคู่มือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย เนื่องด้วยแบบสอบถามนี้ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลกและผ่านการใช้ในประเทศไทยแล้วจึงไม่ได้สอบการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 15 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แล้ว ได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงดาว และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion Criteria)

3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก โดยการอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการ

บาท (Cronbach's Alpha /coefficient) ได้เท่ากับ 0.77

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของกองการพยาบาล ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับว่ามีความตรงและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย มีงานวิจัยที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 (Kachenchai & Atsawaphatt, 2021) จากงานวิจัยอ้างอิงข้างต้นพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยมีความตรงของเนื้อหาเป็นที่น่าเชื่อถือ จึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 15 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาท (Cronbach's Alpha /coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

เก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเซ็นใบยินยอม (Informed Consent from)

4. ผู้วิจัยให้การดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกคนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS) จำนวน 2 ครั้ง (ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ

ประคับประคอง ของโรงพยาบาลเชิงดาว) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์แบบสอบถามเองทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก สามารถเขียนหนังสือเองได้และมีความพร้อมจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง แต่กรณีที่ไม่มีความพร้อมตัวผู้วิจัยจะสัมภาษณ์และกรอกข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก หลังจากมีการตอบแบบประเมินทั้งครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินไปเก็บไว้ที่ห้องพัฒนาคุณภาพซึ่งเป็นี่ทำงานของผู้วิจัยทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล /เกณฑ์การแปลผล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา และศาสนา นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน - หลัง โดยใช้สถิติ T-test

3. ระดับความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแล คิดค่าคะแนนเฉลี่ยหลังให้การดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (ทฤษฎีพยาบาล) ผู้ศึกษาได้คำนวณและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 68.57 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ย 9,386.67 บาท/เดือน ส่วนใหญ่เป็นสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	S.D.
1. เพศ			0.50
ชาย	18	60	
หญิง	12	40	
2. อายุ	อายุเฉลี่ย 68.57 ปี		10.54
40 – 60 ปี	6	20	
มากกว่า 60 ปี	24	80	
3. ระดับการศึกษา			0.65
ไม่ได้ศึกษา	11	36.7	
ประถมศึกษา	18	60	
ปวส./อนุปริญญา	1	3.3	
4. สถานภาพสมรส			0.53
โสด	2	6.7	
สมรส	21	70.0	
หม้าย	7	23.3	
5. รายได้ครอบครัว	รายได้เฉลี่ย 9,386.67 บาท/เดือน		5362.94
6. สิทธิการรักษา			0.59
สิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC)	27	90	
เบิกได้	2	6.7	
สิทธิการรักษาในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	1	3.3	
7. ศาสนา			0.35
พุทธ	26	86.7	
คริสต์	4	13.3	

ผลลัพธ์การให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
 ประคับประคอง ประเมินโดยใช้แบบประเมิน
 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
 ประคับประคอง (Palliative care Outcome
 Scale : POS) จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับ
 การดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
 ประคับประคอง ของโรงพยาบาลเชียงดาว พบว่า

คะแนนเฉลี่ยของ POS รายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมด
 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกัน โดย
 คะแนนเฉลี่ย POS รายชื่อและโดยรวมของผู้ป่วย
 ทุกคนมีค่าลดลงหลังการใช้รูปแบบการดูแล อย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แสดงถึงผลลัพธ์
 ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้
 การดูแลได้บรรลุผลดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30)

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ	$\bar{x}$	S.D.	p-value
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคะแนน POS ก่อน	2.73	0.40	0.01*
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของคะแนน POS หลัง	1.59	0.52	
คะแนนเฉลี่ยรายข้อของคะแนน POS ก่อน	2.73	0.51	
คะแนนเฉลี่ยรายข้อของคะแนน POS หลัง	1.59	0.56	

*p<0.05

ระดับความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.11 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่า

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n = 30)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.66
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	3.83
3. ท่านได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.53
4. พยาบาลมีการพูดคุย ชักถามอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.00
5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	4.17
6. พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด	3.73
7. ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อ และศาสนาอย่างเหมาะสมในระหว่างอยู่โรงพยาบาล	4.43
8. พยาบาลได้มีการเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น	4.26
9. ท่านได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน	4.40
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวก เมื่อท่านมีปัญหา	4.13
คะแนนเฉลี่ยรวม	4.11

การอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วม

ของสหวิชาชีพ บูรณาการความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาล บริบททางสังคม และวัฒนธรรม ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (ทฤษฎีพยาบาล) ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม กาย จิต สังคม

และจิตวิญญาณเป็นรายกรณี สอดคล้องกับแนวคิดจากรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐานจัดการเป็นรายกรณี (Boonyoung & Wisai, 2020. & Khon Kaen University, 2017) ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการโรค (Disease Management) 2) การประเมินทางด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณและวางแผนการดูแล 3) การประเมินและวางแผนการดูแล และ 4) การติดตามและประเมินผล โดยรูปแบบที่ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลเชิงดาวพัฒนาขึ้น มีกระบวนการประกอบไปด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 2) ประเมินอาการแรกเริ่ม ครอบคลุมแบบองค์รวม 3) การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวและทีมดูแลหลัก 4) ปฏิบัติการดูแลจัดการอาการรบกวนทางกายให้ข้อมูลคำปรึกษาทำ Advance care plan ดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณและดูแลครอบครัว 5) ให้การดูแลต่อเนื่องประเมินซ้ำเป็นระยะ ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตาม PPS 6) ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ 7) ติดตามการปรับตัวของญาติหลังการสูญเสีย (Bereavement care) ซึ่งหลังจากใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย POS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้การดูแลได้บรรลุผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา เทียงแก้ว และประทีป สุชีลักษณ์ (Thiangkeaw & Sukheeluk, 2018) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (วัดผลด้วย palliative care outcome scale : POS) และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีผู้ป่วย 32 คน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การ

ดูแล (POS) หลังได้รับการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน 28.84 หลัง 17.13, $p < 0.001$) ทั้งนี้เกิดจากการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งทางด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงมีการดูแลต่อเนื่องไปถึงชุมชนจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ระดับคะแนนความพึงพอใจในภาพรวม เท่ากับ 4.11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 82 อยู่ในระดับพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร จันทรเสนา และปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร (Chandrasena & Phromsaka Na Sakon Nakhon, 2018) ที่ ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อจากแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่า ในเรื่องของการรับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวด อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.66, 3.83, 3.78 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากการผลิตเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย อัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจมากทุกข้อ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีคุณภาพชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลเชียงดาว สามารถเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงดาว

2. ทีมนำทางด้านคลินิก ติดตามผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเชียงดาว นำร่องให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคที่สำคัญอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลเชียงดาวได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

2. ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่ช่วยกลั่นกรองและสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเชียงดาวและผู้มีส่วนร่วมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและการสนับสนุนเป็นอย่างดีจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 15/2567

เอกสารอ้างอิง

Boonyoung, S. & Wisai, K. (2020).

Palliative Outcome Score, Stress and Depression of the

Caregivers after Implemented Home-Based Palliative Care Guideline among

Terminally Ill Patients of Primary Care Network, Phrao District, Chiang Mai Province.

LannaPublic Health Journal, 16(2), 104-117. [Online]. Retrieved March 16, 2024 from

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/242647/168725>

Chandrasena, N. & Phromsaka Na Sakon Nakhon, P. (2018). Development of patient

care system.Palliative care at Nong Han Hospital, Nong Han District, Udon

Thani Province. Nong Han Hospital Udon Thani Province.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using

G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses.

Behavior Research

Methods, 41, 1149-1160.

Jabbrapai et al. (2021). Development of Palliative Care Model for End Stage Cancer

Patients: Seamless Care of Phraputhabat Hospital Network. **Journal of Health**

Science, 30(6), 1101-1111. [Online]. Retrieved March 16, 2024 from

<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/11569/10011>

Kachenchai, S. & Atsawaphatt, M. (2021). The Development of end-of-life care palliative

system for continuing care at home of the patients in the Outpatient department.

Department of health Service Support Journal, 17(3), 27-36. [Online]. Retrieved

March 16, 2024 from <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/11493/9883>

Khon Kaen University. (2017). **Palliative Care Toolkit**. Khon Kaen: Karunrak Center

Srinakarin Hospital Ministry of Public Health. (2024). **Palliative care for end-of-life patients**. [Online].

Retrieved March 16, 2024 from

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.

[php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69](php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69)

<fb38b5&id=a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086>

Napnian, R. (2021). The Effects of Palliative Care in Spiritual Aspect.

Nakhonphanom

Hospital Journal, 8(2), 65-77.

[Online]. Retrieved March 16, 2024 from

<https://he01.tci->

[thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252669](thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252669)

Nimmanrat, Sasikarn. (2007). **Pain & Pain management in Special Population**(1st ed.).

Songkhla: Chanmuang Printing.

Nilmanat., Kittikorn. (2012). **End-of-life care**. Songkhla: Chanmuang Printing.

Petchpichetchasian, Wongchan. (2011). **Best nursing practice in cancer care** Songkhla:

Chanmuang Printing.

Phengjard, J. (2010). Applying Watson's Human Caring Theory into Palliative care.

Associate Professor, Department of Adult and Aging Nursing. The Thai Red

Cross College of Nursing, 3(1-3), 1-17. [Online]. Retrieved March 16, 2024 from <https://he02.tci->

thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/40052/33053

Thiangkeaw, S. & Sukheeluk, P. (2018). Outcome of Palliative Care in Cancer Patients in

Maharach hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. **Journal of the Preventive**

Medicine Association of Thailand, 8(1), 88-95. [Online]. Retrieved March 16, 2024

from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/126681>

Wisessrit, Wasinee. (2023) **Palliative care: service system design and professional**

nursing competency development(1st ed.). Bangkok: Chulalongkorn University

Press.
World Health Organization. (2020). **Palliative care : Cancer**

control: Knowledge into action.

[Online], Retrieved January 5 2023, from http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/index.html
World Health Organization. (2020).

Global atlas of palliative care at the end of life.

[Online], Retrieved January 10 2023, from https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Yanarom, B. (2020). The development of palliative care system for end of life patient at

Yasothon hospital. **Journal of Health and Environmental Education**, 5(4), 195-200.

[Online]. Retrieved March 16, 2024 from <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252899/170704>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Development of a clinical practice nursing guideline for heart disease patients receiving warfarin in the Outpatient Department, Doisaket hospital, Chiangmai Province

อัญญาณี เกียรติฉวีพรรณ Anyanee Kiatchaweephan*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผล แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพรินในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับผู้ป่วยในคลินิกแอสไพริน จำนวน ราย การ 30 ดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้ และระยะ ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแอสไพริน แบบประเมินทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค แบบประเมินความพึงพอใจ แบบการสังเกตการ ปฏิบัติงาน ในคลินิกแอสไพริน และแบบบันทึกข้อมูลผลตรวจเลือดหาค่า INR วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการ วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน ประกอบด้วย 1) การจัดระบบบริการในคลินิก 2) ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วย 3) กำหนดแนวทางปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ได้รับยาแอสไพริน โดยมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน 4) การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยเภสัชกร 5) จัดสื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน 7) มีระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย ผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลฯ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแอสไพริน มีทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ใช้อาได้ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษา และช่วยลดอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ มีความพึงพอใจต่อการบริการ เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาแอสไพรินก่อนและหลังการ พัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบคะแนนหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

คำสำคัญ: ยาแอสไพริน, ผู้ป่วยโรคหัวใจ, แนวปฏิบัติการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด อีเมลล์ : yanee.ay@gmail.com

*Registered Nurse, Professional level .Doi saket Hospital. Email : yanee.ay@gmail.com

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) study aimed at developing and evaluating nursing practice guidelines for cardiac patients receiving warfarin in the outpatient department of Doisaket Hospital, Chiang Mai Province. A purposive sample of 30 patients from the warfarin clinic participated in the study, which was conducted in three phases: (1) development of the nursing practice guidelines, (2) implementation, and (3) evaluation. Data collection methods included interviews, knowledge assessment questionnaires on warfarin use, attitude assessments on risk perception, satisfaction surveys, observational checklists in the warfarin clinic, and INR test records. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The developed nursing practice guidelines comprised seven key components: (1) structured service delivery in the clinic, (2) interdisciplinary team-based patient care, (3) clear protocols for managing cardiac patients on warfarin, (4) individualized pharmacist consultations, (5) educational materials on diet and self-care, (6) home visit follow-ups, and (7) a support system for healthcare network consultations. Implementation of these guidelines led to significant improvements in patient knowledge and understanding of warfarin use, enhanced risk awareness, and better adherence to proper medication use and self-care practices. Patients maintained INR levels within the therapeutic range, reducing adverse drug reactions and increasing overall satisfaction with healthcare services. A comparison of pre- and post-intervention knowledge scores demonstrated a statistically significant improvement ($p < 0.01$).

Keywords: Warfarin, heart disease patients, nursing practice guidelines

บทนำ

ยาแวนาร์ฟาริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ การใส่ลิ้นหัวใจเทียม ภาวะลิ่มเลือดในสมอง และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยานี้มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว แต่ก็มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่เลือดออก

เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ทั้งนี้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาแวนาร์ฟารินพิจารณาจากค่าการแข็งตัวของเลือด International Normalized Ratio (INR) โดยค่าที่เหมาะสมคือระหว่าง 2-3 ระดับ INR ที่สูงเกินไปเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ ขณะที่ระดับ INR ที่ต่ำเกินไปเพิ่มโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

(Ansell , Hiirsh , Poller , Bussey , Jacobson ,& Hylek , 2004: 204) ซึ่งการปรับขนาดของยา

การควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมระดับยาในเลือด International Normalized Ratio (INR) ให้คงที่อยู่ในช่วงที่มีผลต่อการรักษา เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาโรค และลดภาวะแทรกซ้อน เช่น INR สูงเกินไปเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกตั้งแต่เลือดออกเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต INR ต่ำเกินไปเพิ่มโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในสมองหรืออวัยวะสำคัญ ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ (Khamput & Nakariyakul, 2009: 253-259) นอกจากนั้นยังพบปัญหาหลายประการ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน บางรายขาดความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ส่งผลต่อระดับยา การปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเลือดออก การดูแลรักษาผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา ผู้ป่วยควรมีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค) Singhasiri,, Homehong, & Moonsri, 2023:152) พบว่าการให้ความรู้ และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและญาติผู้ป่วยนั้น จะทำให้การรักษาด้วยยาวาร์ฟารินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และหากผู้ป่วยมีทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการ ใช้ยา และการรับประทานยาตรงตามคำสั่งของแพทย์ได้มากขึ้น

โรงพยาบาลดอยสะเก็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ดูแลประชากร 60,391 คน และรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอดอยสะเก็ด จากข้อมูลเวชสถิติของโรงพยาบาลดอยสะเก็ดตั้งแต่ 2564- 2566

มีผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin จำนวน ทั้งหมด 167, 176 และ 1 87คน มีผู้ป่วยที่ต้องควบคุมระดับ INR นอกเป้าหมายร้อยละ 16.77, 13.06, และ 9.09พบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 7.2, 6.8 และ 2. ตามลำดับ 3ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Health Insurance Group Medical strategy and information Doi Saket Hospital, 2022 :10-22 (นอกจากนั้นจากการสอบถามพบผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีประวัติการซื้อยาสมุนไพรและอาหารเสริมมาทานร่วม และทานอาหารที่เสริมฤทธิ์ยาวาร์ฟาริน รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอาการไม่พึงประสงค์เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน, จุดจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง, มีเลือดกำเดาไหล, และมีเลือดออกในทางเดินอาหาร จากอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมากขึ้น และค่าINR นอกเป้าหมายมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการในคลินิกวาร์ฟารินได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยพบปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง 1) ด้านผู้ให้บริการ พบว่าไม่แน่วแน่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินที่ชัดเจน ทำให้การรักษาผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการกำหนดค่า INR ที่ต้องรายงานแพทย์ทันที แพทย์มีการปรับขนาดยาไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาในคลินิกวาร์ฟารินมีค่า INR อยู่นอกเป้าหมาย 2) ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาวาร์ฟาริน จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหารที่มีผลต่อการเกิดอันตรกิริยากับยาวาร์ฟาริน ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาและการไม่มาตามแพทย์นัด ทำให้ระดับ INR อยู่นอกค่าช่วงเป้าหมายและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 3) ด้านระบบการส่งต่อข้อมูลการบริการพบว่าไม่มีรูปแบบการประสานงานที่มีความเชื่อมโยงเครือข่ายในการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยขาดนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนว

ปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลาฟาริน
ในโรงพยาบาลดอยสะเก็ดขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
และความปลอดภัยในการใช้ยาลดภาวะแทรกซ้อน และ
เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยา แวนิลาฟาริน
มากที่สุด

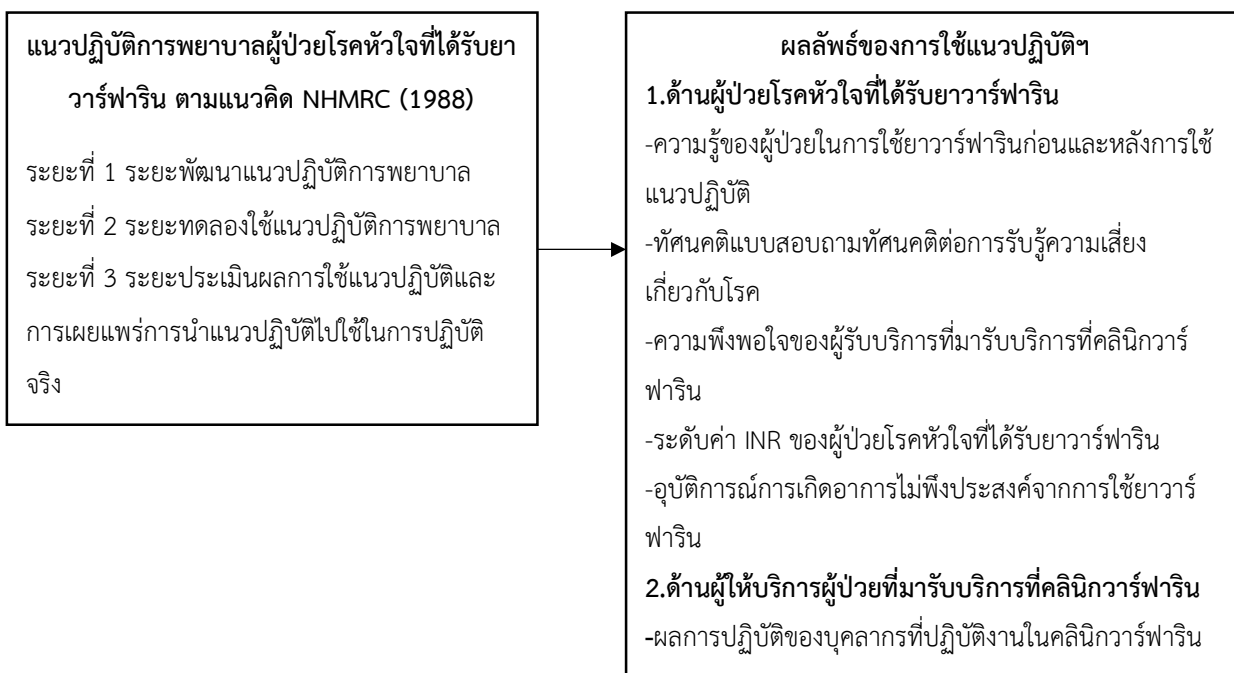
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
โรคหัวใจที่ได้รับยาแวนิลาฟาริน โรงพยาบาลดอยสะเก็ด
2. เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแวนิลาฟาริน โรงพยาบาลดอย
สะเก็ด

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการ วิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม Review of
Literature

1. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการ
แข็งตัวของเลือด
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg)
การวิจัยนี้เป็นการศึกษาตามกรอบการพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาล Clinical Nursing Practice
Guideline (CNPg) ของขั้นตอนการพัฒนา CNPg
National Health and Medical Research Council
(NHMRC, 1988:14-17) มาเป็นแนวทางในการพัฒนา
ฯ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะ
พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะ ที่ 2 ระยะ
ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะ
ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและการเผยแพร่การนำ
แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในการปฏิบัติจริง ดัง
แสดงในภาพที่ 1



วิธีการศึกษา (หรือ) วิธีวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยทำการศึกษาที่คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) ของขั้นตอนการพัฒนา CNPG National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1988:14-17) มาเป็นแนวทาง ในการพัฒนาฯ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ และการเผยแพร่การนำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง)Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกที่รับยารวาร์ฟารินโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 30 ราย ช่วงระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ 1) อายุ อยู่ระหว่าง 35 ปี เป็นต้นไป 2) ได้รับยารวาร์ฟารินในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป 3) มีข้อมูล INR ครบถ้วนและเพียงพอสำหรับการคำนวณค่า TTR โดยใช้ Rosendaal linear interpolation 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจากโครงการวิจัยได้ และมีเกณฑ์คัดออกจาก)Exclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟารินที่มีค่า INR ไม่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด 2) ผู้ป่วยยังมีการตรวจรับยาและติดตามอาการที่ โรงพยาบาลอยู่ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนเสร็จสิ้นโครงการฯ กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติงานในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลดอยสะเก็ด ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน และ) เภสัชกร จำนวน 2 คน เกณฑ์การคัดเลือก Inclusion

Criteria) คือ 1. ปฏิบัติงานที่คลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลดอยสะเก็ด 2. มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย ปีขึ้นไป 3 5. ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไป และการบริหารผู้ป่วย เกณฑ์การคัดออกจาก)Exclusion Criteria) คือ 1 . ลาดลอด ลาป่วย ลาเรียน ช่วงระหว่างการทำวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่รับยารวาร์ฟาริน

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

1) การจัดระบบบริการในคลินิกวาร์ฟาริน

2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) ข้อบ่งชี้ในการใช้ยารวาร์ฟาริน

4) การให้คำปรึกษาการใช้ยา

รายบุคคลโดยเภสัชกร

5) สื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

6) การติดตามเยี่ยมบ้าน

7) ระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย

1.2 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายการที่ใช้ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

1.3 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยารวาร์ฟาริน เป็นแบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นมาเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูกผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวคือ “ใช่” “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์การแปลผลคำตอบ ดังนี้ “ข้อความที่ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน” “ข้อความที่ตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน” การแปลผลจากคะแนนที่ได้โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของบลูม ดังนี้ ระดับความรู้สูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100 (คะแนนตั้งแต่ 10 - 12 คะแนน ขึ้นไประดับ

ความรู้กลางคะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 คะแนน ตั้งแต่ 7 - 9 คะแนนระดับความรู้ต่ำคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน

1.4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค จำนวน ข้อ 4 ลักษณะคำถามเป็นทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค เห็นด้วย มาก ปานกลาง น้อย และไม่เห็นด้วยเลย เท่ากับ และ 1 2 3 4 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนที่ได้ ดังนี้ ค่าคะแนน 3.-51 .400 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคระดับมากที่สุด ค่าคะแนน 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคระดับ ปานกลางค่าคะแนน 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคระดับน้อย ค่าคะแนน 1.00-1.50 ทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคระดับน้อยที่สุด

1. 5 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อ 5 คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบ) ลิเคอร์ท(Likert) ระดับ การแปลความโดยใช้ 5 อันตรภาคชั้น ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุดเท่ากับ และ 2 3 4 5 คะแนน ตามลำดับ 1 คะแนนเฉลี่ย 1 .00 - .180 หมายถึงพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2. หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 60 2.61 - 3.หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.หมายถึง พึงพอใจ 20ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5. 00หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด แบบประเมินระดับค่า 6 INR โดยพิจารณาจากช่วงของการรักษาและอุบัติการณ์ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวาร์ฟาริน โดยใช้ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยมาเป็นเกณฑ์ในการประเมิน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยที่มีมารับบริการที่คลินิก วาร์ฟาริน ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล หรือแผนก และตำแหน่งปัจจุบัน

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ใน 3 ประเด็นคำถามแบบปลายเปิด คือ ด้านผู้ให้บริการ ด้าน ผู้รับบริการ และระบบการเชื่อมต่อข้อมูลการบริการ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน

2.3 แบบการสังเกตการปฏิบัติงาน ในคลินิกวาร์ฟาริน ลักษณะข้อคำถามเป็นระดับความถี่ ในการปฏิบัติงาน มาก ปานกลาง น้อย และไม่ทำเลย เท่ากับ และ 0 ตามระดับ คะแนนอยู่ที่ 0 1 2 3 - 3 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1 - 3 คะแนน แบ่งออกเป็น ระดับ 3คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.หมายถึง การปฏิบัติการระดับดีคะแนนเฉลี่ย 1 00.5 - 2.50 หมายถึง การปฏิบัติการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 หมายถึง การปฏิบัติการระดับไม่ดี

2.4 แบบบันทึกการติดตามการเยี่ยมบ้าน

2.5 แบบบันทึกการติดตามการใช้ยารวาร์ฟาริน ด้วยตนเอง สมุดประจำตัว)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพรินแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์จำนวน 5 ท่าน ซึ่งคำนวณค่า ดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาสูง และสามารถสะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมนอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่า 0.93 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่พัฒนามีความเชื่อมั่นในระดับสูง และสามารถใช้ในการเก็บข้อมูลได้อย่างน่าเชื่อถือ

1.2 การตรวจสอบความตรงของแต่ละขั้นตอน แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 7 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ -การจัดระบบบริการในคลินิกแอสไพริน-ทีมสหสาขาวิชาชีพ-ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาแอสไพริน-การให้คำปรึกษาการใช้ยารายบุคคลโดยเภสัชกร-สื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน-การติดตามเยี่ยมบ้าน-ระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย นำแนวปฏิบัติการพยาบาล 7 ขั้นตอนไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิอีกชุดหนึ่งจำนวน 5 ท่าน ซึ่งคำนวณค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.87 ซึ่งแสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเชื่อมั่น

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลของผู้ป่วยได้ถูกตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพรินจำนวน 5 ท่าน ซึ่งคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.97 แสดงว่าแบบบันทึกข้อมูลมีความตรงตามเนื้อหาสูงมาก

2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือรวบรวมข้อมูลนี้มีความเชื่อมั่นในระดับ

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยสะเก็ดและยื่นคำขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง 18 มีนาคม 2567 ถึงเดือน ธันวาคม 2567 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในช่วง 3 ปีย้อนหลังและส่งข้อมูลให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบประเด็นปัญหาจากนั้นนำประเด็นปัญหาทั้งหมดมาพิจารณาเพื่อหาแนวทางหรือรูปแบบในการดำเนินงานต่อไป

2. จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้จากพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานในคลินิกแอสไพรินโรงพยาบาลดอยสะเก็ด

ทีมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพ

3. กำหนดโครงสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ระบุวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

4. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้กรอบ PICO ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน และประเมินคุณค่า ประเมินและคัดเลือก การให้บริบาลทางพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน ผู้ป่วยมีความร่วมมือ ในการใช้ยา ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค เรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตนที่เหมาะสม โดยกำหนด PICO ดังนี้ P (Patient or Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยารวาร์ฟาริน, I (Intervention) ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin, C (Comparison) ได้แก่ การดูแล /การพยาบาลปกติ, O (Outcome) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟาริน

5. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล จัดทำเอกสารคำแนะนำ เช่น การดูแลด้านอาหารและแผนส่งต่อข้อมูล กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร และขั้นตอนการปฏิบัติงาน

6. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบแนวปฏิบัติ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะนี้เป็นขั้นตอนการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติในบริบทจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้ .1การจัดประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมให้บุคลากรในทีมพัฒนารับทราบตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น พร้อมทั้งวัตถุประสงค์ ขอบเขต ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ที่คาดหวัง อธิบายวิธีการใช้งานเครื่องมือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบฟอร์มประเมิน ค่า INR และเอกสารให้คำแนะนำผู้ป่วย

2. การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะและความเข้าใจในการ

ปฏิบัติตามแนวทาง เช่นการให้คำแนะนำด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัว การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาการประเมิน และติดตามผลผู้ป่วย

3. การทดลองใช้แนวปฏิบัติในคลินิกวาร์ฟาริน นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปใช้จริงในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลดอยสะเก็ด ระยะเวลา 5 เดือน ใช้แบบฟอร์มและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น เช่น แบบบันทึกการติดตามผลผู้ป่วย เอกสารให้คำแนะนำด้านอาหารและการดูแลสุขภาพ

4.การเก็บข้อมูลระหว่างการทดลองใช้ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น ค่า INR ของผู้ป่วยและอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากยา ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา

5. การประชุมติดตามผลระหว่างดำเนินงาน จัดประชุมทีมพัฒนาอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรค รับฟังข้อเสนอแนะและปรับปรุงแนวปฏิบัติในระหว่างการทำงาน

6. การสรุปผลการทดลองใช้ วิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติสรุปประเด็นที่ต้องปรับปรุงเพื่อใช้ในการพัฒนาต่อในระยะถัดไป บุคลากรมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ เกิดข้อมูลพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงและประเมินผลในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและการเผยแพร่การนำแนวปฏิบัติ ในระยะนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการจากระยะที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของบุคลากรระยะประเมินผล โดยการประชุมกลุ่มเพื่อมาวิเคราะห์ร่วมกัน ประเมิน สิ่งที่เปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติลักษณะ และเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงโดยการประเมินจากระบบบริการได้แก่ การปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในคลินิก การใช้แนวปฏิบัติ และสื่อสาร และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การให้คำปรึกษา จากนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินชุดเดิมทั้งก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ และประเมินคุณภาพบริการจากการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีการติดตาม outcome 3 เดือนหลังจากการดำเนินการวิจัยการติดตามผลหลังจากการใช้แนวทางการดูแลใหม่อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือน จะช่วยประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้น เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของค่า INR และอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้ กิจกรรมในระยะที่ 3

1. การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากระบบบริการ วิเคราะห์ผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เช็กความถูกต้อง และความสม่ำเสมอของการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติ ความเหมาะสมและประสิทธิภาพของกระบวนการให้คำปรึกษา และติดตามผล ควบคุมการดำเนินการจัดการข้อมูลผู้ป่วย
2. การติดตามผลลัพธ์ระยะสั้นของผู้ป่วย ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย ลดอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแล
3. การเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากร เช่น ความเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ การพัฒนาทักษะและความมั่นใจของบุคลากร
4. การประชุมวิเคราะห์และสรุปผลร่วมกัน จัดการประชุมกลุ่มร่วมกับทีมพัฒนาและบุคลากรในคลินิก เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ หรือล้มเหลวของแนวปฏิบัติ การอภิปรายข้อดีและข้อจำกัดของแนวทาง
5. การติดตามผลในระยะเวลา 3 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

ต่อเนื่องเช่น การเปลี่ยนแปลงของค่า INR ความพึงพอใจของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร

6. การสรุปผลการประเมินและพัฒนาข้อเสนอแนะสรุปข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดเพื่อเสนอแนวทางการปรับปรุงและใช้แนวปฏิบัติอย่างยั่งยืนในระบบบริการ ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับใช้ในระบบบริการได้จริงและยั่งยืน ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในด้านความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคลากรมีทักษะและความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและจากการสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาที่คลินิกวารฟาริน จำนวน 30 คน เป็นเพศชายร้อยละ 50 และเพศหญิงร้อยละ 50 อายุระหว่าง 60-79 ปี ร้อยละ 80 และรองลงอายุ ปี ขึ้นไป ร้อยละ 20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.33 มีโรคประจำตัวพบโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจร้อยละ 26.22 ส่วนในการสูบบุหรี่พบ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.00 ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 10 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 63.34 และยังดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 36.66 ตามลำดับ

กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกวารฟาริน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 50 ถัดมาเป็นอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 30 และอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 20 ตามลำดับ การศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหรือแผนก 11 - 20 ปี ร้อยละ 50 รองลงมา 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 30 และ 5 - 10 ปี ร้อยละ 20 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 80 และเภสัชกร ร้อยละ 20

2. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยจากการบันทึกแบบสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ใน ประเด็น คือ ด้านผู้ให้บริการ 3 ด้านผู้รับบริการ และระบบการเชื่อมต่อข้อมูลการบริการ พบว่า

1) ด้านผู้ให้บริการ พบว่าไม่แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินที่ชัดเจน ทำให้การรักษาผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการกำหนดค่า INR ที่ต้องรายงานแพทย์ทันที แพทย์มีการปรับขนาดยาไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วย ที่ได้รับยาในคลินิกวาร์ฟารินมีค่า INR อยู่นอกเป้าหมาย ความคิดเห็นในด้านผู้ให้บริการ ในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2) ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา วาร์ฟาริน จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหารที่มีผลต่อการเกิดอันตรกิริยากับยา วาร์ฟาริน ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาและการไม่มาตามแพทย์นัด ทำให้ระดับ INR อยู่นอกค่าช่วงเป้าหมาย และเกิดอาการไม่พึงประสงค์

ความคิดเห็น ในด้านผู้รับบริการ ที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ควรมีการพัฒนาปรับปรุงโดย ระบบการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟาริน มีแนวทางในการให้คำปรึกษารายบุคคล สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย การใช้โมเดลยาอาหาร และการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์

(3ด้านระบบการส่งต่อข้อมูลการบริการ พบว่าไม่มีรูปแบบการประสานงานที่มีความเชื่อมโยงเครือข่ายในการ ส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยขาดนัด ความคิดเห็น ควรมีการส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการบริการผู้ป่วย ที่อยู่ห่างไกล หรือเดินทางเข้ารับบริการที่คลินิกลำบาก จะจัดระบบให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการปรึกษาโดยตรงจากแพทย์

3. สรุปการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน โรงพยาบาลดอยสะเก็ด ประกอบด้วย

1) การจัดระบบในคลินิกการให้บริการผู้ป่วยคลินิกวาร์ฟาริน แบบบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว)One stop service (โดยกำหนดวัน คลินิก วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ตั้งแต่ขั้นตอนการยื่นบัตรนัดจนกระทั่งรับยากลับบ้านประกอบด้วย 1)) การคัดกรองผู้ป่วย 2)) การค้นหาปัญหาด้านการใช้ยาและพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อระดับยาในเลือด 3)) การประเมินระดับยาในเลือดโดยการเจาะค่า INR และการคัดกรองจำแนกตามความรุนแรงในการดูแล 4)) การตรวจรักษาและคำนวณขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยแพทย์ 5 (การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยตรวจขนาด ของยาซ้ำ 6) การจ่ายยา 7(การออกนัด 8(การติดตามผู้ป่วย

2) ทีมสหวิชาชีพมี CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ สำหรับแพทย์ และสำหรับเภสัชกร ใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3) มีระบบตรวจสอบ)check List(ค้นหาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน

4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา จะเพิ่มช่องทางด่วนส่งตรวจเลือด

5) ส่งเข้าพบแพทย์ทุกโรคที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

6) มีแนวทางการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยา รายบุคคลโดยเภสัชกร

7) มีแบบฟอร์มใบส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการบริการผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล หรือเดินทางเข้ารับบริการที่คลินิกลำบาก จะจัดระบบให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการปรึกษาโดยตรงจากแพทย์

4.ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ ได้รับยาแอสไพริน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยในการใช้ยาแอสไพรินก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=30)

ความรู้ของผู้ป่วยในการใช้ ยาแอสไพริน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		p- value
	mean	SD.	mean	SD.	
คะแนนความรู้การใช้ยาแอสไพริน	7.07	1.202	9.90	.960	<.001

จากตารางที่ 1 ก่อนการพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยในการใช้ยาแอสไพรินมีคะแนนเฉลี่ย 7.07 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.202 และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ เฉลี่ยเท่ากับ 9.90 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .960 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความรู้ของผู้ป่วยในการใช้ยาแอสไพรินทั้ง 2 ครั้งพบคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ตารางที่ 2 แสดงทัศนคติแบบสอบถามทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารเสริม บางอย่างมีผลต่อความเสี่ยงของโรค	3.30	0.48	มาก	3.97	0.18	มากที่สุด
หากเกิดอุบัติเหตุหรือมีบาดแผล ควรพบแพทย์ทันที	2.80	0.61	มาก	3.90	0.31	มากที่สุด
ในกรณีที่ต้องการใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อ รักษาความเจ็บป่วยของตนเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อน ทุกครั้ง	3.17	0.38	มาก	3.93	0.25	มากที่สุด
ผู้ป่วยต้องสังเกตตนเองในระหว่างการรับประทานยา เพื่อรักษาโรค	3.20	0.41	มาก	4.00	0.00	มากที่สุด
ศึกษาหาความรู้จากสื่อการไขวาร์ฟารินคลินิกวาร์ ฟาริน	1.83	1.09	น้อย	3.37	0.72	มากที่สุด
ให้ความสำคัญต่อการสื่อสาร เตือน นัดหมายในการ รักษาที่คลินิก วาร์ฟาริน	3.40	0.50	มาก	3.38	0.38	มากที่สุด
เอาใจใส่ในการดูแลตนเองหลังการรักษาจากพยาบาล ที่คลินิกวาร์ฟาริน	3.43	0.57	มาก	3.87	0.35	มากที่สุด
เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องในการให้บริการจาก บุคลากรที่คลินิกวาร์ฟาริน	3.43	0.50	มาก	3.80	0.41	มากที่สุด
ให้ข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง เมื่อได้รับการ สอบถามอาการจากบุคลากรที่คลินิกวาร์ฟาริน	3.40	0.50	มาก	3.90	0.31	มากที่สุด
การนำประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการคลินิกวาร์ ฟารินไปใช้ได้จริง ในชีวิตประจำวัน	3.30	0.53	มาก	3.73	0.52	มากที่สุด
ภาพรวมทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค	3.13	0.25	มาก	3.83	0.13	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับมากและภายหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน (n=30)

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
ความเป็นกันเองของพยาบาล	3.25	0.34	ปานกลาง	4.82	0.12	มากที่สุด
ประโยชน์ของข้อมูลด้านสุขภาพ	3.45	0.14	มาก	4.70	0.15	มากที่สุด
ระยะเวลาในการรอรับบริการ	2.85	0.13	ปานกลาง	4.40	0.14	มากที่สุด
การติดตามเยี่ยมบ้าน	3.15	0.12	ปานกลาง	4.95	0.12	มากที่สุด
ความปลอดภัยจากการใช้ยา	3.55	0.13	มาก	4.81	0.14	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจ	2.60	0.17	ปานกลาง	4.74	0.13	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการดำเนินงานใช้แนวปฏิบัติผู้รับบริการที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟารินมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้รับบริการคลินิกวาร์ฟารินมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่าระดับของ INR ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=30)

กิจกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	ต่ำกว่าเป้าหมาย		อยู่ในเป้าหมาย		สูงกว่าเป้าหมาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนา	3	10	9	30	18	60
หลังการพัฒนา	7	23.30	17	56.70	6	20

จากตารางที่ 4 พบว่าค่า INR ก่อนการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าเป้าหมายร้อยละร้อยละ และอยู่ในค่าเป้าหมายร้อยละ 30 60 และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่าค่า INR อยู่ในเป้าหมาย ร้อยละ 56. และต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 23 70. 30

อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา วาร์ฟาริน พบว่าก่อนการพัฒนาพบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์

จากการใช้ยามีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกายจำนวน รายคิดเป็นร้อยละ 13 4. หลังการใช้แนวปฏิบัติไม่ 33พบอุบัติการณ์

ตารางที่ 5 ผลการปฏิบัติของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก

วาร์ฟาริน ก่อนและหลัง การพัฒนา (n=10)

จากตารางที่ 5 พบว่าผลการ ปฏิบัติของบุคลากร

ข้อความถาม	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
รวบรวมข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วย เพื่อทราบถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย	2.30	0.48	ปานกลาง	2.70	0.48	ดี
การเข้าถึงข้อมูลวิเคราะห์ผลทางคลินิก เพื่อจัดอันดับความสำคัญของปัญหา	1.50	0.53	ไม่ดี	2.40	0.52	ปานกลาง
วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย	2.20	0.42	ปานกลาง	2.70	0.48	ดี
นำแผนที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย	2.20	0.42	ปานกลาง	2.70	0.48	ดี
ติดตามและประเมินผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ	2.50	0.53	ปานกลาง	2.80	0.42	ดี
ผลรวมการปฏิบัติของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกวาร์ฟาริน	2.41	0.31	ปานกลาง	2.66	0.30	ดี

ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวาร์ฟาริน ก่อนพัฒนาพบว่าทำให้การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่าการให้การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินอยู่ในระดับดี

อภิปราย

1. จากการศึกษาสภาพการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาในคลินิกวาร์ฟาริน ใน ประเด็น 1 3) ด้านผู้ให้บริการยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินที่ชัดเจน รวมทั้งแนวทางในการดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา ในคลินิกวาร์ฟารินมีค่า INR อยู่นอกเป้าหมายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ)Sonkris et al.) 2012(นอกจากนั้น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา ซึ่งมีสาเหตุมาจากการจัดการตัวเองไม่เหมาะสม รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการใช้ยา การสังเกตตนเองในระหว่างการรักษา 2) ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา วาร์ฟารินและปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมตามคำแนะนำ ความร่วมมือในการรักษา และการไม่มาตามนัด จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึง

ประสงค์ได้ 3) ระบบการส่งต่อข้อมูลการบริการพบว่าไม่มีรูปแบบการประสานงานที่มีความเชื่อมโยงเครือข่ายในการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยขาดนัด

2. ผลลัพธ์หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) ด้านความรู้ ความรู้ของผู้ป่วยในการใช้ยาวาร์ฟาริน พบว่ามีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นทำให้การดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ค่า INR อยู่ในช่องที่มีผลดีต่อการรักษาซึ่งสอดคล้องกับ) Singhasiri,, Homehong, & Moonsri, 2023:152 (พบว่าทำให้ความรู้และการให้คำแนะนำ ในการดูแลตนเองและญาติผู้รับ จะทำให้การรักษาด้วยยาวาร์ฟารินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 2) ด้านทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคดีขึ้นส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และการรับประทานยาตรงตามคำสั่งของแพทย์ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซึ่ง

สอดคล้องกับ)Singhasiri, Homehong, & Moonsri,2023:162) และ)Kalated & Ua-kit, 2014:1(ที่ได้ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม 3) ระดับค่า INR อยู่ในช่วงค่าเป้าหมาย ภายหลังการพัฒนาแนวทางฯ ให้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า ระดับค่า INR มีระดับเป้าหมายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ)Ansell , Hiirsh , Poller , Bussey , Jacobson , & Hylek , 2004: 204(ได้ทำการศึกษาวิทยาและการจัดการตัวด้านวิตามินเคพบว่า การประเมินประสิทธิภาพของยาวาร์ฟารินพิจารณาจากค่าการแข็งตัวของเลือด INRเป้าหมายที่เหมาะสมคือ 2- ระดับ 3INR ที่สูงกว่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ ระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายอาจก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การปรับขนาดของยา และการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ ของยาจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับ)Porjit T, 2003:1(ที่ได้ทำการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโดยเภสัชกรโดยการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการอบรมให้ความรู้แบบ Focus group การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ค่า INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายการช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาในคลินิกวาร์ฟารินทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุม INR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟาริน

3. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟาริน ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่า อุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟารินลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ)Singhasiri et al, 2003(ที่พบว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้

ยาแวนฟารินลดลง ทำให้ระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลต่อการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลง

ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่ 4 เข้ารับการบริการในคลินิกแวนฟารินของโรงพยาบาล ดอยสะเก็ดมีความพึงพอใจอยู่ภาพรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากมีระบบการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาและการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว มีการเชื่อมโยงกับการส่งต่อเครือข่ายสุขภาพ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้อง (Pootiya, 2023:64) ที่พบว่า การเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ป่วย จะทำให้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองถูกต้องมากขึ้น ก่อให้เกิดความพึงพอใจและส่งผลดีต่อการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0. 05

5.การสังเกตการณ์การปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้บริการในคลินิกแวนฟาริน โรงพยาบาลดอยสะเก็ด พบว่า การปฏิบัติของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับ (Singhasir et al, 2003) และ (Pootiya, 2023:64) พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิก รวมถึงการสนับสนุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ ส่งให้การดำเนินงานสำเร็จ จุลล่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการขยายผลระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนฟาริน ไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.อัมภิกา นาไวย่ ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่ง ให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนได้ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย และเป็นกำลังใจในการ

ทำงานวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณ แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างสูง ในด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในการวิจัยในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 002/2567 โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูล รวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใด ๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Ansell J, Hirsh j, Poller L, Bussey H, Jacobson A, Hylek E. 2004. The Pharmacology and Management Of the Vitamin K Anagonist. Chest Journal 2004. 126)3(: 204-233. [Online]. Retrieved April 10, 2023, from [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)31492-6/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)31492-6/abstract)
- Cohen, J.) 1998 .(Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences)2nd ed. .(Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jandee G, (2022). Nursing Care of Patients with Atrial Fibrillation Treated with Warfarin : Case Study.

Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 4(8): 244-264

Kamput W, Nakariyakul K. (2009). Clinical results of monitoring the use of warfarin in out – of – hospital patients at Buddhachinaraj Phitsanulok hospital. Buddhachinaraj Medical Journal, 26)3(: 253-259

Health Insurance Group Medical strategy and information Doi Saket Hospital. (2022). Results of operations. Use of medical services and access to public health services, fiscal year 2022 (unpublished document), pp. 10-22.

National Health and Medical Research Council. [NMRC]. (1999). A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Online]. Retrieved April 10, 2023, from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf

Porjit ,T.(2003). Effect of Pharmaceutical Care Model on Patients in Warfarin Clinic, Doi Tao Hospital Chiangmai province .[Online]. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230223167714791545.pdf>

Pootiya, T.)2023(. Development of Pharmaceutical Care Model for Patient Care in the Warfarin Clinic at Khongchiam Hospital, Khongchiam District, Ubon Ratchathani Province. Faculty of Public health Ubon Ratchathani Rajabhat University, 12)1(:5869 - Singhasiri s, Homehong

P, Moonsri N,)2023 .(The Development of a Care Model for Patients Receiving Warfarin Drug Phon Phi sai Hospital, Nong Khai Province. Journal of Hospital and Community Health Reseach, 1)3(:151-164.

Sonkris k, Dackhontod T, and Sridama U, 2012 . Development of A Care Model for patients Receiving Warfarin in Sakun Nakhon Hospital. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division, 30)4(:96-108

Wangsuk, P and Saengyoi, S. (2014). Development of a care network for patients using warfarin in a promotional hospital. Subdistrict Health, Pathum Ratchawongsa District Amnat Charoen Province. Journal of Public Health, 23(1): 45-51.

Wiriyaamonchai, W (2020). Development of a care model for patients receiving warfarin in Pak Kret Hospital, Province. Nonthaburi using design thinking as a base. Journal of the Thai Preventive Medicine Association, 10(1): 118–131

