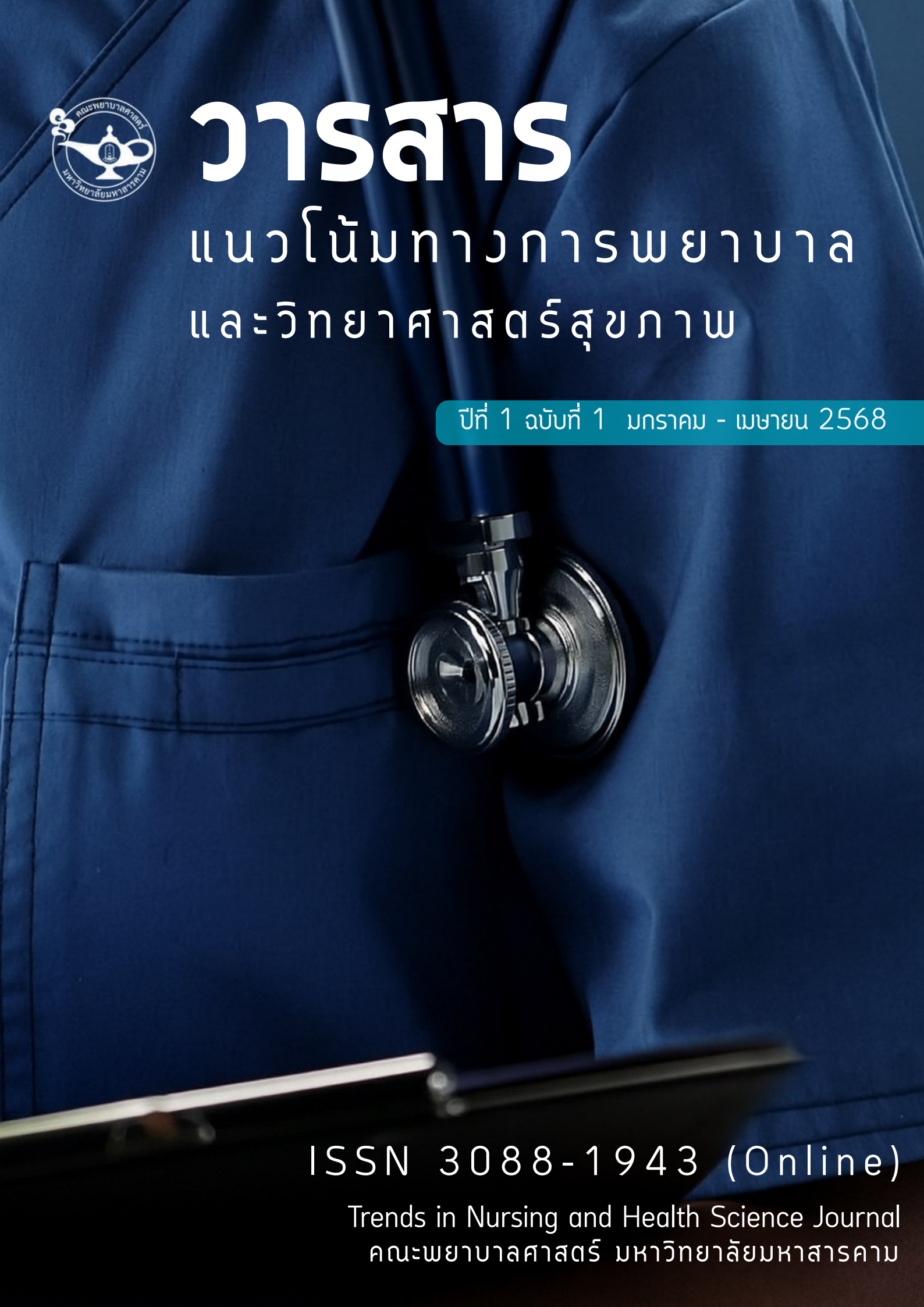


วารสาร
แนวโน้มทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

ISSN 3088-1943 (Online)

Trends in Nursing and Health Science Journal
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



สารจากอธิการบดี
ยินดีกับวารสารฉบับปฐมฤกษ์

ข้าพเจ้าในนามของอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รู้สึกยินดีอย่างยิ่งที่ได้ร่วมแสดงความชื่นชมและแสดงความยินดีต่อวารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับปฐมฤกษ์ ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญของการพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการ และสะท้อนถึงความมุ่งมั่นของคณะพยาบาลศาสตร์ ในการเป็นแหล่งสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสุขภาพในระดับโลก

วารสารฉบับนี้ไม่เพียงเป็นเวทีเผยแพร่ผลงานวิชาการคุณภาพจากนักวิชาการ นักวิจัย และนิสิตเท่านั้น หากยังเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้สู่การแก้ปัญหาสาธารณสุข และส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพในบริบทของโลกยุคใหม่

ขอแสดงความชื่นชมต่อคณะผู้จัดทำวารสาร คณาจารย์ และบุคลากรทุกท่าน ที่ร่วมกันขับเคลื่อนภารกิจทางวิชาการอย่างวิริยะอุตสาหะ และขอให้วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ก้าวสู่ความเป็นวารสารวิชาการชั้นนำ เป็นที่ยอมรับในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

ด้วยความยินดีและปรารถนาดีอย่างยิ่ง

รองศาสตราจารย์ ดร.ประยุกต์ ศรีวิไล
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



สารจากคณบดี
ยินดีกับวารสารฉบับปฐมฤกษ์

การจัดทำวารสารฉบับแรกของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหนึ่งในหลายนโนบายของคณบดีในการพัฒนาคณะฯ ที่ได้เห็นศักยภาพความสามารถด้านวิชาการของคณาจารย์ในคณะทั้งคุณวุฒิ และความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย อาจารย์หลายท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความวิจัยให้หลายวารสารทั่วประเทศ ซึ่งแสดงถึงความสามารถทางวิชาการและวิจัยของอาจารย์เอง การทำวารสารทางวิชาการ มีประโยชน์หลายประการ ได้แก่

กรรมการวารสารได้มีโอกาสเรียนรู้ระบบ Thaijo ขั้นตอนหลังบ้านในการทำระบบวารสาร การดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน การประสานงานกับผู้เขียนและผู้ทรงฯ เพื่อให้การตีพิมพ์เผยแพร่เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

แสดงถึงศักยภาพด้านวิชาการของคณาจารย์ในคณะในการเป็นส่วนหนึ่งของการเป็น reviewer บทความในสาขาที่เกี่ยวข้อง ทำให้อาจารย์ได้กระตือรือร้นและพัฒนาตนเองด้านวิชาการและวิจัยอยู่เสมอ รวมถึงการสร้างเครือข่ายกับผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกสถาบัน

วิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพมีวารสารเพิ่มอีกหนึ่งทางเลือกในการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย หรือผลงานวิชาการดี ๆ ให้ผู้อ่านได้นำไปปรับใช้ตามบริบทของตน ทำให้วิชาชีพเข้มแข็งขึ้น

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที ที่อาสามาช่วยดำเนินการตั้งแต่ตั้งกรรมชุดแรกจนเป็นรูปร่าง ขอบคุณคณะกรรมการจัดทำวารสารที่ช่วยกันตั้งแต่แรกเริ่ม ขอบคุณคุณศตวรรษ admin ที่ช่วยจัดการเว็บไซต์และระบบหลังบ้านต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณท่านอธิการบดี รศ.ดร.ประยุกต์ ศรีวิไล และรองอธิการบดี ศ.ดร.อนงค์ฤทธิ์ แข็งแรง คณะกรรมการที่ดูแลการจัดทำวารสารทุกคณะในมหาวิทยาลัย ที่สนับสนุน ส่งเสริม ช่วยอำนวยความสะดวก จนเกิดเป็นวารสารดังกล่าวขึ้น

คณบดีขอแสดงความยินดีกับวารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพปักษ์แรก ซึ่งเป็นอีกหนึ่งหน้าประวัติศาสตร์ของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่มีวารสารของคณะฉบับแรกของคณะฯ และขอให้พัฒนาวารสารอย่างมีคุณภาพจนได้เข้าฐานข้อมูลในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอต้อนรับทุกท่านสู่วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Trends in Nursing and Health Science Journal: TNHSJ) ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้มีวารสารวิชาการและวิจัยฉบับนี้เป็นฉบับแรกในรอบเกือบสามสิบปีที่ก่อตั้งคณะพยาบาลศาสตร์แห่งนี้ เป็นผลงานที่พวกเราภาคภูมิใจมาก

ในนามของคณะดำเนินการจัดทำวารสาร พวกเรารู้สึกปลาบปลื้มและยินดีอย่างยิ่งที่ได้เห็นการเผยแพร่วารสารฉบับปฐมฤกษ์ ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการสร้างเวทีทางวิชาการสำหรับการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในสาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ วารสารฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและความพยายามของเราทุกคน โดยมีคณะพยาบาลศาสตร์สนับสนุนและมองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการพัฒนาวิชาการ เปิดช่องทางให้มีวารสารที่เผยแพร่ผลงานอย่างมีคุณภาพ รองรับการขับเคลื่อนองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณอย่างสุดซึ้งต่อ อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ที่ส่งเสริมให้การสนับสนุนวารสารนี้จนสำเร็จลุล่วง ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตอบรับเป็นกองบรรณาธิการ รวมทั้งผู้ประเมินบทความทั้งภายในและภายนอก รวมถึงนักวิจัยทางการพยาบาลและด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ได้ส่งผลงานวิชาการมาเผยแพร่ในวารสาร รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำงานและผลักดันให้วารสารฉบับนี้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์

ในยุคที่สังคมกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพจิตได้กลายเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก ในฉบับปฐมฤกษ์นี้ ข้าพเจ้าได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ภทรสกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ท่านให้ความเมตตาและสละเวลาอันมีค่ายิ่งต่อลูกศิษย์ เขียนบทความพิเศษ ประเด็นและแนวโน้มการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต อาจารย์เป็นผู้หนึ่งที่ได้สอนและทำให้ประจักษ์ชัดว่า ความเป็นนักวิชาการต้องเขียนงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมในวงกว้าง กราบขอบพระคุณท่านอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ในวารสารฉบับนี้ ยังมีบทความวิจัยที่น่าสนใจ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ การพัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา และบทความวิชาการเรื่อง สมรรถนะของพยาบาลงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ จะเป็นกลไกสำคัญหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพวิชาการ จึงใคร่ขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความวิชาการและวิจัย มาลงเผยแพร่ในวารสารนี้ ซึ่งออกปีละ 3 ฉบับ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณทุกท่านด้วยหัวใจที่ร่วมกันทำงานอย่างหนักในระยะเวลาหนึ่งที่มีคุณค่า กระทั่งฉบับปฐมฤกษ์ ฉบับนี้สำเร็จ และปรากฏแก่สายตาทุกท่านแล้ว

ขอแสดงความชื่นชมยินดีและขอบพระคุณยิ่ง

รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์

วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม 2568 - เมษายน 2568

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

ประเด็นและแนวโน้มการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 - 18
ภัทราภรณ์ ภทรสกุล

สมรรถนะของพยาบาลงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 19 - 32
บรรชัย สาที กนกกาญจน์ คำสุนันท์

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 33 - 49
พรทิพย์ เวียงสมุทร อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์ สุรชาติ สิทธิปกรณ์

การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก 50 - 64
บังอร จันทราสา

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ 65 - 80
สอาดะ พันธุสะ

การพัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา 81 - 94
รัตติพร เชวงประเสริฐ

Trends in Nursing and Health Science Journal
Faculty of Nursing,Mahasarakham University
Volume 1 Number 1 January – April 2025

Contents

Page

Academic Article

Issues and Trends in Mental Health and Psychiatric Nursing Research 1 - 18
Patraporn Bhatarasakoon

Competence of Nurses in Emergency and Forensic Nursing in the Assessment of Patients with Sepsis 19 - 32
Banchai Satee Kanokkan Khamsunan

Research Articles

Development of an Online Room Reservation System for the Faculty of Nursing, Mahasarakham University 33 - 49
Porntip Wiangsamut Umaporn Kuasit Surachat Sitipakorn

Nursing Care for Monitoring Complications in Patients with Lymphoma at The Outpatient Department 50 - 64
Bungon Juntarasa

Development Healthcare Management for The Elderly Under Condition of two Religions 65 - 80
Saada Phanthusa

The Development of the Blood Inventory System at Soeng Sang Hospital, Nakhon Ratchasima Province 81 - 94
Rattiporn Chavengprasert

บทความพิเศษ

ประเด็นและแนวโน้มการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

Issues and Trends in Mental Health and Psychiatric Nursing Research

ศาสตราจารย์ ดร. ภัทราภรณ์ ภทรสกุล*
Patraporn Bhatarasakoon, PhD, APPMHN, RN, FAAN
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

การวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้พัฒนาไปอย่างก้าวไกลในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ครอบคลุมประเด็นตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันไปจนถึงการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงและการฟื้นฟูตลอดช่วงชีวิต บทความนี้ นำเสนอภาพรวมที่ครอบคลุมการวิจัยในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต และการบำบัดและฟื้นฟูทางการพยาบาลจิตเวชในทุกช่วงวัย โดยผู้เขียนได้ทำการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้ม และทิศทางการวิจัยในอนาคต จากความท้าทายด้านสุขภาพจิตที่ยังคงเพิ่มขึ้นทั่วโลก การวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงจำเป็นต้องตอบโจทย์ในประเด็นร่วมสมัย ได้แก่ การบูรณาการด้านเทคโนโลยี ความไวทางวัฒนธรรม และนวัตกรรมการบำบัดดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของประชากรที่หลากหลาย

คำสำคัญ: “การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต”, “การส่งเสริมสุขภาพจิต”, “การบำบัดทางการพยาบาล”, “การฟื้นฟู”, “ประเด็นและแนวโน้มการวิจัย”

Abstract

Mental health and psychiatric nursing research have evolved significantly over the past decades, encompassing diverse areas from prevention and promotion to specialized interventions and rehabilitation across the lifespan. This article provides a comprehensive overview of key research topics in mental health and psychiatric nursing, organized into two

primary domains: mental health promotion and prevention, and nursing interventions and rehabilitation. The author reviews evidence-based practices, emerging trends, and future research directions. As mental health challenges continue to grow globally, psychiatric nursing research must address contemporary issues, including technology integration, cultural competency, and innovative therapeutic approaches to meet the evolving needs of diverse populations.

Keywords: “Mental health and psychiatric nursing”, “Mental health promotion”, Nursing interventions”, “Rehabilitation”, “Research trends”

*ผู้ให้การติดต่อ: Corresponding (email: patraporn.t@cmu.ac.th)
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-7792-2906

บทนำ

ความผิดปกติทางจิตส่งผลกระทบต่อผู้คนหลายล้านคนทั่วโลก นอกจากผลกระทบต่อบุคคลแล้วยังส่งผลไปยังครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบการดูแลสุขภาพ องค์การอนามัยโลก[1] ประมาณการว่าหนึ่งในสี่คนของประชากรทั่วโลกจะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางจิตในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต การดูแลบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลายาวนาน ดังนั้น การวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเพื่อค้นหาแนวทางการช่วยเหลือ/บำบัดดูแลบุคคลกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลที่เป็นเลิศ ส่งผลต่อการพัฒนาบริการทางสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ มีความไวทางวัฒนธรรม มีการพัฒนานวัตกรรมและบูรณาการเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงและตอบสนองต่อความท้าทายที่ซับซ้อน ความชุกที่เพิ่มขึ้นของความผิดปกติทางจิต ความเหลื่อมล้ำในการดูแลสุขภาพ การบูรณาการเทคโนโลยี และการบูรณาการแนวทางการดูแลที่จำเพาะในแต่ละบุคคล และแต่ละสถานการณ์

ปัจจุบัน การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้รับการขยายขอบเขตองค์ความรู้ครอบคลุมกลยุทธ์ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพจิตในทุกช่วงวัย องค์ความรู้ที่ครอบคลุมการดูแลทั้งสี่มิติในทุกช่วงวัยนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตที่เป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสุขภาพทางกาย และสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการ

แนวทางการช่วยเหลือที่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคน และชุมชน เพื่อการดูแลทางด้านสุขภาพจิตที่ยั่งยืน[2]

บทความนี้ ผู้เขียนได้ทบทวนหัวข้อวิจัยที่สำคัญทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สะท้อนให้เห็นฉากทัศน์เพื่อทำความเข้าใจทั้งแนวกว้างและแนวลึกของสาขาวิชา ตลอดจนการระบุความสำคัญของการวิจัยในอนาคต สะท้อนให้เห็นขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชทั้งแนวทางส่งเสริมป้องกันและการบำบัดฟื้นฟูในประชากรกลุ่มเป้าหมายผ่านกระบวนการค้นคว้าวิจัย

การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เน้นการเสริมสร้างปัจจัยป้องกันหรือปัจจัยปกป้อง และสร้างความยืดหยุ่นทางใจในประชาชนทั่วไป สืบเนื่องจากแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2556-2563 ได้รับการขยายระยะเวลาต่อไปจนถึงปี พ.ศ. 2573 โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตทั่วโลก โดยเฉพาะเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การลงทุนที่ไม่เพียงพอ สถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น และการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด ดังนั้น พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรทางสุขภาพจิต จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับประชากรและกลุ่มเสี่ยงในระดับปฐมภูมิ โดยพบว่า หากมีการสร้างเสริมกลยุทธ์การช่วยเหลือและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่เนิ่น ๆ จะสามารถลดอุบัติการณ์ และความรุนแรงของความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้[1,3] จากงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง พบว่าโปรแกรมบูรณาการสหสาขาวิชาชีพที่นำโดยพยาบาลสามารถลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน และลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าหลังได้รับการดูแลแบบบูรณาการสหวิชาชีพนี้แล้ว ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น[4] และมีงานวิจัยหลายเรื่องชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพจิต ความยืดหยุ่นทางใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลังจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่นำโดยพยาบาล[4,5]

การวิจัยในเด็กและวัยรุ่น

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น การวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นด้านการให้ความรู้ การให้การปรึกษาและการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย[6,7] นอกจากนี้งานวิจัยพบว่าการที่พยาบาลในสถานบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ โรงเรียน และชุมชน สามารถระบุและจัดการปัญหาสุขภาพจิตในเด็กได้อย่างทันท่วงที โดยมีการคัดกรองและให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นจะสามารถลดผลกระทบที่รุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตได้[8] นอกจากนี้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การป้องกันการบาดเจ็บ และการมีส่วนร่วมเชิงบวก จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นได้[9]

การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ใหญ่

การวิจัยการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นการประเมินโปรแกรมสุขภาพจิตในที่ทำงาน การช่วยเหลือในชุมชน และปัจจัยการดำเนินชีวิต (life style) การวิจัยเน้นการจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพจิต (social determinant factors in Mental Health) พบว่าการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานสามารถลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้[10,11] นอกจากนี้โปรแกรมการช่วยเหลือที่ใช้ชุมชนเป็นฐานที่เน้นจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) พบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี[12] โปรแกรมที่ส่งเสริมการคิดแบบมีสติ (mindfulness based intervention) และการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral approaches) ได้ผลในเชิงบวกต่อสุขภาพจิตในสภาพแวดล้อมที่ไม่ใช่คลินิก[13] นอกจากนี้ การจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและการสนับสนุนจากชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14]

นอกจากนี้จากการวิจัยผลกระทบของภาวะสุขภาพจิตต่อความผาสุกของผู้ใหญ่วัยทำงานพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลส่งผลกระทบเชิงลบต่อความผาสุก ในขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเป็นอยู่ที่ดี และการรับรู้สถานะสุขภาพมีผลกระทบเชิงบวก[14] แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมปัจจัยกำหนดต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มคนวัยนี้เนื่องจากมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตและความผาสุก

การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

การวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นที่ต้องรับมือกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ได้แก่ การลดลงของการรู้คิด (cognitive decline) การแยกตัวทางสังคม ความเศร้าและการสูญเสีย และภาวะโรคร่วมทางร่างกาย การวิจัยเพื่อประเมินผลโปรแกรมโดยพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้แสดงผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่ดี โดยสามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน[15] นอกจากนี้พบว่าโปรแกรมการดูแล

ตนเองเชิงรุกมีประสิทธิผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมสำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ[16] และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่ช่วยเหลือตนเองได้[17] องค์ประกอบหลักของการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนแล้วประสบความสำเร็จได้แก่ การเยี่ยมบ้านซ้ำ ๆ หลายครั้ง การคัดกรองแบบหลายมิติ กลยุทธ์ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ[16]

การป้องกันระดับทุติยภูมิและการบำบัดตั้งแต่เริ่มแรก

สุขภาพจิตในโรงเรียน

สุขภาพจิตในโรงเรียนได้รับความสนใจอย่างมากเนื่องจากเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในด้านการเข้าถึงเด็กและวัยรุ่นในสถานที่ที่กลุ่มคนเหล่านี้ใช้เวลาเป็นส่วนใหญ่ จากงานวิจัยแบบการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมานจาก 29 การศึกษาใน 32 โปรแกรมที่ใช้โรงเรียนเป็นฐานในนักเรียนจำนวนทั้งหมด 22,420 คน ในงานวิจัยที่นำเข้ามาวิเคราะห์ทั้งหมด 22 การศึกษารวมผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวล และ 24 การศึกษารวมผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้า การวิเคราะห์อภิมานพบว่า การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในเด็กนักเรียน[18] อย่างไรก็ตามประสิทธิผลของการบำบัดในโรงเรียนจะแตกต่างกันตามประเภทของโปรแกรมและประชากรเป้าหมาย โดยรวมแล้วการเข้าไปให้บริการในโรงเรียนจะได้ผลกระทบในระดับน้อยถึงปานกลางในการลดปัญหาสุขภาพจิต แต่จะได้ผลกระทบระดับสูงสุดในกลุ่มที่เจาะจง รองลงมาคือในกลุ่มเสี่ยง[19]

นอกจากนี้การวิจัยยังมุ่งเน้นเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) และการลดการตีตราทางสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยรวมแล้วพบว่า โปรแกรมบำบัดทางสุขภาพจิตในโรงเรียนสามารถเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และลดการตีตราทางสุขภาพจิตในโรงเรียนได้[20] ผลการวิจัยเหล่านี้สนับสนุนการบูรณาการการให้ความรู้และการบำบัดทางสุขภาพจิตในสถานศึกษาตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นได้

การบำบัดและฟื้นฟูทางการพยาบาลจิตเวช

การบำบัดรายบุคคล

การวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตด้านการบำบัดรายบุคคลพบว่ามีมาอย่างกว้างขวาง ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการดูแลผู้ที่มีความบอบช้ำทางใจ (trauma-informed care) การประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตโดยพยาบาล เทคนิคการบำบัดแบบสั้น และวิธีการรักษาเฉพาะสำหรับภาวะสุขภาพจิตต่าง ๆ ยกตัวอย่าง งานวิจัยในกลุ่มนี้ ได้แก่ ผลการประเมินการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความผิดปกติทาง

อารมณ์ และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวก[21] การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับ CBT และครอบครัวบำบัด พบว่ามีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด[22] นอกจากนี้ การดูแลที่คำนึงถึงความบอบช้ำทางใจกำลังเป็นแนวทางการดูแลที่สำคัญในการพยาบาลจิตเวช โดยเป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูและป้องกันการบอบช้ำซ้ำ[23] และงานวิจัยยังพบว่า การบำบัดจิตแบบสั้น รวมถึง CBT และการบำบัดแก้ไขปัญหา มีประสิทธิผลในการรักษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในการดูแลระดับปฐมภูมิ[24] โดยรวมแล้ว การศึกษาเหล่านี้เน้นย้ำถึงความหลากหลายของการบำบัดที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผลเพื่อปรับปรุงสุขภาพจิตที่ดีในผู้ป่วย

การบำบัดแบบกลุ่มและครอบครัว

การวิจัยการบำบัดแบบกลุ่มมุ่งเน้นการศึกษาประสิทธิผลของวิธีการรักษาต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มประคับประคอง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มฝึกอบรมทักษะ การวิจัยยังเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดดูแลปัญหาสุขภาพจิต การประเมินการบำบัดที่ส่งเสริมการทำงานของครอบครัว ลดภาระผู้ดูแล และการปรับปรุงผลลัพธ์การรักษา การวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดแบบกลุ่มแสดงให้เห็นประสิทธิผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่หลากหลาย พบว่า การบำบัดที่นำโดยพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันได้ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตทั้งสองฝ่ายเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น[25] นอกจากนี้งานวิจัยที่มุ่งเน้นการประเมินวิธีการบำบัดจิตแบบกลุ่มพบว่า การบำบัดแบบกลุ่มได้ผลลัพธ์เทียบเท่ากับการบำบัดจิตแบบรายบุคคล[26] โดยมีผลลัพธ์เชิงบวกสำหรับความผิดปกติด้านความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด[27,28,29] สำหรับกลุ่มประคับประคองที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยและญาติ จากงานวิจัยพบว่าเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต[30] มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงประสิทธิผลของการบำบัดแบบกลุ่มชนิดต่าง ๆ ได้แก่ การปรับความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และการบำบัดกลุ่มแบบไดนามิก ปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม การมีพันธมิตร และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ต่างเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดแบบกลุ่มทั้งสิ้น[31]

แม้ว่าการบำบัดแบบกลุ่มจะมีประสิทธิผล หลายงานวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในด้านการเพิ่มความเข้มแข็งในระเบียบวิธีวิจัย การสำรวจปัจจัยที่เป็นตัวกลาง (mediating factors) และปัจจัยเอื้ออำนวย (facilitating factors) ต่อประสิทธิผลการบำบัดแบบกลุ่ม ตลอดจนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน (cost-effectiveness) กับการบำบัดแบบรายบุคคล

การฟื้นคืนสู่สุขภาวะและการดูแล

การฟื้นคืนสู่สุขภาวะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการฟื้นฟูด้านการทำงาน การกลับเข้าสู่สังคม และคุณภาพชีวิตในบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากงานวิจัยประสิทธิผลของศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนในประเทศอินเดีย โดยให้การบำบัดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะร่วมกับการรักษาด้วยยา ผลการศึกษาพบว่าสามารถเตรียมผู้ป่วยให้กลับเข้าสู่ครอบครัวสำเร็จเป็นส่วนใหญ่[32] นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะสามารถเพิ่มทักษะทางสังคมและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์แบบสองขั้วได้[33] อีกทั้งมีงานวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนส่งผลเชิงบวกต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ชุมชน[34] นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมแบบหลายองค์ประกอบช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมและทักษะอาชีพได้[25,36]

บริการที่มุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

การวิจัยด้านบริการที่มุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาวะเป็นการประเมินผลลัพธ์การฟื้นคืนสู่สุขภาวะส่วนบุคคล แนวทางการส่งเสริมความหวัง การเสริมสร้างพลัง และการวางแผนโดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิด CHIME (ความเชื่อมโยง ความหวัง อัตลักษณ์ ความหมาย การเสริมสร้างพลัง) สำหรับการทำความเข้าใจการฟื้นคืนสู่สุขภาวะส่วนบุคคล โดยเครื่องมือหลากหลายสำหรับการประเมินการฟื้นฟู ส่วนใหญ่ใช้มาตรวัดการประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery Assessment Scale) ในการประเมินผลผลลัพธ์มากที่สุด[37]

แม้ว่างานวิจัยมีแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะส่วนบุคคล แต่สิ่งที่เป็นความท้าทายคือ การนำแนวคิดที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลมาใช้ในงานประจำและการประเมินผลติดตามในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีสุขภาวะ

ประเด็นการวิจัยร่วมสมัย

การดูแลผู้ที่มีความบอบช้ำทางใจ

การดูแลผู้ที่มีความบอบช้ำทางใจ (Trauma-informed Care: TIC) เป็นประเด็นสำคัญของการวิจัยการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตร่วมสมัย การดูแลที่คำนึงถึงความบอบช้ำทางใจ ได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นสิ่งจำเป็นในสถานพยาบาลจิตเวช โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดความบอบช้ำซ้ำและปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย[38] การนำ TIC ไปใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันยังคงเป็นความท้าทาย ซึ่งต้องการการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ ความมุ่งมั่นของผู้นำ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย[39] ยิ่งไปกว่านั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำหลักการ TIC มาใช้เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์สำหรับเยาวชนที่มีประวัติทางจิตเวช หรือแม้กระทั่งผู้ที่ได้รับ

การกลั่นแกล้ง ไม่ว่าจะเป็นจากเพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือการถูกกลั่นแกล้งจากสังคมออนไลน์ จนได้รับความบอบช้ำทางใจ

นอกจากนี้แล้ว TIC ยังถูกนำมาใช้ในการดูแลพยาบาลที่มีความบอบช้ำทางใจ มีวิจัยหลายเรื่องที่ได้สำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) ในพยาบาลจิตเวชที่มักได้รับผลกระทบของความรุนแรงในที่ทำงานและความบอบช้ำทางอ้อมจากการดูแลผู้ป่วย นโยบายขององค์กรหรือสถานที่ทำงานในการเยียวยาและให้การช่วยเหลือเฉพาะทางในการลดตัวกระตุ้นความบอบช้ำเป็นสิ่งที่สำคัญ การวิจัยยังมุ่งเน้นไปที่ประสบการณ์ความบอบช้ำของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่[40] รวมถึงการพัฒนากรอบแนวคิดทฤษฎีสำหรับความเข้าใจเกี่ยวกับความบอบช้ำทางใจของพยาบาล[41] โดยสรุปแล้ว การนำ TIC ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานบริการสุขภาพจิตต้องการการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง และแนวทางการดูแลแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

สิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) และภาวะภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบาง การวิจัยชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) และความคิดฆ่าตัวตายหลังจากเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศอย่างเฉียบพลัน[42] ปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช มีอิทธิพลต่อความเปราะบางต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภาวะภัยพิบัติ[43] การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกได้สองประเภท ได้แก่ ผลกระทบทางตรง อันเป็นผลมาจากเหตุการณ์สภาพอากาศรุนแรงเฉียบพลัน หรือทางอ้อมอันเกิดจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจและการย้ายถิ่นฐานโดยถูกบังคับ[44] แม้ว่าการวิจัยด้านนี้กำลังได้รับความสนใจมากขึ้น การวิจัยยังขาดการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวและความครอบคลุมพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กว้างขึ้น เพื่อการพัฒนาการบำบัดที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการปรับตัวสำหรับการจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพจิตด้านนี้ต่อไป

เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพยาบาลจิตเวช

การบูรณาการดิจิทัลทางสุขภาพได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยการศึกษาวิจัยได้ประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันสุขภาพจิตผ่านมือถือ แพลตฟอร์มการบำบัดออนไลน์ และการบำบัดเสมือนจริงสำหรับภาวะสุขภาพจิตต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น

ระบบเกี่ยวกับการบำบัดโดยการใช้ดิจิทัลสุขภาพ จากงานวิจัยทั้งหมด 304 เรื่อง พบว่า การวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และความผิดปกติด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล และความเครียดจากการบอบช้ำทางใจ[45]

นอกจากนี้แล้ว การบูรณาการการใช้ดิจิทัลทางสุขภาพยังนำมาใช้สำหรับการดูแลทางไกลและการดูแลระยะไกล จากการเปลี่ยนแปลงของโลก การมีโรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพจิตแบบทางไกลถูกนำมาใช้มากขึ้น การวิจัยทางด้านนี้จึงต้องทำอย่างรวดเร็วให้ทันต่อสถานการณ์โลก การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการประเมินประสิทธิผลของบริการพยาบาลจิตเวชทางไกลในประชากรและสถานที่ระยะไกลหรือในชนบท การวิจัยส่วนใหญ่เพื่อเป็นการประเมินผลการบำบัดผ่านวิดีโอ การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และแบบจำลองการดูแลแบบผสมผสานที่รวมการบำบัดแบบตัวต่อตัวและแบบทางไกลเข้าด้วยกัน เช่น การวิจัยที่เปรียบเทียบการดูแลทางไกลกับการดูแลแบบเผชิญหน้าโดยพบว่าผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แม้ว่างานวิจัยที่นำเข้าส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อความลำเอียงในระดับสูง แต่ผลการวิเคราะห์อภิมานพบประสิทธิผลของการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างการดูแลแบบเผชิญหน้าและการดูแลทางไกลแตกต่างกันน้อยมากและ/หรือไม่แตกต่างทางคลินิกเลย โดยผลกระทบจะแปรผันไปตามประเภทของผลลัพธ์และพื้นที่ตั้งของสถานบริการ[46] การวิจัยด้านนี้จึงต้องดำเนินการต่อไปเพื่อประเมินผลกระทบให้ชัดเจนมากขึ้น

แนวโน้มและทิศทางการวิจัยในอนาคต

ความท้าทายของบุคลากรสุขภาพจิต

ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 พยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายที่ไม่เหมือนกับที่เคยประสบมาในปีก่อนจากการที่ต้องรับมือกับโรคอุบัติใหม่ จึงไม่น่าแปลกใจที่พบตัวชี้วัดสุขภาพจิตที่ไม่ดีเพิ่มขึ้นในพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะหมดไฟ และภาวะซึมเศร้า องค์กรที่เกี่ยวข้องจึงควรมีนโยบายเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์เชิงบวกในการส่งเสริมสุขภาพจิตและความผาสุกของพยาบาลเพื่อการธำรงพยาบาลไว้ในระบบ[47] ดังนั้นสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาลเองได้กลายเป็นหัวข้อการวิจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากการระบาดของโควิด-19 การวิจัยได้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางใจและความเป็นอยู่ที่ดีของพยาบาล[47]

ปัญญาประดิษฐ์และสมองเครื่องกล

ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และสมองเครื่องกล (ML) กำลังเปลี่ยนแปลงการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เทคโนโลยีเหล่านี้ถูกประยุกต์ใช้และมีผลลัพธ์ที่ดีในการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามภาวะสุขภาพจิต[48]

เครื่องมือที่ขับเคลื่อนด้วย AI สามารถวิเคราะห์บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ภาพสมอง และข้อมูลจากอุปกรณ์มือถือเพื่อทำนายและจำแนกประเภทของโรคจิต[49] นอกจากนี้ AI ยังช่วยเสริมสร้างการดูแลเฉพาะบุคคล การติดตามทางไกล และการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลจิตเวช[48] การบูรณาการ AI ในการวิจัยและการปฏิบัติด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตต้องการการดำเนินการอย่างระมัดระวังและการสร้างสรรค์นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เมื่อเทคโนโลยี AI พัฒนาไปอย่างก้าวไกล ความต้องการการศึกษา AI ในหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเพื่อเตรียมผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้จึงมีเพิ่มขึ้น

ความไวทางวัฒนธรรมและความเท่าเทียมทางสุขภาพ

การวิจัยถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตที่ตอบสนองความหลากหลายทางวัฒนธรรมและการแก้ไขความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพได้รับความสนใจและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น[50] ซึ่งรวมถึงการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลที่ปรับให้เหมาะสมกับพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่หลากหลายและการแก้ไขอุปสรรคเชิงโครงสร้างในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต

การวิจัยด้านศาสตร์การนำไปใช้และการปรับปรุงคุณภาพ

ศาสตร์การนำไปใช้ (implementation science) ได้กลายเป็นหัวข้อวิจัยที่สำคัญมากขึ้นในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยเน้นการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางคลินิก โดยการนำผลการวิจัยที่ได้รับการพิสูจน์แล้วจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานว่าการบำบัดพยาบาลหรือโปรแกรมการช่วยเหลือนั้น ๆ ได้ผลจริง และนำไปใช้ผ่านการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือแนวทางการดูแลในโลกแห่งความเป็นจริงที่ได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้ภายใต้บริบทนั้นๆ ดังนั้น การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินสิ่งท้าทายและตัวส่งเสริมการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ การค้นหากลยุทธ์ให้เกิดความยั่งยืนในการใช้ และแนวทางการปรับปรุงคุณภาพบริการ ตัวอย่างการวิจัย ได้แก่ การนำแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่คำนึงถึงการบอบช้ำทางใจที่ได้รับการยืนยันแล้วจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าให้ผลลัพธ์ที่ดีไปใช้ แต่พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการนำแนวทางการดูแลนี้ไปใช้ยังไม่ได้รับการจำแนกลักษณะและทำความเข้าใจอย่างชัดเจน[51] การวิจัยด้านศาสตร์การนำไปใช้ประเภทนี้จึงควรมีเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการแปลงผลการวิจัยไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติ และคุณภาพบริการพยาบาลอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ การวิจัยได้ระบุปัจจัยองค์กรและบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ปัจจัยองค์กร เช่น วัฒนธรรมการทำงานและบรรยากาศการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBPs) ซึ่งมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยของผู้บำบัดรายบุคคลในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ทัศนคติเชิงบวก

ต่อ EBPs แรงจูงใจขององค์กร และการฝึกอบรมอย่างเอาจริงเอาจังเพื่อเพิ่มโอกาสในความยั่งยืนและความยึดมั่นต่อ EBPs[52] อุปสรรคในการนำ EBPs ไปใช้ที่พบบ่อย ได้แก่ ความท้าทายด้านกำลังคน ลำดับความสำคัญในหน้างาน และการสนับสนุนทางการเงิน[53] กลยุทธ์การนำไปใช้ที่ประสบความสำเร็จได้แก่ การปรับเปลี่ยนงาน การปรับตัว และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่เริ่มต้น[54] การมีพี่เลี้ยง (mentor/champion) สามารถอำนวยความสะดวกในการเริ่มต้นได้เร็วขึ้นและช่วยเอาชนะอุปสรรคเชิงระบบ[55]

ความท้าทายและโอกาสสำหรับการวิจัยในอนาคต

การจัดการกับช่องว่างการวิจัย

แม้จะมีความก้าวหน้าในการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แต่ยังพบช่องว่างของการวิจัยหลายประเด็น ได้แก่ การวิจัยจากกลุ่มที่เป็นชนกลุ่มน้อยหรือภายใต้บริบทที่มีข้อจำกัดทางทรัพยากรและประชากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมยังมีจำนวนจำกัด โดยการศึกษาหลายอย่างขาดความหลากหลายในแง่ของเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ และตำแหน่งทางภูมิศาสตร์

นอกจากนี้การวิจัยแบบระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นช่องว่างการวิจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ความท้าทายด้านระเบียบวิธีวิจัยรวมถึงความจำเป็นสำหรับการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มงวดมากขึ้น มาตรวัดผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐาน และการพัฒนานวัตกรรมสำหรับการบำบัดที่ซับซ้อน

การพิจารณาการระดมทุนและทรัพยากร

การได้รับการระดมทุนที่เพียงพอสำหรับการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตยังคงเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะภายใต้ทรัพยากรการวิจัยที่จำกัดและความจำเป็นในการแสดงผลกระทบของงานวิจัยที่ได้ต่อทุนที่ได้รับ การทำงานร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา องค์กรดูแลสุขภาพ และหน่วยงานที่ให้ทุนมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

การฝึกอบรมและการพัฒนาศักยภาพ

การพัฒนาความสามารถทางการวิจัยในพยาบาลจิตเวชต้องการการลงทุนอย่างต่อเนื่องในการศึกษาวิจัย และการฝึกอบรม โดยเฉพาะศาสตร์ของการนำความรู้ไปใช้ การบูรณาการการฝึกอบรมการใช้ผลการวิจัยเข้ากับโปรแกรมการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การพัฒนาโอกาสทุนการวิจัยและการสร้างเครือข่ายการวิจัยสามารถเสริมสร้างความสามารถของพยาบาลจิตเวชในการใช้การปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องอย่างทันท่วงที

บทสรุป

การวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตกำลังเข้าสู่ยุคใหม่ที่ปฏิวัติวงการการดูแลสุขภาพจิตด้วยการผสานการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับเทคโนโลยีล้ำสมัย แนวโน้มการวิจัยปัจจุบันมุ่งเน้นศาสตร์การนำไปใช้ การดูแลที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมและนวัตกรรมเทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อตอบสนองความท้าทายด้านสุขภาพจิตสมัยใหม่ ทิศทางการวิจัยในอนาคตจะมุ่งสู่การดูแลเฉพาะบุคคลและการบูรณาการเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์อย่างไร้รอยต่อ

การพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตอย่างไม่หยุดยั้งไม่เพียงแต่เป็นความจำเป็นแต่เป็นพันธกิจเร่งด่วนเพื่อรับมือกับความต้องการสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณในสังคมที่หลากหลาย การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน และยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ผ่านการวิจัยที่เข้มงวดและมีมาตรฐานสากล การพัฒนานวัตกรรมการบำบัดที่ล้ำหน้า และแนวทางการดูแลแบบบูรณาการที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบบริการสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตประชาชน

ความสำเร็จในการเอาชนะความท้าทายด้านสุขภาพจิตในศตวรรษที่ 21 ต้องการการลงทุนระยะยาวและยุทธศาสตร์ในการวิจัย ความมุ่งมั่นอย่างแน่วแน่ต่อการปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และการอุทิศตนอย่างไม่หยุดยั้งของนักวิชาการและนักวิจัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพจิต โดยอนาคตของการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตมีเป้าหมายชัดเจนในการปฏิวัติระบบการดูแลสุขภาพจิตและยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนตลอดช่วงชีวิต สร้างสังคมที่ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตที่มีคุณภาพและเท่าเทียม ตลอดจนการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจให้กับประชาชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703
2. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;392(10157):1553-98.
3. Saxena S, Funk M, Chisholm D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Lancet. 2021;392(10157):1471-72.

4. Lei YY, Sa RTY, Zheng YR, Cui XS. Effectiveness of nurse-led multidisciplinary interventions in primary health care: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Pract. 2023;29(6):e13133.
5. Lee LY, Huang BS, Lin CY, Su YH, Chung CF, Chang YL, et al. Effects of a Nurse-led Survivorship Care Program on the Health and Resilience of Primary Caregivers of Patients with Advanced Head and Neck Cancer: A Randomized Controlled Trial. Semin Oncol Nurs. 2023:151425.
6. Whitehead L, Kabdebo I, Dunham M, Quinn R, Hummelshoj J, George C, et al. The effectiveness of nurse-led interventions to prevent childhood and adolescent overweight and obesity: A systematic review of randomised trials. J Adv Nurs. 2021;77(9):3757-71.
7. Cheng H, George C, Dunham M, Whitehead L, Denney-Wilson E. Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2021; 120:103972.
8. Green C, Leyenaar JK, Turner AL. Competency of future pediatricians caring for children with behavioral and mental health problems. Pediatrics. 2020;146(3):e20192884.
9. Govindan R, Rajeswari B, Kommu JVS. Nurture clinic: Promoting mental health of children and adolescents. J Family Med Prim Care. 2024;13(6):2375-8.
10. Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. Scand J Work Environ Health. 2009;35(1):7-18.
11. Sarkar S, Menon V, Padhy S, Kathiresan P. Mental health and well-being at the workplace. Indian J Psychiatry. 2024;66(Suppl 2):S353-64.
12. Hill TG, Heyland LK, Keddy S, Kaser A, Langley JE. Identifying Characteristics of Community-Embedded Positive Mental Health Promotion Programs: An Integrative Review. Can J Community Ment Health. 2023.

13. Galante J, Friedrich C, Dawson AF, Modrego-Alarcón M, Gebbing P, Delgado-Suárez I, et al. Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS Med. 2021;18(1):e1003481.
14. Hwang WJ, Jo HH. Impact of Mental Health on Wellness in Adult Workers. Front Public Health. 2021;9:743344.
15. Markle-Reid M, McAiney C, Forbes D, Thabane L, Gibson M, Browne G, et al. An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. BMC Geriatr. 2014;14:62.
16. Markle-Reid M, Browne G, Gafni A. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. J Eval Clin Pract. 2013;19(1):118-31.
17. Wong AKC, Wong FKY. The psychological impact of a nurse-led proactive self-care program on independent, non-frail community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2020;110:103724.
18. Zhang Q, Wang J, Neitzel A. School-based mental health interventions targeting depression or anxiety: A meta-analysis of rigorous randomized controlled trials for school-aged children and adolescents. J Youth Adolesc. 2023;52:195-217.
19. Sanchez AL, Cornacchio D, Poznanski B, Golik AM, Chou T, Comer JS. The effectiveness of school-based mental health services for elementary-aged children: A meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018;57(3):153-65.
20. Ma Z, Wang J, Neitzel A. School‐based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma – a systematic review. Child Adolesc Ment Health. 2023;28(4):543-56.
21. Yoshinaga N, Tanoue H, Hayashi Y. Naturalistic outcome of nurse-led psychological therapy for mental disorders in routine outpatient care: A retrospective chart review. Arch Psychiatr Nurs. 2022;36(4):43-9.

22. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S, Moring JC, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. Am J Psychiatry. 2001;158(10):1706-13.
23. Ayhan CH, Aydar R, Aktaş MC. Trauma-informed care and its use in psychiatric nursing: a review. J Nurs Care Res. 2024.
24. Zhang A, Franklin C, Jing S, Bornheimer LA, Hai AH, Himle JA, et al. The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;245:1168-86.
25. Ameel M, Kontio R, Välimäki M. Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2019;26(9-10):301-22.
26. Rosendahl J, Strauss B, et al. Recent Developments in Group Psychotherapy Research. Am J Psychother. 2021;74(2):52-9.
27. McDermut W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. Clin Psychol Sci Pract. 2001;8(1):98-116.
28. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychother Res. 2020;30(8):965-82.
29. Weiss RD, Jaffee WB, de Menil VP, Cogley C. Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know? Harv Rev Psychiatry. 2004;12:339-50.
30. Worrall H, Schweizer R, Marks E, Yuan L, Lloyd C, Ramjan R. The effectiveness of support groups: a literature review. Ment Health Soc Incl. 2018;22(2):85-93.
31. Rosendahl J, Alldredge CT, Burlingame GM, Strauss B. Recent Developments in Group Psychotherapy Research. Am J Psychother. 2021:appipsychotherapy20200031.

32. Saha S, Chauhan A, Buch B, Makwana S, Vikar S, Kotwani P, et al. Psychosocial rehabilitation of people living with mental illness: Lessons learned from community-based psychiatric rehabilitation centres in Gujarat. J Family Med Prim Care. 2020;9(2):892-7.
33. Yıldız M. Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder. Arch Neuropsychiatry. 2021;58(Suppl 1):S77-82.
34. Singh D, Deepak M, Mane M, Sankar R, Patel GM, Mahapatra A. Association between Community Engagement, Rehabilitation, and Quality of Life in Severe Mental Disorders. Health Leadership Qual Life. 2024.
35. Frawley EM, Cowman M, Lepage M, Donohoe G. Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. Psychol Med. 2021;53:1787-98.
36. Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. Mol Psychiatry. 2022. doi: 10.1038/s41380-022-01727-z.
37. van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, Hasson-Ohayon I. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental health: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatr Rehabil J. 2019;42(2):169-181.
38. Ayhan CH, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A systematic review of the prevalence of vicarious trauma, secondary traumatic stress, and burnout among psychiatric nurses. Arch Psychiatr Nurs. 2024;48:96-106.
39. O'Dwyer C, Tariq A, Moxham L, Patel C, Broome T. Trauma-informed care in acute psychiatric inpatient units: Staff perspectives on implementation. Int J Ment Health Nurs. 2020;29(6):1088-1098.

40. Chachula KM, Varley AK. Trauma experiences and mental health outcomes among nursing students: A scoping review. Nurse Educ Today. 2022;109:105238.
41. Foli KJ. Theoretical framework for nurses' psychological trauma: Integrative review. J Adv Nurs. 2021;77(9):3635-3648.
42. Roe A, Bowers K, Banwell C, Bambrick H, Leonard W. Climate change and mental health in Australia: A scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(3):278.
43. Sharpe I, Davison CM. Climate change, climate-related disasters and mental disorder in low- and middle-income countries: A scoping review. BMJ Open. 2021;11(2):e051908.
44. Ramadan M, Ataallah AG. Climate change and mental health among vulnerable populations: A systematic review. J Clim Change Health. 2021;2:100021.
45. Philippe TJ, Sikder N, Jackson A, Koblanski ME, Liow E, Pilarinos A, et al. Digital health interventions for delivery of mental health care: systematic and comprehensive meta-review. JMIR Ment Health. 2022;9(5):e35159.
46. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. Effectiveness of telehealth versus in-person care during the COVID-19 pandemic: a systematic review. NPJ Digit Med. 2024;7:157.
47. Havaei F, MacPhee M, Ma A, Mao Y. Trends in mental health indicators among nurses participating in healthy nurse, healthy nation from 2017 to 2021. Can J Nurs Res. 2023;55(1):68-77.
48. Nashwan AJ, Gharib S, Alhadidi M, El-Ashry AM, Alamgir A, Al-Hassan M, et al. Harnessing Artificial Intelligence: Strategies for Mental Health Nurses in Optimizing Psychiatric Patient Care. Issues Ment Health Nurs. 2023;44(10):1020-34.
49. Graham S, Depp C, Lee EE, Nebeker C, Tu X, Kim HC, et al. Artificial Intelligence for Mental Health and Mental Illnesses: an Overview. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(11):116.

50. Sánchez-Ortega MA, Lluch-Canut MT, Roldán-Merino J, Fernández-Peña R, Fausto J, Hurtado-Pardos B, et al. Nursing intervention to improve positive mental health and self-care skills in people with chronic physical health conditions. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(1):528.
51. Huo Y, Couzner L, Windsor T, Lim D, Cummins R, Harris K, et al. Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. Implement Sci Commun. 2023;4:49.
52. Eslinger J, Sprang G, Ascienzo S, Silman M. Fidelity and sustainability in evidence-based treatments for children: An investigation of implementation determinants. J Family Soc Work. 2020;23:177-96.
53. Wolk CB, Arnold KT, Proctor EK. Implementing evidence-based practices in nonspecialty mental health settings. Fam Syst Health. 2022;40(2):274-82.
54. Piat M, Wainwright M, Sofouli E, Vachon B, Dahan-Dery T, Polvere L, et al. Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review. Syst Rev. 2021;10:134.
55. Wood K, Giannopoulos V, Louie E, Baillie A, Uribe G, Lee KS, et al. The role of clinical champions in facilitating the use of evidence-based practice in drug and alcohol and mental health settings: A systematic review. Implement Res Pract. 2020;1:1-11.

บทความวิชาการ

สมรรถนะของพยาบาลงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Competence of Nurses in Emergency and Forensic Nursing in the Assessment of Patients with Sepsis

บรรชัย สาที[*1] กนกกาญจน์ คำสุนันท์[2]

Banchai Satee[*1] Kanokkan Khamsunan[2]

[1,2]โรงพยาบาลดอนตาล มุกดาหาร 49120

[1,2]Dontan Hospital Mukdahan 49120

(Received: February 19, 2025; Revised: May 14, 2025; Accepted: June 10, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งมักแสดงอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและทรุดลงอย่างรุนแรง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตและความพิการในระดับสูง บทความนี้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ครอบคลุมถึงพยาธิสภาพ ผลกระทบ ลักษณะทางคลินิก รวมถึงการประเมินและคัดกรองอาการของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นสมรรถนะสำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลในหน่วยงานเหล่านี้จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทันท่วงที ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและลดความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : “ภาวะติดเชื้อ”, “สมรรถนะพยาบาล”, “การประเมินผู้ป่วย”, “แผนกฉุกเฉินและนิติเวช”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: banchai1990@gmail.com)

Abstract

Sepsis is a critical medical condition that requires urgent attention, particularly among patients in emergency and forensic nursing units. It is characterized by rapidly progressing symptoms that can deteriorate severely within a short time. Without prompt diagnosis and treatment, sepsis carries a high risk of mortality and long-term disability. This article presents a review of the literature related to sepsis, including its pathophysiology, impacts, clinical manifestations, and screening and assessment methods. These are essential competencies for nurses working in emergency and forensic nursing departments. Nurses in these areas must possess the knowledge, awareness, and ability to accurately assess patients with sepsis in a timely manner. Therefore, enhancing nurses' competencies in sepsis assessment is vital to ensure the delivery of high-quality care and to reduce the severity and complications associated with this life-threatening condition.

Keywords : "Sepsis", "Nursing competency", "Patient assessment", "Emergency and forensic unit"

บทนำ

การกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยสภาการพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานเฉพาะของแต่ละแผนกในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนและอันตรายถึงชีวิต พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ หนึ่งในภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง หากการประเมิน วินิจฉัย หรือรักษาล่าช้า อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ[1] และแนวโน้มของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยทั่วโลก 48.9 ล้านรายและเสียชีวิตกว่า 11 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 22.9 ของการเสียชีวิตจากหลายสาเหตุทั่วโลก สาเหตุหลักของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคือ โรคท้องร่วง ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2542-2557 [2] พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 2,470,666 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของสาเหตุการตายทั้งหมด[3] นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่

เสียชีวิตมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายร่วมด้วย[4] ซึ่งเป็นปัญหาที่ร้ายแรงในระบบสาธารณสุขอย่างยิ่ง ในปี 2560 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาอายุรกรรมมีการนำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ของ Service plan และนำมาปรับใหม่ โดยทีม PCT อายุรกรรมเน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) โดยใช้ เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ QSOFA SCORE มาใช้แทน SIRS (Systemic inflammatory response)[5] เริ่มต้นใช้ตั้งแต่ห้องฉุกเฉินต่อเนื่องไปจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต ปี 2567 พบว่า สามารถลดอัตราการตายลงได้ร้อยละ 17.1 เทียบกับการใช้ SIRS ปี 2559 กับ qSOFA ปี 2560[6]

จากปัญหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยอย่างรุนแรง รวมถึงสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจ ทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ ผู้ป่วยมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน รวมถึงอาจเกิดความพิการทั้งทางร่างกายและสติปัญญาตามมา หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปัญหานี้จึงถือเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะหากปล่อยไว้อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรที่มีค่าของประเทศในระยะยาวได้[7] ดังนั้น ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องได้รับการประเมินจากพยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ สมรรถนะที่ดีของพยาบาลในการประเมินภาวะนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งไม่เพียงเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังตอบสนองต่อความคาดหวังของญาติผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และระบบบริการสุขภาพโดยรวม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านโดยเฉพาะพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าใจและรับรู้สมรรถนะของพยาบาลในการประเมินผู้รับบริการที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการจากโรค

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญเพราะมีอัตราตายสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะช็อค (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลาย ๆ ระบบ (Multiple organ dysfunction) และเสียชีวิตในที่สุด อุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวในปัจจุบันสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สูงด้วยเช่นกัน[8] อุบัติการณ์ยังมีแนวโน้มมากขึ้นในอีก 20 ปีข้างหน้า[9] ภาวะซับซ้อนและรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร และมีค่าใช้จ่ายสูง[10] ซึ่งล้วนเกิดจากการประเมินที่ไม่ถูกต้องและผิดพลาด หรืออาจจะเกิดจากการประเมินที่ล่าช้าไม่แม่นยำ ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกันความหมาย การดำเนินโรค

และการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมาย

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ภาวะที่ร่างกายมีการติด เชื้อร่วมกับเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อนั้น ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และส่งผลให้มีการทำงานของอวัยวะผิดปกติ ในปี ค.ศ. 1991 American College of Chest Physicians และ Society of Critical Care Medicine (ACCP/ SCCM) จึงได้จัดการประชุมร่วมกันเพื่อให้ได้ความหมายที่ชัดเจน และขอบเขตของภาวะติดเชื้อ ในกระแสโลหิต จนได้ข้อสรุปของความหมายของคำต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน[11] ต่อมาในปี ค.ศ. 2001 ACCP/SCCM ร่วมกับ European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) และ Surgical Infection Societies (SIS) ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาคำจัดความของภาวะติดเชื้อรุนแรงใหม่ เพื่อเพิ่มความจำเพาะต่อโรค และง่ายต่อการวินิจฉัย ได้แก่ การติดเชื้อ (Infection) การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS) การติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะติดเชื้อรุนแรง ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ[12]

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้น หากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อมีเชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดจะทำให้เกิดอาการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้ร่างกายแสดงอาการมีไข้อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียสหรือมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.0 องศาเซลเซียสอัตราการเต้นของหัวใจเร็วมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที หรือมีอาการหายใจหอบมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที อาจมีการอวัยวะตามระบบใดระบบหนึ่งทำงานล้มเหลวหรือไม่มีก็ได้ ซึ่งยังส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนอาจจะทำให้ปัสสาวะออกน้อยหรือความดันโลหิตต่ำลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายเปลี่ยนแปลงและผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการผิดปกติได้

2. การดำเนินโรค

เมื่อเชื้อก่อโรคเข้าสู่ร่างกายจะเกิดการติดเชื้อและมีการหลั่งสารพิษ ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองหลั่ง pro-inflammatory และ anti- inflammatory จะกระตุ้นและควบคุมการทำงานของเซลล์ภูมิคุ้มกัน[13] ร่างกายจะมีความสมดุลของระบบภูมิคุ้มกัน แต่ถ้าเสียสมดุล เซลล์ภูมิคุ้มกันจะถูกกระตุ้นเพื่อทำหน้าที่กำจัดจุลชีพก่อโรคมากขึ้น[14] ในขณะเดียวกันเซลล์ภูมิคุ้มกัน ก็จะไปจับกับผนังหลอดเลือดแล้วหลั่งสาร ตัวกลางร่วมกับการกระตุ้น complement pathway ระบบการแข็งตัวของเลือด และมีการตอบสนองการอักเสบทั่ว ๆ ไปในร่างกายทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด เกิดการรั่วของสารน้ำออกนอกเส้นเลือด และกดการทำงานของหัวใจทำให้ร่างกายแย่ลง ในขณะเดียวกันเกิดสารกระตุ้นมีผลทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย[15]

ส่งผลทำให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสูบฉีด และยังทำให้เสียความสมดุลของระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดขนาดเล็กส่งผลให้เม็ดเลือดแดงไหลผ่านหลอดเลือดฝอยได้ลำบากมากขึ้น และเกิดการอุดตันในหลอดเลือดฝอยทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนและสารอาหารลดลง อาจจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด [16] และมีการลดลงของปัจจัยต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด การรั่วของสารน้ำออกนอกเส้นเลือด ภาวะหลอดเลือดขยายตัว การทำงานของหัวใจที่ลดลง ร่วมกับการเกิดลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดดำขนาดเล็ก ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ส่งไปเลี้ยงร่างกาย ไม่สมดุลกับปริมาณของออกซิเจนที่ร่างกายต้องการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน[17] เป็นระยะเวลานานส่งผลให้เสียชีวิตได้

2.1 ผลกระทบจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อร่างกาย

2.1.1 ภาวะเซลล์บุผิวหลอดเลือดทางานผิดปกติเซลล์บุผิวหลอดเลือด เป็นผลจากกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้ vasomotor tone มีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการขยายตัวของหลอดเลือด และการหดตัวของหลอดเลือด การเกาะติดของเกร็ดเลือด และเม็ดเลือดขาวกับผนังหลอดเลือด การรั่วซึมของผนังหลอดเลือด การเริ่มต้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดเหล่านี้ส่งผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลงและความสามารถของเนื้อเยื่อในการนำออกซิเจนไปใช้ลดลง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลงหรือเสื่อมหน้าที่ไป

2.1.2 หัวใจทำงานผิดปกติ ในภาวะติดเชื้อรุนแรงจะมีผลทำให้หัวใจมีการทำงานลดลงจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเสียไป ทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน จะส่งผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ การบีบตัวของหัวใจลดลง และมีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเป็นเวลานาน จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่ของหัวใจ จะพบความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติไปถึงร้อยละ 40 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อที่ไม่พบความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.1.3 ภาวะพร่องการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ภาวะนี้เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อไม่สามารถดึงออกซิเจนจากเลือดไปใช้ได้ทั้ง ๆ ที่ปริมาณออกซิเจนที่ส่งไปเลี้ยงร่างกายมีค่าปกติหรือสูงกว่าค่าปกติ สาเหตุเกิดจากลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดขนาดเล็กส่งผลให้เม็ดเลือดแดงไหลผ่านหลอดเลือดฝอยได้ลำบากมากขึ้น

2.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 อาการแสดงทั่วไปของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว การมีไข้พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่[19] ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีไข้ได้แม้จะมีการติดเชื้อรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย (hypothyroidism) ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ (Corticosteroid) เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติแม้มีการติดเชื้อรุนแรง

2.2.2 อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะอวัยวะที่ช่วยให้ระบุตำแหน่งของการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้พอจะทราบถึงชนิดของเชื้อก่อโรคได้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจ ไข้สูงเฉียบพลัน อาจตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) และอาจเข้าสู่ภาวะช็อคอย่างรวดเร็ว อาการปวดท้อง ส่วนใหญ่บ่งถึงการติดเชื้อในช่องท้อง อาการปวดหลังอาจไม่ใช่ กรวยไตอักเสบเฉียบพลันอาจเป็นอาการของการติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง หรือหมอนรองกระดูกสันหลัง เป็นต้น

2.2.3 อาการที่เกิดจากการกระจายของโรคมาที่ผิวหนังโดยตรง เช่น การเกิดเนื้อตายส่วนปลายชนิดเดียวกันพร้อมกันทั้งซ้ายและขวาซึ่งเป็นรอยโรคที่พบได้ในภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ไม่ใช่ลักษณะจำเพาะของการติดเชื้อใด

2.2.4 อาการที่เกิดจากความล้มเหลวของระบบอวัยวะต่าง ๆ เช่น ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดและออกซิเจนไม่พอเพียง ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน กระวนกระวาย ซึม หมดสติ มีปัสสาวะน้อยลงหรือไม่มีปัสสาวะเลย เลือดและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เป็นต้น

3. การประเมินและคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3.1 การซักประวัติ ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อคขั้นรุนแรงต่อไป ได้แก่ แหล่งของการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อาการสำคัญ และประวัติความเจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 การตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ เพื่อประเมินระยะของช็อค[20] ได้แก่ ระบบประสาท ผิวหนัง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบไต

3.3 การใช้เครื่องมือในการประเมิน Sepsis ในระยะแรกได้รวดเร็ว คือ The Quick SOFA (qSOFA), The SOFA, SOS Score และ MEWS Score ดังนี้

3.3.1 The Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) Score เป็นแบบประเมินลักษณะทางคลินิกอย่างรวดเร็ว สามารถใช้ประเมินข้างเตียงได้[21] มีทั้งหมด 3 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้[22] 1) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท 2) อัตราการหายใจ มากกว่าหรือเท่า 22 ครั้งต่อนาที และ3) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Glasgow Coma Score น้อยกว่า 15 คะแนน)

พบมากกว่า หรือเท่ากับ 2 ข้อ หมายถึง มีภาวะ Sepsis การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ qSOFA จึงสามารถทำได้สะดวก รวดเร็ว บอกได้ถึงความล้มเหลวของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจและระบบประสาท ซึ่งเป็นระบบที่สำคัญของร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่า

คะแนนที่ประเมินได้ 2 หรือ 3 คะแนน หากพิจารณาพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือเสียชีวิต ควรมีการประเมินหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบ โดยใช้ The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

3.3.2 The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score SOFA เป็นการประเมินการทำหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบ ได้แก่ ระบบหายใจ การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนกลาง และการทำงานของไต รวมไปถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ บิลลิรูบิน (Bilirubin) ครีอะตินิน (Creatinine) การแข็งตัวของเลือด (Coagulation) และการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Arterial Blood Gas: ABG)

การประเมินการให้คะแนนของ SOFA ใช้การประเมินการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ได้แก่ การวัดระดับแลคเตทในเลือด (Serum Lactate Level) เป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ซึ่งหากระดับแลคเตทในเลือดสูงกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร แสดงว่า มีภาวะ Hypoperfusion และหากระดับ แลคเตทในเลือดสูงมาก แสดงว่ามีภาวะ Hypoperfusion รุนแรง[23] รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

ระบบ	ระดับคะแนน				
	0	1	2	3	4
ระบบหายใจ: PaO2/FiO2 (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 ร่วมกับการช่วยหายใจ	< 100 ร่วมกับการช่วยหายใจ
การแข็งตัวของเลือด: เกร็ดเลือด (ไมโครลิตร)	≥ 150,000	< 150,000	< 100,000	< 50,000	< 20,000
การทางานของตับ: บิลิรูบิน (มก./ ดล.)	< 1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	> 12.0
ระบบไหลเวียนเลือด (mmHg)	MAP ≥ 70	MAP < 70	Dopamine < 5 หรือ Dobutamine ขนาดใดก็ได้	Dopamine 5.1-15 หรือ Epinephrine ≤ 0.1 หรือ Norepinephrine ≤ 0.1	Dopamine > 15 หรือ Epinephrine > 0.1 หรือ Norepinephrine > 0.1

ตาราง 1 The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score (ต่อ)

ระบบ	ระดับคะแนน				
	0	1	2	3	4
ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score: GCS)	15	13-14	10-12	6-9	< 6
การทำงานของไต: ครีอะตินิน (มก./ดล.) และปริมาณปัสสาวะ (มล./วัน)	< 1.2	1.2–1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 < 500	> 5.0 < 200

ที่มา: Vincent, Moreno, Takla, Willatt, De Mendonca, Bruining et al, 1996

3.3.3 Search out Severity Score (SOS score) SOS Score เป็นการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วย มีเกณฑ์ในการประเมินคือ อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) และปริมาณปัสสาวะ (Urine Output) SOS Score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 Search Out Severity Score (SOS Score)

เกณฑ์	ระดับคะแนน						
การประเมิน	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันซิสโตลิก (mmHg)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	
ชีพจร (ครั้ง/นาที)	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35

ตาราง 2 Search Out Severity Score (SOS Score) (ต่อ)

เกณฑ์	**ระดับคะแนน**						
การประเมิน	3	2	1	0	1	2	3
ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS)			สับสน กระสับกระส่าย	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม เรียกแล้วลืมตา สะลึมสะลือ	ซึมมาก ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/วัน		≤ 500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม.		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม.		≤80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/1 ชม.		≤ 20	21-39	≥ 40			

ที่มา: Champunot, Tansuphaswasdikul, Kamsawang, Tuandoung, & Thimsri, 2016

5.3.4 Modified Early Warning Sign (MEWS) MEWS เป็นแบบประเมินสัญญาณเตือนในระยะแรกที่ดัดแปลงมาจาก National Early Warning Signs (NEWS) เป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง จากข้อมูลทางสรีระวิทยาของผู้ป่วย 5 ระบบ ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) และระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) แต่ละข้อมีการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-3 คะแนน MEWS Score มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต[24] รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตาราง 3 Modified Early Warning Sign (MEWS)

เกณฑ์การ	ระดับคะแนน						
ประเมิน	3	2	1	0	1	2	3
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)		≤8		9-14	15-20	21-29	>29
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	>129
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	

ตาราง 3 Modified Early Warning Sign (MEWS) (ต่อ)

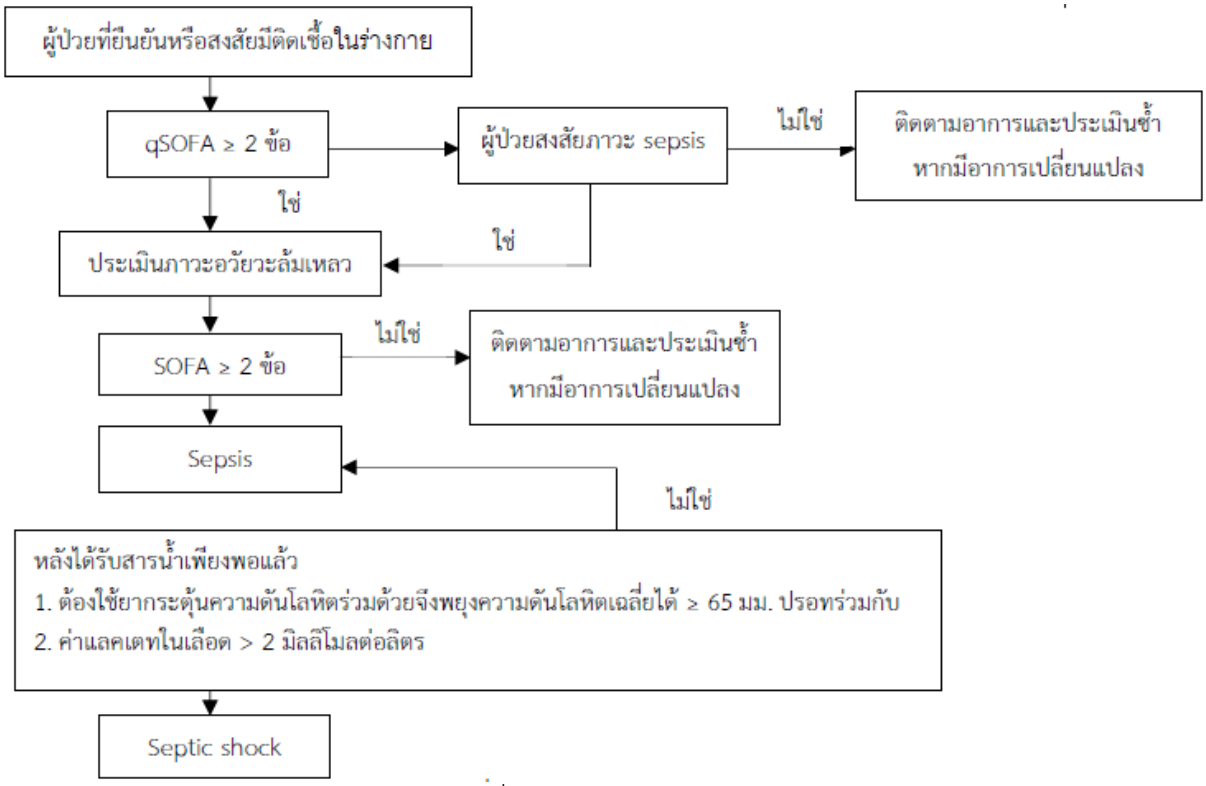
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน						
	3	2	1	0	1	2	3
ปัสสาวะ (มล./กก./ชม)		<0.5					
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)		≤36.0	35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-38.5	≥38.6	
ระดับความรู้สึกตัว				ตื่นดี	เรียกลืมตา	รู้ตำแหน่งเจ็บ	ไม่รู้สึกตัว

จากการประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และใช้แบบประเมินต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ ตามแผนภูมิที่ 1

1. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งสามารถประเมินได้ ดังนี้ มีการติดเชื้อรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2

2. ความดันโลหิตค่าที่ต้องได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต เพื่อรักษาระดับของค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดง (Mean Arterial Blood Pressure: MAP) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท

3. ระดับ lactate ในเลือดมากกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร หลังจากได้รับการแก้ไขแล้ว (Fluid Resuscitation)



ภาพ 1 แนวทางการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยภาวะ Sepsis และ Septic shock
ที่มา: The Thai Society of Critical Care Medicine, 2017; Singer, Deutschman, Seymour,Shanker-Hari, Annan, Bauer et al, 2016

สรุป

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา โดยเฉพาะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการซักประวัติ ค้นหาแหล่งติดเชื้อ ระบุปัจจัยเสี่ยง ประเมินการทำงานของอวัยวะ และใช้เครื่องมือคัดกรองที่แม่นยำ เพื่อวินิจฉัยและให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที แนวทางการรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การควบคุมแหล่งติดเชื้อ การให้สารน้ำเพื่อคงความดันโลหิต (MAP > 65 mmHg) การช่วยหายใจในกรณีที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และการเฝ้าระวังการล้มเหลวของระบบอวัยวะต่าง ๆ พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะสูงทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดอัตราการตาย และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องตามองค์ความรู้ใหม่ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและปรับปรุงสมรรถนะด้านการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยเฉพาะการเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบท เช่น qSOFA ซึ่งมีความจำเพาะสูง แต่ความไวต่ำ จึงควรใช้ร่วมกับเกณฑ์ SOFA ในการประเมินภาวะอวัยวะล้มเหลว ทั้งนี้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถประเมินตามเกณฑ์ SOFA ได้ เช่น หน่วยบริการนอกโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ควรพิจารณาใช้เครื่องมืออื่น เช่น SOS Score หรือ MEWS Score เพื่อช่วยระบุสัญญาณเตือนล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนโดยมุ่งเน้นการประเมินอย่างรวดเร็ว วางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และสามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และสนับสนุนการทำงานของทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Choodum N, Lohitthai S, Chua Chomket N. Competencies of Professional Nurses in the Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):31-8. (in Thai)
2. Sathorn Thumneumon. Nursing care for Sepsis Patients in the Emergency Room: Case Study Udonthani Hospital Medical Journal. 2019;27(2):211-22. (in Thai)
3. Kamsunan, K. Statistics of patients with bloodstream infection (service profile). Emergency and Forensic Medicine Department, Don Tan Hospital. 2023.
4. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8 ed. Philadelphia Elsevier saunders; 2015.
5. Kannika Amphon, Chachayapa Bunyoprakarn, Patcharin Sinkincharoen. The Outcomes of the Development of the Patients with Septicemia, Prapokklao Hospital. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2017;34(3):222-36. (in Thai)
6. Montira Maniratanaporn, Nattapol Ritthayamai, Srisakun Jirakanjanakorn. Survival guide in acute care medicine. 4 ed. Bangkok: Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2018.
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Social situation report of Mukdahan Province. Mukdahan;2023. (in Thai)

8. Koomsuphan W, Chitpakdee B, Abhicharttibutra K. Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Nursing Journal CMU. 2022;49(1):138-47. (in Thai)
9. Kortgen A, Hofmann G, Bauer M. Sepsis-Current Aspects of Pathophysiology and Implications for Diagnosis and Management. European Journal of Trauma. 2006;32(1):3-9.
10. Annane D, Aegerter P, Jars-Guincestre MC, Guidet B. Current epidemiology of septic shock: the CUB-Réa Network. Am J Respir Crit Care Med. 2003;168(2):165-72.
11. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest.* 1992 Jun;101(6):1644–55.
12. Kanok Pipatwet. Treatment of bloodstream infection according to the guidelines of Uttaradit Hospital: to increase the survival rate. Journal of Tuberculosis, Thoracic Diseases and Critical Care Medicine. 2008;29(3):241-51. (in Thai)
13. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med. 2003;31(4):1250-6.
14. O'Brien JM, Jr., Ali NA, Aberegg SK, Abraham E. Sepsis. Am J Med. 2007;120(12):1012-22.
15. Kleinpell RM, Graves BT, Ackerman MH. Incidence, pathogenesis, and management of sepsis: an overview. AACN Adv Crit Care. 2006;17(4):385-93.
16. Bridges EJ, Dukes S. Cardiovascular aspects of septic shock: pathophysiology, monitoring, and treatment. Crit Care Nurse. 2005;25(2):14-6, 8-20, 2-4 passim; quiz 41-2.
17. Lantharita Charoenpong. Incidence and Risk Factors Associated with Mortality from Sepsis at Chaophrayayommarat Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(4). (in Thai)
18. Remick DG. Pathophysiology of sepsis. Am J Pathol. 2007;170(5):1435-44.
19. Trzeciak S, Rivers EP. Clinical manifestations of disordered microcirculatory perfusion in severe sepsis. Crit Care. 2005;9 Suppl 4(Suppl 4):S20-6.
20. Kleinpell RM, Graves BT, Ackerman MH. Incidence, pathogenesis, and management of sepsis: an overview. AACN Adv Crit Care. 2006;17(4):385-93.

21. Seckel, M. A. Shock, Sepsis and Multiple Organ Dysfunction Syndromes. In: Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., & Harding, M. M, editors. Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. St. Louis, Elsevier; 2017. p. 1587-1608.
22. Williams JM, Greenslade JH, McKenzie JV, Chu K, Brown AFT, Lipman J. Systemic Inflammatory Response Syndrome, Quick Sequential Organ Function Assessment, and Organ Dysfunction: Insights from a Prospective Database of ED Patients with Infection. CHEST. 2017;151(3):586-96.
23. Makic MBF, Bridges E. CE: Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. Am J Nurs. 2018;118(2):34-9.
24. Rosenberger, S. R., Von Rueden, K. T., & Des Champs, E. S. Multisystem Dysfunction: Shock, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Multiple Organ Dysfunction Syndrome. In: Morton, P.G., & Fontaine, D.K, editors. Critical Care Nursing: A Holistic Approach. China, Wolters Klower; 2018. P. 1049-1070.
25. Nakchuay, N., Inprasong, L., Tuntrakul, W., Tongbai, P., & Juntanu, P. MEWS: Adult Pre-Arrest Sign and Roles of Nurse. Siriraj Medical Bulletin. 2017;10(3):186-90. (in Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of an Online Room Reservation System for the Faculty of Nursing, Mahasarakham University

พรทิพย์ เวียงสมุทร อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์ สุรชาติ สิทธิปกรณ์

Porntip Wiangsamut Umaporn Kuasit Surachat Sitipakorn

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Faculty of Nursing Mahasarakham University

(Received: March 26, 2025; Revised: June 3, 2025; Accepted: June 10, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริการจองห้องแบบออนไลน์ โดยใช้แนวคิดลีนมาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพงานของฝ่ายวิชาการ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยได้แก่ คณาจารย์ บุคลากรและนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 217 คน เก็บข้อมูลในปีการศึกษา 2565 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการการพัฒนาระบบ แบบสอบถามความพึงพอใจ การพัฒนารูปแบบโดยนำแนวคิดของลีนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการจองห้องแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยในการใช้ระบบจองห้อง ก่อน และหลัง

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบบริการจองห้องแบบออนไลน์ตามแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจความต้องการในการพัฒนา 2) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ 3) ออกแบบและพัฒนาระบบจองห้องเรียนและห้องประชุม และ 4) การประเมินผล ได้แก่ ระยะเวลาการรอคอย และความพึงพอใจระบบจองห้อง พบว่า ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการจองห้องจากเดิม 6 ขั้น เหลือ 3 ขั้นตอน และใช้ระยะเวลาเดิมจากทั้งหมด 8 ชั่วโมง เหลือ 11 นาที และมีความพึงพอใจระดับมากหลังใช้ระบบ เฉลี่ย 4.02 คะแนน ระบบลีนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานจากร้อยละ 3.96 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 23.08

จากผลการวิจัยสามารถนำระบบบริการจองห้องแบบออนไลน์ตามแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานแนวคิดลีน มาใช้ในการลดระยะเวลาจองห้อง และสามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาและในการให้บริการของงานอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : “การพัฒนาระบบ”, “บริการจองห้องแบบออนไลน์”, “แนวคิดลีน”

Abstract

This developmental research aimed to develop an online room reservation system using the Lean concept as a guideline to improve the operational efficiency of the academic affairs division. The study sample consisted of 217 participants, including lecturers, staff, and students from the Faculty of Nursing, Mahasarakham University. Data were collected during the 2022 academic year. The research instruments included a personal information questionnaire, a system development needs assessment questionnaire, and a satisfaction survey. The system was developed by applying the Lean concept to improve the efficiency of the online room reservation service. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. A comparison had made between the waiting time for the reservation process before and after the system implementation.

The findings revealed that the development of the online room reservation system through process improvement consisted of four main steps: (1) assessing the development needs, (2) analyzing problems and requirements, (3) designing and developing the classroom and meeting room reservation system, and (4) evaluating outcomes in terms of waiting time and user satisfaction. This system reduced the reservation process from six steps to three, and the waiting time was significantly reduced from eight hours to only eleven minutes. The level of user satisfaction was high, with an average score of 4.02. The implementation of the Lean-based system improved work efficiency from 3.96% to 23.08%.

Based on the findings, the online room reservation system developed through Lean-based process improvement can be effectively applied to reduce reservation time and can serve as a model for the development of other service systems in the organization

Keywords: “System Development”, “Online Room Reservation Service”, “Lean Concept”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: porntip.w@msu.ac.th)

บทนำ

ในปัจจุบันหลาย ๆ องค์กรในประเทศไทยโดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมได้มีการนำแนวคิดลีน (Lean Thinking) [1,2] มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการผลิตอย่างแพร่หลาย ซึ่งเรียกกันว่า “การผลิตแบบลีน หรือ Lean Manufacturing” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการผลิตสูง โดยเป็นแนวคิดที่พยายามค้นหา “ความสูญเปล่า” (Waste) และดำเนินมาตรการเพื่อขจัดความสูญเปล่าสร้างความรวดเร็วของกระบวนการผลิต รวมถึงการทบทวนถึง “คุณค่า” (Value) ในมุมมองของลูกค้าหรือผู้รับบริการตลอดกระบวนการผลิต เพื่อทำให้มั่นใจว่าสิ่งที่องค์กรกำลังดำเนินการอยู่นั้นเป็นการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังจากลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างแท้จริง[3] หลักการลีนเป็นหลักการที่ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่สำคัญลงเพื่อให้เวลาและขั้นตอนในกระบวนการลดลง เป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการทำงานขององค์กร โดยมุ่งเน้นความคุ้มค่า หลีกเลี่ยงความสูญเสียในการทำงาน[4] การบริการแบบลีนสามารถลดต้นทุนการผลิต รองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการทำงานตั้งแต่การออกแบบ การจัดส่งวัตถุดิบ การบริการพัสดุคงคลัง การผลิต จนกระทั่งการจัดจำหน่ายสินค้าและบริการให้แก่ลูกค้ามาประยุกต์ใช้ด้วยการวิเคราะห์คุณค่าของกระบวนการซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากงานวิจัย พบว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการนำลีนมาใช้ในกระบวนการผ่าตัดโรงพยาบาลในสเปน การวิจัยนี้วิเคราะห์กิจกรรมการปรับปรุงกระบวนการผ่าตัดโดยใช้แนวคิดลีนในโรงพยาบาล พบว่าการดำเนินการดังกล่าวมีผลกระทบทางเศรษฐกิจที่สำคัญ[5] จากการทบทวนวรรณกรรมการประยุกต์ใช้ระบบลีนในองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการนำระบบลีนมาใช้ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่าระบบลีนช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาและปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการ[6,7]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีภารกิจหลักคือผลิตบัณฑิต ศึกษาวิจัยบริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ในปีการศึกษา 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ส่งผลให้มีจำนวนนิสิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับกิจกรรมทางวิชาการ เช่น การจัดประชุม อบรม สัมมนา ตลอดจนใช้ห้องเรียนและห้องประชุมเพื่อสนับสนุนภารกิจดังกล่าว อย่างไรก็ตามคณะพยาบาลศาสตร์ ยังไม่มีระบบจองห้องเรียนและห้องประชุมแบบออนไลน์ ส่งผลให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ การดำเนินการจองห้องในปัจจุบันต้องติดต่อผ่านฝ่ายวิชาการกรณีจองห้องเรียน และฝ่ายบริหารกรณีจองห้องประชุม ซึ่งมักพบปัญหาด้านการตรวจสอบข้อมูลการจองห้อง จำนวนผู้ใช้ การขอใช้อุปกรณ์ รวมถึงการจองห้องซ้ำซ้อนบ่อยครั้ง รวมถึงการอนุมัติยังล่าช้า โดยเฉพาะเมื่อผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจอนุมัติไม่อยู่ เนื่องจากติดภารกิจอื่น เช่น การนิเทศงานภายนอก ทำให้กระบวนการอนุมัติใช้เวลาเฉลี่ย 1-3 วันทำการ ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ใช้บริการ

เกิดความไม่พึงพอใจ และเกิดการสูญเสียเวลาในการดำเนินงาน ดังนั้นการพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการ ลดความซ้ำซ้อน และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น

ปัจจุบันฝ่ายวิชาการซึ่งพบว่าระบบจองห้องที่ผ่านมาในอดีต ถึงปีงบประมาณ 2564 มีการจองห้องเดิมมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน การจองห้องของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามในปัจจุบันมีขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ผู้ใช้บริการส่งแบบฟอร์มจองห้อง/ทำบันทึกจองห้องเรียนห้องประชุมผ่านระบบธุรการ ใช้เวลา 5 นาที ขั้นตอนที่ 2 ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการลงทะเบียนรับแบบฟอร์มจองห้อง/บันทึกจองห้องเรียนห้องประชุม ใช้เวลา 5 นาที ขั้นตอนที่ 3 ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการตรวจสอบสถานะห้องเรียน ห้องประชุมว่าง/ไม่ว่าง ใช้เวลา 5 นาที ขั้นตอนที่ 4 ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการบันทึกข้อมูลในทะเบียนคุมจองห้องเรียน/ห้องประชุม ใช้เวลา 5 นาที ขั้นตอนที่ 5 ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการเสนอจองห้องเรียน/ห้องประชุมต่อผู้บริหารของหน่วยงาน ใช้เวลา 1-3 วัน หรือ 480 นาที ขั้นตอนที่ 6 ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการแจ้งกลับผู้ใช้บริการเพื่อแจ้งสถานะจองห้องเรียน/ห้องประชุม ใช้เวลา 5 นาที รวมแล้วทั้งสิ้น 8 ชั่วโมง ในการที่จะทราบผลว่าการจองห้องจะอนุมัติผล ซึ่งได้เวลานานมาก

ดังนั้นในฐานะผู้วิจัยปฏิบัติงานในฝ่ายวิชาการ และมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลระบบจองห้องจึงได้นำแนวคิดลีนมาพัฒนาระบบบริการจองห้องแบบออนไลน์ตามแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ เพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพด้านปัจจัยสนับสนุนด้านการเรียนการสอน ถือเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพองค์กร และนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีของงานฝ่ายวิชาการ ซึ่งระบบจองห้องออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งลดขั้นตอน ลดระยะเวลาในการรอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นการพัฒนาคุณภาพงานด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

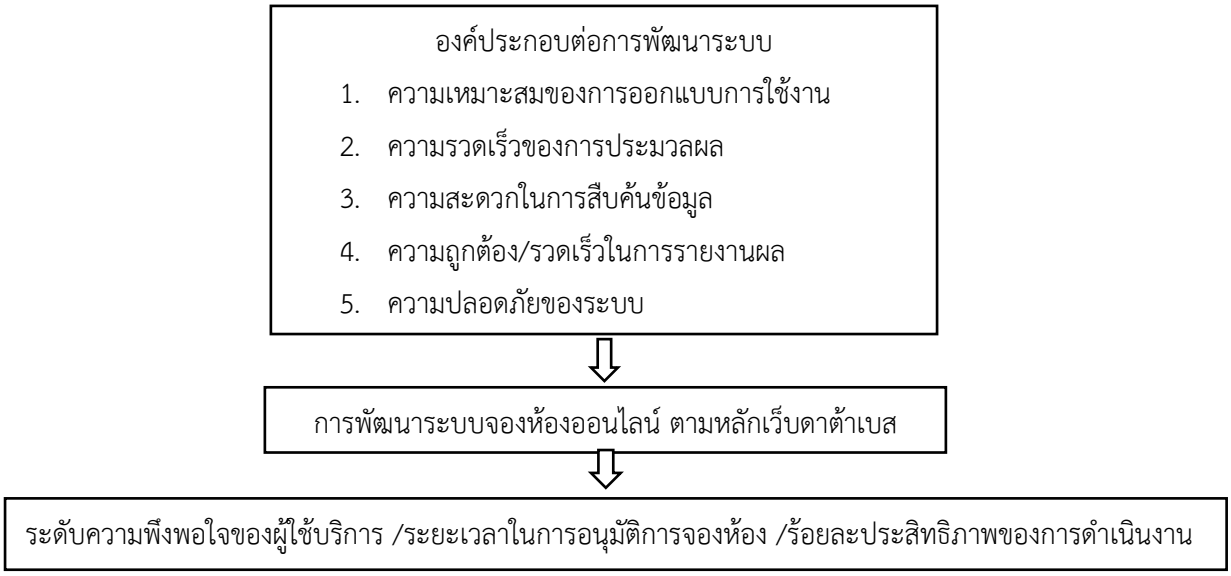
วัตถุประสงคการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบการจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดลีน (Lean Linking) ตามแนวคิดของ Bicheno และ Holweg (2016)[2] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบต่อการพัฒนาระบบ ได้แก่ ความเหมาะสมของการออกแบบการใช้งาน ความรวดเร็วของการประมวลผลความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ความถูกต้อง/รวดเร็วในการรายงานผล และ ความปลอดภัยของระบบฐานข้อมูล และจากนั้นนำมาพัฒนาระบบจอง

ห้องออนไลน์ โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ ตามหลัก web database และประเมินผลของการใช้ระบบโดยผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ระยะเวลาในการอนุมัติการจองห้อง และร้อยละประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการศึกษาข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการบริการจองห้องแบบออนไลน์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย คณาจารย์ บุคลากร และนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แบ่งเป็น คณาจารย์ จำนวน 41 คน บุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 18 คน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2565 จำนวน 464 คน รวมประชากรทั้งหมด 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย คณาจารย์ บุคลากร และนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 217 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ krejcie และ Morgan[8]

การสำรวจความต้องการจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพัฒนาระบบการจองห้องออนไลน์การวิจัย ได้แก่ คณาจารย์ 10 คน บุคลากรสายสนับสนุน 10 และนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและพัฒนาระบบการจองห้องออนไลน์โดยใช้แนวคิดลีน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงวุฒิ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามความต้องการต่อการพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นแบบสอบถามปลายเปิด มีจำนวน 5 ข้อ

2. แบบประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้งานระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยเพศ สถานภาพ และความถี่ในการใช้บริการต่อระยะเวลา 1 เดือน โดยเฉลี่ย

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบจองห้อง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scales) โดยกำหนดการให้คะแนนของแบบสอบถาม ดังนี้ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน /ระดับความพึงพอใจมาก 4 คะแนน/ระดับความพึงพอปลานกลาง 3 คะแนน/ระดับความพึงพอใจน้อย 2 คะแนน/ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน แล้วหาค่าเฉลี่ยของคำตอบแบบสอบถาม และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นคำถามลักษณะปลายเปิดที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสอแนะ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 คน โดยไม่ได้นำมารวมในกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability Test) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Crobach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่ 1833-175/2564 ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2564 โดยผู้วิจัยเข้าชี้แจ้งโครงการวิจัยด้วยตนเอง และเชิญชวนผู้ร่วมได้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการดังนี้

1. จัดทำแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างพร้อมตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร

2. ดำเนินการส่งแบบสอบถามด้วยตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

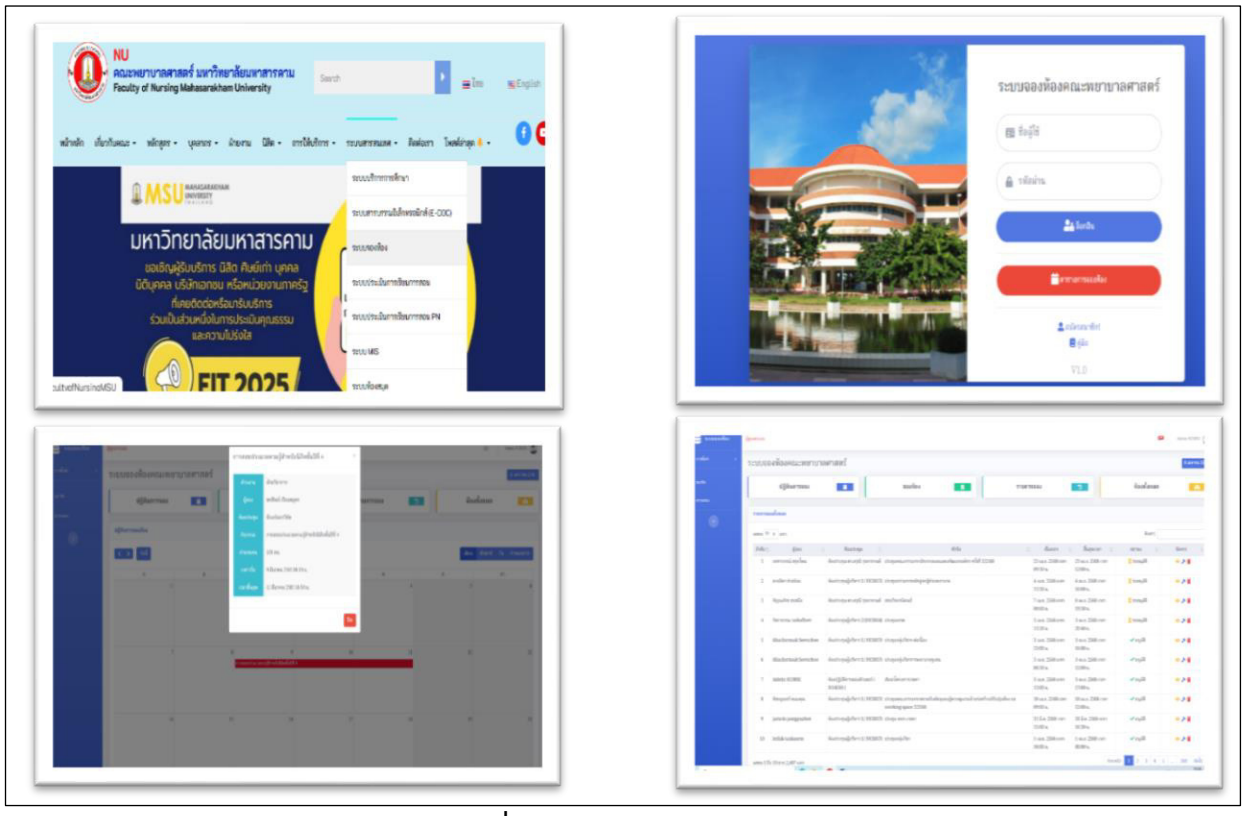
3. เมื่อครบกำหนดตามระยะเวลาได้รับแบบสอบถามที่มีผู้ตอบกลับมาไม่ครบ ผู้วิจัยตรวจสอบและติดตาม โดยสอบถามทางโทรศัพท์กลับไปถึงผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามความต้องการ ต่อการพัฒนาการจองห้องออนไลน์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบการจองห้องออนไลน์ อีกครั้ง

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

ขั้นตอนการพัฒนาระบบจองห้อง

การพัฒนาระบบบริการจองห้องแบบออนไลน์ตามแนวคิดลีน (Lean thinking) [1,2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยนำแบบสอบถามไปแจกกับกลุ่มตัวอย่าง และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVId-19) การดำเนินงานการจองห้องในระบบเดิมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ และออกแบบมาพัฒนาระบบการจอง ห้องเรียนห้องประชุมออนไลน์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยการใช้ภาษา PHP และฐานข้อมูล MySQL ซึ่งจะมีผู้ใช้งานอยู่ 4 ระดับ คือ 1) คณาจารย์ 2) บุคลากร 3) นิสิต และ 4) ผู้ดูแลระบบ โดยการเข้าระบบจองห้องคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ใช้เข้าระบบจะทำการเลือกเมนูสมัครสมาชิก กรอกข้อมูลสมาชิกให้ครบทุกช่อง แล้วกดบันทึก หน้าจอจะลิงค์ไปที่ระบบจองห้อง คณะพยาบาลศาสตร์ และกรอกข้อมูลชื่อผู้ใช้ รหัสผ่าน และกดล็อกอินเข้าระบบ การแสดงหน้าจอรายละเอียดการจองห้องเรียนห้องประชุม จะแสดงข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ ฝ่ายงาน ผู้จอง ห้องประชุม กิจกรรม จำนวน เวลาเริ่ม เวลาสิ้นสุด ตามระบบการจองห้อง แผนภาพที่ 2

ระบบการจองห้องโดยผ่านเว็ปไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม https://nu.msu.ac.th/main/



ภาพที่ 2 ระบบการจองห้องออนไลน์

ขั้นตอนการดำเนินงาน ศึกษาประสิทธิภาพกระบวนทำงานโดยใช้แนวคิดลีน ดังนี้

1) เขียนขั้นตอนการดำเนินงานตามแบบปัจจุบันตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ (Pre-Lean)

2) ระบุระยะเวลาที่เกิดขึ้นของทุกกิจกรรม รวมถึงระยะเวลาระหว่างกิจกรรมและช่วงระยะเวลาที่ต้องรอในแต่ละกิจกรรม

3) วิเคราะห์กิจกรรมที่เกิดขึ้นว่ากิจกรรมใดมีความจำเป็นต้องทำ (Value) หรือไม่มีความจำเป็นต้องทำแต่ต้องทำ (Necessary non value) โดยกำหนดสัญลักษณ์ ดังนี้[9]



4) คำนวณหาประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน Pre-Lean โดยใช้สูตร ดังนี้[9]

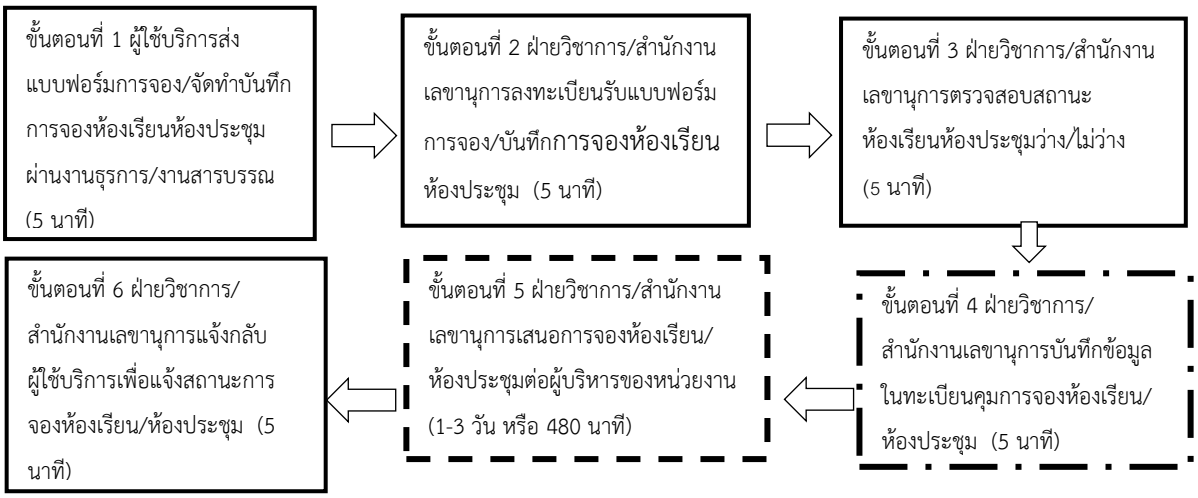
ประสิทธิภาพ = (ผลรวมของเวลาที่เป็นคุณค่า (Value) x 100)/ เวลาทั้งหมด (Cycle Time)

5) นำเสนอแนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ (Post-Lean) โดยตัดกระบวนการที่ไม่มีความจำเป็นต้องทำออก และตัดกระบวนการที่ไม่มีความจำเป็นต้องทำแต่ต้องทำออกให้เหลือน้อยที่สุดพร้อมดำเนินการเก็บข้อมูลจริงตามวิธีการใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

6) คำนวณหาประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินงาน Post-Lean โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ [9]

ประสิทธิภาพ = (ผลรวมของเวลาที่เป็นคุณค่า (Value) x 100)/ เวลาทั้งหมด (Cycle Time)

การศึกษาข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริการจองห้องแบบออนไลน์ตามแนวคิด Lean โดยเขียนขั้นตอนการดำเนินงานในส่วนของการดำเนินงานแบบเดิม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** ผู้ใช้บริการส่งแบบฟอร์มการจอง/ทำบันทึกการจองห้องเรียนห้องประชุมผ่านระบบธุรการ ใช้เวลา 5 นาที **ขั้นตอนที่ 2** ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการลงทะเบียนรับแบบฟอร์มการจอง/บันทึกการจองห้องเรียนห้องประชุม ใช้เวลา 5 นาที **ขั้นตอนที่ 3** ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการตรวจสอบสถานะห้องเรียนห้องประชุมว่าง/ไม่ว่าง ใช้เวลา 5 นาที **ขั้นตอนที่ 4** ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการบันทึกข้อมูลในทะเบียนคุมการจองห้องเรียน/ห้องประชุม ใช้เวลา 5 นาที **ขั้นตอนที่ 5** ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการเสนอการจองห้องเรียน/ห้องประชุมต่อผู้บริหารของหน่วยงาน ใช้เวลา 1-3 วัน หรือ 480 นาที **ขั้นตอนที่ 6** ฝ่ายวิชาการ/สำนักงานเลขานุการแจ้งกลับผู้ใช้บริการเพื่อแจ้งสถานะการจองห้องเรียน/ห้องประชุม ใช้เวลา 5 นาที จากขั้นตอนการจองห้องเรียนห้องประชุมตามแนวทางการดำเนินงานแบบเดิม (Pre-Lean) สามารถเขียนเป็นแผนผังขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้



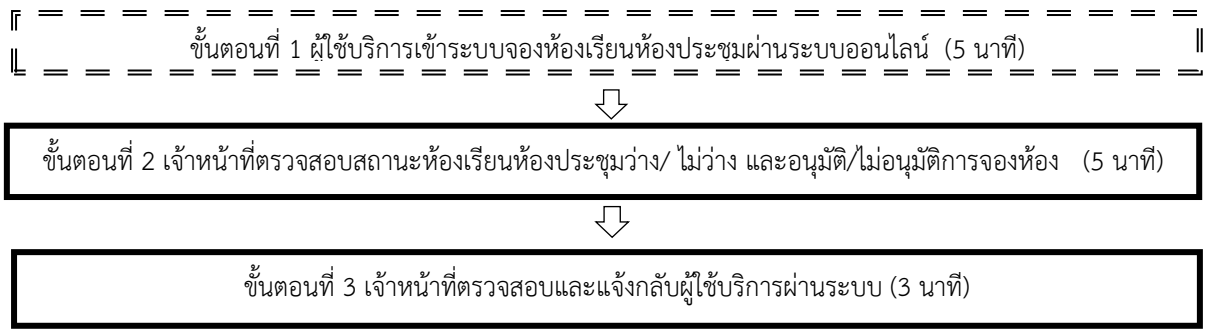
ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการให้บริการจองห้องตามแนวทางการดำเนินงานแบบเดิม (Pre-Lean)

การคำนวณหาประสิทธิภาพการดำเนินงาน Pre-Lean จากภาพที่ 2 รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 505 นาที สามารถคำนวณหาประสิทธิภาพการดำเนินงาน ดังนี้

$$\text{ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{ผลรวมของเวลาที่เป็นคุณค่า (Value) x 100}}{\text{เวลาทั้งหมด (Cycle Time)}}$$

$$= \frac{20x100}{505} = 3.96$$

แนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ (Post-Lean) โดยตัดขั้นตอนการดำเนินที่ไม่มีความจำเป็นต้องทำ (Waste) ออก และตัดขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่มีความจำเป็นต้องทำแต่ต้องทำ (Necessary non value) ออกให้เหลือน้อยที่สุด โดยแนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ (Post-Lean) ได้นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาระบบจองห้องเรียนห้องประชุมออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยการดำเนินงานแบบใหม่ (Post-Lean) มี 3 ขั้นตอน เขียนเป็นขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการให้บริการจองห้องตามแนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ (Post-Lean)

การคำนวณหาประสิทธิภาพการดำเนินงาน Post-Lean จากภาพที่ 3 รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 13 นาที สามารถคำนวณหาประสิทธิภาพการดำเนินงาน ดังนี้

$$\text{ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{ผลรวมของเวลาที่เป็นคุณค่า (Value) x 100}}{\text{เวลาทั้งหมด (Cycle Time}}$$

$$= \frac{3x100}{13} = 23.08$$

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. นำข้อมูลชุดที่ 1 แบบสอบถามความต้องการต่อการพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มาสรุปเป็นภาพรวม

2. นำข้อมูลชุดที่ 2 แบบประเมินผลความพึงพอใจ มาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามใช้โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) และร้อย

ละ (Percentage) ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการจองห้องบริการออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและสรุปผลการวิจัย และ ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นคำถามลักษณะปลายเปิดที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาระยะเวลาการจองห้องเรียนห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ระหว่างก่อนและหลังการนำแนวคิดลีนมาพัฒนาใช้ สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตาราง 1 ระยะเวลาการจองห้องเรียนห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ ก่อน-หลังลีน

บริการจองห้องเรียนห้องประชุม	Pre-Lean	Post-Lean
1. ขั้นตอนการดำเนินงาน	6 ขั้นตอน	3 ขั้นตอน
2. ระยะเวลาการดำเนินงาน	8 ชั่วโมง	13 นาที
3. คะแนนความพึงพอใจ	3.50 คะแนน	4.02 คะแนน
4. ประสิทธิภาพการดำเนินงาน	ร้อยละ 3.96	ร้อยละ 23.08

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาระยะเวลาการจองห้องเรียนห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ระหว่างก่อนและหลังการนำแนวคิดลีนมาพัฒนาใช้ พบว่าหลังนำแนวคิดลีนมาพัฒนาระบบจองห้องเรียนห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ทำให้ลดขั้นตอนการดำเนินงานลดลงจาก 6 ขั้นตอน เหลือ 3 ขั้นตอน และทำให้ระยะเวลาในการดำเนินงานลดลงจากเดิม 8 ชั่วโมง เหลือใช้ระยะเวลาเพียง 13 นาที รวมถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.96 ร้อยละ 23.08

ผลการสำความความต้องการของผู้ใช้บริการต่อการพัฒนาระบบการจองห้องออนไลน์ตามแนวคิดลีนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตาราง 2 แสดงการสำรวจความต้องการต่อการพัฒนาระบบจองห้องแบบออนไลน์

ข้อคำถาม	สรุปความต้องการ
1. ท่านเคยรู้เรื่องเกี่ยวกับระบบจองห้องแบบออนไลน์ หรือไม่	เคย เป็นระบบที่ให้บริการผ่านอินเตอร์เน็ต มีความรวดเร็วในการให้บริการ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ
2. ท่านต้องการระบบการจองห้องแบบออนไลน์หรือไม่ เพราะอะไร โปรดระบุเหตุผล	เพื่อลดระยะเวลา ง่ายต่อการใช้บริการ สะดวก รวดเร็ว ทราบสถานะของห้องว่าหรือไม่ว่าง สามารถจองผ่านระบบได้ทุกที่ที่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และประหยัดเวลาการเดินทาง

ตาราง 2 แสดงการสำรวจความต้องการต่อการพัฒนาระบบจองห้องแบบออนไลน์ (ต่อ)

ข้อคำถาม	สรุปความต้องการ
3. ท่านต้องการระบุช่วงเวลาที่ท่านต้องการจองห้องแบบออนไลน์	การใช้งานของระบบให้กำหนดการกรอกข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ เวลา สถานที่ จำนวนคน รายละเอียดการใช้ห้อง สถานะของห้องว่าง/ไม่ว่าง ชื่อผู้จองห้อง การอนุมัติ การยกเลิกการจอง
4. รูปแบบการจองห้องออนไลน์ (เช่น เมนู สี ตัวอักษร)	มีเมนูการใช้งานที่ระบบรายละเอียดชัดเจน เช่นขนาดตัวอักษร รูปภาพ สี และความจุของห้องเรียนห้องประชุม
5. สิ่งที่ท่านต้องการให้มีในระบบจองห้องแบบออนไลน์	รายการอุปกรณ์ที่ต้องใช้ ระบุสถานะการใช้ห้องแสดงตารางการจองห้อง คำแนะนำ/ขั้นตอนการใช้ห้อง ข้อมูลติดต่อเจ้าหน้าที่ การตอบกลับของระบบในการจองห้อง และระบบที่เสถียรต่อการใช้งาน

ผลการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้งานระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

หัวข้อ		จำนวน	Mean
เพศ	ชาย	27	12.40
	หญิง	190	87.60
สถานภาพ	บุคลากรสายวิชาการ	7	3.20
	บุคลากรสายสนับสนุน	17	7.80
	นิสิตปริญญาตรี	193	88.90
ความถี่ในการใช้บริการต่อระยะเวลา 1 เดือน โดยเฉลี่ย			
1 - 5 ครั้ง		202	93.10
6 – 10 ครั้ง		11	5.10
11 – 15 ครั้ง		3	1.40
มากกว่า 15 ครั้ง		1	0.50

จากตาราง 3 พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.60 สถานภาพเป็นนิสิตปริญญาตรี ร้อยละ 88.90 รองลงมาบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 7.80 และบุคลากรสายวิชาการ ร้อยละ 3.20 และความถี่ในการใช้บริการต่อระยะเวลา 1 เดือน โดยเฉลี่ยจะใช้บริการ 1 – 5 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.10

ตอนที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบการจองห้องออนไลน์ ดังแสดงในตารางที่ 4 ดังนี้

ตาราง 4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบการจองห้องออนไลน์

ประเด็นการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ระบบใช้งานง่าย	3.98	0.656	มาก
2. ความเหมาะสมของหน้าจอ เมนูไม่ซับซ้อน	3.92	0.651	มาก
3. ความเหมาะสมการใช้ขนาดของตัวอักษร	4.05	0.706	มาก
4. ความรวดเร็วในการประมวลผลข้อมูล	3.87	0.767	มาก
5. ความถูกต้องของผลลัพธ์ที่ได้จากการประมวลผล	4.03	0.720	มาก
6. ความสะดวกต่อการจองห้อง	4.09	0.698	มาก
7. ความเหมาะสมการแจ้งสถานของระบบ	4.01	0.733	มาก
8. การจัดวางรูปแบบของระบบง่ายต่อการใช้งาน	4.06	0.721	มาก
9. ความเหมาะสมของคู่มือ/วิธีการใช้งานระบบ	4.09	0.731	มาก
10. ระบบเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน	4.15	0.718	มาก
รวม	4.02	0.710	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบจองห้องออนไลน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ระบบเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน มีความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 รองลงมา คือความสะดวกต่อการจองห้อง และความเหมาะสมของคู่มือ/วิธีการใช้งานระบบมีความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 เท่ากัน และความรวดเร็วในการประมวลผลข้อมูลมีความพึงพอใจระดับน้อยสุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ จากผู้ใช้ระบบ พบว่า ระบบมีจุดเด่นของระบบใช้งานง่าย หน้าจอใหญ่ มีความสะดวกในการจองห้อง และสามารถตรวจเช็คตารางการใช้ห้องของแต่ละห้องชัดเจน ไม่ต้องเดินไปตรวจสอบกับเจ้าหน้าที่ ส่วนจุดที่ควรพัฒนา ได้แก่ ระบบช้าเป็นบางครั้ง/ไม่เสถียร/การประมวลผลยังช้า สีหน้าของจอไม่ค่อย ชัดเจน ปฏิทินการจองห้องค่อนข้างดูยากเล็กน้อย การเข้าใช้งานในระบบไม่ลิงค์ข้อมูลที่มีอยู่/การแสดงแถบสีไม่เป็นลักษณะเดียวกันทั้งหมด ไม่ระบุเวลาการใช้ห้องในปฏิทิน ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงระบบ ให้ทันสมัยเพิ่มยิ่งขึ้น และเสนอให้ระบบการจองห้องตอบกลับทันทีไม่ต้องรอการตอบกลับทาง E-mail ยืนยัน

อภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบจองห้องออนไลน์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ประยุกต์แนวคิด Lean เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์กระบวนการจองห้องเรียนและห้องประชุมแบบเดิมซึ่งต้องกรอกเอกสารและยื่นคำร้องต่อฝ่ายวิชาการ พบว่ามีขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า (Waste) และขั้นตอนที่จำเป็นแต่ไม่สร้างคุณค่า (Necessary Non-Value) หลายขั้นตอน จึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย ซึ่งส่งผลให้ขั้นตอนการดำเนินงานลดลงจาก 6 ขั้นตอน เหลือเพียง 3 ขั้นตอน และระยะเวลาดำเนินงานลดลงจาก 505 นาที เหลือเพียง 13 นาที ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของหลายหน่วยงาน เช่น การศึกษาแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพบริการจองห้องพักอุทยานบ้านเชียงเครือที่สามารถลดขั้นตอนจาก 6 เหลือ 2 ขั้นตอน และลดเวลาในการดำเนินการจาก 300 นาที เหลือ 8 นาที รวมถึงยังทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 62.50[11] และงานวิจัยของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่ได้ศึกษาเรื่องการปรับปรุงกระบวนการทำงานทุนการศึกษาแก่นิสิตนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาที่คณาจารย์ได้รับจากแหล่งทุนภายนอก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรานารีด้วยแนวคิดลีน ผลการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือ Lean สามารถลดขั้นตอนของงานลง คิดเป็นร้อยละ 31.94 ลดงานที่มีไม่คุณค่าลง คิดเป็นร้อยละ 75.53 ลดความสูญเปล่า คิดเป็นร้อยละ 56.46 ลดเวลานำ คิดเป็นร้อยละ 43.52 ลดรอบเวลางาน คิดเป็นร้อยละ 61.65 สามารถเพิ่มอัตรางานดีที่ผ่านตั้งแต่ครั้งแรกดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 13.19 ดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพโดยรวมทั้งหมดของรอบเวลาการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71.13 จากการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการทำงานด้วยลีน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.1[12]

2. ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบจองห้องออนไลน์ของคณะพยาบาลศาสตร์ พบว่ามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 โดยผู้ใช้งานเห็นว่าระบบช่วยลดระยะเวลา ลดความซ้ำซ้อน และลดข้อผิดพลาดในการบริการ เช่น การจองห้องซ้ำ หรือการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมถึงลดปัญหาการอนุมัติล่าช้าผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพิชัย งามวิริยะพงศ์ และเพ็ญโสภา หนองขุ่นสาร[13] ที่พบว่าการนำแนวคิดลีนไปใช้ในระบบบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สามารถลดระยะเวลารอคอยเข้ารับบริการทันตกรรม เฉลี่ยจาก 65.31 นาที เป็น 60.15 นาที ได้อย่างมีนัยสำคัญระดับ .001 และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ คิดเป็นร้อยละ 99 รวมถึงงานวิจัยของวันประชา นวนสร้อย และคณะ[4] ที่ศึกษาแนวทางการใช้ลีนเพื่อพัฒนาระบบเข้าห้องเรียนผ่านเว็บไซต์ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย พบว่าประสิทธิภาพระบบเพิ่มขึ้น 47.5% และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.21

จากผลการดำเนินงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่าแนวคิด Lean เมื่อประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ลดเวลา ลดขั้นตอน และเพิ่มความพึงพอใจในการใช้บริการได้อย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษาการพัฒนาระบบจองห้องแบบออนไลน์ตามแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (แนวคิดลีน) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจความต้องการในการพัฒนา 2) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ 3) ออกแบบและพัฒนาระบบจองห้องเรียนและห้องประชุม และ 4) การประเมินผล ได้แก่ ระยะเวลาการรอคอย และความพึงพอใจระบบการจอง พบว่า ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการจองห้อง จากเดิม 6 ขั้น เหลือ 3 ขั้นตอน และใช้ระยะเวลาเดิม 8 ชั่วโมง เหลือ 13 นาที และมีความพึงพอใจใช้ระบบจองห้องแบบออนไลน์ เฉลี่ย 4.02 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีของงานสายสนับสนุนการเรียนการสอน ทำให้หน่วยงานมีระบบงานที่สามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการในการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของหน่วยงาน รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ ได้แก่ อาจารย์ บุคลากร นิสิต หรือผู้มาติดต่อ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนรวมในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาหน่วยงานให้มีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นการสนับสนุนภารกิจหลักของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งว่าเป็นหน่วยงานหนึ่งในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และมีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่มหาวิทยาลัยกำหนด นำไปสู่องค์กรที่มีความเป็นเลิศต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. คณะพยาบาลศาสตร์ ควรนำระบบจองห้องออนไลน์ เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการทำงานในฝ่ายอื่น ๆ เพื่อลดขั้นตอน และระยะเวลาการทำงาน และเกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น

2. คณะพยาบาลศาสตร์ ควรนำข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานระบบจองห้องออนไลน์ไปพัฒนาปรับปรุงและเพิ่มเติมความสามารถของระบบจองห้องให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาการนำแนวคิดลีนไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานหรือการให้บริการในกระบวนการทำงานที่สร้างคุณค่าขององค์กร เพื่อลดการรอคอย (Waiting) หรือการรอนานซึ่งทำให้สูญเสียเวลาและประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

4. หากมีผู้สนใจพัฒนางานวิจัยในเรื่องนี้ครั้งต่อไป สามารถต่อยอดพัฒนาระบบที่ตอบสนองต่อความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยเข้าระบบได้สะดวก รวดเร็ว ข้อมูลครบถ้วน มีการแจ้งเตือนผลการจองห้องผ่านแอพพลิเคชันต่าง ๆ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น

เอกสารอางอิง

1. Bicheno J, Holweg M. *The lean toolbox: The essential guide to lean transformation* [Internet]. Buckingham, England: Picsie Book;2009 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://www.leanuk.org.uk/the-lean-toolbox/
2. Bicheno J, Holweg M. *The lean toolbox: A handbook for lean transformation* [Internet]. 5th ed. Buckingham, England: Picsie Book;2016 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://www.leanuk.org.uk/the-lean-toolbox/
3. อรสา โพธิ์ชัยเลิศ. ผลของระบบลีนต่อคุณภาพการให้บริการ [สารนิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2554.
4. วันประชา นวนสร้อย. การใช้หลักการลีนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเช่าห้องเรียนโดยพัฒนาระบบผ่านเว็บไซต์ กรณีศึกษา วิทยาลัยรัตภูมิ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย [การประชุมวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรมระดับชาติ ครั้งที่ 9; 2559 พ.ย. 24]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ;2559.
5. Garcia EL, Torres M, Borras M. Economic impact of Lean implementation in surgical process: A case study in Vall d'Hebron University Hospital. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(5):512. doi:10.3390/healthcare12050512
6. Khongmalai O, Sukdee T. The survey of Lean implementation maturity level of hospitals in Thailand: Does hospital type matter? [Internet]. Strathprints; 2021 [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://pureportal.strath.ac.uk/en/publications/the-survey-of-lean-implementation-maturity-level-of-hospitals-in-
7. Jirapornchai T, Poonsawat W. Lean implementation in emergency department of a university hospital: A case study. *J Hosp Adm*. 2023;12(4):55–62. doi:10.5430/jha.v12n4p55
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607–10.
9. เพ็ญวิสาข์ เอกะยอ. การใช้หลักการลีนเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บเอกสารและออกเลขหนังสือด้วยซอฟต์แวร์เสรี กรณีศึกษาสำนักงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. Graduate Research Conference 2010 Khon kaen University, ขอนแก่น. 2555.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น. 2553.

11. พัชราภรณ์ ลันศรี, พวงแก้ว ไกรษรวงค์. การศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพบริการจองห้องพักอุทยานบ้านเชียงเครือตามแนวคิดลีน. วารสารสาระคาม. 2561;11(1):122-137.
12. ดามธรรม จินากูล. การศึกษาการปรับปรุงกระบวนการทำงานทุนการศึกษาแก่นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาที่คณาจารย์ได้รับทุนวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ด้วยแนวคิดลีน. วารสารสาระคาม. 2558;6(2):37-60.
13. พิชัย งามวิริยะพงศ์, เพ็ญโสภา หนองขุ่นสาร. ผลการจัดบริการทันตกรรมตามแนวคิด Lean เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานทันตกรรมโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารสาระคาม. 2562;10(2):67–83.

บทความวิจัย

การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

Nursing Care for Monitoring Complications in Patients with Lymphoma at The Outpatient Department

บังอร จันทราสา

Bungon Juntarasa

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

Professional Nurse, Outpatient Nursing Department, Maha Sarakham Hospital

(Received: March 29, 2025; Revised: May 24, 2025; Accepted: June 10, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล และแบบประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทบทวนและเรียบเรียงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ศึกษาประวัติผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบปัญหาที่แตกต่างกันของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนี้ กรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหามีภาวะซีด การติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะตับสูญเสียหน้าที่ และไม่สุขสบายและด้านจิตใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับเป็นยายับยั้งมะเร็ง และการดำเนินของโรคมะเร็ง กรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหาภาวะซีด การติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ และไม่สุขสบาย และด้านจิตใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งยังไม่พบปัญหาตับสูญเสียหน้าที่แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังภาวะนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลให้สามารถมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้

คำสำคัญ: “มะเร็งต่อมน้ำเหลือง”, “การพยาบาล”, “ภาวะแทรกซ้อน”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: bungonjuntarasa@gmail.com)

Abstract

This study aimed to compare nursing practices in monitoring complications among patients with lymphoma receiving treatment at the outpatient department of Mahasarakham Hospital. The research tools included data recording forms and Gordon's Functional Health Pattern Assessment. Medical records and patient histories were reviewed and analyzed to identify risk factors and compare complications. Findings revealed different complications in each case. In Case 1, the patient experienced anemia, infection due to neutropenia, malnutrition, liver dysfunction, physical discomfort, and psychological anxiety related to the disease and treatment, likely resulting from cancer-inhibiting drugs and disease progression. In Case 2, the patient presented with anemia, infection due to low white blood cell count, malnutrition, physical discomfort, and anxiety. However, no liver dysfunction was observed, though close monitoring was required due to similar treatment regimens. This study highlights the crucial role of nurses in the early detection and prevention of complications, enabling timely medical intervention and enhancing patient safety. Furthermore, the findings support the development of nursing competency in providing effective care for patients with lymphoma

Keywords: “Lymphoma”, “Nursing care”**,** “complication”

บทนำ

โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อยที่สุด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ชนิด Hodgkin lymphoma และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ชนิด Non-Hodgkin lymphoma โดยปกติเซลล์จะเติบโตและเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างเป็นระเบียบและความคุมอย่างแน่นหนาแต่เมื่อมีความผิดปกติจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วผิดปกติ และเกิดความเสียหายขึ้นต่อยีนต์ส่งผลให้เซลล์เติบโตอย่างผิดปกติและควบคุมไม่ได้ อาจมีปัจจัยเสี่ยงจากโรคบางอย่างของภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เป็นต้น ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการมีก้อนที่คอ ต่อมน้ำเหลืองโต เหงื่อออกตอนกลางคืน และน้ำหนักลด เป็นต้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และรักษาตามอาการที่แตกต่างกันตามชนิดของมะเร็ง[1]

จากการศึกษาสถิติการเกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลืองรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด จำนวน 89,070 ราย แบ่งเป็น Chronic lymphocytic leukemia จำนวน 80,350 คน Hodgkin lymphoma จำนวน 8,720 คน และ Non-Hodgkin lymphoma จำนวน 80,350 คน เสียชีวิตด้วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง จำนวน 20,540 คน [2,3] สำหรับสถิติในประเทศไทยอุบัติการณ์ในคนไทยประมาณ 10 คนต่อ แสนประชากรต่อปี ถึงแม้โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจะมีอุบัติการณ์สูง แต่ก็ยังคงเป็นโรคมะเร็งที่พบมีอุบัติการณ์ของการหายขาดจากโรคหลังการรักษาได้สูงสุดโรคหนึ่ง เช่น โรค diffuse large B-cell lymphoma, โรค Hodgkin lymphoma เป็นต้น จากการศึกษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองในไทย พบว่าในผู้ใหญ่ 4,056 รายตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007-2014 พบอัตราส่วนระหว่างเพศชายและหญิงเท่ากับ 1.3 ต่อ 1 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL, NOS เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.1 และในประเทศไทยพบ NHL ชนิด T-cell พบบ่อยกว่าประเทศทางฝั่งตะวันตกทั้งผู้ใหญ่และเด็ก[4,5] ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงต่าง ๆ อย่างรุนแรง ทั้งจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด[6] อาทิ 1) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ 2) ภาวะซีด 3) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มักเกิดขึ้นในช่วงหลังจากเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ 4-5 วัน แล้วจะกลับมาเป็นปกติหลังจากที่ปริมาณเม็ดเลือดขาวเข้าสู่ภาวะปกติแล้ว และ 4) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Cardiomyopathy) จากการได้รับยา doxorubicin พิษต่อหัวใจเฉียบพลัน ทำให้ เกิด nonspecific ST segment และ T wave ผิดปกติ เป็นต้น[7] ทั้งปัญหาของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและปัญหาหลังการรักษา และมักพบอุบัติการณ์เกิดร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี การรักษาและการพยาบาลมีความยุ่งยากกว่าคนที่ไม่มีโรคร่วมเนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัดที่ตนกำลังเผชิญเป็นสิ่งที่น่ากลัว ยากต่อการรักษา และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นแล้วต้องพบเจอกับความตาย การข้ามผ่านความทุกข์ทรมาน และให้มีชีวิตรอดจากโรคและการรักษา การวางแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทุกรายให้ถูกต้องตั้งแต่แรกวินิจฉัยโรคจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[8] ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องตระหนักรู้แนวทางการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และสามารถทุเลาและหายจากโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้[9]

แบบแผนสุขภาพเป็นแบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม ของบุคคลหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ

รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม[10]

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นแผนกที่รับการตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทั้งมาตรวจตามนัดและผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการทบทวนปัญหาที่ผ่านมา พบผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 จำนวน 317, 330 และ 397 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมีปัญหาซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เช่น มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เหนื่อยอ่อนเพลียจากภาวะซีด ติดเชื้อง่ายการเม็ดเลือดขาวต่ำ วิตกกังวลจากแผนการรักษาและอาการดำเนินของโรค เป็นต้น อีกทั้งยังพบว่าพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่แผนกผู้ป่วยนอกยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ชัดเจน พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายจึงจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนสำหรับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ดังนั้นจากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองร่วมกับการนำใช้แบบแผนสุขภาพมาประเมินเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและเป็นมาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการนำเสนอแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
2. เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ การวินิจฉัย การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

2. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 2 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

3. รวบรวมประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยา การประเมินสภาพผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ

4. ศึกษาค้นหาปัญหาความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล

5. สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 68-01-039 COA 68/039 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2568 จากนั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิ์ให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

ตาราง 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ปัจจัยด้านอายุและโรคประจำตัว	ผู้ป่วยหญิง อายุ 42 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีประวัติมารดาเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	ผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และ Ischemic Stroke	ทั้ง 2 กรณีศึกษามีอายุที่แตกต่างกัน จากสถิติพบผู้สูงอายุที่อายุมากมีโดยโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งและประวัติในครอบครัวที่เป็นมะเร็ง จะมีผลต่อการเป็นมะเร็งได้
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาด้วยมีก้อนที่คอซ้าย ร่วมกับน้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม ตรวจร่างกายพบคอมีก้อน CLN ขนาด 7*5*3 cm level 2-4	มาด้วย10 เดือนก่อน มีก้อนที่รักแร้ซ้ายโตขึ้น มีไข้ เบื่ออาหาร ร่วมกับน้ำหนักลดลง 2 กิโลกรัม ตรวจร่างกายพบก้อนที่ Left axillary 5 cm	ทั้ง 2 กรณี มาด้วยมีก้อนโตที่คอ และรักแร้ ซึ่งเป็นตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองเหมือนกัน ร่วมกับมีเบื่ออาหาร น้ำหนักลด
การวินิจฉัยโรค	Diffuse B cell non Hodgkin lymphoma III HBV infection มีก้อนที่คอซ้าย	Diffuse large B cell lymphoma with Hypertension with Ischemic stroke	ทั้ง 2 กรณีศึกษาแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจ biopsy และ Bone marrow ร่วมด้วย
วิธีการรักษาและแนวทางการรักษา	1. Vitamin B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 2. Losec 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	1. Ivermectin 6 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน 2. Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้	แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยายับยั้งมะเร็งเหมือนกันทั้ง 2 กรณีศึกษา ร่วมกับให้วิตามินและวางแผนให้เคมีบำบัดต่อเนื่อง

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	3. Ivermectin 6 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน		

จากตารางพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษามีแตกต่างในประเด็นตำแหน่งของการเกิดโรค แต่มีความคล้ายคลึงกันคือสาเหตุที่มาเช่นเดียวกันคือมีก้อนต่อมน้ำเหลืองโต และปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมาจากทั้งสาเหตุพยาธิสภาพของโรค และโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย สำหรับแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษามีความคล้ายคลึงกันเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
ระยะแรกรับและดูแลปัญหาแทรกซ้อน			
1. เฝ้าระวังภาวะซีด	1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติจากการผิดปกติของไขกระดูก <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยมีเปลือกตาซีดเล็กน้อย HCT 26-29.3 % Hb 7.5-9 g/dl	ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัญหาภาวะซีดจากความผิดปกติของไขกระดูกและอาจจะเกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อยซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะซีด สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ยังไม่พบปัญหาซีด แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังได้เนื่องจากความเสี่ยงจากพยาธิสภาพของโรค
2. การติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ	2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) มีก้อนที่คอซ้าย ขนาด 7*5*3 cm level 2-4 แผลแห้งดี	2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) มีก้อนที่รักแร้ซ้าย ขนาด 2 cm 2) ผู้ป่วยปวดข้อศอก 2 ข้าง	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีการติด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
			เชื้อจากหลายสาเหตุร่วมด้วย เช่น ข้ออักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเพิ่มขึ้นได้อีก

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
	2) ผู้ป่วยปวดท้อง ปวดเรื้อรัง เป็น ๆ หายๆ 3) ค่า WBC 4,110-4,580 cell/ul	3) ค่า WBC 12,490 cell/ul 4) CT Chest and Whole abdomen พบ A few tiny gallstones with diffuse mild thickening wall of gallbladder DDx adenomyomatosis of gallbladder	
3. พลังงานที่ได้รับและสารอาหาร	3.มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการเผาผลาญเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินของโรคมะเร็ง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยร่างการซูบผอม 2) น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม 3) BMI 17.19 4) ค่า Albumin 3.3, HCT 26-29.3 %, Hb 7.5-9 g/dl	3. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการเผาผลาญเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินของโรคมะเร็ง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยท้องอืด เบื่ออาหาร ร่วมกับน้ำหนักลดลง 2 กิโลกรัม 2) ค่า Potassium 2.9 mg/dl	ผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการเผาผลาญเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินของโรคมะเร็งเช่นกัน เห็นได้จากการแสดงอาการของผู้ป่วย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว
4. ภาวะตับสูญเสียหน้าที่	4. เฝ้าระวังอันตรายจากตับสูญเสียหน้าที่ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) CT Whole abdomen (พบ numerous lesions at both	ไม่พบปัญหา	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาของตับสูญเสียหน้าที่ ข้อมูลที่สนับสนุนคือค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติที่เกี่ยวข้องผิดปกติ และพบ

	hepatic lobes. One lesion at hepatic segment 2 contains internal arterial nodular enhancing component. 2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Alkaline phosphatase 156-304 U/L, albumin 3.3		สาเหตุตับถูกทำลายจากมีการแพร่กระจายมะเร็งไปยังตับและอวัยวะในช่องท้อง อาจเกิดการผลข้างเคียงของการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยายังยั้งมะเร็ง สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 ยังคงต้องเฝ้าระวังตับ สูญเสียหน้าที่

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
5. ไม่สุขสบาย	5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยปวดท้อง เป็นๆ หายๆ 2) Pain score 3-5 คะแนน	5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดรักแร้ ปวดศีรษะ และท้ายทอย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยปวดรักแร้ ปวดศีรษะ และท้ายทอย 2) pain score 3-5 คะแนน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ราย มีปัญหาความไม่สุขสบายจากการแพร่กระจายมะเร็งคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปวดท้อง ปวดรักแร้ ปวดก้อนที่คอ และได้รับการรักษาไปในแนวทางเดียวกันตามแนวทางการรักษาของโรค ได้แก่ การให้ยาระงับปวด และให้ยายับยั้งมะเร็ง
6.ความดันโลหิตสูง	ไม่พบปัญหา	6. เฝ้าระวังอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยปวดศีรษะ และท้ายทอย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพเดิมเป็นโรคความดันโลหิตสูง
ระยะดูแลต่อเนื่องและก่อนจำหน่าย			
7.การดูแลด้านจิตใจและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	1.วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์	1.วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1) ผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษาและวิธีการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับคล้ายคลึงกัน ต้องได้รับการประเมินความวิตกกังวล และการให้ความรู้

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
		ผู้ป่วยตอบไม่ได้	ความเข้าใจจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้

ข้อมูลแบบแผนของกอร์ดอน กรณีศึกษาที่ 1 และ 2

แบบแผนสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบจากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม พบความแตกต่างที่น่าสนใจในหลายด้านของแบบแผนสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะรายบุคคล ในด้าน โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร รายแรกมีน้ำหนักลดลงถึง 10 กิโลกรัม มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ต่ำ (18.31) แสดงถึงภาวะทุพโภชนาการ ขณะที่รายที่สองน้ำหนักลดลงเพียง 2 กิโลกรัม แต่มี BMI สูงถึง 29.36 เข้าข่ายภาวะอ้วน อีกทั้งยังมีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ความแตกต่างในด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ก็มีความชัดเจน โดยผู้ป่วยรายแรกยังสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมได้แม้จะมีอาการอ่อนเพลีย ในขณะที่รายที่สองไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากมีภาวะอ้วนและเคลื่อนไหวลำบาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูร่างกาย

นอกจากนี้ ระดับการศึกษา โดยผู้ป่วยรายแรกมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งอาจมีผลต่อความเข้าใจในแผนการรักษาและการดูแลตนเอง ส่วนรายที่สองมีระดับการศึกษาเพียงประถมศึกษาปีที่ 3 แต่ยังสามารถรับข้อมูลและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ในระดับหนึ่ง ในด้านการแสดงออกทางเพศ ผู้ป่วยทั้งสองมีความเหมาะสมกับเพศสภาพ โดยรายแรกเป็นหญิงและรายที่สองเป็นชาย ซึ่งแม้ไม่ส่งผลโดยตรงต่อการพยาบาลแต่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในบทบาทของตนเองถึงแม้ในแบบแผนอื่น ๆ เช่น การรับรู้ตนเอง การพักผ่อน การขับถ่าย สัมพันธภาพทางสังคม การปรับตัวทางจิตใจ และค่านิยมความเชื่อ ทั้งสองรายจะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ความแตกต่างในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การศึกษา และลักษณะทางกายภาพจำเป็นต้องได้รับการประเมินเฉพาะบุคคล เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของแต่ละรายอย่างแท้จริง

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะแรกรับและดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติจากการผิดปกติของไขกระดูก

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การพยาบาล :

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/70 – 120/80 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร = 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 -24 ครั้ง/นาที O2 saturation > 95%

2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจปกติไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis

3. ระดับการรู้สึกตัวปกติ เยื่อบุตาล่างสีปกติ

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ HCT 38-47 % Hb 12-16 g/dl

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลเชิงวิชาการ :

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของร่างกายที่มีปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ ได้แก่ ความเข้มข้นของเลือด อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ซีดตามปลายมือปลายเท้า

2. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

3. ประเมินระดับการรู้สึกตัวและการหายใจของผู้ป่วย เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงให้แจ้งแพทย์ทันที

4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาเพื่อบำรุงเม็ดเลือด คือ Folic acid 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มี ธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ นม ไข่แดง และผักใบเขียว (ต้องสะอาดและสุกใหม่อยู่เสมอ)

6. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายไม่มีแรง หายใจตื้นหอบ หัวใจเต้นแรง ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที

7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Complete Blood Count (CBC)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การพยาบาล :

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในร่างกาย อุณหภูมิร่างกายไม่สูงกว่า 37.8°C

2. เม็ดเลือดขาวในเลือดมีค่าปกติ 4,000-10,000 cell/ul

3. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อที่ผิวหนัง ได้แก่ มีแผลอักเสบของผิวหนังตามร่างกาย

4. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ หนาวสั่น ปัสสาวะขัด มีตะกอนขุ่น มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะจำนวนมาก

5. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/70 – 120/80 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร = 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 -24 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลเชิงวิชาการ :

1. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

2. ดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักปราศจากเชื้อในการปฏิบัติกิจกรรมและหัตถการต่าง ๆ

3. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย ถ้ายังมีไข้สูงมากกว่า 37.8°C รีบรายงานแพทย์ทันที

4. ดูให้แลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้ยาลดไข้ เป็น Paracetamol 1 เม็ด รับประทานเพื่อลดไข้

5. ดูแลแนะนำการทำความสะอาดร่างกาย ช่องปากและฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและแผลในช่องปาก

6. แนะนำการดูแล และการทำความสะอาดบริเวณ Perineum หลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้งให้แห้งอยู่เสมอ

7. แนะจำกัดผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อหรือติดเชื้อทางเดินหายใจ

8. แนะนำสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

9. แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ จัดสิ่งของให้เป็นระเบียบ และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

10. จัดอาหาร Low bacterial diet เช่น ปรุงสุกใหม่ ๆ งดผักสด ผลไม้เปลือกบางให้ล้างและปลอกเปลือกก่อนรับประทาน

11. ดูแลให้รับยา Ivermectin 6 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ตามแผนการรักษาเพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของมะเร็ง

12. ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารให้เพียงพอ กระตุ้นการดื่มน้ำ ให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการเผาผลาญเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินของโรคมะเร็ง

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การพยาบาล : ส่งเสริมให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. BMI ปกติ (18.5 – 25.0 Kg/m2) เยื่อบุตาล่างสีชมพู Serum albumin > 3 gm%

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลเชิงวิชาการ :

1. ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารและกระตุ้นให้รับประทานให้เพียงพอ

2. ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง และแคลอรี่สูง เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและสร้างภูมิคุ้มกันในร่างกาย

4. จัดสภาพแวดล้อมให้น่ารับประทานอาหารกระตุ้นการกิน แนะนำญาติ นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทานแต่ต้องไม่ขัดต่อโรคและแผนการรักษาของแพทย์

5. แนะนำแบ่งอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เครื่องเทศ แนะนำให้ดื่มน้ำ 2000–3000 cc / day ถ้าไม่ขัดต่อแผนการรักษา

6. ปรึกษานักโภชนบำบัด ร่วมดูแลเพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและแผนการรักษา

7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Hb Hct Alb Electrolyte) ประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย

8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Vitamin B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Losec 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า และ Folic acid 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เฝ้าระวังอันตรายจากตับสูญเสียหน้าที่

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การพยาบาล : ปลอดภัยจากอันตรายจากตับสูญเสียหน้าที่

เกณฑ์การพยาบาล :

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/70 – 120/80 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร = 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 -24 ครั้ง/นาที ระดับการรู้สึกตัวปกติ ไม่มีจุดจ้ำเลือดหรือเลือดออกง่าย ไม่บวม

2. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Alkaline phosphatase 35-104 U/L SGOT (AST) 0-35 U/L, SGPT (ALT) 0-35 U/L, albumin 3.5-5.2 g/dl, Total Bilirubin 0-1.2 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลเชิงวิชาการ :

1. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

2. ประเมินระดับการรู้สึกตัวและการหายใจของผู้ป่วย

3. แนะนำผู้รับบริการให้สังเกตภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น การอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด หรืออุจจาระเป็นสีคล้ายเลือดเก่า

4. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 200 cc / 4 hr

5. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานจากอาหาร 35-45 กิโลแคลอรี่/กิโลกรัม/วัน การได้รับพลังงานอย่างเพียงพอจะช่วยลดการสร้างพลังงานโดยการสลายกล้ามเนื้อและไขมัน

6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานโปรตีน 1.2-1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน ไม่ควรจำกัดอาหารประเภทโปรตีน เพราะจะเกิดการสลายกล้ามเนื้อมากขึ้น ส่งผลให้ระดับแอมโมเนียในเลือดสูงขึ้น

7. แนะนำสังเกตการมีเลือดออกจากไรฟัน จุดจำเลือดต่าง ๆ

8. ติดตามค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Alkaline phosphatase 35-104 U/L SGOT (AST) 0-35 U/L, SGPT (ALT) 0-35 U/L, albumin 3.5-5.2 g/dl, Total Bilirubin 0-1.2 mg/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวด

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การพยาบาล : สุขสบาย ปวดท้องลดลง นอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
2. ระดับความปวดลดลง
3. สัญญาณชีพปกติอุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.5 องศา อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 100 /min อัตราการหายใจ 16 – 22 /min

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลเชิงวิชาการ :

1. ดูแลประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน
3. ประเมินอาการปวดทุกชั่วโมง โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และ pain score
4. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนิ่มนวล เบามือ หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกท้อง หรือเมื่อให้การพยาบาลและทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อลดการกระทบกระเทือน ป้องกันการปวดเพิ่มมากขึ้น
5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Losec 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า และParacetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้
6. จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน และลดการปวด

ระยะดูแลต่อเนื่องและก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ

เป้าหมาย / วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความสามารถในการที่จะจดจำข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแลตนเองได้

เกณฑ์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงแผนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาได้ถูกต้อง 8-10 ข้อ เป็นอย่างน้อย

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลเชิงวิชาการ :

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยให้การต้อนรับ พูดคุย ซักถาม ปัญหาผู้ป่วยด้วยสีหน้าแจ่มใส วาจาสุภาพและจริงใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง กล้าที่จะปรึกษาและซักถามเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

2. ประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) อยู่ในช่วง 0-7 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช อยู่ในช่วง 8-10 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และในช่วง 11-21 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออก โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดีให้ความสนใจ และให้ได้ระบายความรู้สึก

4. แนะนำวิธีการผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

5. ให้ความรู้และแจ้งข้อมูลให้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ ขั้นตอนการรักษารักษาด้วยยาเคมีบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ของการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

6. แนะนำเกี่ยวกับสถานที่ ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

7. ให้กำลังใจผู้ป่วยแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองโตคล้ายคลึงกัน ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยกรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหามีภาวะซีด การติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะตับสูญเสียหน้าที่ และไม่สุขสบาย และด้านจิตใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับเป็นยายับยั้งมะเร็ง และการดำเนินของโรคมะเร็ง จากที่มีอาการแสดงของการปวดบริเวณก้อนที่โต เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหาภาวะซีด การติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ และไม่สุขสบาย และด้านจิตใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งยังไม่พบปัญหาตับสูญเสียหน้าที่แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังภาวะนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน

ดังนั้นสำหรับบทบาทของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีโรคอื่นร่วม ถือเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ขณะให้ยา และหลังการรักษา ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีสมรรถนะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ความสามารถและศักยภาพของพยาบาลมีบทบาทชัดเจนสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดเดียวกัน แต่ถ้ามีวัยต่างกัน โรคร่วมต่างกัน การพยาบาลควรต่างกันอย่างไร ไม่ใช่ใช้วิธีเดียวกันหรือ One size fits all ดังนั้นจากการที่ยังไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรที่จะต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองประสบปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการ การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะซีด ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตับสูญเสียหน้ามี่ผลข้างเคียงจากการรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ เป็นต้น นอกจากด้านร่างกายแล้วยังต้องให้ความสำคัญกับด้านจิตสังคมร่วมด้วย จะเห็นว่าการได้รับการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานจะสอดรับปัญหาและความต้องการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและให้การดูแลได้ถูกต้องสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Sakorn K. Nursing care for elderly patients with lymphoma receiving chemotherapy. 2023 [Cited2025 March 20] Available from: https://www.nci.go.th/journal/Sakorn2023.pdf.
2. American Cancer Society. Cancer Statistics for 2025. 2025. [Cited 2025 March 11] Available from:https://www.hematologyadvisor.com/news/cancer-statistics-for-2025/
3. Siegel, R.L., Kratzer, T.B. Giaquinto, A.N., Sung, H. & Jemal, A. Cancer Statistics for 2025. CA Cancer Journal Clin. 2025;75, 10–45.
4. Ekkarat Ratthitthamrong. Lymphoma in Thailand. Journal Hematol Transfus Med, 2565;32(4), 287 – 289. (in Thai)
5. Narong Chaivuthinun and Umaporn Udomsubpayakul. Treatment Outcome of non-Hodgkin Lymphoma Patients: Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital experience. Journal of Medical Sciences, Region 11, 2562;2(1): 403-416. (in Thai)
6. Anuchit Maropi, Fa-is Walohtae, and Surawut Doloh. Lived Experiences from Five Life-Worlds of Patients with Lymphoma Receiving Chemotherapy in Three Southern Border Provinces of Thailand. Journal of the Southern Nursing and Public Health College Network. 2024;11(3), e271806. (in Thai)

7. Nawarat Yoobang. Outcome and Prognostic Factors in Diffuse Large B-cell Lymphoma Patients in Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hospital Jouranal, 2566;20(1), 80 – 96. (in Thai)
8. Thai Society of Hematology. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of lymphoma. 2024 [Cited 2025 January 5] Available from: https://www.tsh.or.th/Activity/Detail/346
9. Wasterlid, T., Murphy, S., Villa, D., & El-Galaly, T. C. Diffuse large B-cell lymphoma among the elderly: a narrative review of current knowledge and future perspectives. Annals of Lymphoma, 2022;6, 1-21.
10. Phornsri P. editor. NURSING PROCESS & FUNCTIONAL HEALTH PATTER. Bangkok: Pim Aksorn Partnership Limited. 2018. (in Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์

Development Healthcare Management for The Elderly Under Condition of two Religions

สอาดะ พันธุสะ

Saada Phanthusa

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา

Mueang Sogkhla District Public Health Office

(Received: April 2, 2025; Revised: May 24, 2025; Accepted: June 10, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัย 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ.2563 จำนวน 89 คน การดำเนินกระบวนการวิจัย มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัย และขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัย ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า .67 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสภาพปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .93 และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.80 โดยโรคประจำตัวหลัก คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 58.18 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 21.81 2) รูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ 5 ชุดกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเสริมสร้างด้านนันทนาการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง และการเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง 3) หลังใช้รูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: “การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัย”, “2ศาสน์”, “ผู้สูงอายุติดบ้าน”

Abstract

The research and development (R&D) have the purpose to 1) investigate the elderly population's healthcare demands and social participation. 2) to establish and develop healthcare management strategies for the elderly under the conditions of two religions. 3) to investigate the effectiveness of healthcare management approaches for the elderly under conditions of two religions. The sample consisted of 89 elderly individuals residing Sub-district in 2020. The research process has 3 steps: Step 1: Study the problems, needs in health care and participation in social activities of the elderly. Step 2: Create and develop a model for managing health care for the elderly. Step 3: Study the effectiveness of the model for managing health care for the elderly. A questionnaire comprising three sections was used: general information, health problems and care needs of the elderly, and participation in social activities. The reliability coefficients using Cronbach's Alpha were .93 and .95, respectively. Data analysis utilized descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Step 2, Create and develop a healthcare management model for the elderly in the context of two religions in Koh Taew. The researcher synthesized the findings from Step 1 and relevant literature to draft a model for elderly healthcare management known as the "Kohtaew Elderly Model."

Research results were found as follows; 1) The main problems identified in the sample group were health issues, with 61.80% suffering from chronic diseases, primarily hypertension (58.18%) and diabetes (21.81%). 2) The model for elderly healthcare management within the context of two religions. The 5 activity sets consist of providing knowledge about common diseases in the elderly, enhancing recreation, demonstrating and practicing self-care, and visiting homes with reinforcement. 3) Participation in social activities, daily living routines, and family capabilities to manage self-care at home showed significant statistical improvement at the .001.

Keywords: “Elderly healthcare management”, “two religions”, “homebound elderly”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:saada.ph1971@gmail.com)

บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ มีอายุสูงกว่า 60 ปี ร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) และระดับสุดยอด (Super Aged Society)[1] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน[2] ส่งผลกระทบต่องบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัย การเตรียมการรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ จำเป็นต้องได้รับการดูแล ฟื้นฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และได้รับบริการด้านสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งได้รับการดูแลและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด[3]

จากการทบทวนกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรดังกล่าวมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมักมีภาวะทุพพลภาพตามมา[4] ขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นก็ตามมาด้วยการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมรรถนะทางกายและสมอง ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้จำกัดเพิ่มมากขึ้น และต้องการการดูแลจากบุคคลในครอบครัวมากขึ้นที่ โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ ในปี พ.ศ.2559 (After Action Review: AAR) พบว่าสาเหตุเกิดจากไม่มีการถอดบทเรียน ภาคีเครือข่ายไม่ครบทีมทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลครบทุกมิติ ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกทิ้งให้อยู่ตามลาพัง ถูกละเลยเพิกเฉย ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องยากจน และการคัดกรองไม่ครอบคลุม[5,6]

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ รพ.สต.เกาะแต้ว เทศบาลตำบลเกาะแต้ว มีการดำเนินงานพัฒนาต่อเนื่องจากปี 2559 เรื่องการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัย ใส่ใจดูแลทุกสิทธิ์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่ม LTC มีคุณภาพชีวิตที่ดี ติดบ้านติดเตียงลดลงร้อยละ 10 โดยมีเป้าหมายกลุ่ม LTC มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียงลดลง ซึ่งตำบลเกาะแต้วได้สมัครเข้าร่วมเป็นตำบล LTC ตั้งแต่ปี 2559 กิจกรรมการพัฒนา โดยใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 วงรอบ เริ่มจากการวางแผนการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข (PDCA) ดำเนินงานมาตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2559 – พฤษภาคม พ.ศ.2566 ซึ่งเป็นการดำเนินการภายใต้นโยบาย LTC ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุของการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ

และสภาพแวดล้อม และมีการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแลภายใต้สโลแกนคนเกาะแต้วไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชน ครอบครัว ซึ่งทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory) ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยไรอันและซาวิน (Ryan and Sawin) เป็นทฤษฎีเพื่อนำเสนออีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว จากการศึกษาพบว่าการสร้างทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีนี้มีจุดเน้นที่ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวโดยที่เชื่อว่า ครอบครัว และผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน (family as a unit) โดยมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวและมีการเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นศูนย์กลางในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงคการวิจัย

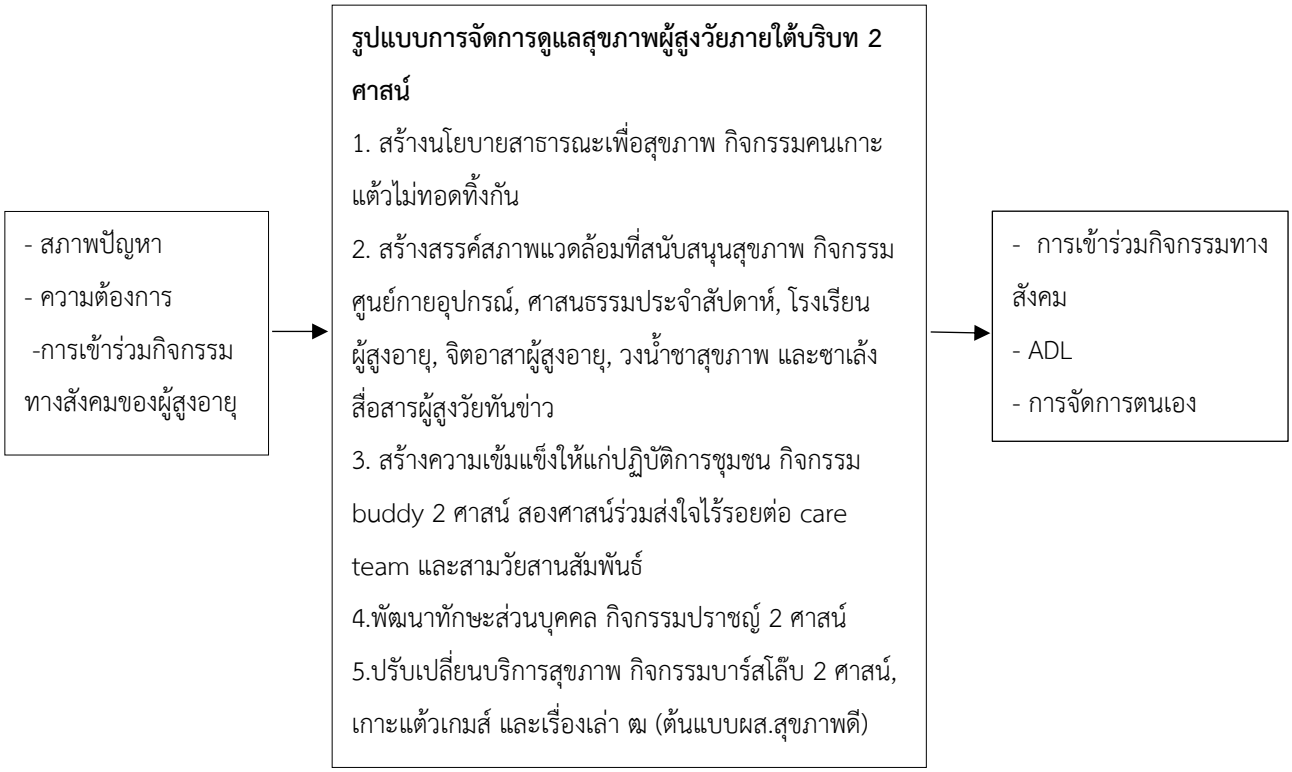
1. เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัยตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบล เกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองรายบุคคลและครอบครัว Ryan & Sawin เป็นทฤษฎีเพื่อนำเสนออีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว จากการศึกษาพบว่าการสร้างทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ส่งผลต่อความสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการในช่วงตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,054 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,054 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกรณีที่ประชากรมีจำนวนไม่แน่นอน (Infinite Population)[7] ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างสุ่มแบบชั้นภูมิ กำหนดสัดส่วนตามหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 89 คน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ ซึ่งถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาและความต้องการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจากคะแนนเต็ม 4 หมายถึง มากที่สุด ถึง 0 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุดการแปลผลการร่วมกิจกรรมทางสังคมใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยจำนวนชั้น โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนล่างของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2560)[4] จำนวน 19 ข้อ

ตอนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนล่างของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2560)[4] จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจากคะแนนเต็ม 4 หมายถึง มากที่สุด ถึง 0 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุดการแปลผลการร่วมกิจกรรมทางสังคมใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยจำนวนชั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำไปคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index - CVI) ได้ค่า เท่ากับ .67 ขึ้นไป สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 นำรูปแบบที่ได้ kohtal elderly model ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยมีผู้เชี่ยวชาญแก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสภาพปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .93 และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากรพ. สงขลา รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2021-Nrt-O3-1009 โรงพยาบาลสงขลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินกระบวนการวิจัย มี 3 ขั้นตอน โดยดำเนินการในช่วงตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2566 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยศึกษาทำการสอบถามกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ นำรูปแบบที่ได้ kohtal elderly model ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัย ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.04 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 35.96 อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.40 และมีบางส่วนอยู่ในช่วง 70 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.60 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาวะในตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 50.57 รองลงมาคือระดับดีมาก การมีโรคประจำตัว พบว่ากบุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.80 โดยโรคประจำตัวหลัก คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 58.18 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 21.81

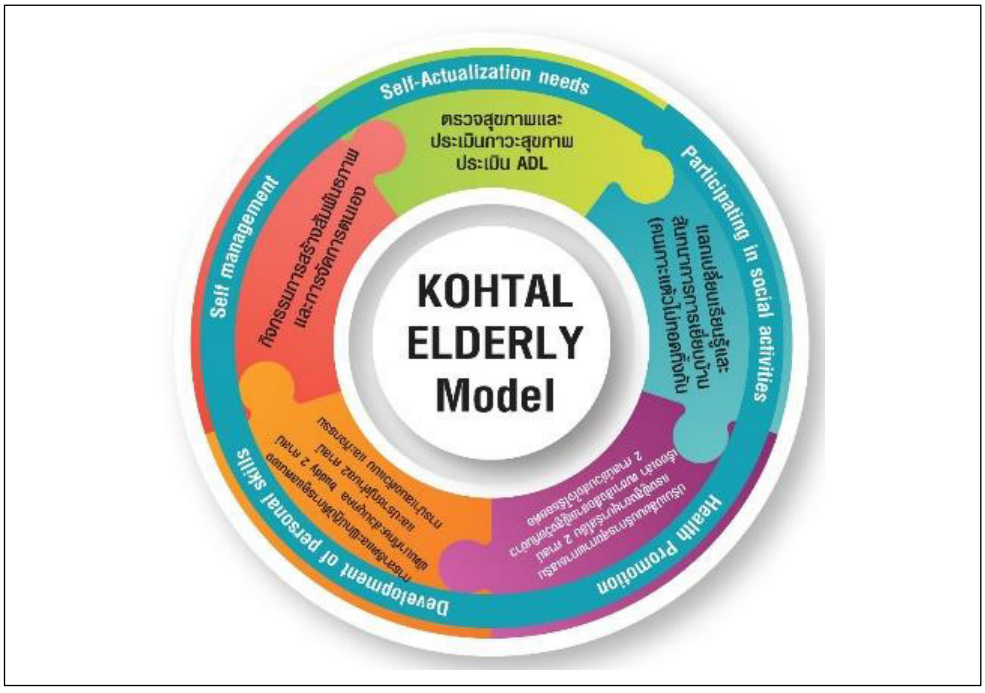
1.2 ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัย

1) ความต้องการในการดูแลสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันยังต้องการการดูแลช่วยเหลือ โดยประเมิณ ADL พบว่า ผู้สูงอายุ ทุกคนอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (คะแนน 5 – 11) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 9.47 สามารถช่วยเหลือและดูแลตัวเองได้บ้าง

2) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ 2.52 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 ซึ่งจัดอยู่ในระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมปานกลาง

2. รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบล เกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ “kohtal elderly model” ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ แล้วนักวิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาได้ 5 ชุดกิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กิจกรรมคนเกาะแต้วไม่ทอดทิ้งกัน 2) สร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ กิจกรรมศูนย์กายอุปกรณ์, ศาสนธรรมประจำสัปดาห์, โรงเรียนผู้สูงอายุ, จิตอาสาผู้สูงอายุ, วงน้ำชาสุขภาพ และซาเล้งสื่อสารผู้สูงวัยทันข่าว 3) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ปฏิบัติการชุมชน กิจกรรม buddy 2 ศาสน์ สองศาสน์ร่วมส่งใจไร้รอยต่อ care team และสามวัยสานสัมพันธ์ 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล กิจกรรมปราชญ์ 2 ศาสน์ และ 5) ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ กิจกรรมบาร์สโล๊บ 2 ศาสน์, เกาะแต้วเกมส์ และเรื่องเล่า ฒ (ต้นแบบผส.สุขภาพดี) สามารถแสดงรูปแบบดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ “kohtal elderly model”

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

การเปรียบเทียบค่าที่เปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เท่ากับ 2.52 อยู่ระดับปานกลาง และ มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 และพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เท่ากับ 3.01 อยู่ในระดับสูง และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตาราง 1 การเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (n = 89)

	Mean	SD	Z	p-value (1-tailed)
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.52	0.63	-8.015	<.001
หลังใช้รูปแบบ	3.01	0.40		

ตาราง 2 แสดงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุตำบลเกาะแต้วหลังใช้รูปแบบ (n = 89)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหลังใช้รูปแบบ	ระดับการเข้าร่วม					$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
	ทำทุกครั้ง	ทำเกือบทุกครั้ง	ทำบ้างบางครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย			
1. ทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของตนเอง/ลูกหลานของเพื่อนบ้าน/เพื่อนบ้าน	42.7 (38)	57.3 (51)	0	0	0	3.43	.497	สูง
2. เข้าร่วมโครงการอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้	19.1 (17)	68.5 (61)	5.6 (5)	6.7 (6)	0	3.00	.723	สูง
3. เยี่ยมเยียนญาติมิตรและเพื่อนฝูง	12.4 (11)	62.9 (516	19.1 (17)	5.6 (5)	0	2.82	.716	สูง
4. เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน	27.0 (24)	41.6 (37)	15.7 (14)	15.7 (14)	0	2.80	1.013	สูง
5. เข้าร่วมกิจกรรมงานบุญต่าง ๆ	29.2 (26)	38.2 (34)	30.3 (27)	2.2 (2)	0	2.94	.831	สูง

ตาราง 2 แสดงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุตำบลเกาะแต้วหลังใช้รูปแบบ (n = 89) (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหลังใช้รูปแบบ	ระดับการเข้าร่วม					Mean	S.D.	แปลผล
	ทำทุกครั้ง	ทำเกือบทุกครั้ง	ทำบ้างบางครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย			
6. เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมอื่น	28.1 (25)	52.8 (47)	19.1 (17)	0	0	3.09	.685	สูง
7. เข้าร่วมการประชุมในชุมชน	1.1 (1)	66.3 (59)	31.5 (28)	1.1 (1)	0	2.67	.517	ปานกลาง
8. ไปปฏิบัติศาสนกิจที่วัด/มัสยิด/โบสถ์	29.2 (26)	48.3 (43)	22.5 (20)	0	0	3.07	.720	สูง
9. ร่วมนั่งเสวนาในร้านน้ำชา กาแฟ	29.2 (26)	49.4 (44)	21.3 (19)	0	0	3.08	.711	สูง
10. ใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือในการส่งไลน์อีเมล์หรือค้นหาข้อมูล	32.6 (29)	53.9 (48)	13.5 (12)	0	0	3.19	.655	สูง
11. เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายกับเพื่อนบ้าน	7.9 (7)	83.1 (74)	9 (8)	0	0	2.99	.413	สูง
12. ร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับชุมชน	30.3 (27)	60.7 (54)	9.0 (8)	0	0	3.21	.593	สูง
13.ร่วมกิจกรรมทัศนศึกษากับเพื่อนบ้านหรือชุมชน	6.7 (6)	74.2 (66)	19.1 (17)	0	0	2.88	.496	สูง
ภาพรวมของการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแต้ว						3.01	.40	สูง

หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในพื้นที่ รพ.สต.เกาะแต้ว ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุพบว่าก่อนใช้รูปแบบการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านร้อยละ 100 หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านเหลือร้อยละ 76.7 และมีภาวะติดสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 23.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว kohtal elderly model (n=89)

	Mean	SD	Z	p-value (1-tailed)
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ก่อนใช้รูปแบบ	2.52	0.63	-8.015	<.001
หลังใช้รูปแบบ	3.01	0.40		
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
ก่อนใช้รูปแบบ	9.47	2.07	-4.271	<.001
หลังใช้รูปแบบ	16.33	2.56		
ความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน				
ก่อนใช้รูปแบบ	3.12	0.54	-5.319	<.001
หลังใช้รูปแบบ	3.40	.035		

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว ทำให้ทราบถึงปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัยตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา สร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา และประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลาดังนี้

1. ปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัย

ผลการศึกษาภาพรวมผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัย โดยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในเกณฑ์ของผู้สูงอายุติดบ้านทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 9.47 ดังนั้นผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ หรืออาจมีอุปสรรคบางประการในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากโรคประจำตัวของตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80 สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี รัตนเมืองเพรียว และชนิษฐา พรมกระโทก[8] และสอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ ด้วงปาน, รัตน์ชนก ไตรวรรณ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ[6] พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา มีปัญหาโรคประจำตัวร้อยละ 77.25

2) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงวัย

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมเยอะที่สุด คือการทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของตนเอง/ลูกหลานของเพื่อนบ้าน/เพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00 คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ การใช้คอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์มือถือในการส่งไลน์ อีเมลล์ หรือหาข้อมูล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.88 อยู่ในระดับสูง และกิจกรรมที่เข้าร่วมน้อยที่สุดคือ การร่วมนั่งเสวนาในร้านน้ำชา กาแฟ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.11 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ ด้วงปาน, รัตน์ชนก ไตรวรรณ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ[6] พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลามีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.65,SD = 1.20)

2. รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

การพัฒนารูปแบบ มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดกรอบรูปแบบโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากขั้นตอนที่ 1 เป็นแนวทางในการ ออกแบบกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ตำบลเกาะแต้ว ได้ 5 ชุดกิจกรรมที่นำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

โดยกิจกรรมที่ 1 ในการให้ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุใส่ใจและสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และเพื่อให้เห็นความสำคัญของการทำกิจกรมในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเชียง เภาชิต และพรรณราช เทียมทัน[9] พบว่าสาเหตุที่การเข้าร่วมกิจกรรมนั้นมีการปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้งนั้น เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีแล้ว จึงไม่จำเป็นที่จะต้องออกกำลังกาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอีก ดังนั้นรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ที่พัฒนาขึ้นนั้น มีขั้นตอนในการรับรู้ผลการประเมินสมรรถภาพทางร่างกาย

ของตนเอง เพื่อให้รับรู้สถานการณ์ด้านสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีการพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory : SCT) ของนักจิตวิทยาอัลเบิร์ต แบนดูร่า โดยมีการอธิบายเรื่องความารถในการกระทำสิ่งมดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นกิจกรรมที่ 1 จึงเป็นการกระตุ้นการปฏิบัติผ่านการรับรู้ถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของตนเอง และวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 และ 4 เป็นการเสริมสร้างด้านนันทนาการ เพื่อสร้างการเข้าร่วมทางสังคม โดยใช้กิจกรรมนัดหมายทางศาสนา หรือวันสำคัญอื่น ๆ ในการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม โดยใช้กิจกรรมนันทนาการเป็นหลัก และจูงใจในการส่งเสริมการเข้าร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของปรีดาภรณ์ ดวงใจดี และคณะ[10] พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุสนใจทำกิจกรรมนันทนาการ คือ กิจกรรมเพื่อสุขภาพของตนเอง กิจกรรมเพื่อสังคม กิจกรรมท่องเที่ยว คือ เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชนก อินสี (2562)[11] พบว่าความต้องการในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมออกกำลังกาย รองลงมา คือ กิจกรรมนันทนาการบำบัด

กิจกรรมที่ 3 ได้มีการใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ และได้ฝึกทำด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้เกิดความถูกต้อง และแม่นยำในการปฏิบัติมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูร่า[12] ที่มีการกล่าวถึง การใช้ตัวแบบ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง การชักนำกระตุ้นเตือนการให้กำลังใจ หรือให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ เพื่อติดตามให้กำลังใจ ซักถามการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวความเป็นอยู่ปัจจุบัน และความต้องการอื่น ๆ เพื่อช่วยกระตุ้นเตือน และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นการใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)[13] ที่กล่าวว่าเป็นการเสริมพลังอำนาจนี้ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ความสามารถ และทักษะต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น ก็จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมันท์ นาคผู้ และรศ.ดร.สุปาณี สนธิรัตน[14] พบว่าการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยภายใต้บริบท 2 ศาสน์ ตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดประสิทธิผลผ่านการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผ่านแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน บาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities pf Daily Living : ADL) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมผ่านแบบประเมินคะแนนการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเป็นการวัดผลจากค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากใช้รูปแบบ โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

การวัดผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากแบบประเมิน ADL ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยของการประเมิน ADL หรือมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลงหลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.001 โดยก่อนใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.52 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 และเมื่อใช้รูปแบบแล้ว มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.01 และสวนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มมากขึ้น

การเปรียบเทียบค่าที่เปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เท่ากับ 2.52 อยู่ระดับปานกลาง และ มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 และพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เท่ากับ 3.01 อยู่ในระดับสูง และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40

การเปรียบเทียบค่าที่เปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของของคะแนนการประเมินความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ของผู้สูงอายุตำบลเกาะแต้ว อำเภอเมือง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยของความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เท่ากับ 3.12 และ มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 และพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยของความสามารถของครอบครัวต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เท่ากับ 3.40 อยู่ในระดับสูง และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.035 โดยเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ผลวิจัยพบว่ารูปแบบการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ ติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน ในตำบล เกาะแต้ว ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบดังกล่าวมาปรับใช้ในระดับนโยบาย และนำมาใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางศาสนา หรือพื้นที่ที่มีการผสมผสานของวัฒนธรรม

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มที่มีคะแนนกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีค่าคะแนนมากกว่า 11 และต่ำกว่า 6 เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการใช้รูปแบบ และควรมีการนำปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงมาบูรณาการกับรูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่นั้น ๆ และเกิดรูปแบบที่เหมาะสมต่อบริบทพื้นที่ที่หลากหลายขึ้น และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion* [Internet]. 1986 [cited 2018 Apr 27]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html.
2. เกษรา โพธิ์เย็น. สังคมผู้สูงอายุ : โอกาสของธุรกิจที่ยั่งยืนในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพฯ. 2562.
3. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. 2557. [ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2561] จาก http://www.stou.ac.th/stouonling/lom/data/sec/Lom12/05-01 html.
4. กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2562;11(2): 118–132.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. ข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาจากระบบรายงาน. 2563. [ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2563] จาก https://skho.moph.go.th/intro.php
6. ณรงค์ ด้วงปาน และคณะ. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุการเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคม ในจังหวัดสงขลา. 2560.
7. Jrojkul, P. Nursing Research, Concepts, Principles and Practices. Bangkok: Sangsue. 2005. (in Thai)
8. รัชนี รัตนเมืองเพรียว และชนิษฐา พรมกระโทก. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยมีส่วนของชุมชนตำบลป่าตอง อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2567;5(2), 158 – 174.
9. เชียง เภาชิต และพรรณราช เทียมทัน. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์. สุทธิปริทัศน์. 2559;30(94), 112 – 126.
10. ปรีดาภรณ์ ดวงใจดี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์.2561;2(2), 112 – 120.
11. ณัฐชนก อินสี. ความต้องการกิจกรรมที่เป็นประโยชร์แก่ผู้สูงอายุ เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร. 2562. [ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2563], จาก https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/ml10/6114962059.pdf
12. ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(2), 58 -65.

13. เกศินี วงศ์สุบิน. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดนนทบุรี. 2560 [ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2563] จาก http://pongnamron.thaiddns.com:10838/doc/wichakan/Research

14. ฐิตินันท์ นาคผู้ และรศ.ดร. สุปาณี สนธิรัตน. การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2558;41(1), 88 – 104

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา

The Development of the Blood Inventory System at Soeng Sang Hospital, Nakhon Ratchasima Province

รัตติพร เชวงประเสริฐ
Rattiporn Chavengprasert
โรงพยาบาลเสิงสาง
Soeng Sang Hospital

(Received: April 15, 2025; Revised: June 16, 2025; Accepted: June 24, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง มีการศึกษา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาปริมาณโลหิตคงคลัง ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบโลหิตคงคลัง และระยะที่ 3 การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสิงสางตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 ที่มีการขอจองหรือขอใช้โลหิต และกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ แพทย์และพยาบาล จำนวน 61 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการขอจองหรือขอใช้โลหิตจากระบบ HosXp (ระยะที่ 1) แอพพลิเคชันไลน์ (ระยะที่ 2) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบบริการงานธนาคารเลือด (ระยะที่ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

ระยะที่ 1 สภาพปัญหาปริมาณโลหิตคงคลัง อัตราการจัดหาโลหิตให้ตามที่ขอ คิดเป็นร้อยละ 84 ปริมาณโลหิตหมดอายุเป็นจำนวนทั้งสิ้น 23 ยูนิต คิดเป็นร้อยละ 2.08 โดยมีหมู่โลหิตชนิด AB ที่มีจำนวนโลหิตหมดอายุมากที่สุดถึง 8 ยูนิต หรือคิดเป็นร้อยละ 0.9 ของปริมาณโลหิตคงคลังทั้งหมด

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบโลหิตคงคลัง ทำการสร้าง LINE Official Account เพิ่มเข้าไปในกลุ่มไลน์โรงพยาบาลเสิงสาง เพื่อให้มีการตอบกลับอัตโนมัติเพื่อใช้แจ้งปริมาณโลหิตคงคลัง โดยกำหนดข้อความที่ใช้สั่งการตอบคือ การพิมพ์ “1”

ระยะที่ 3 พบว่า อัตราการจัดหาโลหิตให้ตามที่ขอ คิดเป็นร้อยละ 94 และอัตราโลหิตหมดอายุ คิดเป็นร้อยละ 0 และผลสำรวจความพึงพอใจในการบริการ พบว่า ด้านการขอจองโลหิตและการขอใช้โลหิตสามารถตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 76.9 และ 93.1 ตามลำดับ ส่วนด้านระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลังระดับความพึงพอใจอยู่ที่ร้อยละ 71.4

คำสำคัญ : “โลหิตคงคลัง”, “การพัฒนาระบบ”, “ความพึงพอใจ”

Abstract

This research represents a study and development initiative aimed at examining the effects of enhancements to the blood inventory system at Soeng Sang Hospital. The investigation is structured into three phases: Phase 1 involves the analysis of existing blood inventory problems; Phase 2 focuses on of blood inventory system model development; and Phase 3 entails the evaluation of outcomes. The sample group for Phase 1 encompasses all patients treated at Soeng Sang Hospital from October 1, 2021, to September 30, 2023, who requested blood reservation or utilization. The sample group for Phase 3 select a specific target group consisting, including physicians and nurses. The research instruments utilized include data recording forms for blood reservation or usage requests from the HosXp system in Phase 1, the LINE application in Phase 2, and a satisfaction questionnaire concerning the blood bank service systems in Phase 3. Quantitative data analysis used descriptive statistics.

The research found that:

Phase 1 Problem condition of blood inventory. thereby demonstrating a supply fulfillment rate of 84%. The quantity of expired blood totaled 23 units, equivalent to 2.08%, with the AB blood type reflecting the highest volume of expired units at 8, constituting 0.9% of the overall blood inventory over the three-year period.

Phase 2 Develop a model of blood inventory system. LINE Official Account was established and integrated into the Soeng Sang Hospital LINE group to facilitate automated responses regarding blood inventory levels, with the textual command for automated responses designated as “1.”

Phase 3, The evaluation results found that upon resulting in a 94% fulfillment rate for requests and a complete absence of expired blood. Additionally, the satisfaction survey revealed that overall satisfaction regarding blood reservation and usage requests attained 76.9% and 93.1%, respectively, while satisfaction with the blood inventory information system was recorded at 71.4%.

Keywords : “Blood inventory”, “System development”, “Satisfaction”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rattiporn_ch@kkumail.com)

บทนำ

บทบาทหนึ่งของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ คือ การจัดหาโลหิตและตรวจสอบความเข้ากันได้ของโลหิตแก่ผู้ป่วยที่มีจำเป็นต้องได้รับโลหิต[1,2] โดยโรงพยาบาลเสิงสาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และไม่ได้เปิดให้บริการด้านศัลยกรรมเนื่องจากขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลวิสัญญี ดังนั้นการจัดหาโลหิตสำรองจึงเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนไม่น้อยที่จำเป็นต้องได้รับโลหิตหรือส่วนประกอบโลหิตเพื่อประคับคองอาการให้สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ เช่น ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น และยังมีผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับประทานยาละลายลิ่มโลหิต (Warfarin) ซึ่งต้องได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาบาลชุมชน เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะมีภาวะโลหิตไหลไม่หยุดจากการได้รับยาละลายลิ่มโลหิตมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial fibrillation) เป็นต้น[3] อีกทั้งกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเสิงสางนั้นไม่ได้เปิดรับบริจาคโลหิต เพราะสาเหตุจากบุคลากรปฏิบัติงานที่มีอยู่จำกัดและความไม่คุ้มค่าของการนำไปใช้ของถุงโลหิตที่ได้รับบริจาค ดังนั้นวิธีการจัดหาโลหิตสำรองจึงใช้การเบิกโลหิตจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติภาคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์ปริมาณการสำรองโลหิตคงคลังเป็นเรื่องที่ทางโรงพยาบาลเสิงสางยังไม่มีข้อมูลการศึกษามาก่อน และปริมาณการสำรองโลหิตคงคลังที่ถูกกำหนดไว้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ใช้มานาน จึงอาจไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการใช้จริงของผู้ป่วยในปัจจุบัน อีกทั้งจากการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการภายในโรงพยาบาลเมื่อปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเสิงสาง ได้รับการเสนอแนะถึงเรื่องการจัดหาโลหิตได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย การจัดการสำรองโลหิตให้มีเพียงพอสอดคล้องต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญอย่างมาก เพราะนอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการได้รับการรักษาโดยการให้เลือดแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซีด (anemia) แล้ว หากสำรองโลหิตมากเกินความต้องการใช้จริงย่อมส่งผลให้มีโลหิตหมดอายุ ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการจัดหาโลหิตสำรองมาทดแทน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปริมาณการสำรองโลหิตคงคลังที่เหมาะสมของโรงพยาบาลเสิงสาง และจะนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดหาโลหิตสำหรับงานธนาคารเลือดของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเสิงสางต่อไป

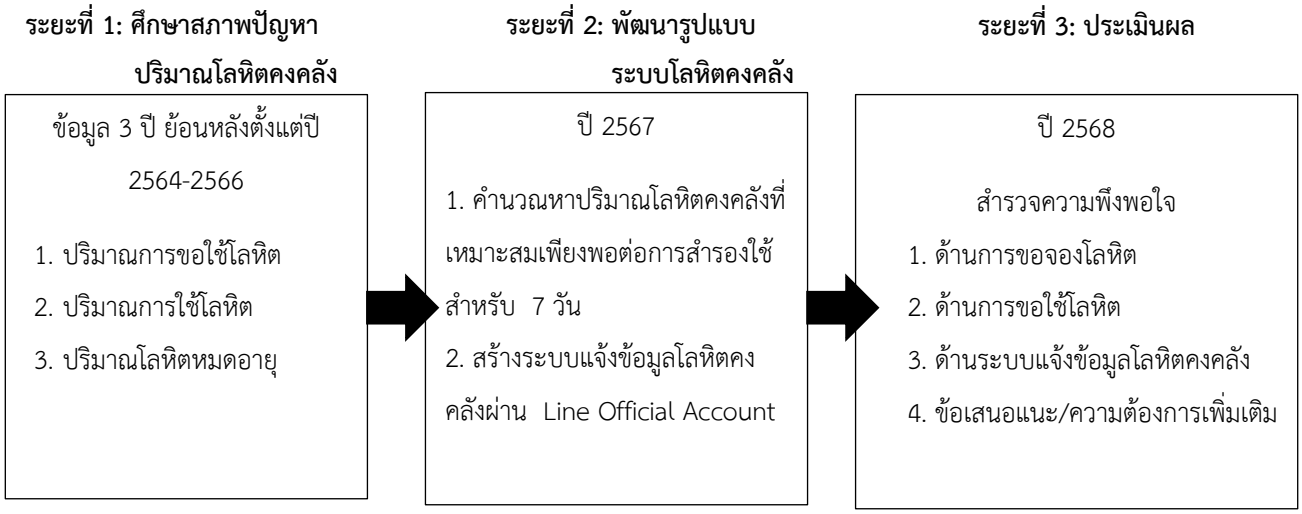
นอกจากนี้ โรงพยาบาลเสิงสางยังไม่มีระบบแจ้งปริมาณโลหิตคงคลัง ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่ต้องการทราบข้อมูลปริมาณโลหิตที่เป็นปัจจุบันเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยต้องใช้การโทรศัพท์สอบถามเป็นรายๆ ไป ประกอบกับทางโรงพยาบาลเสิงสางเริ่มมีความต้องการใช้โลหิตที่สูงขึ้น จากคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่น คลินิกโรคไต คลินิกผู้สูงอายุ ทำให้การต้องคอยรับโทรศัพท์เพื่อแจ้งปริมาณโลหิตคงคลังซ้ำ ๆ หลายครั้งในแต่ละวัน เป็นการเพิ่มภาระงานของทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำเอา LINE Official

มาประยุกต์ใช้กับการแจ้งเตือนปริมาณโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง ซึ่งแอพพลิเคชัน LINE เป็นบริการที่แพร่หลายและมีความสะดวกกับผู้ใช้งานทุกคน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณการขอใช้โลหิต ปริมาณการใช้โลหิต และปริมาณโลหิตหมดอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 – 2566
2. เพื่อกำหนดปริมาณโลหิตคงคลังที่เพียงพอต่อการสำรองใช้สำหรับ 7 วัน และสร้างระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลัง
3. เพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อระบบงานธนาคารเลือด

กรอบแนวคิดแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดแบบการวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผู้วิจัยแบ่งระยะการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาปริมาณโลหิตคงคลัง ระยะที่ 2 พัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง และระยะที่ 3 การประเมินผล ในแต่ละระยะมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาปริมาณโลหิตคงคลัง

ประชากร คือ กลุ่มประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสิงสาง และมีการขอจองหรือขอใช้โลหิต โดยข้อมูลที่เก็บมี HN หมู่โลหิต ชนิดส่วนประกอบโลหิต จำนวนโลหิต ที่ขอจองและขอใช้โลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสิงสาง มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 1 วันเป็นต้นไป 2) เพศชายและหญิง 3) เป็นผู้ที่มีการจองหรือขอใช้โลหิต 4) มีข้อมูลการจองหรือขอใช้

โลหิตในระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (HosXp) และ 5) มีข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับหรือไม่ได้รับโลหิต ที่เข้ารับการรักษา จำนวนทั้งสิ้น 836 ราย ระบบ HosXp เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลการจองหรือขอใช้โลหิตในระบบ HosXp

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

หลังจากที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากระบบ HosXp จากการพิมพ์ข้อมูลสถิติการรับและรายงานสิ่งส่งตรวจงานธนาคารเลือด ออกมาเป็นไฟล์ pdf และทำการบันทึกข้อมูลจนครบ 836 ราย และนำผลการบันทึกที่ได้มาวิเคราะห์หาร้อยละปริมาณความต้องการใช้โลหิต ร้อยละของปริมาณการใช้โลหิต โดยมีวิธีการคำนวณ[4] คือ ร้อยละปริมาณความต้องการใช้โลหิต = Subtotal/25

เครื่องมือการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลโลหิตที่ขอจองและขอใช้โลหิต ประกอบด้วย ข้อมูล HN หมู่โลหิต ชนิดส่วนประกอบโลหิต จำนวนโลหิต ที่ขอจองและขอใช้โลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย และนำผลการบันทึกที่ได้มาสรุปปริมาณความต้องการใช้โลหิต ปริมาณการใช้โลหิต แล้วนำมาวิเคราะห์หาร้อยละอัตราการจัดหาโลหิตได้ตามที่ขอ โดยมีวิธีการคำนวณ คือ ร้อยละอัตราการจัดหาโลหิตได้ตามที่ขอ = [ปริมาณโลหิตที่ขอจอง/ปริมาณการใช้โลหิต] x 100

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง

กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ดำเนินการสร้าง Line Official Account

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

สร้างระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลังผ่าน Line Official โดย Line Official จะมีระบบแจ้งข้อความตอบกลับอัตโนมัติของผ่าน LINE Official Account โดยผู้วิจัยได้ทำการใช้ Line LAB รพ.เสิงสาง สมัคร LINE Official Account และออก Access Token (สำหรับผู้พัฒนา) ให้เราใช้เพื่อรับ Token มาเชื่อมต่อกับ Web service ของเรานั่นเอง จากนั้น นำ LINE Official Account เพิ่มเข้าไปในกลุ่มไลน์โรงพยาบาลเสิงสาง เพื่อให้มีการตอบกลับอัตโนมัติเพื่อใช้แจ้งปริมาณโลหิตคงคลัง โดยกำหนดข้อความที่ใช้เพื่อขอทราบปริมาณโลหิตคงคลังให้แก่ผู้บริการรับทราบ โดยในงานวิจัยนี้ข้อความที่ผู้วิจัยได้ใช้คือ “1” ด้วยเหตุนี้เอง ผู้วิจัยจึงนำเอา LINE มาประยุกต์ใช้และพัฒนาใช้กับการแจ้งเตือนปริมาณโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง

เครื่องมือการวิจัย แอพพลิเคชัน Line และ Line Official

ระยะที่ 3 ประเมินผล

เพื่อทำการประเมินผลหลังการกำหนดปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมในระยะที่ 1 ประเมินประสิทธิผลและประเมินผลระบบบริการงานธนาคารเลือดต่อผู้รับบริการที่เป็นแพทย์กับพยาบาลว่าพึงพอใจอยู่ในระดับใด ดังนั้นระยะที่ 3 นี้ จึงแบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสิงสาง และมีการขอจองหรือขอใช้โลหิต ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 465 ราย

2. กลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลเสิงสาง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลตึกผู้ป่วยใน และพยาบาลห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 61 ราย โดยแบ่งเป็น แพทย์ 8 ราย พยาบาลผู้ป่วยนอก 6 ราย พยาบาลห้องฉุกเฉิน 14 ราย พยาบาลตึกผู้ป่วยใน 27 ราย และพยาบาลห้องคลอด 6 ราย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นแพทย์หรือพยาบาล ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเสิงสางตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 3

กลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากระบบ HosXp จากการพิมพ์ข้อมูลสถิติการรับและรายงานสิ่งส่งตรวจงานธนาคารเลือด ออกมาเป็นไฟล์ pdf และทำการบันทึกข้อมูลจนครบ 465 ราย และนำผลการบันทึกที่ได้มาสรุปปริมาณความต้องการใช้โลหิต ปริมาณการใช้โลหิต แล้วนำมาวิเคราะห์หาร้อยละอัตราการจัดหาโลหิตได้ตามที่ขอ โดยมีวิธีการคำนวณ คือ ร้อยละอัตราการจัดหาโลหิตได้ตามที่ขอ = [ปริมาณโลหิตที่ขอจอง/ปริมาณการใช้โลหิต] x 100 จากนั้นทำการเปรียบเทียบอัตราการจัดหาโลหิตได้ตามที่ขอ ในระยะที่ 1 กับ ระยะที่ 3 ว่าแตกต่างกันอย่างไร

กลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบบริการงานธนาคารเลือด โดยให้ทำการประเมินความพึงพอใจตามความสมัครใจ ทุกคนสามารถปฏิเสธการทำแบบประเมินโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ระยะนี้เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2568

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลโลหิตที่ขอจองและขอใช้โลหิต โดยข้อมูลที่เก็บมี HN หมู่โลหิต ชนิดส่วนประกอบโลหิต จำนวนโลหิต ที่ขอจองและขอใช้โลหิตของผู้ป่วยแต่ละราย

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบบริการงานธนาคารเลือด[5] เป็นลักษณะการประเมินตามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ด โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับทุกครั้ง	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด	ได้	4 คะแนน
ระดับบ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก	ได้	3 คะแนน
ระดับบางครั้ง	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย	ได้	2 คะแนน
ระดับควรปรับปรุง	หมายถึงมี	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด	ได้	1 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณา : ความกว้างของอันตรภาคชั้น

= คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด = 4 – 1/4 = 0.75

แบ่งช่วงคะแนนเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาความตรงของแบบสอบถาม โดยให้ตรงตามเนื้อหา การใช้ถ้อยคำสำนวนความชัดเจนในข้อคำถาม และครอบคลุมเรื่องที่ศึกษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ส่วนความเที่ยงนั้นจะทำการหาค่าภายหลังจากที่เก็บมาข้อมูลได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นความพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่ จึงไม่สามารถหาค่าความเที่ยงก่อนได้

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบบริการงานธนาคารเลือด แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ระบุตำแหน่งการปฏิบัติงาน (แพทย์/พยาบาล) และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจะสอบถามความพึงพอใจในการบริการ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการขอจองโลหิต จำนวน 3 ข้อ
2. ด้านการขอใช้โลหิต จำนวน 3 ข้อ
3. ด้านระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลัง จำนวน 2 ข้อ
4. ข้อเสนอแนะ/ความต้องการเพิ่มเติม ตอบโดยการเขียนบรรยาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การคำนวณปริมาณโลหิตสำรองเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (Average weekly use estimate) โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

2. รวบรวมข้อมูลการใช้โลหิตต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 157 สัปดาห์ โดยจำแนกข้อมูลการใช้ส่วนประกอบของโลหิตตามหมู่โลหิต ABO

3. คำนวณหา Subtotal (ยูนิต) ของส่วนประกอบโลหิตแต่ละชนิดแยกตามหมู่โลหิต ABO เพื่อลดความผันแปรของข้อมูลที่ผิดปกติในสัปดาห์ต่อสัปดาห์ (Unusual week to week variation) โดยใช้สูตร

Subtotal = (Total used) – (Highest week)

Total used หมายถึง ปริมาณส่วนประกอบโลหิตทั้งหมดที่ถูกใช้ในระยะเวลา 157 สัปดาห์ (ยูนิต)

Highest week หมายถึง ปริมาณส่วนประกอบโลหิตในสัปดาห์ที่มีการใช้มากที่สุด (ยูนิต)

4. คำนวณหา Average weekly blood usage ของส่วนประกอบโลหิตแต่ละชนิดแยกตามหมู่โลหิต ABO (ยูนิต) โดยใช้สูตร [3] Average weekly blood usage = Subtotal/25

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสิงสางให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ตามเลขที่หนังสือ นม 0033.309/004 วันที่ 14 กันยายน 2567 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วได้คำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในส่วนของการสำรวจความพึงพอใจบุคลากรโรงพยาบาลเสิงสาง จะไม่มีการให้ระบุชื่อ ตำแหน่ง อายุ ในแบบสอบถามที่จะสามารถทวนสอบไปหาผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: ศึกษาสภาพปัญหาปริมาณโลหิตคงคลัง

การศึกษาย้อนหลังจาก HosXp โรงพยาบาลเสิงสาง จากข้อมูลของผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสิงสาง และมีการขอจองหรือขอใช้โลหิตที่โรงพยาบาลเสิงสาง เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 ซึ่งมีสัปดาห์จำนวน 157 สัปดาห์ และจำนวนวันที่มีบันทึกข้อมูลการขอใช้โลหิต (Number of recording period) ทั้งสิ้น 798 วัน โดยจำแนกข้อมูลตามชนิดส่วนประกอบของโลหิตและหมู่โลหิต ABO ที่มีการสำรองคงคลังของธนาคารเลือด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เม็ดโลหิตแดงชนิด packed red blood cells (PRC) และleukocyte poor packed red cells (LPRC) ผลการศึกษาพบว่ามีปริมาณความต้องการใช้โลหิตเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,105 ยูนิต โดยมีปริมาณการใช้โลหิตจริงเป็นจำนวนสิ้น 928 ยูนิต ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าอัตราการจัดหาโลหิตให้ตามที่ขอคิดเป็นร้อยละ 84 ปริมาณโลหิตหมดอายุเป็นจำนวนทั้งสิ้น 23 ยูนิต คิดเป็นร้อยละ 2.08 โดยมีหมู่โลหิตชนิด AB ที่มีจำนวนโลหิตหมดอายุมากที่สุดถึง 8 ยูนิต หรือคิดเป็นร้อยละ 0.9 ของปริมาณโลหิตคงคลังทั้งหมดตลอดระยะเวลา 3 ปีจากการทบทวนการใช้ส่วนประกอบของโลหิตเป็นรายสัปดาห์ โดยศึกษา PRC และ LPRC รวมกัน พบว่ามีจำนวนวันที่มีการใช้ส่วนประกอบของโลหิตทั้งหมด แยกตามหมู่โลหิต A, B, O, AB ตามลำดับ เป็น 136, 318, 385 และ 89 วัน ปริมาณการใช้ส่วนประกอบของโลหิตต่อสัปดาห์สูงสุดเท่ากับ 6, 8, 10 และ 4 ยูนิต ปริมาณการ ดังนั้นเมื่อนำข้อมูลข้างต้นมาคำนวณหาปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมจึงได้เท่ากับ 5, 12, 15 และ 4 ยูนิต

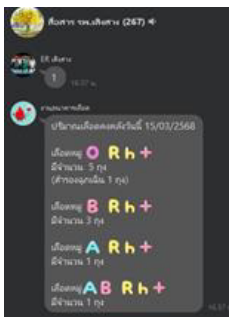
ดังนั้นสรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา สามารถคำนวณหาปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสม แยกตามหมู่โลหิต A, B, O, AB ตามลำดับ ได้เท่ากับ 5, 12, 15 และ 4 ยูนิต

ตาราง 1 แสดงปริมาณส่วนประกอบของโลหิตที่ให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมด ปริมาณการใช้โลหิตต่อสัปดาห์สูงสุดและเฉลี่ยต่อสัปดาห์ แยกตามหมู่โลหิต ABO ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566

ปริมาณส่วนประกอบของโลหิตที่ให้แก่ผู้ป่วย	หมู่โลหิต			
(ยูนิต)	A	B	O	AB
Total used	136	318	385	89
Highest week	6	8	10	4
Subtotal	130	310	375	85
Average weekly blood usage	5	12	15	4

ระยะที่ 2: พัฒนาระบบโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง

นำผลจากการศึกษาจากระยะที่ 1 ไปกำหนดปริมาณโลหิตสำรองคงคลังที่เหมาะสมของโรงพยาบาลเสิงสาง และติดตามประสิทธิภาพของการบริหารการสำรองโลหิตของธนาคารเลือดอย่างต่อเนื่อง ได้โดยการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ ได้แก่ อัตราการจัดหาโลหิตได้ตามที่ขอ และอัตราโลหิตหมดอายุ ซึ่งจะเป็นการชี้วัดว่าปริมาณโลหิตสำรองที่กำหนดนั้นมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการใช้จริงหรือไม่ โดยในการศึกษาในระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลต่ออีก 1 ปี ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 แล้วนำมาสรุปผล พร้อมกับสร้างระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลังผ่าน Line Official โดย Line Official จะมีระบบแจ้งข้อความตอบกลับอัตโนมัติของผ่าน LINE Official Account โดยผู้วิจัยได้ทำการใช้ Line LAB รพ.เสิงสาง สมัคร LINE Official Account และออก Access Token (สำหรับผู้พัฒนา) ให้เราใช้เพื่อรับ Token มาเชื่อมต่อกับ Web service จากนั้น นำ LINE Official Account เพิ่มเข้าไปในกลุ่มไลน์โรงพยาบาลเสิงสาง เพื่อให้มีการตอบกลับอัตโนมัติเพื่อใช้แจ้งปริมาณโลหิตคงคลัง โดยกำหนดข้อความที่ใช้เพื่อขอทราบปริมาณโลหิตคงคลังให้แก่ผู้บริการรับทราบ โดยในงานวิจัยนี้ข้อความที่ผู้วิจัยได้ใช้คือ “1” ด้วยเหตุนี้เอง ผู้วิจัยจึงนำเอา LINE มาประยุกต์ใช้และพัฒนาใช้กับการแจ้งเตือนปริมาณโลหิตคงคลังของโรงพยาบาลเสิงสาง



ภาพที่ 2 แสดงการใช้งานระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลังผ่าน Line Official

ระยะที่ 3: การประเมินผล

จากผลการศึกษาระยะที่ 1 ภายหลังจากการคำนวณหาปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมของหมู่โลหิตต่าง ๆ และทำการกำหนดปริมาณโลหิตคงคลังใหม่ที่เพียงพอต่อการใช้งาน 7 วัน ทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสิงสาง และมีการขอจองหรือขอใช้โลหิตที่โรงพยาบาลเสิงสาง เป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยจำแนกข้อมูลตามชนิดส่วนประกอบของโลหิตและหมู่โลหิต ABO ที่มีการสำรองคงคลังของธนาคารเลือด ได้แก่ PRC LPRC และ leukocyte depleted packed red cells (LDPRC) พบว่ามีปริมาณความต้องการใช้โลหิตเป็นจำนวนทั้งสิ้น 601 ยูนิต โดยมีปริมาณการใช้โลหิตจริงเป็นจำนวนสิ้น 565 ยูนิต คิดเป็นอัตราการจัดหาโลหิตให้ตามที่ขอ คิดเป็นร้อยละ 94 และอัตราโลหิตหมดอายุ คิดเป็นร้อยละ 0

ตาราง 2 แสดงปริมาณส่วนประกอบของโลหิตที่ขอจองแก่ผู้ป่วย แยกตามหมู่โลหิต ABO ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

ปริมาณการที่ขอจองส่วนประกอบของโลหิต (ยูนิต)				
A	B	O	AB	รวม
127	249	195	30	601

ตาราง 3 แสดงปริมาณส่วนประกอบของโลหิตที่ให้แก่ผู้ป่วย แยกตามหมู่โลหิต ABO ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

ส่วนประกอบโลหิต	ปริมาณการใช้ส่วนประกอบของโลหิต (ยูนิต)				
	A	B	O	AB	รวม
PRC	39	63	51	10	163
LPRC	72	162	110	16	360
LDPRC	8	10	22	2	42
		รวม			565

ผลการศึกษาระยะที่ 3 ประเมินผลระบบบริการงานธนาคารเลือด จากสำรวจความพึงพอใจในการบริการ พบว่าด้านการขอจองโลหิตและการขอใช้โลหิตสามารถตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก และมากที่สุด ตามลำดับ ส่วนด้านระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลังระดับความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก (ตารางที่ 4)

ตาราง 4 แสดงความพึงพอใจบุคลากรโรงพยาบาลเสิงสางต่อระบบบริการงานธนาคารเลือด

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
1. การบริการด้านการขอจองโลหิต	2.98	76.9	มาก
1.1 การได้รับโลหิตตามที่ขอจอง	3.20	80.0	มาก
1.2 การได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดกรณีไม่มีโลหิตตามที่ขอจอง	3.14	78.5	มาก
1.3 การติดตามผู้ป่วยกลับมารับโลหิต กรณีแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปรอโลหิตที่บ้าน	2.60	72.3	มาก
2. การบริการด้านการขอใช้โลหิต	3.74	93.1	มากที่สุด
2.1 หมู่โลหิตที่ได้รับตรงตามหมู่โลหิตของผู้ป่วย	3.89	97.1	มากที่สุด
2.2 กรณีผู้ป่วยไม่มีประวัติหมู่โลหิตใน HosXp มีการตรวจหมู่โลหิตซ้ำก่อนทำการให้	3.63	90.7	มากที่สุด
2.3 ใบคล้องถุงโลหิตมีหมายเลขตรงกันกับถุงโลหิต	3.71	91.4	มากที่สุด
3. ระบบแจ้งเตือนโลหิตคงคลัง	2.86	71.4	มาก
3.1 ความสะดวกในการใช้งานของระบบแจ้งเตือนโลหิตคงคลังอยู่ในระดับใด	3.09	77.1	มาก
3.2 ระบบแจ้งข้อมูลปริมาณโลหิตของได้อย่างถูกต้อง/เป็นปัจจุบันอยู่ในระดับใด	2.63	65.7	มาก

เมื่อนำข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นสูง

สรุปและอภิปราย

ภายหลังการกำหนดปริมาณโลหิตคงคลังใหม่ที่เพียงพอต่อการใช้งาน 7 วัน ไม่พบว่ามีโลหิตหมดอายุ จึงสามารถชี้วัดได้ว่าปริมาณโลหิตสำรองคงคลังที่กำหนดขึ้นใหม่นั้นมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการใช้จริง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[6] พบว่า คลังเลือดกลางได้กำหนดการสำรองเลือดชนิดเม็ดเลือดแดงที่ 7 วัน (ในภาวะที่มีการบริจาคเลือดปกติ) และเพิ่มปริมาณเลือดสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉินอีกร้อยละ 10 เนื่องจากจำนวนการใช้เม็ดเลือดแดงแต่ละวัน ใน 1 สัปดาห์มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ปริมาณการใช้โลหิตในปี 2567 สูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50 ของปริมาณการใช้โลหิตใน 3 ปีที่ผ่านรวมกัน (พ.ศ. 2564-2567) แสดงให้เห็น

ว่าอาจมีความต้องการขอใช้โลหิตแฝง มีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิดจากการโทรสอบถามก่อนการขอจองโลหิตในระบบ เมื่อไม่มีโลหิตจึงไม่มีการขอจองโลหิตเข้ามาใน HosXp ดังนั้นเมื่อสามารถจัดโลหิตได้ตามความต้องการมากขึ้น ปริมาณการใช้โลหิตในปี 2567 จึงเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย แสดงให้เห็นประสิทธิภาพในการจัดหาส่วนประกอบโลหิตในปี 2567 ทำได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากอัตราการจัดหาโลหิตให้ตามที่ขอเพิ่มขึ้นเดิมจากในช่วงปี 2564-2566 สูงถึงร้อยละ 10 และอัตราโลหิตหมดอายุได้ร้อยละ 0 แม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[7] จากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ทั้งยังมีการเปิดรับบริจาคโลหิตและเตรียมส่วนประกอบโลหิตด้วยตนเอง เมื่อเลือดสำรองพร่องต่ำกว่าเกณฑ์ย่อมสามารถทำการบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง เช่น การรณรงค์ให้คนมาบริจาคโลหิต การออกหน่วยบริจาคโลหิต เป็นต้น แต่ในส่วนของโรงพยาบาลเสิงสางที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงนั้น การจัดหาโลหิตต้องอาศัยการเบิกผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาแต่เพียงอย่างเดียว ทำให้แม้จะมีการกำหนดปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสม แยกตามหมู่โลหิต A, B, O, AB ตามลำดับ ได้เท่ากับ 5, 12, 15 และ 4 ยูนิต แต่ในตามความเป็นจริงแล้ว เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับภาระงานของพนักงานขับรถพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย (refer) และเพื่อลดความเสี่ยงของการมีถุงเลือดหมดอายุโดยเฉพาะหมู่ AB จึงจะทำการกำหนดเกณฑ์โลหิตสำรองคงคลังแยกตามหมู่โลหิต A, B, O, AB ตามลำดับ เป็นจำนวน 4, 8, 10 และ 1 ยูนิต ซึ่งแม้จะลดเกณฑ์ลงมาแล้วก็ตาม ยังคงต้องมีการเบิกเลือดโดยฝากไปกับรถ refer อย่างน้อยถึง 5 วันต่อสัปดาห์ จึงจะได้เลือดสำรองตามเกณฑ์[8,9,10]

อย่างไรก็ตาม จากผลการประเมินความพึงพอใจจะเห็นได้ว่าในภาพรวมแล้วความพึงพอใจใน ด้านการขอจองโลหิต และด้านระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลังยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยในด้านการขอจองโลหิต ข้อคำถามเรื่องการติดตามผู้ป่วยกลับมารับโลหิตกรณีแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปรอโลหิตที่บ้าน มีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดอยู่ที่คะแนนเฉลี่ย 2.60 เนื่องจากการติดตามผู้ป่วยกลับมารับโลหิตยังไม่มีการจัดระบบร่วมกันภายในกลุ่มงานเทคนิค ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยกลับมารับโลหิตจึงเป็นส่วนที่ต้องมีการประชุมกันเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันภายในกลุ่มงานให้เกิดระบบการติดตามที่ชัดเจนต่อไป ส่วนด้านระบบแจ้งข้อมูลโลหิตคงคลัง ข้อคำถามเรื่องระบบแจ้งข้อมูลปริมาณโลหิตของได้อย่างถูกต้อง/เป็นปัจจุบันอยู่ในระดับใด มีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดอยู่ที่คะแนนเฉลี่ย 2.63 เนื่องจากการใส่ข้อมูลในการแจ้งเตือนใน Line Official ยังต้องอาศัยการพิมพ์แก้ไขแบบ manual จึงไม่ได้มีแก้ไขข้อมูลในระบบแจ้งเตือนให้เป็นปัจจุบันอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งเป็นข้อด้อยที่ผู้วิจัยสังเกตได้ และจะนำไปพัฒนาระบบแจ้งเตือนข้อมูลโลหิตคงคลังในรูปแบบใหม่ ที่สามารถแจ้งเตือนได้อัตโนมัติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการประเมินความพึงพอใจในข้อคำถามที่ว่าท่านคิดว่าปัจจุบันโรงพยาบาลมีโลหิตสำรองเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยหรือไม่ ผลสำรวจพบว่าร้อยละ 74.3 ยังคงมีความเห็นว่าไม่เพียงพอ แม้ว่าอัตราการจัดหาโลหิตให้ตามที่ขอจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 94 แล้วก็ตาม แสดงให้เห็นว่าการจัดหาโลหิตสำรองมีความคาดหวังจากผู้รับบริการที่สูงมาก เนื่องจากโลหิตนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นการวิเคราะห์การขอจองหรือขอใช้โลหิตจึงควรมีการทบทวนอยู่เสมอเป็นประจำเดือน หรืออย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้มีการปรับปรุงพัฒนาประสิทธิภาพการบริการให้ตอบสนองได้ตามความต้องการของผู้มารับบริการ

2. จากผลการประเมินความพึงพอใจในข้อคำถามที่ว่าท่านคิดว่าโรงพยาบาลควรมีการเปิดบริการรับบริจาคโลหิตหรือไม่ ผลสำรวจเห็นว่าควรเปิดร้อยละ 68.6 ไม่แน่ใจร้อยละ 25.7 และไม่ควรเปิดร้อยละ 5.7 เห็นได้ว่ามีความเห็นแตกต่างหลากหลายไม่ไปทิศทางเดียวกัน แม้จะมีความเห็นว่าโลหิตสำรองไม่เพียงพอถึงร้อยละ 74.3 ก็ตาม อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยโรงพยาบาลเสิงสางเป็นโรงพยาบาลชุมชน การเปิดบริจาคโลหิตเพื่อเพิ่มอัตราการจัดหาโลหิต อาจยังคงเป็นไปได้ยาก จากการขาดบุคลากร ความคุ้มค่า รวมถึงความปลอดภัยของการเตรียมส่วนประกอบโลหิตที่จะนำมาใช้

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ. การจัดหาและจัดการโลหิตในธนาคารเลือดที่ปลอดภัยคุ้มค่าและยั่งยืน. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.2564;31(4):303-306.
2. นิตติยา บุตรวงษ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสม. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 2566;13(1):78 – 94.
3. สกรณ์ บุษบง, ทิพวัลย์ แสนคำ, นพพัสสร พูนสังข์ และมนัสวี เดชบันดิษ. การพัฒนาระบบจัดการคลังเลือดออนไลน์พร้อมชุดอุปกรณ์แจ้งเตือนอุณหภูมิตู้เก็บเลือดโดยใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตสรรพสิ่ง กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทไธสง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการนวัตกรรมการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.2563;7(1);40-50.
4. กัลยาณี แสงสุข. การศึกษาหาปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมของโรงพยาบาลตำรวจ. วารสารโลหิตและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2553;20(3):169–178.

5. วัลลภา อัศวศรีอนันต์. รายงานสรุปผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตรวจสอบภายใน กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.at/GUlF4
6. ฉวีวรรณ จัดภัย. การหาปริมาณโลหิตสำรองคงคลังของงานธนาคารเลือดกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกโรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2565;7(2):149–162.
7. อมรรัตน์ ร่มพฤกษ์. ผลการสำรองเลือดของคลังเลือดกลาง เพื่อใช้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34:102-105
8. อิฟฟะห์ มะเกะ. การลดปริมาณเลือดหมดอายุ: กรณีศึกษาหน่วยงานคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิตโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิศวกรรมและนวัตกรรม. 2565;15(4):27–42.
9. วรยุพา ถมปัด, พัชร บุญประดิษฐ์, ประดับ วิเศษวุฒิ, เชษฐณัฏฐ์ โอภารัชตะวัฒน์ และทรงศักดิ์ ศรีจินดา. ปริมาณเลือดและส่วนประกอบของเลือดสำรองที่เหมาะสมในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 สำหรับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วารสารกรมการแพทย์. 2566;48(1):73–79.
10. ทรงฤทธิ์ เลิศไพศาลกุล, รภัสสา พรมศิลา, วรรณศิริ ทิพย์สุวรรณกุล, นิททิย์พันธุ์ เพ็ชรศรี, ธนาพร รอดวิหก และสาธิต เทศสมบูรณ์. รูปแบบการจัดหาโลหิตและผลกระทบต่อการจัดการโลหิตของ 6 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง ในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ปี พ.ศ. 2563. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.2565;31(1): 35-45.