วารสาร
แนวโน้มทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

ISSN 3088-1943 (Online)
Trends in Nursing and Health Science Journal
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทบรรณาธิการ

เรียนพี่น้องพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้อ่านทุกท่าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้จัดทำวารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Trends in Nursing and Health Science Journal) ขึ้น โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม–สิงหาคม) ประกอบ ด้วยบทความวิจัยที่เผยแพร่จำนวน 4 เรื่อง และบทความวิชาการจำนวน 1 เรื่อง ที่เต็มเปี่ยมไปด้วยสาระความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลที่ทันสมัย ซึ่งบทความวิจัยประกอบด้วย 1) การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ซีเอพีดี) ในจังหวัดมหาสารคาม 2) การพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และบทความวิชาการ คือ การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหารแบบ ไอวอร์-ลูอิส

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความภาคภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกท่าน จึงขอเรียนเชิญทุกท่านส่งผลงานมาเผยแพร่ ร่วมติดตามอ่านวารสาร และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์

ผศ.ดร.นงเยาว์ มีเทียน

บรรณาธิการ

TNHSJ
วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2569 - สิงหาคม 2569

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหารแบบ ไอวอร์-ลูอิส 1 - 10

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ซีเอพีดี) ในจังหวัดมหาสารคาม 11 - 30

การพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช 31 - 45

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 46 - 57

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 58 - 76

TNHSJ
Trends in Nursing and Health Science Journal
Volume 2 Number 2 May - August 2026

Contents

Page

Editorial

Research Articles

Nursing Care for Patients Following Ivor Lewis Esophagectomy 1 - 10

Research Articles

Development of an Empowerment Program for Caregivers of Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) In Mahasarakham Province 11 - 30

Development of a Clinical Assessment Model for Aspiration Prevention in Psychiatric Patients 31 - 45

Factors Associated with Discharge Planning Practices among Professional Nurses at Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University 46 - 57

Factors Related to Healthcare-Associated Infection Prevention Behaviors among Nurses in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University 58 - 76

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหารแบบ ไอวอร์-ลูอิส

Nursing Care for Patients Following Ivor Lewis Esophagectomy

วิภาวดี จันทร์นัน[1] อัญชลี ทองโสม[1]

Vipawadee Jannan[1] Anchalee Thongsome[1]

1งานการพยาบาลวิกฤต[1] ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร[1]

Critical Care Nursing Unit[1], Nursing Division, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Bangkok

(Received: February 28, 2026; Revised: March 4, 2026; Accepted: Aprill 10, 2026)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดหลอดอาหารแบบไอวอร์-ลูอิส (Ivor Lewis Esohagectomy) เป็นการผ่าตัดรักษามะเร็งหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนล่าง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูงและมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยา วิธีการผ่าตัด และการดูแลแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ บทความนี้นำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหารแบบไอวอร์-ลูอิส โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดทันทีจนถึงการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยเน้นการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การรั่วของรอยต่อ, ภาวะแทรกซ้อนทางปอด และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ทั้งนี้บทความได้นำหลักการตามแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดมาใช้ร่วมกับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : “การดูแลหลังการผ่าตัด”, “การผ่าตัดหลอดอาหาร”, “มะเร็งหลอดอาหาร”

Abstract

Ivor Lewis esophagectomy is a complex surgical procedure for threating middle and lower esophageal cancer, associated with significant morbidity and potential complications. Postoperative nursing care requires comprehensive knowledge of pathophysiology, surgical techniques, and systematic holistic care approaches. The article presents evidence-based nursing guidelines for patients undergoing Ivor Lewis esophagectomy, covering the immediate postoperative period through long-term follow-up care. The focus is on prevention and management of major complications including anastomotic leak, pulmonary complications, and thromboembolic events, with the goals of reducing morbidity and mortality while enhancing patient quality of life after surgery. The guidelines incorporate Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) principles and multidisciplinary care strategies to optimize patient outcomes.

Keywords: “Postoperative care”, “Esophagectomy”, “Esophageal Neoplasm”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vipawadee.jan@mahidol.ac.th)

บทนำ

มะเร็งหลอดอาหารเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก[1] ในบริบทของประเทศไทย มะเร็งหลอดอาหารพบเป็นอันดับที่ 6 ในเพศชาย มีอัตราการเกิดโรคประมาณ 4-5 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ตามข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35.2 และ 59.3 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 2 ปี เพียงร้อยละ 20[1,12] การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักที่ให้โอกาสรอดชีวิตระยะยาวที่ดีที่สุด การผ่าตัดไอวอร์-ลูอิส (Ivor Lewis Esophagectomy) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Lewis Ivor ในปี ค.ศ. 1946 เป็นการผ่าตัดแบบสองช่องทาง ประกอบด้วยการเข้าทางช่องท้องและช่องอก[2] การผ่าตัดชนิดนี้มีข้อบ่งชี้หลักสำหรับมะเร็งหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนล่าง โดยทำการตัดหลอดอาหารบริเวณที่มีเนื้องอกออก พร้อมการตัดต่อมน้ำเหลือง (lymphadenectomy) บริเวณรอบ ๆ จากนั้นนำกระเพาะอาหารส่วนบนขึ้นมาดัดแปลงเป็นท่อ (gastric conduit) และเย็บต่อกับหลอดอาหารที่เหลืออยู่โดยการต่อหลอดอาหารในช่องอก (intrathoracic anastomosis)[3]

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดชนิดนี้มีความหลากหลายและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมสูงถึงร้อยละ 40-60[4] ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การรั่วของรอยต่อ (anastomotic leak) ซึ่งพบร้อยละ 5-15 และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตหลังผ่าตัด[1,2] ภาวะแทรกซ้อนทางปอด พบร้อยละ 10-20[6] และภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) จากการบาดเจ็บต่อท่อน้ำเหลืองหลัก พบร้อยละ 1-4[7] ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนต้องการการเฝ้าระวังและการจัดการที่เป็นระบบโดยทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ การประเมินและติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การดูแลระบบทางเดินหายใจและสายระบายช่องอก การตรวจจับสัญญาณเตือนของการรั่วของรอยต่อตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การบริหารยาแก้ปวดและการดูแลสมดุลสารน้ำ การดูแลด้านภาวะโภชนาการทั้งทางสายและทางปาก รวมถึงการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่เนิ่น ๆ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีคุณภาพสูงในระยะหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต[5] การศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ที่รวมข้อมูลจาก 56 การศึกษาและผู้ป่วยมากกว่า 385,000 ราย พบว่าโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยสูง (high-volume hospital) มีอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดต่ำกว่าโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยต่ำอย่างมีนัยสำคัญ[5] แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลภาวะแทรกซ้อนอยู่พอสมควร แต่ยังขาดแนวทางการพยาบาลที่เป็นระบบและครอบคลุม โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดในประเทศไทย ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัดโรงพยาบาลรามาธิบดีจึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และรวบรวมประสบการณ์ทางคลินิกเพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดอาหารแบบไอวอร์-ลูอิสอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดทันทีจนถึงการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยเน้นการป้องกันและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง

หลอดอาหารเป็นท่อกล้ามเนื้อยาวประมาณ 25 เซนติเมตร ทำหน้าที่ขนส่งอาหารจากช่องปากสู่กระเพาะอาหาร ผนังหลอดอาหารไม่มีชั้นเยื่อหุ้มนอกสุด (serosa) ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ทำให้มะเร็งหลอดอาหารสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงได้ง่าย และเป็นสาเหตุให้รอยต่อมีความเสี่ยงต่อการรั่วสูง ความเข้าใจกายวิภาคของหลอดอาหารมีความสำคัญต่อการพยาบาลเนื่องจากเชื่อมโยงโดยตรงกับการเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การไหลเวียนเลือดของ gastric conduit ที่นำขึ้นมาต่อหลอดอาหารต้องพึ่งพา right gastric artery และ right gastroepiploic artery เป็นหลัก ภาวะขาดเลือดของรอยต่อจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการรั่วของรอยต่อ พยาบาลต้องติดตามสัญญาณของการขาดเลือด เช่น ของเหลวจากสายระบายที่มีลักษณะผิดปกติ อาการไข้ หรือความดันโลหิตต่ำ ท่อน้ำเหลืองหลัก (thoracic duct) เดินผ่านช่องอกด้านขวา การบาดเจ็บของท่อน้ำเหลืองระหว่างการผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) ซึ่งพยาบาลสังเกตได้จากของเหลวจากสายระบายที่มีสีขาวขุ่นคล้ายนมหลังเริ่มให้อาหารที่มีไขมัน[7]

ภาพรวมการผ่าตัด Ivor Lewis Esophagectomy

หัตถการนี้มีข้อบ่งชี้หลักสำหรับมะเร็งหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนล่าง เป็นการผ่าตัดแบบสองช่องทาง ประกอบด้วยการเข้าทางช่องท้องเพื่อสร้าง gastric conduit และการเข้าทางช่องอกด้านขวาเพื่อแยกหลอดอาหารออกจากเนื้อเยื่อโดยรอบทำการตัดและนำออก ตัดต่อน้ำเหลืองและทำ intrathoracic anastomosis โดยอาจใช้เทคนิคการเปิดอกแบบเดิม (open thoracotomy) การส่องกล้องช่องอก (video-assisted thoracoscopic surgery; VATS) หรือการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ช่วย (robotic-assisted minimally invasive esohagectomy; RAMIE)[3] การศึกษาจาก National Cancer Database พบว่า RAMIE มีอัตราการรอดชีวิตระยะยาวดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดอก[3] ส่วน MIRO trial ใน N Engl J Med พบว่าการผ่าตัดแบบ minimally invasive มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดน้อยกว่า[8]

การผ่าตัดสองช่องทางทำให้ผู้ป่วยมีแผลทั้งช่องอกและช่องท้อง ส่งผลให้มีความปวดรุนแรง จำกัดการหายใจและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมเครื่องช่วยหายใจในระยะแรก มีสายระบายช่องอก (Chest tube) 1-2 เส้น สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก (nasogastric tube; NG tube) เพื่อระบายกระเพาะอาหารและลดแรงดันที่รอยต่อ[10] และสายสวนลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (jejunostomy tube) สำหรับโภชนาการ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมสูงถึงร้อยละ 40-60[4,6] ซึ่งทุกภาวะต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและแนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การรั่วของรอยต่อ (Anastomotic Leak)

การรั่วของรอยต่อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุด พบร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วยทั้งหมด[1,2] มักเกิดในวันที่ 5-10 หลังผ่าตัด

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจากการศึกษาฐานข้อมูล NSQIP ที่รวมผู้ป่วย 2,739 ราย[2] ได้แก่ ภาวะโภชนาการไม่ดีก่อนผ่าตัด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี การได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด[2] และเทคนิคการผ่าตัด

อาการและอาการแสดงของ anastomotic leak ได้แก่ ไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปริมาณของเหลวจากสายระบายช่องอกเพิ่มขึ้นหรือมีลักษณะเปลี่ยนแปลง (เช่น มีเศษอาหาร มีกลิ่นเหม็น) และเจ็บหน้าอกหรือเจ็บบริเวณคอ

การรักษา[1] ได้แก่ การงดอาหารทางปากและให้อาหารทางหลอดเลือด (total parenteral nutrition; TPN) การให้ยาปฏิชีวนะสเปกตรัมกว้าง การระบายของเหลวที่รั่วออกมา และการผ่าตัดซ้ำในรายที่รุนแรงมาก

2. ภาวะแทรกซ้อนทางปอดและระบบทางเดินหายใจ

ภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20-40[6] ได้แก่ ปอดแฟบ (atelectasis) พบได้ร้อยละ 15-25 ปอดอักเสบ (pneumonia) พบได้ร้อยละ 10-20 การสำลัก (aspiration) และภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS)

การป้องกันตามแนวทาง ERAS[9] ประกอบด้วย การถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด การฝึกหายใจลึกและการไอระบายเสมหะทุก 1-2 ชั่วโมงในวันแรก การใช้ incentive spirometry อย่างสม่ำเสมอ การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด การนอนศีรษะสูง 30-45 องศา การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและการหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป

3. ภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Chylothorax)

ภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) เกิดจากการบาดเจ็บต่อท่อน้ำเหลืองหลัก (thoracic duct) ระหว่างผ่าตัด อุบัติการณ์ร้อยละ 1-4 ลักษณะเฉพาะคือ ของเหลวจากสายระบายมีสีขาวขุ่นคล้ายนม โดยเฉพาะหลังเริ่มให้อาหารที่มีไขมัน

การรักษาเริ่มต้นด้วยการจัดการแบบ conservative โดยการงดอาหารทางปาก ให้อาหารทางหลอดเลือดหรือให้อาหารที่มีกรดไขมันสายกลาง (medium-chain triglycerides; MCT) ทางลำไส้ เนื่องจาก MCT ถูกดูดซึมเข้าสู่ระบบหมุนเวียนโดยตรงโดยไม่ผ่านระบบน้ำเหลือง[7] หากไม่ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ อาจต้องพิจารณาผ่าตัด

4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic Events)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (deep vein thrombosis; DVT) และลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) การป้องกันตามแนวทางของ ERAS[9] ประกอบด้วย การใช้ถุงน่องหรือเครื่องกดขาแบบลม (sequential compression device) ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด เช่น low molecular weight heparin และการเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วที่สุด (early mobilization)

5. ภาวะเส้นประสาทกล่องเสียงถูกทำลาย (Recurrent Laryngeal Nerve Injury)

เกิดจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทกล่องเสียงระหว่างผ่าตัด อุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-15 อาการได้แก่ เสียงแหบ และทำให้สำลักอาหารและน้ำได้ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปอดอักเสบจากการดูดสำลัก พยาบาลต้องประเมินเสียงและการกลืนอย่างละเอียดก่อนเริ่มให้อาหารทางปาก

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลหลังผ่าตัดทันที

1.1 การดูแลระบบหายใจ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและต้องการเครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilator) ในระยะแรก เป้าหมายความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation; SpO_2) ควรมากกว่าร้อยละ 95 และควรถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด[9]

การดูแลสายระบายช่องอก (chest tube) มีความสำคัญมาก ต้องตรวจสอบและบันทึกปริมาณ สี และลักษณะของของเหลวที่ระบายออกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะแรก หากพบของเหลวที่มีสีขาวขุ่นคล้ายน้ำนม อาจบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) ซึ่งต้องรายงานแพทย์ทันที[7]

1.2 การดูแลระบบไหลเวียนเลือดและสัญญาณชีพ

ต้องติดตามสัญญาณชีพ (vital signs) อย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit; ICU) ประกอบด้วย ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อุณหภูมิ และความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) ทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะแรก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะ atrial fibrillation พบได้ร้อยละ 10-20 หลังการผ่าตัด มักเกิดในวันที่ 2-4 หลังผ่าตัด[6]

การจัดการสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (fluid and electrolyte balance) มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยมักได้รับของเหลวทางหลอดเลือดปริมาณมากระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ต้องติดตามปริมาณของเหลวเข้า-ออก น้ำหนักตัว และระดับเกลือแร่ (electrolytes) อย่างใกล้ชิด

1.3 การดูแลสายสวนและการระบาย

ตรวจสอบตำแหน่งของสายทุกเวร บันทึกปริมาณและลักษณะของของเหลวที่ระบายออก และไม่ควรดึงหรือเลื่อนสายโดยไม่ได้รับคำสั่งแพทย์ เนื่องจากอาจทำให้รอยต่อได้รับความเสียหาย[10]

1.4 การจัดการความปวด

ผู้ป่วยมักมีความปวดอย่างรุนแรงหลังการผ่าตัดทั้งสองช่องทาง การบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญมากต่อการฟื้นตัว เพราะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เต็มที่ ไอระบายเสมหะได้ดี และเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น[9]

วิธีบรรเทาปวดที่แนะนำ ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง (epidural analgesia) การฉีดยาชาบริเวณเส้นประสาท (paravertebral block) การให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ทางหลอดเลือดแบบ patient-controlled analgesia (PCA) และการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioids เช่น paracetamol ร่วมด้วย[9]

1.5 การจัดการด้านโภชนาการ

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมักมีภาวะโภชนาการไม่ดีมาก่อนผ่าตัด โภชนาการที่ดีหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน[7,9]

1.6 การให้อาหารทางลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (Jejunostomy Feeding)

การให้อาหารทางสายสวนลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (jejunostomy tube) เป็นวิธีหลักในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยเริ่มให้อาหารปริมาณน้อย (trophic feeding) ประมาณ 10-20 มล.ต่อชั่วโมง[7] แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณทุก 8-12 ชั่วโมงตามการรับได้ของผู้ป่วย

โปรโตคอลการให้อาหารตามแนวทาง ERAS[9]:

วันที่ 1 เริ่ม trophic feeding 10-20 มล./ชั่วโมง

วันที่ 2-3 เพิ่มเป็น 30-40 มล./ชั่วโมง

วันที่ 4-5 เพิ่มเป็น 50-60 มล./ชั่วโมง

เป้าหมาย 25-30 กิโลแคลอรี่/กิโลกรัม/วัน และโปรตีน 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน

ในระยะแรกควรใช้สูตรอาหารที่มีกรดไขมันสายกลาง (MCT-based formula) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด chylothorax[7]

1.7 การเปลี่ยนผ่านสู่การกินทางปากตามแนวทาง ERAS[9]

โดยทั่วไปเริ่มการทดสอบการกลืนด้วยน้ำในวันที่ 5-7 หลังผ่าตัด หลังจากยืนยันว่าไม่มีการรั่วของรอยต่อจากการตรวจ contrast swallow study[7] การเปลี่ยนผ่านสู่การกินทางปากต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปและระมัดระวัง

ขั้นตอนการเปลี่ยนผ่าน: เริ่มด้วยทดสอบการกลืนน้ำเปล่า 30-50 มล. สังเกตอาการสำลัก จากนั้นอาหารเหลวใส (clear liquid) ปริมาณน้อย ๆ 30-60 มล.ทุก 2-3 ชั่วโมง ตามด้วยอาหารเหลวข้น (full liquid) เพิ่มปริมาณเป็น 60-100 มล./มื้อ อาหารอ่อน (soft diet) รับประทานมื้อเล็ก ๆ 5-6 มื้อ/วัน และค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นอาหารปกติ[9]

ข้อเสนอแนะสำคัญ: รับประทานอาหารในท่านั่งตัวตรง และพักในท่านั่งอย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานอาหาร รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ บ่อย ๆ 5-6 มื้อ/วัน เคี้ยวอาหารให้ละเอียด กลืนช้า ๆ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส[9]

1.8 การเคลื่อนไหวร่างกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Early Mobilization)

ตามแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS)[9] การเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่เนิ่น ๆ (early mobilization) เป็นส่วนสำคัญของการดูแลที่มีประโยชน์มากมาย ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (DVT) ช่วยให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น ป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจดีขึ้น

โปรโตคอล mobilization[9]:

วันที่ 0 (วันผ่าตัด) เคลื่อนไหวแขนขาบนเตียง หมุนตัวด้านข้าง

วันที่ 1 นั่งตัวตรงบนเตียงหรือขอบเตียงอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที

วันที่ 2 ยืนข้างเตียงและเดินรอบ ๆ เตียง 2-3 ครั้ง

วันที่ 3 เดินในห้องและระเบียง 3-4 ครั้ง ระยะทางอย่างน้อย 50 เมตร

วันที่ 4 เป็นต้นไป เพิ่มระยะทางและความถี่ในการเดิน เป้าหมาย 4-6 ครั้ง/วัน

2. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง

2.1 เกณฑ์การจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การจำหน่ายกลับบ้านตามแนวทาง ERAS[4,11] สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีไข้ ความปวดควบคุมได้ด้วยยารับประทาน สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ และได้รับพลังงานอย่างน้อยร้อยละ 50 ของความต้องการ เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ถอดสายระบายช่องอก (chest tube) และสายสวนกระเพาะอาหารทาง

จมูก (NG tube) แล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติพร้อมและเข้าใจการดูแลที่บ้าน

2.2 การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน

พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ:

2.2.1 การรับประทานอาหาร: รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ บ่อย ๆ 5-6 มื้อ/วัน หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

2.2.2 ท่าทางและกิจกรรม: ยกหัวเตียงสูง 30-45 องศา เดินเล่นวันละ 3-4 ครั้ง

2.2.3 การดูแลแผล: เน้นความสะอาดและแห้ง โดยไม่ต้องเปิดทำแผลจนกว่าจะถึงวันนัด ระวังแผลโดนน้ำ รักษาพลาสเตอร์ให้แห้งและปิดสนิท หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลซึม ปวด แดง บวม มีหนอง ให้กลับมาพบแพทย์

2.2.4 อาการเตือนที่ต้องรีบพบแพทย์: ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส กลืนลำบาก เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย อาเจียนเป็นเลือด หรือแผลแดงบวม

2.3 การติดตามผลและการดูแลระยะยาว

แผนการติดตามผลหลังจำหน่ายมีความสำคัญต่อการตรวจจับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดช้าและการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว[3,4] กำหนดการนัดหมาย:

สัปดาห์ที่ 1-2 ตรวจแผล ประเมินการรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 4-6 ประเมินน้ำหนัก ภาวะโภชนาการ

เดือนที่ 3 ประเมินสมรรถภาพการกลืน (swallow function) ดู anastomotic stricture ทุก 3-6 เดือนในปีแรก จากนั้นทุก 6-12 เดือน ติดตามมะเร็งกลับเป็นซ้ำ

ผลลัพธ์ระยะยาวที่ติดตาม รวมถึงอัตราการรอดชีวิต คุณภาพชีวิต (quality of life) สถานะโภชนาการและการกลับมาทำกิจกรรมตามปกติ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยเทคนิคที่ทันสมัยและการดูแลตามแนวทาง ERAS มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว[3,4]

บทบาทพยาบาลในทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Ivor Lewis Esophagectomy ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team; MDT) ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาล โภชนากร กายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ[5] การศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis พบว่าโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยสูง (high-volume center) มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[5] ทั้งนี้เพราะมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ มีระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานและมีการทำงานเป็นทีมที่ดี

บทบาทสำคัญของพยาบาลในทีม MDT เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแล คือ nurse coordinator/liaison ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานข้อมูลระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ โภชนากร นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลในบทบาทนี้ต้องติดตามแผนการรักษาของแต่ละสาขาให้สอดคล้องกัน ไม่ให้เกิดความขัดแย้งหรือช่องว่างในการดูแล รวมทั้งสื่อสารข้อมูลสำคัญแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงบูรณาการ การมีพยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานงานอย่างชัดเจนช่วยลดความสับสนในการดูแล เพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น

นอกจากนี้ความเชื่อมโยงระหว่างการทำงานเป็นทีมกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (patient outcomes) ที่เป็นรูปธรรมเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ การศึกษาในโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงพบว่าการทำงานแบบ MDT ที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (length of stay) อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (readmission rate) และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ[5] พยาบาลที่มีบทบาทชัดเจนในทีมจะสามารถตรวจจับปัญหาได้ตั้งแต่ระยะแรก ลดความล่าช้าในการให้การรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาว

ด้านการประเมินคุณภาพการดูแล พยาบาลในหน่วยวิกฤตควรมีบทบาทในการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหาร เช่น อัตราการเกิด anastomotic leak อัตราภาวะแทรกซ้อนทางปอด ระยะเวลาเฉลี่ยในการถอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนใน ICU และอัตราการปฏิบัติตาม ERAS protocol ครบถ้วน การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเหล่านี้อย่างเป็นระบบช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถประเมินคุณภาพการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ตอบสนองต่อปัญหาจริงในบริบทของสถาบัน และยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างต่อเนื่อง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำหัตถการ Ivor Lewis Esophagectomy เป็นงานที่ต้องอาศัยทั้งความรู้เชิงลึก ทักษะการสังเกตที่เฉียบแหลม และการตัดสินใจเชิงคลินิกที่รวดเร็ว สิ่งที่พยาบาลควรจดจำไว้เป็นหลักคือ การรั่วของรอยต่อและภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็นภัยคุกคามหลักที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นตลอด 10 วันแรกหลังผ่าตัด และการนำแนวทาง ERAS มาประยุกต์ใช้อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[4,9] โดยเฉพาะการใช้โปรโตคอล mobilization ตามแนวทาง ERAS[9] เป็นกรอบในการวางแผนการดูแลรายวัน การประเมิน anastomotic leak อย่างเป็นระบบโดยเน้นลักษณะของเหลวจากสายระบายและสัญญาณชีพ การดูแลการเปลี่ยนผ่านโภชนาการจากทางสายสู่ทางปากตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างเคร่งครัด และการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายอย่างครบถ้วนเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

อย่างไรก็ตาม บทความนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการนำไปประยุกต์ใช้ ข้อมูลส่วนใหญ่อ้างอิงจากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีบริบทระบบสุขภาพ ทรัพยากร และความพร้อมของบุคลากรแตกต่างจากประเทศไทย ทั้งยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการพยาบาลหลัง Ivor Lewis Esophagectomy ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย โปรโตคอลที่นำเสนอมาจาก ERAS Society guidelines[9] ซึ่งอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับแนวปฏิบัติและทรัพยากรของแต่ละสถาบัน นอกจากนี้หลักฐานบางส่วนในเรื่องการจัดการ chylothorax และภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยยังมีระดับหลักฐานไม่สูงนัก

สำหรับการพัฒนาองค์ความรู้ในอนาคต สถาบันที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในประเทศไทยเกี่ยวกับอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและประสิทธิผลของ ERAS protocol ในโรงพยาบาลไทยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการยืนยันความเหมาะสมของแนวทางนี้ในบริบทท้องถิ่น[12] ควบคู่กับการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิกฤตผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ubels S, Verstegen MHP, Rosman C, Reynold JV. Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: risk factors and operative treatment. Ann Esophagus. 2021;4:8. https://dx.doi.org/10.21037/aoe-2020-18
2. Palleiko BA, Dickson KM, Crawford A, Shafique S, Emmerick I, Uy K, et al. Preoperative risk factors for anastomotic leak after esophagectomy with gastric reconstruction: a 6-year national surgical quality improvement NSQIP database analysis. Surgery. 2024;176(1):93-99. https://doi.org/10.1016/j.surg.2024.03.029
3. Byiringiro I, Aurit SJ, Nandipati KC. Long-term survival outcomes associated with robotic-assisted minimally invasive esophagectomy (RAMIE) for esophageal cancer. Surg Endosc. 2023;37(5):4018-4027. https://doi.org/10.1007/s00464-022-09588-x
4. Huang U, Xie Q, Wei X, Xiang J, Zhu Z, Chen H, et al. Enhanced recovery protocol versus conventional care in patient undergoing esophagectomy for cancer. Ann Surg oncol. 2024;31(9):5706-16. https://doi.org/10.1007/s00595-020-01956-1
5. Di J, Lu XS, Sun M, Zhao ZM, Zhang CD. Hospital volume-mortality association after esophagectomy for cancer: a systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2024;110(5):3021-3029. https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001185
6. Low DE, Kuppusamy MK, Alderson D, Cecconello I, Chang AC, Darling G, et al. Benchmarking complications associated with esophagectomy. Ann Surg. 2019;269(2):291-8. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002611
7. Pan S, Cheah L, Bushra R, Ribbits A, Grimes S, O'Neill JR. Impact of early enteral feed composition on the rate of chyle leak post-esophagectomy. Dis Esophagus. 2024;37(6):doae008. https://doi.org/10.1093/dote/doae008
8. Mariette C, Markar SR, Dabakuyo-Yonli TS, Meunier B, Pezet D, Collet D, et al. Hybrid minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer. N Engl J Med. 2019;380(2):152-62. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1805101
9. Low DE, Allum W, De Manzoni G, Ferri L, Immanuel A, Kuppusamy M, et al. Guidelines for perioperative care in esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. World J Surg. 2019;43(2):299-330. https://doi.org/10.1007/s00268-018-4786-4
10. Guo R, Shao L, Li B, Sun Y, Hu H, Zhang Y, et al. Safety of omitting nasogastric decompression after esophagectomy: a propensity score-matched study. J Thorac Dis. 2023;15(11):6000-6008. https://doi.org/10.21037/jtd-23-844

11. Sims CR 3rd, Abou Chaar MK, Kerfeld MH, Liptay MJ, Seder CW, Shrager JB, et al. Esophagectomy enhanced recovery after surgery initiative results in improved outcomes. Ann Thorac Surg. 2024;117(4):847-54. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur. 2023.10.032
12. Nun-Anan P, Vilaichone RK. Late state and grave prognosis of esophageal cancer in Thailand. Asian Pac J Cancer Prev.2015;16(5):1747 http://doi.org/10.7314/APJCP.2015. 16.5.1747

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ซีเอพีดี) ในจังหวัดมหาสารคาม

Development of an Empowerment Program for Caregivers of Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) In Mahasarakham Province

ภัทรศรี พิมทา[1] กชณากาญ ดวงมาตย์พล[1] บุญญาดา แสนมี[1] รุจลินทร์ มีเพียร[1] อังคณา เหล่าสะพาน[2]
Pattarasri Pimta[1] Kachanakan Duangmartpol[1] Bunyada Sanmee[1] Rudjarin Meepien[1]
Angkana Laosaphan[2]
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม[2]
Hemodialysis Department, Mahasarakham Hospital[1], Mahasarakham Provincial Public Health Office[2]

(Received: January 29, 2026; Revised: February 25, 2026; Accepted: May 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาลักษณะทั่วไป ภาระการดูแล และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ในจังหวัดมหาสารคาม (2) พัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และ (3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง ภาระการดูแล สุขภาพจิต และความพึงพอใจของผู้ดูแล โดยดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาโปรแกรม (R1–D1) และระยะที่ 2 การนำโปรแกรมไปใช้และประเมินผล (R2–D2)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย CAPD จำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยโปรแกรมดำเนินการต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติจริง การเสริมสร้างความมั่นใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล และการสนับสนุนต่อเนื่อง เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้ด้วยแบบสอบถามมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47.79 ปี และใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาระทางการเงิน และเวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการสื่อสารของผู้สอนและการนำไปใช้จริง

สรุปผลการศึกษา โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่พัฒนาจากความต้องการจริงของชุมชนและบูรณาการแนวคิดการเสริมพลังอำนาจร่วมกับความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล ลดภาระการดูแล และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิผล ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ : “โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ”, “ผู้ดูแลผู้ป่วย”, “การล้างไตทางช่องท้อง”, “ภาระการดูแล”

Abstract

This research and development study aimed to: (1) examine the characteristics, caregiving burden, and needs of caregivers of patients receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) in Mahasarakham Province; (2) develop a caregiver empowerment program appropriate to the community context; and (3) evaluate the effectiveness of the program on caregivers’ knowledge, caregiving skills, self-efficacy, caregiving burden, mental health, and satisfaction. The study employed a two-phase Research and Development (R&D) design consisting of Phase I: situation analysis and program development (R1–D1), and Phase II: program implementation and evaluation (R2–D2).

The participants were 80 primary caregivers of CAPD patients selected through purposive sampling. The six-week program included key activities: knowledge enhancement, practical skills training, confidence building, peer learning, and continuous support. Data were collected before and after the intervention using structured questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

The findings revealed that most caregivers were female, with a mean age of 47.79 years, and provided care for more than eight hours per day. After participation in the program, mean scores for knowledge, caregiving skills, and self-efficacy significantly increased ($p < .001$). In contrast, mean scores for stress, loneliness, financial burden, and reduced personal leisure time significantly decreased ($p < .05$). Overall satisfaction with the program was rated at the highest level, particularly regarding instructor communication and practical applicability.

Conclusion: The caregiver empowerment program for CAPD patients, developed from real community needs and integrating empowerment and self-efficacy concepts, effectively enhanced caregiver capacity, reduced caregiving burden, and promoted psychological well-being. The program should be integrated into primary healthcare services and expanded to other settings with similar contexts.

Keywords: “empowerment program”, “caregivers”, “continuous ambulatory peritoneal dialysis”, “caregiver burden”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pui_patara@hotmail.com)

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย สถิติล่าสุดจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย[1] พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 180,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 15,000–20,000 ราย สะท้อนปัญหาและภาระโรคไตเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ[2] โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)

ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบาย PD First Policy เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถดำเนินการรักษาที่บ้าน ลดความแออัดของหน่วยไตเทียม ลดค่าใช้จ่ายทางอ้อม และลดภาระการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลหลายครั้งต่อสัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล[3] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการรักษาด้วย CAPD มิได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลประจำวันอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือญาติใกล้ชิด ซึ่งต้องรับผิดชอบในการเตรียมอุปกรณ์ ดูแลความสะอาด เปลี่ยนน้ำยาล้างไต เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการผิดปกติ ติดตามโภชนาการ และประสานงานกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หากผู้ดูแลขาดความรู้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง (Peritonitis) การอุดตันของสายล้างไต หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[4,5]

ในพื้นที่ชนบท ผู้ดูแลมักเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งเวลา รายได้ การประกอบอาชีพ และโอกาสเข้าถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานสุขภาพ การศึกษาของ Seangpraw และ Ong-Artborirak (2020) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทภาคเหนือของไทยมากกว่าร้อยละ 70 ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และส่วนใหญ่มีความเครียดเรื้อรัง เหนื่อยล้าทางอารมณ์ และรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม[6] สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ ที่รายงานว่าผู้ดูแลระยะยาวมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟ (burnout) สูง โดยร้อยละ 62 มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง และร้อยละ 48 มีอาการนอนไม่หลับจากความกังวลด้านเศรษฐกิจและภาระครอบครัว[7] แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแล CAPD ก่อนกลับบ้าน แต่ส่วนใหญ่เน้นการถ่ายทอดข้อมูลเชิงทฤษฎีในระยะสั้น ขาดระบบการติดตามต่อเนื่องและการเสริมสร้างศักยภาพในระยะยาว ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายยังรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือไม่สามารถจัดการปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalpesh et al. (2025) และ Senthur และ Seshadri (2025) ที่พบว่า การฝึกอบรมผู้ดูแล CAPD อย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มความถูกต้องของการปฏิบัติ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเกิด peritonitis ได้อย่างมีนัยสำคัญ[8,9]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน นิยมใช้กรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์และการพัฒนาศักยภาพบุคคล เช่น self-management, social support, family-centered care, empowerment และ self-efficacy โดยเฉพาะแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่าง

กว้างขวางว่าสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน[10,11] ซึ่งแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson กล่าวว่า บุคคลจะเกิดพลังในการจัดการชีวิตเมื่อได้รับโอกาสเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับรู้คุณค่าในตนเอง และเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น การเสริมพลังจึงมิใช่เพียงการให้ข้อมูล แต่เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถภายในเพื่อให้บุคคลควบคุมสถานการณ์ของตนได้ดีขึ้น[12] ในขณะที่ทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura กล่าวว่า หากบุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งได้สำเร็จ จะมีแนวโน้มเริ่มต้นพฤติกรรม พยายามต่อเนื่อง และอดทนต่ออุปสรรคมากกว่า[13] จุดเด่นของการบูรณาการสองแนวคิดนี้ คือ การนำแนวคิดของ Gibson มาช่วยเสริมพลังภายในและอำนาจในการจัดการตนเอง และนำแนวคิดของ Bandura มาช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการลงมือปฏิบัติจริง และเมื่อนำมาใช้ร่วมกันจึงครอบคลุมทั้งมิติด้านจิตใจ พฤติกรรม และความยั่งยืนในบทบาทของผู้ดูแล งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวสามารถลดภาระผู้ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิต และเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ[11,14]

ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้ป่วย CAPD จำนวนมากอาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองและชนบท ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ขณะที่ทรัพยากรบริการสุขภาพเฉพาะทางมีจำกัด ผู้ดูแลบางรายต้องเดินทางไกล มีรายได้ไม่แน่นอน และมีภาระในการดูแลสมาชิกครอบครัวหลายคนพร้อมกัน จากการปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม พบว่า ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติขั้นตอนล้างไต ไม่แน่ใจเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และมีความเครียดสะสมจากภาระระยะยาว สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนช่องว่างสำคัญของระบบบริการที่ควรพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม แม้จะมีการอบรมเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้านอยู่แล้ว แต่รูปแบบเดิมมักเน้นการสอนข้อมูลและสาธิตขั้นตอนในช่วงเวลาสั้น ๆ ยังขาดกระบวนการติดตามต่อเนื่อง การสร้างแรงเสริมทางจิตใจ การฝึกแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนจากชุมชน อาจไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย CAPD ในระยะยาวและจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยเชิงพัฒนาในประเทศไทยที่บูรณาการแนวคิด Empowerment ของ Gibson ร่วมกับ Self-efficacy ของ Bandura เพื่อออกแบบโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ในระดับชุมชนจังหวัดมหาสารคามอย่างเป็นระบบ นี่จึงเป็นช่องว่างองค์ความรู้ที่สำคัญ[12,13]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และประเมินผลลัพธ์สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ในการดูแล (2) ทักษะการดูแล (3) ความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแล (4) ภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และ (5) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ซึ่งคาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ในจังหวัดมหาสารคามมีปัญหาและความต้องการอย่างไร
2. โปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นควรมีลักษณะอย่างไร
3. โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ ลดภาระและผลกระทบด้านสุขภาพจิต และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ดูแลได้หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องถาวร (CAPD)
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง ภาระการดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแล รวมทั้งความพึงพอใจต่อโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

กำหนดสมมติฐานการวิจัยในระยะทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม (R2–D2) ดังนี้

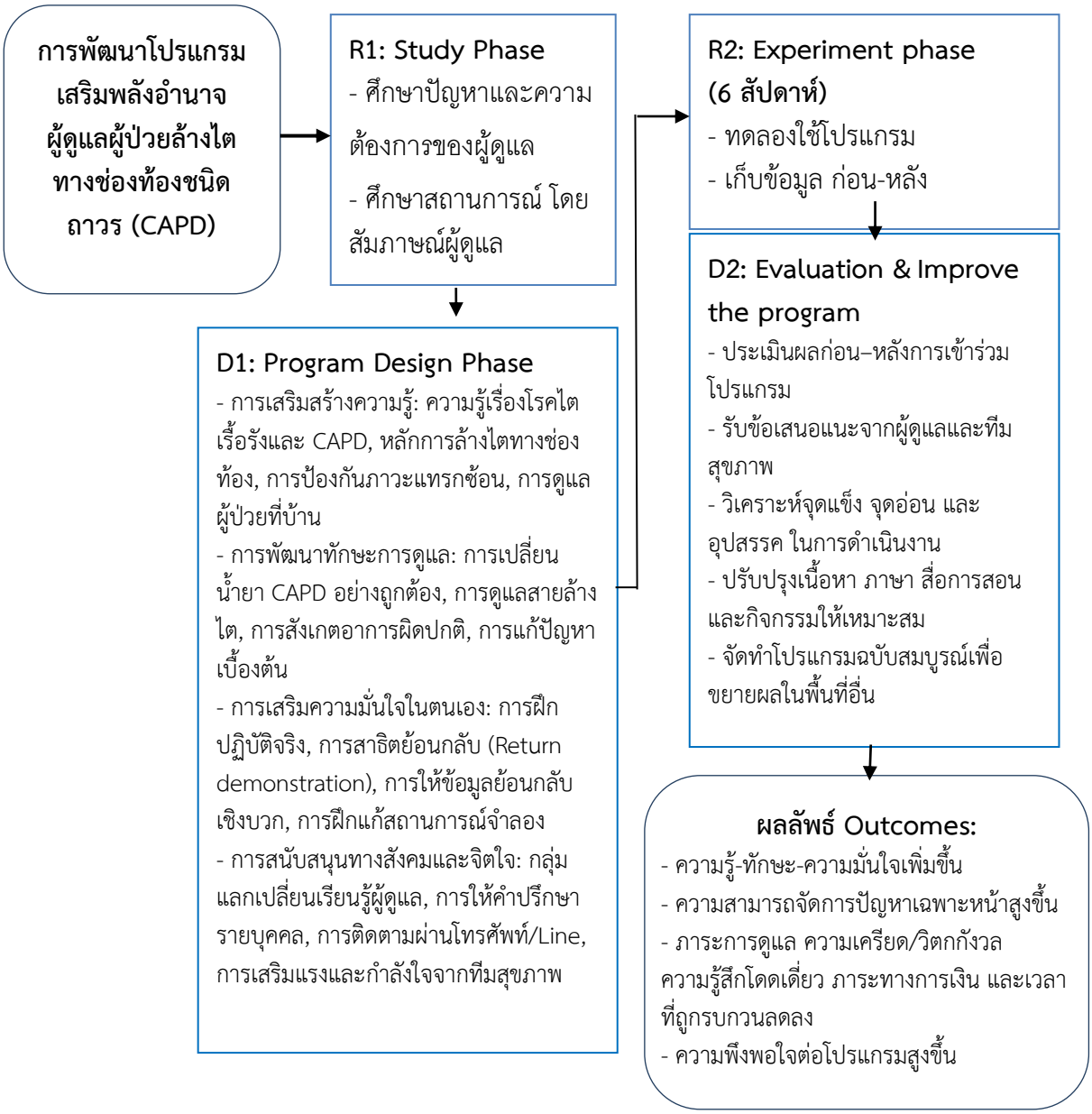
1. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล ความเครียด และผลกระทบด้านสุขภาพจิต ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือนอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วย CAPD ที่มีผู้ดูแลที่มีบทบาทชัดเจนจำนวน 89 ราย ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายทั้งหมดของการศึกษา
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา: ศึกษาลักษณะทั่วไป ภาระและบริบทของผู้ดูแล และประเมินผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะในการดูแล ความมั่นใจในตนเอง (self-efficacy) ภาระและสุขภาพจิต และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา: ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ตามแผนการวิจัยแบบ R&D
4. ขอบเขตด้านพื้นที่: พื้นที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย CAPD จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจโดยบูรณาการแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson และทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมั่นใจ ถูกต้อง และต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบระยะดำเนินการวิจัยและพัฒนา (R&D)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยดำเนินการเป็น 2 ระยะหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเบื้องต้น (R1–D1) และระยะที่ 2 การ

ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลโปรแกรม (R2–D2) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน ดังนี้

ระยะที่ 1

1.1 การวิจัยพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรม (R1)

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามลักษณะทั่วไป ภาระในการดูแล และประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 80 ราย

2) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ดำเนินการวิเคราะห์บริบท ข้อจำกัด และศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมให้ตรงกับสภาพจริงในชุมชน

1.2 การพัฒนาโปรแกรมเบื้องต้น (D1)

1) ออกแบบโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล CAPD โดยใช้ข้อมูลจาก R1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด Empowerment[12] และแนวคิด Self-Efficacy[13] เพื่อกำหนดโครงสร้างเนื้อหา ระยะเวลา และกิจกรรมในโปรแกรมฯ

2) ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบร่างโปรแกรมฯ เข้าสู่การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง ด้านการพยาบาล และด้านสุขภาพชุมชน

ระยะที่ 2

2.1 การทดลองใช้โปรแกรม (R2)

1) นำโปรแกรมฯไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินกิจกรรมเสริมพลังผู้ดูแล CAPD เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ดังตารางที่ 1) ในกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 80 คน โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริม 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในตนเอง ภาระผู้ดูแล/สุขภาพจิต และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

2) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยแบบวัด/แบบสอบถาม 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD 2) แบบประเมินทักษะ 3) แบบวัดความมั่นใจในตนเอง 4) แบบสอบถามภาระและสุขภาพจิต 5) แบบสอบถามลักษณะทั่วไป 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 โปรแกรมเสริมพลังอำนาจรายสัปดาห์

สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/เครื่องมือ
ที่ 1 -ปฐมนิเทศและประเมินตนเอง	-สร้างสัมพันธภาพ -ประเมินความต้องการ และเตรียมความพร้อม	-ความรู้เบื้องต้นโรคไตเรื้อรัง CAPD -บทบาทผู้ดูแล	-แนะนำโปรแกรมฯ -สนทนากลุ่ม -ประเมินปัญหา/ความต้องการ -ทำแบบทดสอบก่อนเข้าโปรแกรมฯ	-คู่มือโปรแกรมฯ -แบบสอบถาม -แบบทดสอบก่อนเรียน PowerPoint
ที่ 2 -เสริมสร้าง	-เพิ่มความรู้เรื่องการล้างไตทางช่องท้องและการป้องกัน	-หลักการ CAPD การติดเชื้อเยื่อบุ ช่องท้อง และ	-บรรยายสั้น -ถาม–ตอบ	-สไลด์ -โปสเตอร์

สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/เครื่องมือ
ความรู้ CAPD	ภาวะ แทรกซ้อน	สัญญาณอันตราย	-กรณีศึกษา -เกมทบทวนความรู้	-วิดีโอ -แผ่นพับ
ที่ 3 -พัฒนาทักษะการดูแล	-เพิ่มทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องและปลอดภัย	-การเปลี่ยนน้ำยาอย่างปลอดเชื้อ -การดูแลสาย Tenckhoff -การบันทึกข้อมูล	-สาธิต -ฝึกปฏิบัติจริง -Return demonstration พร้อม feedback	-ชุดอุปกรณ์ CAPD -หุ่นจำลอง -Checklist ประเมินทักษะ
ที่ 4 -เสริมความมั่นใจในตนเอง	-เพิ่ม self-efficacy และความสามารถแก้ปัญหา	-การจัดการปัญหาเฉพาะหน้า (น้ำยาไม่ไหล ปวดท้อง น้ำหนักขึ้นผิดปกติ)	-Role play ฝึกตัดสินใจ แบ่งกลุ่มแก้สถานการณ์ -ให้กำลังใจเชิงบวก	-Scenario cards -คู่มือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า -แบบประเมินความมั่นใจ
ที่ 5 -การจัดการภาระและสุขภาพจิต	-ลดความเครียด ภาระ และสร้างสมดุลชีวิตผู้ดูแล	-การจัดการเวลาความเครียด -การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน	-กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ -ฝึกผ่อนคลาย -วางแผนแบ่งบทบาทครอบครัว	-แบบประเมินภาระ caregiver burden -ใบงาน -relaxation music
ที่ 6 -สรุปผลและวางแผนต่อเนื่อง	-ทบทวนความรู้ ประเมินผลและวางแผนดูแลระยะยาว	-ทบทวนทุกหัวข้อ -แผนดูแลต่อเนื่อง -ช่องทางปรึกษา	-ทำแบบทดสอบหลังเรียน -ประเมินความพึงพอใจ -สรุปบทเรียน	-แบบทดสอบหลังเรียน -แบบประเมินความพึงพอใจ -คู่มือกลับบ้าน

2.2 การประเมินและปรับปรุงโปรแกรม (D2)

1) วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลัง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่า t แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (paired t-test) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในแต่ละด้าน

2) ปรับปรุงโปรแกรมตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเตรียมสำหรับการขยายผลและใช้ในบริบทอื่นที่ใกล้เคียง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก

ประชากร (Population) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ CAPD ทั้งสิ้น 89 ราย (ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2567) โดยในแต่ละรายมีผู้ดูแลหลักประจำครอบครัวที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลแบบใกล้ชิด

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่เข้าเกณฑ์การมีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria):

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย CAPD อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีบทบาทดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการฝึกสอน CAPD หรือภายหลังเริ่มทำ CAPD ที่บ้าน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์ ได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

1. ผู้เข้าร่วมจะถูกคัดออกหากมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน CAPD
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด หรือต้องการถอนตัวระหว่างการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) = 0.05 จากประชากรทั้งหมด 89 คน[15]

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{89}{1 + 89(0.05)^2} = \frac{89}{1 + 0.2225} \approx \frac{89}{1.2225} \approx 72.8$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 73 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการถอนตัวระหว่างการศึกษา (dropout) ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนี้

$$n = 73 + (0.10 \times 73) = 73 + 7.3 \approx 80.3$$

ดังนั้น ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ **รวมทั้งสิ้น 80 คน**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมฯ และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมฯ ใช้สำหรับจัดกิจกรรมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการจัดกิจกรรมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดของ Gibson (1995) และ Bandura (1977) ประกอบด้วยโครงสร้างกิจกรรม 6 สัปดาห์

ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่อง CAPD การจัดการอุปกรณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมแรงทางบวก และการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล

1.2 สื่อการสอนและแบบฝึกปฏิบัติ ได้แก่ แผ่นพับ แผ่นภาพ วิดีโอสาธิต แบบตรวจสอบรายการฝึกทักษะ (Checklist) บัตรคำถาม–คำตอบ และแบบจำลองสถานการณ์

1.3 เครื่องมือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Peer Support Tool) ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Group Dialogue Guide) เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนระหว่างผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้สำหรับประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ชั่วโมงดูแลต่อวัน และประวัติการอบรม

2.2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 0–20 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้สูง

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วย CAPD เป็นแบบ checklist พัฒนาโดยทีมวิจัย จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมทักษะที่สำคัญ เช่น การล้างมือ การเชื่อมต่อ/ถอดชุดน้ำยา CAPD การเก็บของเสีย และการประเมินภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น คะแนนรวม 0–15 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีทักษะดี

2.4 แบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย CAPD (Self-efficacy Scale) มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15–75 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความมั่นใจสูง

2.5 แบบประเมินภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแล มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมความเครียด ความโดดเดี่ยว ภาระทางการเงิน และเวลาพักผ่อนที่ลดลง คะแนนสูงแสดงว่ามีภาระสูง

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมด้านเนื้อหา กิจกรรม วิทยากร การนำไปใช้ และความพึงพอใจโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทุกฉบับ ได้แก่ คู่มือโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบประเมินทักษะการดูแล แบบวัดความมั่นใจในการดูแล แบบประเมินภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย (1) อายุรแพทย์โรคไต (2) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และ (3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยเครื่องมือทุกฉบับมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ระหว่าง 0.92–1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทำโดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาหลัก จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นในแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ตรวจสอบด้วย KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.82

2.2 แบบประเมินทักษะในการดูแล CAPD เป็นแบบประเมินเช็คลิสต์ ตรวจสอบด้วยการประเมินสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2.3 แบบวัดความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) ตรวจสอบด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2.4 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลและสุขภาพจิตใช้มาตรวัดระดับ Likert 5 ระดับ ตรวจสอบด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.86

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามที่มีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งได้จากการเก็บก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วยตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง ภาระการดูแลและสุขภาพจิต รวมทั้งความพึงพอใจต่อโปรแกรม ของผู้ดูแลใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และชั่วโมงในการดูแล วิเคราะห์ด้วยจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ (one-group pretest–posttest design) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง และภาระการดูแล/สุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Paired t-test ส่วนการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ภายหลังการเข้าร่วม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้ หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงการแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test แทน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากแบบประเมินปลายเปิดและข้อเสนอแนะ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมถึงการสังเกตภาคสนามของผู้วิจัย ขณะดำเนินกิจกรรมฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจในภาพรวม

2.2 รวบรวมข้อความหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความพึงพอใจ หรือข้อเสนอแนะ

2.3 จัดกลุ่มเนื้อหาตามหมวดหมู่ (Thematic grouping)

2.4 สรุปแนวโน้มหลักที่สะท้อนถึงมุมมองของผู้ดูแล เช่น ด้านที่ชื่นชอบ ความท้าทายที่พบ และคำแนะนำในการพัฒนาโปรแกรมฯ เพิ่มเติม

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจะถูกนำมาใช้ประกอบการอภิปรายผล และพิจารณาปรับปรุงโปรแกรมฯ ในระยะพัฒนา (D2)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์จากคณะกรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 67-01-176 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 และกลุ่มตัวอย่าง ตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้วผู้ศึกษาจึงจะทำการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD และ ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD

ผลการศึกษาระยะที่ 1: ศึกษาลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	15.00
หญิง	64	80.00
ไม่ต้องการระบุเพศ	4	5.00
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	22	27.50
41 - 50 ปี	16	20.00
51 – 60 ปี	24	30.00
มากกว่า 60 ปี	18	22.50
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด) 47.79 ± 14.71 (16 – 69)		
สถานะภาพ		
สมรส	56	70.00
โสด	15	18.75

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หม้าย	8	10.00
หย่า	1	1.25
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	21.25
มัธยมศึกษา/ ปวช.	46	57.50
อนุปริญญา/ ปวส.	1	1.25
ปริญญาตรี	9	11.25
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	7	8.75
อาชีพ		
ไม่มี	14	17.50
ทำนา	38	47.50
ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	22	27.50
ราชการ	3	3.75
พระภิกษุ	3	3.75
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
≤5,000บาท	14	17.50
5,001 – 10,000 บาท	27	33.75
10,001 – 20,000 บาท	28	35.00
> 20,000 บาท	11	13.75
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด) 17,619.38± 14,417.11 (4,800 -66,000)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	27	33.75
บุตร/ธิดา	48	66.00
พี่น้อง	2	2.50
ญาติใกล้ชิด	2	2.50
อื่น ๆ (ระบุ)	1	1.25
จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว (รวมทั้ง CAPD)		
1 คน	57	71.25
2 คน	22	27.50
มากกว่า 2 คน	1	1.25
ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย CAPD		
น้อยกว่า 3 เดือน	10	12.50
3–6 เดือน	26	32.50
6 เดือน – 1 ปี	12	15.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 1 ปี	32	40.00
จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
2 – 4 ชั่วโมง	2	2.50
5 – 8 ชั่วโมง	19	23.75
มากกว่า 8 ชั่วโมง	59	73.74
ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวหรือมีผู้ช่วยดูแลร่วมด้วย		
ดูแลเพียงคนเดียว	36	45.00
มีผู้ช่วยดูแล (ระบุ) _____	44	55.00
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD มาก่อนหรือไม่		
เคย	76	95.00
ไม่เคย	4	5.00
กระบวนการในการดูแลการล้างไตด้วยตนเอง (CAPD)		
ช่วยผู้ป่วยทุกขั้นตอน	45	56.25
ช่วยบางขั้นตอน (เช่น เตรียมอุปกรณ์)	28	35.00
สังเกตอาการ / ให้คำแนะนำ	7	8.75
ความถี่ในการพบแพทย์เฉพาะทางไต		
ทุก 1 เดือน	5	6.25
ทุก 2-3 เดือน	47	58.75
ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งมาก่อนนัด	28	35.00
การสนับสนุนจากหน่วยงานหรือชุมชนที่ได้รับ		
รพ.สต.	4	5.00
โรงพยาบาลชุมชน/อสม.	8	10.00
ไม่มีการสนับสนุน	1	1.25
มีการสนับสนุนตั้งแต่ 2 แหล่งขึ้นไป	67	83.75

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จำนวน 80 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47.79 ปี เป็นบุตรหรือคู่สมรสของผู้ป่วย มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลมากกว่า 1 ปี และใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สะท้อนภาระการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เกือบทั้งหมดเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ CAPD มาก่อน และส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพหรือชุมชนมากกว่า 1 แห่ง (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาระยะ R1 พบว่า ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในการดูแล และมีภาระด้านเวลา เศรษฐกิจ รวมถึงความเครียดจากการดูแลระยะยาว จึงมีความต้องการระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทครอบครัว

ผลการศึกษาระยะ D1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะ R1 มาพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยบูรณาการแนวคิด Empowerment และ Self-efficacy ครอบคลุมการเสริมความรู้ ฝึกทักษะ สร้างความมั่นใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาระยะ D2 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารของผู้สอนและการนำไปใช้ได้จริง พร้อมเสนอให้เพิ่มสื่อทบทวนที่บ้าน เช่น โปสเตอร์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา และสื่อวิดีโอภาษาท้องถิ่น เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมต่อไป

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนน ความรู้, ทักษะ, และ ความมั่นใจ ก่อน–หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 80)

ด้านที่ประเมิน	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เกี่ยวกับ CAPD (เต็ม 20)	13.46	1.74	18.51	.79	24.09	79	<.001*
ทักษะการดูแล (เต็ม 45)	37.39	3.00	44.16	.79	20.84	79	<.001*
ความมั่นใจ (Self-efficacy) (เต็ม 75)	39.59	5.47	62.75	1.64	35.19	79	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับ CAPD ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน โดยคะแนนความมั่นใจในตนเองมีการเปลี่ยนแปลงสูงที่สุด รองลงมาคือด้านความรู้ และทักษะการดูแล ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงระดับภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแลก่อน–หลังโปรแกรม (n = 80)

ด้านที่ประเมิน	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความเครียด/วิตกกังวล	6.71	1.15	5.56	.91	9.52	79	<.001*
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	4.37	1.00	3.64	.72	6.13	79	<.001*
ภาระทางการเงินจากการดูแล	3.33	1.33	3.16	1.41	3.14	79	<.004*
เวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง	3.27	1.48	2.86	.94	3.76	79	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านภาระและสุขภาพจิตลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความเครียด/วิตกกังวลลดลงจาก 6.71 ± 1.15 เป็น 5.56 ± 0.91 (t = 9.52, df = 79, p < .001) คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลงจาก 4.37 ± 1.00 เป็น 3.64 ± 0.72 (t = 6.13, df = 79, p < .001) คะแนนเฉลี่ยด้านภาระทางการเงินจากการดูแลลดลงจาก 3.33 ± 1.33 เป็น 3.16 ± 1.41 (t = 3.14, df = 79, p = .004) และคะแนนเฉลี่ยด้านเวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง ซึ่งลดลงจาก 3.27 ± 1.48 เป็น 2.86 ± 0.94 (t = 3.76, df = 79, p < .001)

ผลการศึกษาสะท้อนว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถช่วยลดภาระการดูแลและผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะด้านความเครียด/วิตกกังวล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุด รองลงมาคือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว เวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง และภาระทางการเงินจากการดูแล ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมของผู้ดูแล (n = 80)

หมวดการประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับพึงพอใจ
เนื้อหาของโปรแกรม	4.24	0.53	พึงพอใจมากที่สุด
การฝึกปฏิบัติ / กิจกรรม	4.14	1.18	พึงพอใจมาก
การสื่อสารและทักษะของผู้สอน	4.60	0.81	พึงพอใจมากที่สุด
ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้จริงได้	4.46	0.96	พึงพอใจมากที่สุด
โดยรวม (ความพึงพอใจต่อโปรแกรมทั้งหมด)	4.35	0.19	พึงพอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.35, SD = 0.19) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสื่อสารและทักษะของผู้สอน (Mean = 4.60, SD = 0.81) รองลงมาคือ ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้จริงได้ (Mean = 4.46, SD = 0.96) และเนื้อหาของโปรแกรม (Mean = 4.24, SD = 0.53) ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดทุกด้าน ขณะที่ด้านการฝึกปฏิบัติ/กิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (SD = 1.18) อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมได้เสนอแนะให้พัฒนาโปรแกรมฯ เพิ่มเติม โดยจัดทำโปสเตอร์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา CAPD สำหรับใช้ทบทวนที่บ้าน เพิ่มวิดีโอสอนเป็นภาษาอีสาน และจัดทำสื่อความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วย CAPD ทั้งนี้ จุดเด่นสำคัญของโปรแกรมฯ ที่ผู้ดูแลสะท้อนตรงกัน คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุย วางแผน และมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ซึ่งช่วยเสริมพลังใจและลดภาระของผู้ดูแลหลักได้อย่างชัดเจน

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) พัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยทำงาน และเป็นบุตรหรือคู่สมรสของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปี และใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสะท้อนภาระการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน

ของผู้ดูแลหลัก แม้ว่าส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับ CAPD มาก่อน แต่ยังคงมีความต้องการด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และแรงสนับสนุนเพิ่มเติม

โปรแกรมฯ พัฒนาขึ้นจากกระบวนการ R&D ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การพัฒนาทักษะการดูแล การเสริมความมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ โดยดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่คะแนนความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาระทางการเงิน และผลกระทบต่อเวลาพักผ่อนส่วนตัวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาจากบริบทจริงของชุมชนสามารถเพิ่มศักยภาพ ลดภาระ และส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีศักยภาพในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง และลดภาระรวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการพัฒนาผู้ดูแลโดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทจริงของชุมชนมีประสิทธิผลอย่างชัดเจน

ในระยะ R1 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีภาระด้านเวลา เศรษฐกิจ และเกิดความเครียดจากบทบาทการดูแลต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpraw และ Ong-Artborirak (2020) พบว่าผู้ดูแลในชุมชนชนบทไทยมีภาระการดูแลสูงและต้องการระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[6] รวมทั้งสอดคล้องกับ Roth et al. (2020) ที่ระบุว่าผู้ดูแลในครอบครัวมักได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจจากการดูแลระยะยาว[16] โดยข้อมูลจากระยะ R1 ถูกนำไปใช้ในระยะ D1 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาเป็นส่วนหนึ่งเพื่อพัฒนาโปรแกรมฯ โดยได้ผสมผสานแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) และทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura (1977) เนื่องจากแนวคิดของ Gibson ช่วยส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมตัดสินใจ และการค้นพบศักยภาพภายในของตน ขณะที่แนวคิดของ Bandura ช่วยสร้างความมั่นใจผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากต้นแบบ และการเสริมแรงทางบวก[12,13] การบูรณาการทั้งสองแนวคิดจึงทำให้โปรแกรมครอบคลุมทั้งด้านจิตใจและความสามารถในการปฏิบัติจริง และโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง CAPD การฝึกทักษะปฏิบัติจริง การจำลองสถานการณ์ปัญหา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามต่อเนื่องผ่าน Line หรือโทรศัพท์ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการอบรมเดิมที่มักเน้นการสอนเพียงครั้งเดียวก่อนกลับบ้าน และไม่ครอบคลุมมิติด้านจิตสังคมของผู้ดูแล

ผลการทดลองใช้ในระยะ R2 พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาระทางการเงินและเวลาพักผ่อนที่ลดลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวอธิบายได้ว่า การได้รับความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริง ช่วยให้

ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) และมี self-efficacy สูงขึ้น เมื่อมีความมั่นใจมากขึ้นจึงสามารถจัดการปัญหาในการดูแลได้ดีขึ้นและลดความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2021) และ Martins et al. (2023) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่ม self-efficacy และลด caregiver burden ได้อย่างมีนัยสำคัญ[11,14] โดยกิจกรรมที่คาดว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมครั้งนี้ ได้แก่ การสาธิตย้อนกลับ (return demonstration) การให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกเฉพาะราย การมีเครือข่ายเพื่อนผู้ดูแล และการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมพูดคุยและวางแผนการดูแลร่วมกัน ซึ่งเป็นจุดเด่นที่ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่าช่วยลดความตึงเครียดและเพิ่มความร่วมมือในครอบครัว

นวัตกรรมสำคัญที่เกิดจากการศึกษานี้ คือ CAPD Caregiver Empowerment Program Model ซึ่งเป็นต้นแบบโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่พัฒนาจากปัญหาและความต้องการจริงของผู้ดูแลในชุมชน โดยมีจุดเด่น 3 ประการ ได้แก่ (1) เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงของผู้ดูแล (2) บูรณาการแนวคิด Empowerment และ Self-efficacy และ (3) มีระบบติดตามต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีสื่อสาร และได้องค์ความรู้ใหม่จากงานวิจัยนี้ คือ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จะเกิดผลดีที่สุดเมื่อดำเนินการแบบองค์รวม ครอบคลุม ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไม่ใช่อาศัยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้[4]

โดยสรุป โปรแกรมฯ ที่มีฐานมาจากข้อมูลจริงของชุมชนและออกแบบอย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่มขีดความสามารถ ลดภาระและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการขยายผลสู่บริบทอื่นเพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จังหวัดมหาสารคามเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน อีกทั้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงอาจส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของประชากร นอกจากนี้ การประเมินผลเป็นระยะสั้นภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ จึงควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลไปประยุกต์ใช้ในระบบเยี่ยมบ้านหรือคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ในชุมชนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ควรจัดกิจกรรมอบรมเป็นระยะ พร้อมการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล องค์ประกอบของโปรแกรมฯ ควรถูกปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย ควรมีการศึกษาต่อยอดโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในบริบทอื่น เช่น พื้นที่เมืองหรือกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและความเหมาะสมของโปรแกรมในประชากรหลากหลายกลุ่ม นอกจากนี้ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมผู้ดูแลและผลลัพธ์

ทางคลินิกของผู้ป่วย รวมทั้งควรพัฒนาเครื่องมือวัดผลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลกระทบเชิงลึกของโปรแกรมฯ ต่อชีวิตผู้ดูแลและระบบสุขภาพชุมชน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมฯ โดยเพิ่มสื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น โปสเตอร์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา CAPD วิดีโอสอนภาษาอีสาน และสื่อความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและทบทวนได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งคงจุดเด่นของโปรแกรมคือการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุย วางแผน และมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ซึ่งจะช่วยลดภาระผู้ดูแลหลักและส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
2. National Institute of Nephrology. Thailand end-stage renal disease annual report 2023. Bangkok (Thailand): Author; 2023.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานระบบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2567. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง; 2567.
4. Brown EA, Blake PG, Boudville N, Davies SJ. Supporting caregivers in home dialysis: Current evidence and future directions. Kidney Int Rep. 2022; 7(4): 845-52. doi:10.1016/j.ekir.2022.01.015.
5. Chow KM, Szeto CC, Li PKT. Home-based dialysis and caregiver roles in chronic kidney disease management. Clin Kidney J. 2023; 16(2): 201-9. doi:10.1093/ckj/sfac223.
6. Seangpraw K, Ong-Artborirak P. Burden and well-being among caregivers of chronically ill older adults in rural Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(18): 6895. doi:10.3390/ijerph17186895.
7. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ญนัท วอลเตอร์. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563; 7(2): 26-38.
8. Kalpesh P, Sharma R, Verma S. Structured caregiver training program and reduction of peritonitis among CAPD patients: A quasi-experimental study. J Ren Care. 2025; 51(1): 22-30.
9. Senthur R, Seshadri G. Effectiveness of caregiver empowerment model on home-based CAPD outcomes in India. Nephrol Nurs J. 2025; 52(1): 14-21.
10. Liu H, Wang X, Chen Y. Self-efficacy intervention for family caregivers of patients with dementia: A randomized controlled trial. Aging Ment Health. 2022; 26(8): 1550-8. doi:10.1080/13607863.2021.1908992.

11. Tsai PC, Chen YH, Lin HS. Effects of an empowerment intervention on burden and quality of life among stroke caregivers. J Clin Nurs. 2021; 30(9-10): 1344-53. doi:10.1111/jocn.15654.
12. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995; 21(6): 1201-10. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
13. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2): 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.
14. Martins A, Silva R, Costa P. Coaching-based caregiver support program in chronic kidney disease: Effects on confidence and burden. BMC Nephrol. 2023; 24: 211. doi:10.1186/s12882-023-03211-4.
15. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
16. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. Annu Rev Public Health. 2020; 41: 635-52. doi:10.1146/annurev-publhealth-040119-094330.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช
Development of a Clinical Assessment Model for Aspiration Prevention in Psychiatric Patients

ภาณุรัตน์ ศรีมุงคุล, นุจรินทร์ บัวละคร, ภาวิณี สถาพรธีระ, กาญจนกนก สุรินทรชมภู
Panurat Srimungkhul, Nujarin Bualakorn, Pawinee Staporntеera, Karnkanok Surinchompu
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
Khon kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen Province

(Received: June 4, 2025; Revised: April 29, 2026; Accepted: June 24, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัย R2R (Routine to Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคปอดอักเสบจากการสำลักและวิเคราะห์ปัญหาบริบท และพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 138 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสำลัก มีปัญหาตั้งแต่หลับตื้นขึ้นไป การรับรู้ดี สื่อสารได้ จำนวน 124 คน กลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมิน GCS (3) แบบประเมิน RASS (4) แบบประเมิน CIWA-Ar (5) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน และ (6) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย การทดสอบภาวะกลืนลำบาก และการทดสอบปัญหาการกลืนน้ำ 2) ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากการสำลัก และ 3) อัตราความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.41, S.D. = 0.60)

คำสำคัญ: “โรคปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช”, “การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการสำลัก”

Abstract

This study was a Routine to Research (R2R) project aimed to explore the situation of aspiration pneumonia, analyze contextual problems, and develop a clinical assessment model for aspiration prevention among psychiatric patients in a tertiary care hospital in Northeastern Thailand. A purposive sample of 138 participants was recruited between June 2023 and June 2024. The participants were divided into two groups: (1) 124 psychiatric

patients who were at risk of aspiration, had at least light sleep, were alert, and able to communicate; and (2) 14 registered nurses working in psychiatric wards. The research instruments included: (1) a personal information questionnaire, (2) the Glasgow Coma Scale (GCS), (3) the Richmond Agitation–Sedation Scale (RASS), (4) the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar), (5) a pre-swallowing readiness assessment form, and (6) a nurse satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis from in-depth interviews.

The findings revealed that: 1) a clinical assessment model for aspiration prevention among psychiatric patients was developed, consisting of daily physical assessment, dysphagia screening, and water swallowing tests; 2) the incidence of aspiration pneumonia among psychiatric patients decreased; and 3) the nurses' satisfaction level with the model was high (Mean = 3.41, S.D. = 0.60).

Keywords: "Aspiration pneumonia in psychiatric patients", "Clinical assessment of aspiration risk in psychiatric patients"

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail: Panurat035@gmail.com)

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นปัญหาเรื้อรังและรุนแรง พบมากที่สุดคือ ติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย หรือเชื้อรา สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคปอดอักเสบในชุมชน (Community Acquired Pneumonia: CAP) และโรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia: HAP) [1] องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ระยะฟักตัวอาจสั้นเพียง 1–3 วัน หรือนาน 1–4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรคระยะติดต่อสามารถแพร่เชื้อได้จนกว่าเสมหะในปากและจมูก เช่น อาการไอ หายใจถี่ มีไข้ เหงื่อออก หนาวสั่น อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้อาเจียนหรือท้องเสีย และสับสน[2] โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่สูญเสียการความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง มีความยากลำบากในการจัดการกับอาการของตนเอง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบากสูงถึงร้อยละ 91.7 มีผลกระทบโดยตรง คือ ทำให้ต้องเพิ่มวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตแย่ลง มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบที่สูงกว่ากลุ่มทั่วไปร้อยละ 6.7 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10-15 จากจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบทั้งหมดที่มีสาเหตุสำลัก[3]

ในประเทศไทยมีการสำรวจรายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 234,196 ราย อัตราป่วย 354.14 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 284 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.12 พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยพบบ่อยช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ในปี พ.ศ. 2560–2564 พบการรายงานผู้ป่วยสูงขึ้นในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม และช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน มีการรายงานผู้ป่วยสูงที่สุดในเดือนกันยายน จำนวน 27,959 ราย รองลงมาคือ เดือนตุลาคม จำนวน 25,112 ราย และเดือน

สิงหาคม จำนวน 22,022 ราย ซึ่งในสามเดือนนี้มีรายงานผู้ป่วยสูงกว่าปกติ[4] ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เห็นความสำคัญของการเกิดปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต จากสถิติระบาดวิทยามีการกระจายของโรคตามพื้นที่พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 438.94 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคเหนือ (406.05) ภาคใต้ (370.12) และภาคกลาง (239.27) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อุบลราชธานี 1,189.68 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ สระบุรี (1,110.45) ยโสธร (775.78) ปราจีนบุรี (769.51) และพะเยา (676.72) ตามลำดับ[3] นอกจากความเสี่ยงต่อการคุกคามชีวิต ปัญหานี้ส่งผลทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.09 วัน รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาตามไปด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 8,724.05 บาทต่อคน[5]

ข้อมูลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2565 ถึงปี 2567 พบผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาปอดอักเสบ จำนวน 31 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Aspiration Pneumonia คือ โรคปอดอักเสบจากการสำลักที่เกิดจากการหายใจเอาแบคทีเรียจากอาหาร น้ำ หรือน้ำลายเข้าไปในปอด ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร จำนวน 7 ราย หลังจากการส่งตัวรักษาอาการทางกายแทรกซ้อนมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ไม่พบการเสียชีวิตแต่เพิ่มจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเฉลี่ย 7 วัน[6] อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยที่สำลักน้ำหรืออาหารระหว่างการรับประทานอาหารที่ผ่านมา ได้มีการรวบรวมสถิติย้อนหลัง 1 ปี พบว่า เฉลี่ย 27 รายต่อเดือน เดือนที่พบมากที่สุดคือ ช่วงเดือนธันวาคม จำนวน 36 ราย รองลงมาคือ เดือนมกราคม จำนวน 33 ราย และน้อยที่สุดคือ เดือนมิถุนายน จำนวน 18 ราย[7] ปัญหานี้จึงเป็นความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) ของงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ถือเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ จากการรวบรวมสภาพปัญหาดังกล่าว พบว่าในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการสำลักที่เป็นรูปธรรม ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้จะเป็นโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลทางจิตใจ แต่การวิเคราะห์ปัญหาทางกายที่เกิดขึ้นก็จำเป็นต้องแก้ไขเร่งด่วน ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้ออกแบบการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้การประเมินการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการสำลักน้ำ อาหาร น้ำลาย มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่การลดภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ตลอดจนเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้อย่างเป็นระบบ

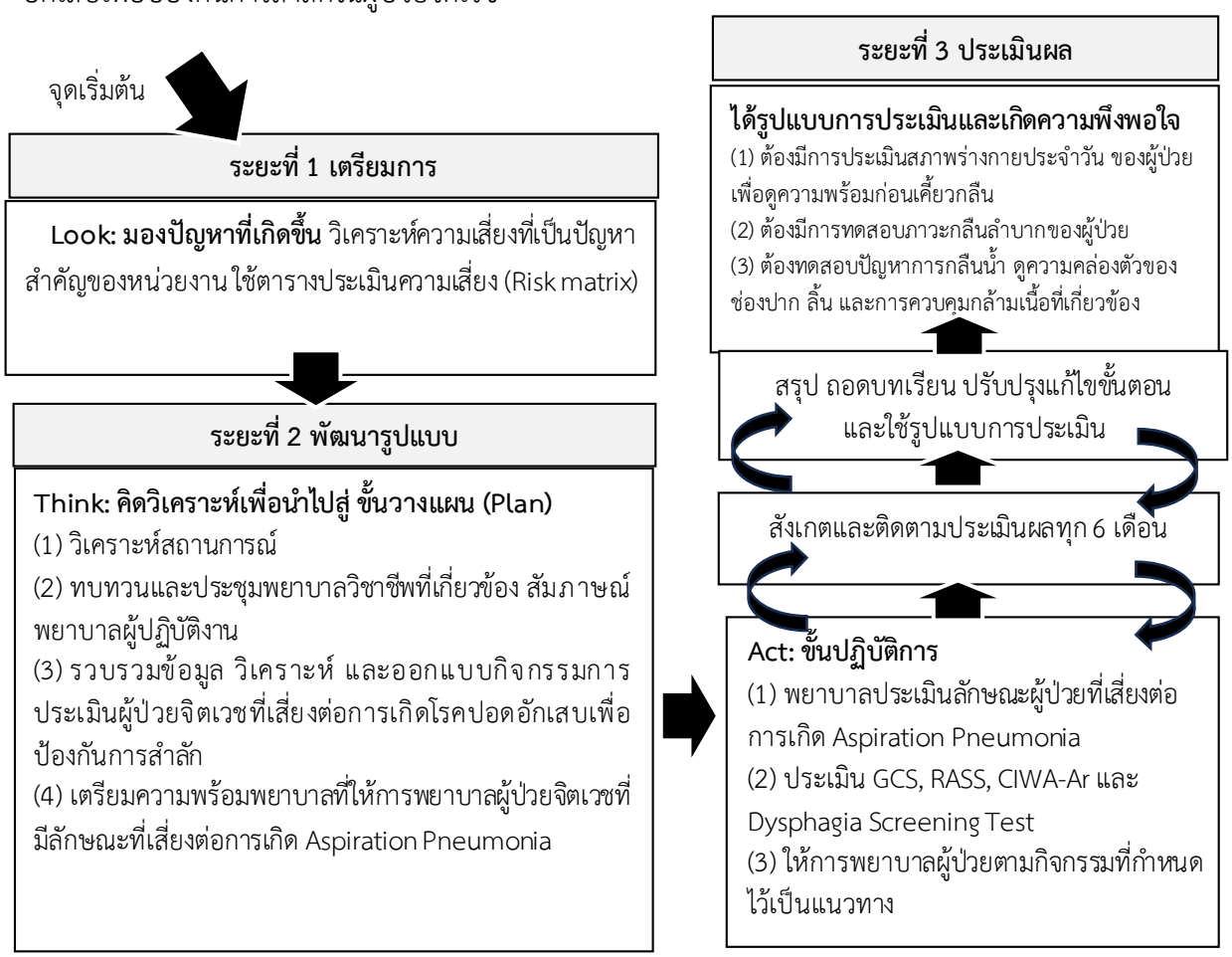
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคปอดอักเสบจากการสำลักและวิเคราะห์ปัญหาบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Stringer (2004)[8] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานประจำ (Routine) โดยมุ่งเน้นการลงมือศึกษา ค้นคว้า และ

พัฒนางานประจำอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช



ภาพที่ 1 แสดงการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Stringer (2004)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ที่ทำการวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ หอผู้ป่วยใน บริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 138 คน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสำลัก เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิแห่งหนึ่งฯ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 124 คน เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาตั้งแต่หลับตื้น (Light sedation) ขึ้นไป การรับรู้ดี สามารถสื่อสารได้ บอกความต้องการได้ และมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบรุนแรงขณะเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการทางกายวิกฤติรุนแรง ต้องส่งตัวรักษาโรงพยาบาลทางกาย

2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 10 คน โดยผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดยินดีสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ข้อมูลด้านยารักษาด้วยยาจิตเวช ประวัติการเกิดผลข้างเคียงของยา (Extrapyramidal Symptoms: EPS) โรคประจำตัว ระดับของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ (2) แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว[9] (3) แบบประเมิน The Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) [10,11,12,13] (4) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) ของชอร์ว และคณะ[13] และ (5) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) ถ้าผู้ป่วยได้คะแนน 1-3 แปลผลว่า ไม่ผ่านการทดสอบ[14]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้านพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi structured interview) ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีบทบาทอย่างไร, คุณมีวิธีประเมินผู้ป่วยอย่างไรถึงทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชรายนี้เสี่ยงต่อการสูดสำลัก, ในขั้นตอนของการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีเทคนิคอย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน เป็นต้น และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลัก จำนวน 6 ข้อ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความถูกต้องความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 2 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและข้อคำถาม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 10 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยใช้หลักเคารพในบุคคล (Respect for Persons) คำนึงถึงคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ตลอดจนกระบวนการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการได้รับการยินยอมด้วยวาจาจากผู้ป่วยและคำนึงถึงหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานและผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบด้วยคำพูดที่สุภาพ ไม่แสดงถึงการบีบบังคับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่นๆ ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการจัดการความเสี่ยงโดยถ้ากลุ่มตัวอย่าง แทรกซ้อนทางกาย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจะประเมินอาการ ให้การพยาบาล และรายงานแพทย์ ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะราย และไม่มีการระบุชื่อที่อยู่หรือแหล่งที่มาของข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง (Risk matrix) โดยผู้วิจัยศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ร่วมกับคณะผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ละเอียด ครอบคลุม

2. ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย ทบทวนและเริ่มประชุมพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีบทบาทอย่างไร, คุณมีวิธีประเมินผู้ป่วยอย่างไรถึงทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชรายนี้เสี่ยงต่อการสำลัก, ในขั้นตอนของการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักคุณมีเทคนิคอย่างไรให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน เป็นต้น

3. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และออกแบบกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักและดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายประจำวัน (Assessment of daily condition) การทดสอบภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia test) และการทดสอบกลืนน้ำ (Water swallow test)

4. ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย เตรียมความพร้อมพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia เช่น เป็นผู้ป่วยตั้งแต่หลับตื้น (Light sedation) ขึ้นไป หรือแบบประเมิน RASS ≥ -1, เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดผลข้างเคียงจากยา น้ำลายมาก มีอาการเกร็ง ในตำแหน่ง ได้แก่ คอ ศีรษะ ขากรรไกร ปาก, เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อสับสน เช่น กลุ่ม Acute confusion, Delirium หรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์, เป็นผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีภาวะพึ่งพิง, เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ที่สูญเสียรีเฟล็กซ์การไอและการกลืน หลังจากนั้นได้รับการยืนยันความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย เนื้อหาการใช้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นดำเนินการ

โดยเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า
2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วย แล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
3. ประเมินลักษณะผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia
4. ประเมิน GCS, RASS, CIWA-Ar และ Dysphagia Screening Test
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกิจกรรมที่กำหนดไว้เป็นแนวทาง โดยพยาบาลมีขั้นตอนดังนี้

5.1 พยาบาลเริ่มต้นประเมินสภาพร่างกายประจำวัน (Assessment of daily condition) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีระดับของความรู้สึกตัวดีหรือไม่ สอบถามวัน/เวลา/สถานที่ ผู้ป่วยตอบได้ มีความสามารถในการทำตามคำสั่งหรือสื่อสารได้ และมีการเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งเพื่อประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว คอตั้งตรง นั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที

5.2 การทดสอบภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia test) พยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้ตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้น-ลง ซ้าย ขวา เลียริมฝีปาก กลืนน้ำลายได้ ไอตามคำบอกได้

5.3 การทดสอบกลืนน้ำ (Water swallow test) พยาบาลทดสอบการกลืนน้ำปริมาณ 3-5 ซีซี โดยวางช้อนบนลิ้นของผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ ถ้าผ่านให้ทดสอบอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องหยุดประเมินทันที และสังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน หรือผู้ป่วยอมน้ำอมข้าวไว้ ไม่ยอมกลืน หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ต้องหยุดป้อนทันที สังเกตอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 24 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก ซึมลง หรือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) ≤ 95 เป็นสัญญานของความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ พยาบาลต้องประเมินอาการเพื่อรายงานแพทย์ทันที เมื่อพบผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวกลืน ต้องประสานนักโภชนากรร่วมประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนอาหารตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงและปรับเตียงให้ศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้ามใดๆ และหลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้ป่วยขณะป้อนน้ำหรืออาหาร (โดยเฉลี่ยผู้ป่วยใช้เวลาในการรับประทานอาหารเท่ากับหรือมากกว่า 28 นาทีต่อคน)

6. ประเมินความเห็นของพยาบาลและปรับปรุงแก้ไขขั้นตอน 2 วงรอบ ตามกระบวนการ Look, Think และ Act

ขั้นสรุปผลและประเมินผลการวิจัย

ขั้นการมอง (Look) ใช้กระบวนการเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์มองปัญหาที่เกิดขึ้น จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ขั้นการคิดวิเคราะห์ (Think) พิจารณาเพื่อนำไปสู่วางแผนในการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยจิตเวช คิดวิเคราะห์ประเด็น แยกแยะสาระสำคัญ และกลับไปวางแผนซ้ำ

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) สังเกตและติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน นำผลลัพธ์ที่ได้มาสรุป ถอดบทเรียน ปรับปรุงรูปแบบการประเมินและแสดงผลการศึกษาวิจัย วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสำลัก (n= 124)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
18 - 35 ปี	35	28.23
36 - 59 ปี	64	51.61
60 ปี ขึ้นไป	25	20.16
สถานภาพ		
สมรสคู่	54	43.55
หย่าร้าง	62	50.00
หม้าย	8	6.45

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	34.68
มัธยมศึกษา	38	30.65
อนุปริญญา	16	12.90
ปริญญาตรี	24	19.35
ปริญญาโท	3	2.42
การวินิจฉัยโรค		
F20	24	19.35
F10	30	24.19
F15	18	14.52
F19	42	33.87
F31.2	6	4.84
F12	4	3.23
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต		
1 - 5 ปี	37	29.84
6 - 10 ปี	55	44.35
11 - 15 ปี	21	16.94
16 – 20 ปี	9	7.26
มากกว่า 21 ปี	2	1.61
ข้อมูลด้านยาการรักษาด้วยยาจิตเวช		
-รับยาต่อเนื่องไม่ขาดยา	21	16.94
-รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือรับประทานเป็นบางวันหรือบางชนิด	17	13.71
-ขาดยาจิตเวชและเริ่มรับประทานยาใหม่ในช่วง 14 วันแรก	86	69.35
ประวัติการเกิดผลข้างเคียงของยา		
-เกิด EPS ระหว่างรักษาครั้งนี้	7	5.64
-ไม่พบ EPS	117	94.35
โรคประจำตัว		
-ไม่มีโรคประจำตัว	68	54.84
-มีโรคประจำตัว	56	45.16
ระดับของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์		
-ไม่ได้ประเมิน CIWA-Ar	84	67.74
-ประเมิน CIWA-Ar:	40	32.26
ระดับของการประเมิน		
-ระดับ mild	1	2.500
-ระดับ moderate	6	15.00
-ระดับ severe	15	37.50
-ระดับ extremely severe	18	45.00

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 36-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.61 รองลงมาคือ 18-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.23 น้อยที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.16 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี (ช่วงอายุ 18 - 78 ปี) *ด้านสถานภาพ* มากที่สุด คือ หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ สมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 43.55 และน้อยที่สุดคือ หม้าย ร้อยละ 6.45 และ*ด้านระดับการศึกษา* พบมากที่สุดคือ ประถมศึกษาร้อยละ 34.68 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาร้อยละ 30.65 และน้อยที่สุดคือ ระดับปริญญาโทร้อยละ 2.42

ด้านการวินิจฉัยโรค พบมากที่สุดคือ กลุ่ม F19 มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (หลายขนาน) คิดเป็นร้อยละ 33.87 รองลงมาคือ กลุ่ม F10 มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คิดเป็นร้อยละ 24.19 และน้อยที่สุดคือ กลุ่ม F12 มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (กัญชา) คิดเป็นร้อยละ 3.23 และ*ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต* พบมากที่สุดคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.35 รองลงมาคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.84 และน้อยที่สุดคือ มากกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.61

ด้านข้อมูลการรักษาด้วยยา พบการขาดการรักษาด้วยยาจิตเวชก่อนนอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.35 รองลงมาคือ ไม่ขาดการรักษาด้วยยาจิตเวชร้อยละ 16.94 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือเลือกรับประทานยาจิตเวชบางชนิดร้อยละ 13.71 *ด้านประวัติการเกิดผลข้างเคียงของยา หรือเกิด Extrapyramidal Symptoms (EPS)* พบว่าไม่เกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 94.35 และพบเกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 5.64 *ด้านโรคประจำตัว* พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.00 รองลงมาคือ โรคตับอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 17.86 และน้อยที่สุดคือ โรครูมาตอยด์ โรคไตวายเรื้อรังและโรคหัวใจขาดเลือด มีเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 1.78 และ*ด้านระดับของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์* พบว่า ไม่ได้ประเมิน CIWA-Ar คิดเป็นร้อยละ 67.74 และประเมินด้วย CIWA-Ar ร้อยละ 32.26 (ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับ extremely severe มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ ระดับ severe ร้อยละ 37.50 และน้อยที่สุดคือ ระดับ mild ร้อยละ 2.50)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน (n= 14)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	2	14.29
หญิง	12	85.71
อายุ 23-34	3	21.43
อายุ 35-60	11	78.57
-ประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 5 ปี	1	7.14
-ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี	13	92.86

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.71 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.29 มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.86 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.57 และอายุระหว่าง 23 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.73

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสูดสำลัก (n= 124)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อุบัติการณ์ผู้ป่วยสำลัก		
ก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	เฉลี่ย 27 ราย	21.77
หลังทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	8 ราย	6.45
-6 เดือนแรก	8 ราย	พบอุบุติการณ์
-6 เดือนหลัง	0 ราย	ไม่พบอุบัติการณ์
อุบัติการณ์ผู้ป่วยส่งต่อรักษาทางกาย		
ก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	7 ราย	23.33
หลังทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ	1 ราย	3.33
-6 เดือนแรก	1 ราย	พบอุบัติการณ์
-6 เดือนหลัง	0 ราย	ไม่พบอุบัติการณ์

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลัก จำนวน 124 ราย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยสำลักก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลัก ร้อยละ 21.77 หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ การประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย การทดสอบภาวะกลืนลำบาก การทดสอบปัญหาการกลืนน้ำ สถิติในช่วง 6 เดือนแรก พบอุบัติการณ์ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 และ 6 เดือนหลังไม่พบอุบัติการณ์ และอุบัติการณ์ผู้ป่วยส่งต่อรักษาทางกายก่อนทดลองใช้รูปแบบการประเมินฯ พบอุบัติการณ์ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 สถิติในช่วง 6 เดือนแรก พบอุบัติการณ์ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 และ 6 เดือนหลังไม่พบอุบัติการณ์

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช (n=14)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1) เนื้อหาการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช มีความชัดเจน	3.48	.565	มาก
2) การใช้ภาษามีความชัดเจน เหมาะสม	3.10	.512	ปานกลาง
3) สะดวกต่อการใช้งาน	3.57	.676	มาก
4) สามารถนำไปปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช ได้จริง	3.64	.613	มาก
5) มีประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia	3.43	.621	มาก
6) ความพึงพอใจโดยรวม	3.26	.610	มาก
รวม	**3.41**	**0.60**	**มาก**

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.41, SD = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เนื้อหาการใช้รูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชมีความชัดเจน อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.48, SD = 0.565) สะดวกต่อการใช้งาน อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.57, SD = 0.676) สามารถนำไปปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชได้จริง อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.613) มีประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration Pneumonia อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.43, SD = 0.621) ความพึงพอใจโดยรวม ($\overline{X}$ = 3.26, SD = 0.610) และน้อยที่สุด คือ การใช้ภาษามีความชัดเจน เหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.10, SD = 0.512)

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการ ประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อสำลักและเกิดปัญหาปอดอักเสบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้การประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช สามารถแบ่งประสบการณ์ 3 ประเด็นหลัก คือ การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย (Assessment of daily condition) การทดสอบภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia test) และการทดสอบปัญหาการกลืนด้วยวิธีกลืนน้ำ (Water swallow test) ผู้วิจัยสามารถอธิบายในแต่ละประเด็นได้ตามลำดับ ดังนี้

1. การประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“ผู้ป่วยที่เคยดูแลที่สำลักน้ำสำลักอาหารส่วนใหญ่เป็นคนไข้ถอนพิษเหล้า ยังสับสนอยู่ สื่อสารไม่รู้เรื่อง ปลุกตื่นยาก บางคนน้ำลายมาก ตัวเกร็งๆ โดยเฉพาะที่คอ คาง ขากรรไกร ปาก ใบหน้า หรือบริเวณโซนทางหัวให้ระวังไว้เลยกลุ่มนี้แหละที่จะสำลักเป็นปอดอักเสบได้ง่าย ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่1)

“เคสไหนที่เคยเกิด EPS มาจากบ้าน คอบิด คอแข็งกลืนไม่ได้ กลุ่มนี้แหละที่มีความเสี่ยงจากประสบการณ์ของพี่นะ กลืนยาก สำลักง่าย ป้อนน้ำยังยาก จะป้อนเลยไม่ได้ต้องประเมินก่อนว่าเขาศักยภาพแค่ไหน ตื่นดีไหม ถ้าอาการไม่ค่อยดี อันนี้แหละที่เสี่ยงต้องสอนน้อง ๆ ประเมินการรับรู้คนไข้ด้วย ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 4)

“แต่ละเวรคนไข้อาการเปลี่ยนแปลงเร็ว ก่อนจะป้อนน้ำหรือข้าว ถ้าเป็นเทคนิคของพี่นะ จะดูก่อนว่าลักษณะของคนที่สุ่มเสี่ยงจะให้น้องผู้ช่วยเหลือคนไข้เอาไปนั่งเก้าอี้ก่อน พี่จะไปดูว่าคนไข้นั่งตัวตรงได้ไหมอย่างน้อย ๆเลย ประเมินก่อนทานข้าวสักครึ่งชั่วโมง ทำตามคำสั่งได้ไหม เช่น ง่าย ๆเลยชี้ให้เขาดูว่านั้นคืออะไร แลบลิ้น บอกว่าอยู่ที่ไหน วันไหน เดือนอะไร ปีไหน ตอนนี้อยู่ตึกอะไร ประเมินการสื่อสารคนไข้ ถ้าทำไม่ได้นั่นคืออาการงง เสี่ยงนะเคสแบบนี้ถ้าไปป้อนอาหารเลยต้องระวัง ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 6)

“คนไข้ถอนพิษเหล้า คนแก่มีอายุเยอะๆ นี่แหละที่พี่มองว่าเสี่ยง อีกกลุ่มคือคนไข้สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ หลอดเลือดสมอง กลืนยาก ไอยาก เคสที่เราต้องช่วยพยุงขึ้นเตียง เคลื่อนไหวยากนี่แหละกลุ่มที่ต้องระวังพิเศษ พี่เจอมาเยอะคนไข้ถอนพิษเหล้าสำลักน้ำ อาหารบ่อย แม้กระทั่งน้ำลายคนไข้บางเคสบ้วนออกลำบากเราต้องคอยสังเกต ประเมินอยู่เรื่อย ๆ อย่าเพิ่งไปป้อนข้าวทันทีอันนี้ประสบการณ์พี่นะ ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 11)

2. การทดสอบภาวะกลืนลำบาก ดังคำพูดต่อไปนี้

“คนไข้หลายคนที่พี่สังเกต พูดออออา กลืนยาก สำลักน้ำลายตัวเอง กลุ่มนี้ละที่ต้องใส่ใจมาก ๆ เคยเจอเหมือนกันที่คอแข็ง กลืนไม่ได้ คนไข้เคยอุบัติเหตุแล้วเชื่องช้า สื่อสารลำบากทุกครั้งที่เจอนี่คือสำลัก” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 2)

“อ้าปากให้ดูก่อนเลยนะถ้าเป็นพี่ มีอะไรค้างอยู่ในปากไหม เศษอาหาร น้ำ น้ำลาย ให้บ้วนออกให้หมด ทดสอบให้อ้าปากก่อนเลย นอกนั้นก็จะเป็นยกลิ้นขึ้นลง เลียริมฝีปาก ลองให้ไอสักสองสามที ก็เริ่มป้อนได้พี่เคยทำแบบนี้ตลอดจากเทคนิคของพี่นะ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 8)

“ดูว่ากลืนได้ไหม ถ้ากลืนไม่ได้ น้ำลายไหลออกจากริมฝีปาก เวลากินน้ำก็ไหลออกทางปาก เคสแบบนี้หนูไม่ป้อนเด็ดขาดรายงานหมอก่อนเลยเพราะยังไงก็สำลัก” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 13)

“สำลักดูไม่ยาก เช่น อ้าปากไม่ได้ ลิ้นแข็ง น้ำลายยืด ๆ อย่าป้อน ประเมินแล้วรายงานหมอขอ feed NG คนไข้จะปลอดภัยกว่า ที่ผ่านมาก็ถ้าเจอเคสแบบนี้หนูรายงานหมอก่อนเลย” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 14)

3. การทดสอบปัญหาการกลืนด้วยวิธีกลืนน้ำ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนพี่ทำงานใหม่ ๆ ยังไม่มั่นใจแต่มีพี่รุ่นเก่าๆเคยสอนพี่ว่าใช้ช้อนที่ป้อนข้าวนั่นแหละทดสอบว่าคนไข้กลืนน้ำได้ไหม ห้ามใช้หลอดดูดน้ำนะ เพราะแรงดูดมันเยอะคนไข้หลายคนที่ดูดหลอดน้ำนี่แหละสำลักเหมือนกัน วิธีของพี่คือใช้ช้อนป้อนข้าวธรรมดาวางไว้ตรงกลางลิ้นแล้วเทน้ำลง ถ้าไหลออกหมดทางปากหยุดเลยไม่ต้องป้อนต่อ บางเคสอาจจะไอช่วงนี้แหละ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 3)

“จริง ๆ ถ้ามีแนวทางพวกนี้เคสไหนที่เสี่ยง ๆ ต้องช่วยกันเอาเข้าแนวทาง เช่น จากประสบการณ์พี่เอง ถ้ากลืนน้ำไม่ได้ กลืนน้ำลายยังยาก เคสแบบนี้ไม่ควรป้อน ทั้งไอ ทั้งสำลัก พี่ว่าวางระบบให้เป็นแนวทางเดียวกันก็ดี มีหัวข้อประเมินจะได้ช่วยคนไข้ให้ปลอดภัย” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 5)

“ปริมาณน้ำพี่ก็กะเอาสักช้อนนึง ลองทดสอบดูกลืนได้ไหม ถ้ากลืนได้บางเคสพี่ก็ให้ลองจิบน้ำจากแก้วเล็ก ๆ แต่ก็ต้องจับแก้วให้คนไข้ ทดสอบดูถ้ากลืนได้สัก 2-3 รอบ ก็เริ่มต้นป้อนข้าวได้เลยแต่อาจจะต้องใช้อาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่ควรเป็นข้าวเหนียวในเคสที่ง่วง ๆ” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 7)

“น้ำเอาสัก 3-5 ซีซี ไม่ต้องเยอะมากแล้วถ้ากลืนได้ก็ค่อยไต่ระดับขึ้นสัก 3 รอบ พี่เคยอ่านนะเขาบอกว่าไม่เกิน 20-30 ซีซี คนไข้กลืนได้ค่อยป้อนข้าวเป็นการทดสอบวิธีหนึ่ง” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 10)

“ถ้าเป็นหนู หนูก็ให้กลืนน้ำเปล่า หรือน้ำเต้าหู้ก็ได้ แต่เอาแค่เป็นน้ำ ๆ นะ กลืนได้ค่อยป้อน ส่วนใหญ่ถ้าทำแบบนี้ก็มั่นใจว่าคนไข้เรากลืนได้” (พยาบาลวิชาชีพ รายที่ 14)

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

พยาบาลในฐานะผู้ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยมีรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช มีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) ประเมินสภาพร่างกายประจำวันของผู้ป่วย คือ การมีระดับของความรู้สึกตัวดี การรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ ของผู้ป่วยที่ตอบสนองในทิศทางที่ดี สื่อสารได้ ตอบคำถามถูกต้องตรงประเด็น และมีความสามารถในการนั่งทรงตัวดี ช่วยให้พยาบาลที่ประเมินผู้ป่วยตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม การมีรูปแบบในการใช้คำถามในการประเมินผู้ป่วยและการอธิบายปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุที่ชัดเจน และการใช้เทคนิคการจัดท่านั่งมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อจุดประสงค์การทำให้อาหารเข้าสู่หลอดอาหาร ลดการสำลักอาหารเข้าทางเดินหายใจ โดยแนะนำให้นั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหารและหลังอาหารควรนั่งต่ออีกอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้เกิดความปลอดภัยขณะรับประทานอาหาร[15,16,17]

(2) การทดสอบภาวะกลืนลำบาก ช่วยลดโอกาสการสำลักน้ำ อาหารของผู้ป่วยด้วยวิธีการทดสอบภาวะกลืนลำบาก สอดคล้องกับการกำหนดเป้าหมายของการรักษาภาวะกลืนลำบาก คือ การกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ และป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก[17] จึงต้องมีการฝึกกลืนในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบาก 4 ระดับ ได้แก่ อาหารระดับที่ 1 คือ อาหารปั่นข้น เนื้อเดียวกันเกาะกันเป็นก้อน ไม่มีน้ำ และผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องบดเคี้ยวมาก (pureed) จะมีความเหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากปานกลางถึงมาก อาหารระดับที่ 2 คือ อาหารปั่นข้นปานกลางถึงมาก เนื้อนุ่มเกาะกันเป็นก้อนได้ง่าย และผู้ป่วยต้องการการบดเคี้ยว (semi- solid) อาหารระดับที่ 3 คือ อาหารอ่อนเคี้ยวง่าย ย่อยง่าย (soft- solid) เหมาะกับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากเล็กน้อย และอาหารระดับที่ 4 คือ อาหารปกติ[18,19] สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่ทดสอบการปิดปากได้สนิท สามารถเคลื่อนไหวลิ้นได้ ทำตามคำสั่ง ทดสอบการไอ การกลืน และการเลือกชนิดของอาหาร ช่วยลดอุบัติการณ์ที่นำไปสู่การสำลักได้ และ (3) การทดสอบปัญหาการกลืนด้วยวิธีกลืนน้ำ มีวิธีการประเมินโดยเริ่มต้นป้อนน้ำปริมาณ 3-5 ซีซีโดยพยาบาลวางช้อนบนลิ้นแล้วให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ ถ้ากลืนได้ให้ทดสอบอีก 2 ครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องหยุดประเมินทันที หรือหากเริ่มต้นป้อนไปแล้ว สังเกตอาการไอ สำลัก เสียงเปลี่ยน เช่นเดียวกับคำแนะนำให้ใช้การกลืนน้ำปริมาณน้อย ใช้น้ำประมาณ 5 มิลลิลิตร จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งต้องสังเกตว่ามีอาการที่บ่งชี้ว่ามีน้ำหรืออาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจหรือไม่ หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นต้องหยุดการประเมินทันที[18] และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการกลืนอย่างความปลอดภัย คือ การติดตามอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาการกลืนเฉพาะราย การจัดท่าที่ส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย การเลือกลักษณะตามประเภทอาหารที่เหมาะสมในแต่ละราย การดูแลสังเกตขณะรับประทานอาหารและยา การปรับวิธีการให้อาหารและยาให้เหมาะสมในแต่ละเวรหรือวัน อีกทั้งการทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมการรักษาอย่างครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาขาดสารอาหาร (malnutrition) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) การติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะอันตราย[20] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการศึกษาวิจัยนี้ จะพบว่าการพัฒนารูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถนำไปปฏิบัติตามรูปแบบได้จริงมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมินอยู่ในระดับมาก เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักได้อย่างครอบคลุม และลดอุบัติการณ์สำลักที่นำไปสู่การเกิดปอดอักเสบ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงบทบาทในการทำหน้าที่ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูดสำลักขณะอยู่โรงพยาบาลและผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบการประเมินทางคลินิกเพื่อป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยจิตเวชไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ บริบทอื่น ที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายกัน

2. ควรนำรูปแบบการประเมินนี้มาฝึกอบรมพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุก 6 เดือน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากยาต้านโรคจิตบาง

ชนิดส่งผลต่อการอาการลิ้นแข็ง สำลัก หรือผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด เนื่องจากยาในกลุ่ม benzodiazepine ส่งผลต่อการสำลัก เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์และคุณภาพชีวิตหลังการใช้รูปแบบการประเมิน

4. นำรูปแบบการประเมินที่ได้ไปพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการสำลัก เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและครอบคลุม

ข้อจำกัดการศึกษา

กลุ่มโรคทางจิตเวชมีความหลากหลายแต่ละโรคมีความจำเพาะของอาการที่แตกต่างกัน เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตจากสารเสพติด (แอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ กัญชา และใช้สารเสพติดหลายขนาน) ทำให้การประเมินทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อแยกระหว่างอาการสับสนของภาวะโรค การถอนพิษสารเสพติด หรือปัจจัยจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเวช และยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบรายโรค หรือเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลทำให้ไม่มีข้อมูลความแตกต่าง แม้จะมีข้อจำกัด แต่การศึกษานี้ช่วยให้เห็นมิติการประเมินระดับความรู้สึกตัว และการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินการเคี้ยวกลืน ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการสูดสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division. Standard coding guidelines. Saeng Chan Press Limited Partnership; 2017. (in Thai)
2. World Health Organization. Pneumonia [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ pneumonia tab=tab_1
3. Sanivarapu RR, Vaqar S, Gibson J. Aspiration Pneumonia. [Updated 2024 Mar 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470459.
4. Department of Disease Control. Annual epidemiological surveillance report 2022. (in Thai)
5. Jaikarn T, Wongcharoen N. Incidence Rates and Impact of Pneumonia in Pong Hospital. J Royal Thai Army Nurses. 2021 Apr 26; 22(1): 351-60. (in Thai)
6. Khonkaen rajanagarindra psychiatric hospital. Annual report 2024. (in Thai)
7. Khonkaen rajanagarindra psychiatric hospital. Review of patient incidence report 2024. (in Thai)
8. Srisookkum T. Action research in health. Bangkok: O. S. Printing House Co.; 2024. (in Thai)
9. Potaya S. Glasgow Coma Scale. J Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 30-8. (in Thai)
10. McNett M, Kerber K. Unplanned extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. JCOM. 2015; 22(7): 303–11.
11. Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. Anesth Analg. 2012; 114(5): 1003–14.

12. Kiekkas P, Aretha D, Panteli E, Baltopoulos GI, Filos KS. Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. Nurs Crit Care. 2013; 18(3): 123–34.
13. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sander PA. Development of optimal treatment and effectiveness of Supportive care. Journal of clinical psychopharmacology. 1981; 1(6): 382-389.
14. Khonkaen rajanagarindra psychiatric hospital. Guidelines for Clinical Leadership Teams. 3rd ed. 2024. (in Thai)
15. Barczi SR, Sullivan PA, Robbins J. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice pattern. Semin Speech Lang. 2000; 21: 347-361.
16. Metheny NA. Preventing aspiration in older adults with dysphagia. ORL Head Neck Nurs. 2011; 29(3): 20-1.
17. Dajpratham P. Dysphagia in Elderly. ASEAN J Rehabil Med. 2015; 23(3): 73-80. (in Thai)
18. Clayton J, editor. The National Dysphagia Diet: standardization for optimal care. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2002.
19. Thinchana W. The effect of using a program to preventing aspiration in stroke patients with dysphagia at the kumphawapi hospital udonthani province. JKKPHO. 2020; 2(1): 5-20. (in Thai)
20. Chobchuen R. The role of nurses in the rehabilitation of patients with dysphagia. SRIMEDJ. 2014; 29(4): 13-5. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Factors Associated with Discharge Planning Practices among Professional Nurses at Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

นิสาชล ดงจารย์
Nisachon Dongjan
โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

(Received: May 29, 2025; Revised: July 6, 2026; Accepted: July 23, 2026)

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแล ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน จำนวน 42 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้บทบาท แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน และแบบสอบถามการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 74.07, SD = 6.96) การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อย และปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบสมมุติฐานพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรม จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อวัน และอัตราการครองเตียง รวมทั้งการรับรู้บทบาท ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ($p > .05$) ขณะที่ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.629$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบาย การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดังกล่าว ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

คำสำคัญ: “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย”, “พยาบาลวิชาชีพ”, “ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร”

Abstract

Discharge planning is an essential process that promotes continuity of care, reduces hospital readmissions, and improves patients' quality of life. However, empirical evidence regarding factors associated with discharge planning practices among professional nurses remains limited. This descriptive correlational study aimed to examine the level of discharge planning practices and the factors associated with these practices among professional nurses. The participants consisted of 42 professional nurses working in inpatient units, who were selected using purposive sampling. Data were collected using four questionnaires: a demographic information questionnaire, a role perception questionnaire, an organizational support questionnaire, and a discharge planning practice questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results showed that the overall level of discharge planning practices among professional nurses was moderate ($\bar{x}$ = 74.07, SD = 6.96); role perception was at a low level, while organizational support was at a moderate level. Hypothesis testing showed that personal factors including length of professional experience, discharge planning training, number of nurses on duty per day, and bed occupancy rate as well as role perception, were not significantly associated with discharge planning practices ($p > .05$). In contrast, organizational support was positively and significantly associated with discharge planning practices ($r = 0.629$, $p < .001$), supporting the hypothesis that organizational support in terms of policy, management, and monitoring and evaluation would be associated with these practices. These findings indicate that organizational support is a key factor that should be strengthened to enhance the effectiveness of discharge planning.

Keywords: “discharge planning”, “professional nurses”, “organizational support”

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nisachon.d@msu.ac.th)

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านอัตราการครองเตียง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และการกลับเข้ารักษาซ้ำ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ[1,2] สำหรับประเทศไทยแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนส่งผลให้ความต้องการบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นความท้าทายต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและความต่อเนื่อง[3]

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) เป็นกระบวนการสำคัญของการดูแลต่อเนื่องที่มุ่งเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนถึงการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยอาศัยการประเมินปัญหา การวางแผน การประสานงาน การให้ข้อมูล และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย[1,4,5]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการวางแผนจำหน่ายยังประสบข้อจำกัดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้บทบาทของพยาบาล ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ การสนับสนุนจากองค์กร การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และระบบติดตามผลหลังจำหน่าย ซึ่งล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน [4-6]

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน โดยข้อมูลของโรงพยาบาลพบว่าในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีอัตราการครองเตียงร้อยละ 75.15 และ 81.51 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มจากร้อยละ 20.56 เป็นร้อยละ 23.34[7] สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ

แม้ว่าจะมีหลักฐานยืนยันประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในหลายบริบท แต่ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์จำกัดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งนี้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้ในการพัฒนานโยบาย ระบบสนับสนุน และแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อวัน และอัตราการครองเตียงในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

2. การรับรู้บทบาทตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

3. ปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบาย การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

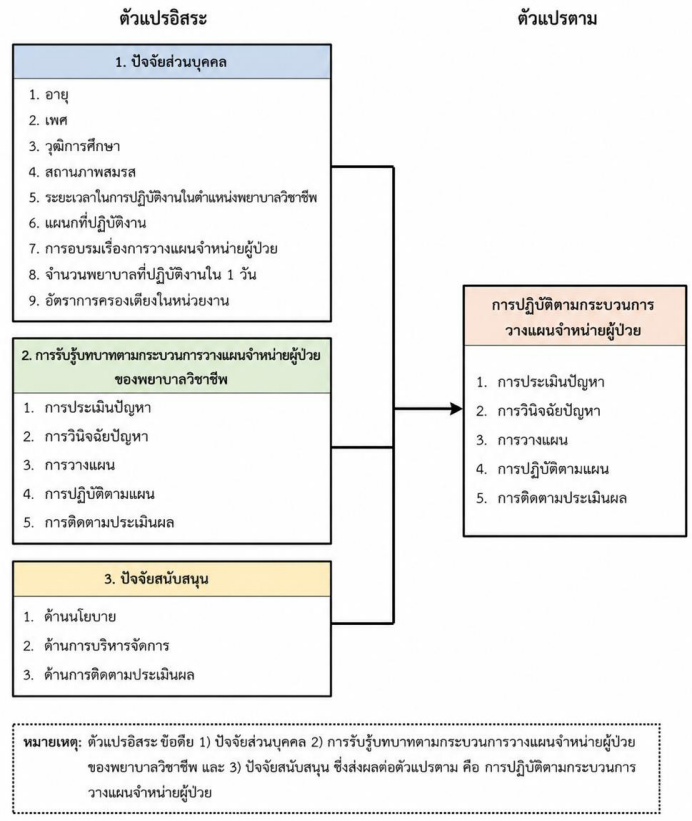
1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในกปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย จำนวนพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานใน 1 วัน และอัตราการครองเตียงในหน่วยงาน

(2) การรับรู้บทบาทตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในด้านการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล

(3) ปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบาย การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล

2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย การปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในด้านการประเมินผล การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการประเมินผล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดังกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 48 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 48 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบประชากรทั้งหมด (Total population sampling) ได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่สมบูรณ์จำนวน 42 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยมีคุณสมบัติ เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และเกณฑ์คัดออก 1) ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล 2) ส่งแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยวาสนา กัณหา (2563)[8] ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีการดัดแปลงข้อความหรือโครงสร้างของแบบสอบถาม ดังนั้นจึงใช้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตามที่ผู้พัฒนาเครื่องมือรายงานไว้

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มีค่าเท่ากับ 0.78, 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรม จำนวนพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานต่อวัน และอัตราการครองเตียงใน 1 วัน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทตามกระบวนการวางแผนจำหน่าย ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล จำนวน 25 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตอบใช่/ไม่ใช่ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ การให้คะแนนกลับทิศในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวม 0-25 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (0-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) และระดับมาก (20-25 คะแนน)[8]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบาย การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-65 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (0-38 คะแนน) ระดับปานกลาง (39-52 คะแนน) และระดับมาก (53-65 คะแนน)[8]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่าย ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินปัญหา การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ คะแนนรวม 0-100 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (0-59 คะแนน) ระดับปานกลาง (60-80 คะแนน) และระดับมาก (81-100 คะแนน)[8]

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่การรับรอง : 797-684/2568) ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้วผู้ศึกษาจึงทำการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตจากฝ่ายการพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิของผู้เข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม จากนั้นจึงให้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่สมบูรณ์จำนวน 42 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาท ปัจจัยสนับสนุน และการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) โดยแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามเกณฑ์ของ Hinkle และคณะ ได้แก่ 0.00-0.30 ระดับต่ำมาก, 0.31-0.50 ระดับต่ำ, 0.51-0.70 ระดับปานกลาง, 0.71-0.90 ระดับสูง และ 0.91-1.00 ระดับสูงมาก[9]

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 90.50 มีอายุเฉลี่ย 31.52 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 73.81) ทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.70) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 4.90 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 66.67) มากกว่าครึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (ร้อยละ 54.8) จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อวันเฉลี่ย 6.95 คน และอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 48.59 โดยส่วนใหญ่อยู่ในหน่วยงานที่มีอัตราการครองเตียงต่ำกว่าร้อยละ 60 (ร้อยละ 76.10)

สำหรับระดับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า..อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 74.07, SD = 6.96) การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ =13.33, SD =1.32) และปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 50.93, SD = 7.88)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (r = 0.018, p = .910) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (r = 0.265, p = .074) จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อวัน (r = 0.245, p = .117) และอัตราการครองเตียงในหน่วยงาน (r = 0.156, p = .322) ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n=42)

ปัจจัยส่วนบุคคล	r	p-value
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	0.018	0.910
- การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	0.265	0.074
- จำนวนพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานใน 1 วัน	0.245	0.117
- อัตราการครองเตียงในหน่วยงาน	0.156	0.322

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้บทบาทการวางแผนจำหน่ายโดยรวมทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่าย (r=0.189, p=0.232) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมินปัญหา (r=0.600) และด้านการประเมินผล (r=0.700) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) สำหรับด้านการวินิจฉัยปัญหา (r=0.165, p=0.297) ด้านการวางแผนจำหน่าย (r=0.101, p=0.523) และด้านการปฏิบัติตามแผน (r=0.220, p=0.162) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ รายด้าน (n=42)

การรับรู้บทบาท	r	p-value
- ด้านการประเมินปัญหา	0.600	<0.001
- ด้านการวินิจฉัยปัญหา	0.165	0.297
- ด้านการวางแผนจำหน่าย	0.101	0.523
- ด้านการปฏิบัติตามแผน	0.220	0.162
- ด้านการประเมินผล	0.700	<0.001
รวมทุกด้าน	**0.189**	**0.232**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.629$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบาย ($r = 0.618$), ด้านการบริหารจัดการ ($r = 0.547$) และด้านการติดตามประเมินผล ($r = 0.558$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n=42)

ปัจจัยสนับสนุน	r	p-value
- ปัจจัยด้านนโยบาย	0.618	<0.001
- ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ	0.547	<0.001
- ปัจจัยด้านการติดตามประเมินผล	0.558	<0.001
รวมทุกด้าน	**0.629**	**<0.001**

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ปัญหาที่พบเรียงจากมากถึงน้อย ได้แก่ ด้านการวางแผน (ร้อยละ 47.62) เช่น การวางแผนเฉพาะปัญหาเร่งด่วน ด้านการวินิจฉัยปัญหา (ร้อยละ 45.24) เช่น การวินิจฉัยที่มุ่งเน้นเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย และการขาดข้อมูลสนับสนุนในการประเมินปัญหา และด้านการปฏิบัติตามแผน (ร้อยละ 42.86) เช่น การมุ่งเน้นการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการขาดความต่อเนื่องของการดูแล สำหรับด้านการติดตามประเมินผล (ร้อยละ 35.71) พบว่าขาดเครื่องมือในการประเมินผลที่เป็นมาตรฐาน และไม่สามารถติดตามผลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้น จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 42 คน มีผู้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.76) โดยเสนอให้มีการดำเนินงานแบบสหวิชาชีพตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พร้อมให้มีการสนับสนุนสื่อความรู้และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบติดตามผลผู้ป่วยหลังจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าการดำเนินงานด้านการวางแผนจำหน่ายยังสามารถพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลต่อเนื่องและการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการวางแผนจำหน่ายต้องอาศัยการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ ระบบสนับสนุนขององค์กร และการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Reig-García และคณะ (2022)[10] และ Auliasari Siskaningrum และคณะ (2023)[11] ที่ระบุว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะรับผู้ป่วยจนถึงการติดตามหลังจำหน่าย

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อวัน และอัตราการครองเตียงในหน่วยงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะภาระงานเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่กำหนดคุณภาพการปฏิบัติงาน แต่ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายอาจขึ้นอยู่กับระบบการสนับสนุนขององค์กร กระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Asambo และ Akweongo (2025)[12] ที่รายงานว่าปัจจัยเชิงระบบมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพของการวางแผนจำหน่ายมากกว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของบุคลากร

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการดังกล่าว สะท้อนว่าการรับรู้บทบาทเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติจริง หากขาดระบบสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การประสานงานของทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Heryyanoor และคณะ (2024)[13] ที่อธิบายว่าช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติเกิดจากข้อจำกัดของระบบงานและบริบทขององค์กรมากกว่าการรับรู้ของบุคลากรเพียงอย่างเดียว

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านนโยบาย การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.629$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากองค์กรเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในด้านการกำหนดแนวปฏิบัติ การจัดสรรทรัพยากร และการติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Asambo และ Akweongo (2025)[12], Reig-García และคณะ (2022)[10], Auliasari Siskaningrum และคณะ (2023)[11] และ Po และคณะ (2023)[14] ที่รายงานว่าการสนับสนุนจากองค์กรและการทำงานแบบสหวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจาก Machida และคณะ (2024)[15] ซึ่งรายงานว่าปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคลและภาระงานมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การจำหน่ายผู้ป่วยมากกว่าปัจจัยด้านนโยบาย ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทของระบบบริการสุขภาพ รูปแบบการบริหารจัดการ และบทบาทของพยาบาลที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ

5. ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ การมุ่งเน้นการดูแลปัญหาเฉียบพลัน การวินิจฉัยปัญหาที่เน้นด้านร่างกายเป็นหลัก และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์มากกว่าการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้การประเมินด้านจิตสังคม การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และการติดตามผลหลังจำหน่ายยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของงานวิจัยหลายฉบับที่ระบุว่าข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และระบบบริการ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย[10-13]

โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้บทบาทไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสนับสนุนขององค์กร การกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ และการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลและยกระดับคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากร ระบบการบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ โดยเริ่มกระบวนการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งเสริมการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน และพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และยกระดับคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเชิงระบบเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น วัฒนธรรมองค์กร ภาวะผู้นำ การสนับสนุนของผู้บริหาร การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และความพร้อมของระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่ออธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลในระดับบริการที่แตกต่างกัน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรในวงกว้าง

3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมหรือรูปแบบการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้ผลลัพธ์สำคัญ เช่น คุณภาพการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่าย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่าย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Zhu QM, Liu J, Hu HY, Wang S. Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs. 2015;24(19-20):2993-3005. doi:10.1111/jocn.1289.
2. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Serv Res. 2007;7:47. doi:10.1186/1472-6963-7-47.
3. Ministry of Public Health, Division of Strategy and Planning. *Public health statistics report 2023*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2026 Jul 10]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/02/
4. Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. J Clin Nurs. 2011;20(5-6):754-774. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03257.x.
5. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: a meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020;101:103396. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.
6. World Health Organization. *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 Jul 10]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/274628.
7. Suthavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. *Annual report of statistics and service quality indicators, fiscal years 2023-2024*. Maha Sarakham: Suthavej Hospital; 2024.
8. Kankha W. *Factors associated with professional nurses' adherence to the discharge planning process at Chiang Mai Neurological Hospital* [Internet]. Chiang Mai: Chiang Mai Neurological Hospital; 2020 [cited 2026 Jul 10]. Available from: https://www.cmneuro.go.th/TH/research/64-Full%20Paper.pdf
9. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied statistics for the behavioral sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
10. Reig-Garcia G, Bonmatí-Tomàs A, Suñer-Soler R, et al. Evaluation and perceptions of a nursing discharge plan among nurses from different healthcare settings in Spain. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):710. doi:10.1186/s12913-022-08109-9.

11. Siskaningrum A, Yusuf A, Mahmudah M, Machin A. Nurse performance and influence factors in discharge planning based on knowledge management SECI model in stroke patients. J Med Chem Sci. 2023;6(10):2558-2568. doi:10.26655/JMCHEMSCI.2023.10.30.
12. Asambo S, Akweongo P. Assessment of factors affecting discharge planning implementation in a Ghanaian hospital. Open J Nurs. 2025;15:237-258. doi:10.4236/ojn.2025.153018.
13. Heryyanoor H, Diana H, Melinda Restu P, Asih Dwi M. Nurses' perceptions of discharge planning implementation: a descriptive qualitative study. J Pal Nurs Stud [Internet]. 2024 May 10 [cited 2026 Sep 10];3(2):68-79. Available from: https://jpns-journal.com/index.php/jpns/article/view/126
14. Po HW, Lin FJ, Cheng HJ, et al. Factors affecting the effectiveness of discharge planning implementation: a case-control cohort study. J Nurs Res. 2023;31(3):e274. doi:10.1097/jnr.0000000000000555.
15. Machida A, Morioka N, Kashiwagi M. Staffing level in the discharge planning department and average length of stay in acute care wards: a cross-sectional study using nationwide hospital- and ward-level data in Japan [Preprint]. 2024. doi:10.21203/rs.3.rs-4302724/v1.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Factors Related to Healthcare-Associated Infection Prevention Behaviors among Nurses in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

ปาริชาต ดอนบรรจง[1] กมลชนก พุดสี[1] อภิญญา คชมาตย์[2*] สมาธิ ปัทมธรรมกุล[3]

Parichat Donbunjong[1] Kamonchanok Pudsri[1] Apinya Kochamat[2*] Samadhi Patamatamkul[3]

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม[3]

Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University[1] Faculty of Nursing, Mahasarakham University[2*] Faculty of Medicine, Mahasarakham University[3]

(Received: June 3, 2026; Revised: September 8, 2026; Accepted: September 24, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาล 90 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2568 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 ของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.73 และค่าแอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เท่ากับ 0.83, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 0.282 และ 0.242, $p < .05$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (r_s = 0.212, 0.226 และ 0.227, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางวางกลยุทธ์ส่งเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ”, “การสนับสนุนทางสังคม”, “พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ”, “การติดเชื้อในโรงพยาบาล”

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail: apinya.k@msu.ac.th)

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors associated with nosocomial infection prevention behaviors among nurses at Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. The sample comprised 90 nurses, selected through simple random sampling, with data collected between July and September 2025. The research instruments consisted of questionnaires on bio-social factors, knowledge of infection prevention, health beliefs, social support, and infection prevention behaviors. The reliability of the knowledge questionnaire, assessed using the Kuder–Richardson formula 20 (KR-20), was 0.73, while the reliability of the health belief, social support, and infection prevention behavior questionnaires, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was 0.83, 0.89, and 0.86, respectively. As the data were not normally distributed, descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation coefficient were used for the analysis.

Results showed that health beliefs (perceived barriers and health motivation) were significantly and positively correlated with infection prevention behaviors, though at a low level (r_s = 0.282 and 0.242, $p < .05$, respectively). Social support factors (emotional, informational, and material support) were also significantly and positively correlated with infection prevention behaviors at a low level (r_s = 0.212, 0.226, and 0.227, $p < .05$, respectively). Knowledge of infection prevention and length of nursing experience showed no significant correlation with infection prevention behaviors. These findings suggest that strategies to strengthen health motivation and social support particularly emotional, informational, and material support could effectively promote infection prevention behaviors among nurses.

Keywords: “Health Belief Model”, “Social Support”, “Infection Prevention Behaviors”, “Healthcare-Associated Infection”

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่สำคัญที่ยังเกิดขึ้นกับทุกโรงพยาบาล ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 7 และยังสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 ในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้จะพบว่าปัจจุบันการติดเชื้อยังพบการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ทั่วโลกรวมถึงในประเทศไทยด้วย[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวมระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ 1.53, 1.40 และ 1.21 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ในขณะที่อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวมของ สคร.เขต 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 มีอัตราการติดเชื้อ 1.55, 1.16 และ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ และอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวมของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 มีอัตราการติดเชื้อ 1.47, 1.37 และ 1.17 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ[2] สำหรับโรงพยาบาลสุทธาเวช มีอุบัติการณ์การติดเชื้อใน

โรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 อยู่ที่ 1.18, 1.58 และ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ทั้งนี้ โรงพยาบาลสุทธาเวชกำหนดเป้าหมายอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่เกิน 1.34 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนต่อปี และมีแผนพัฒนาให้ต่ำกว่าเป้าหมายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายพบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเป้าหมาย (1.58 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) ในขณะที่ปี พ.ศ. 2566 และ 2568 มีอัตราการติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์เป้าหมายหรือต่ำกว่า (1.18 และ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังคงมีความผันผวนและไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลอุบัติการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาลที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างต่อเนื่อง

การติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้วย เนื่องจากในระหว่างปฏิบัติงานบุคลากรมีโอกาสสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น เลือดและหนอง รวมถึงพื้นผิวหรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อโรค โดยพยาบาลถือเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล หรือนักเทคนิคการแพทย์ เนื่องจากปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ พบว่าในบรรดาอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ HIV นั้น ร้อยละ 42.9 เกิดจากอุบัติเหตุเข็มตำ และร้อยละ 31 เกิดจากการสัมผัสเลือดกระเด็นเข้าสู่ผิวหนังหรือเยื่อบุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอุบัติเหตุเข็มตำและการสัมผัสเลือดเป็นช่องทางเสี่ยงสำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย เนื่องจากวัณโรคสามารถแพร่กระจายผ่านละอองฝอยจากทางเดินหายใจขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด[3] และมีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง (ร้อยละ 2-8) ในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) จากการทำงาน[4] นอกจากนี้ การบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน เช่น การถูกหลอดยาหรือเศษแก้วบาดขณะเตรียมอุปกรณ์ ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในบุคลากรได้[5,6] สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลสุทธาเวชที่พบว่า มีจำนวนบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและเข็มทิ่มตำระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 10, 11 และ 11 รายต่อปี ตามลำดับ[7] ในขณะที่โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวขึ้นเลย (เป้าหมาย 0 ราย) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังคงมีช่องว่างระหว่างสถานการณ์จริงกับเป้าหมายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน และสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อมีหลายด้าน เช่น การที่บุคลากรทีมสุขภาพไม่ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การล้างมือที่ไม่มีประสิทธิภาพ[8] จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีหลายอย่างตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงาน ความเชื่อ วัฒนธรรมองค์กร ค่านิยมต่าง ๆ มุมมองของผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการคิดและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ในการจะส่งเสริมให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพจึงมีกลยุทธ์หลายวิธี หลายปัจจัย ที่มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งการจะส่งเสริมให้ได้ประสิทธิผลที่ดีในการเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อควรเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ นอกจากนี้ โรงพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยมีการสอนแนวทางการทำงานที่

ชัดเจนจนเป็นวัฒนธรรมองค์กร และมีการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

อย่างไรก็ตาม พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรและบริบทที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมวัณโรคในกลุ่มพยาบาลของเขตสุขภาพอื่น และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรและบริบทที่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป และยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการทั้งปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ร่วมกันในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่มีข้อมูลการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในบริบทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยมาก่อน จึงยังคงเป็นช่องว่างองค์ความรู้ที่สำคัญ ทั้งในด้านกลุ่มประชากรที่ศึกษาและปัจจัยที่นำมาพิจารณาร่วมกัน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำมากำหนดแนวทางพัฒนา และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

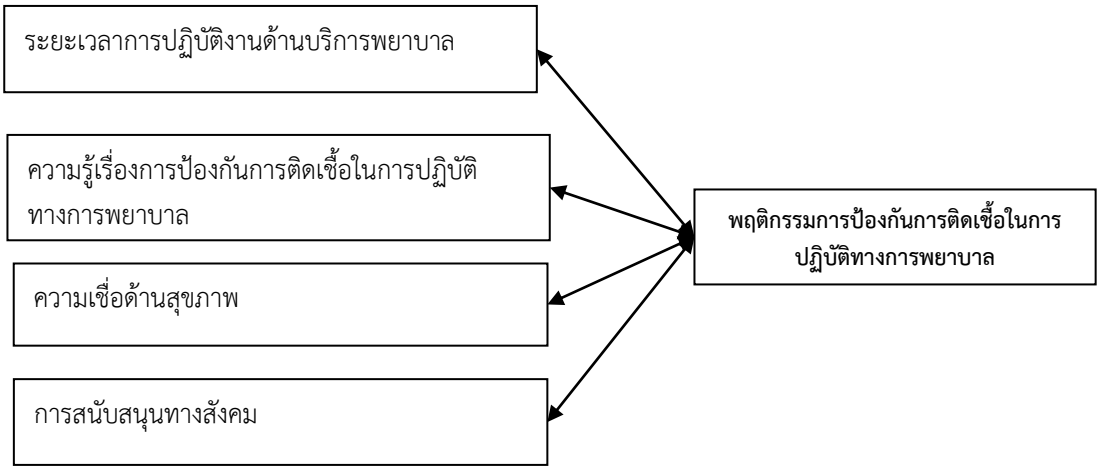
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์สุขภาพของตนเองใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสที่ตนเองจะติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบหากติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึง ความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (Perceived Barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งหมายถึงความปรารถนาหรือความพร้อมโดยทั่วไปของบุคคลในการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุอุปกรณ์ ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลเช่นกัน โดยปัจจัยทั้งหมดที่คัดสรรเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1 ทั้งนี้ แม้กรอบแนวคิดของการศึกษานี้จะไม่ได้ระบุ “สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)” เป็นองค์ประกอบแยกต่างหากตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฉบับสมบูรณ์ของ Becker and Maiman (1974) แต่ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่ผู้วิจัยศึกษา เช่น การได้รับการอบรมความรู้ การได้รับคำแนะนำจากหน่วยงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ มีลักษณะใกล้เคียงและทำหน้าที่คล้ายคลึงกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในเชิงทฤษฎี กล่าวคือเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่ส่งเสริมให้บุคคลลงมือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสะท้อนบทบาทดังกล่าวแทนการเพิ่มองค์ประกอบ Cues to Action แยกต่างหาก

.



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่สังกัด โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 130 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568 ณ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Thorndike (1978)[11] โดยใช้สูตร (n = 10k + 50) เมื่อกำหนดตัวแปรที่ศึกษา 4 ตัว คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล ความรู้การป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลสุทธาเวช เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาของโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยในทุกแผนก หน่วยงานผู้ป่วยนอกทุกแผนก พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกปฐมภูมิ (PCU: Primary Care Unit) พยาบาลไตเทียม หอผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด หรือหน่วยสังกัดงานเฉพาะด้าน และสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ หรือลาอบรมมากกว่า 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้มีการขอความอนุเคราะห์และตอบรับอนุมัติให้ใช้เครื่องมือ ซึ่งพัฒนาโดย นางสรัญญา กุลวงศ์ (2552)[12] เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน รวมจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบระบุคำตอบ และแบบตัวเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก และด้านลบแบบมีตัวเลือกให้ตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14 ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 7 ให้คะแนนในทางตรงกันข้าม กล่าวคือตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ให้ 1 คะแนน การแปลผลโดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของเสรี ลาซโรจน์[13] พิจารณาคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ (80 – 100) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ (60-79) ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ (0-59)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ 6 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ 7 ข้อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 31 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับการให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6, 9, 10, 11, 13-19 และ 27-31 ให้คะแนนตรงตามระดับที่ตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ 7, 8, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26 (ครอบคลุมข้อคำถามด้านการรับรู้อุปสรรคทั้งหมด) เป็นข้อความที่มีทิศทางตรงกันข้ามกับความเชื่อด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ จึงต้องกลับคะแนน (reverse score) ก่อนนำไปรวมกับข้อคำถามอื่น กล่าวคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน เมื่อกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบเรียบร้อยแล้ว จึงนำคะแนนทุกข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้าน และภาพรวม โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น การแปลผลโดยประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977)[14] แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มีการรับรู้ระดับสูง (3.67-5.00คะแนน) การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และการรับรู้ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ 5 ข้อ รวมการสนับสนุนด้านสังคม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลผลการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] คือมีการรับรู้ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และการรับรู้ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล แบ่งออกเป็นด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากการถูกเข็มหรือของมีคมที่ใช้กับผู้ป่วยทิ่มตำ 6 ข้อ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล 9 ข้อ และการล้างมือที่ถูกต้อง 4 ข้อ ประกอบด้วย รวมทั้งสิ้นจำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือก 5 ระดับ จาก 1-5 (ไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติทุกครั้ง) ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ1-4 และข้อ 6-19 โดยการคิดคะแนนคือไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 ซึ่งเป็นข้อความที่มีทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงต้องกลับคะแนน (reverse score) ก่อนนำไปรวมกับข้อคำถามอื่น กล่าวคือ ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน จนถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 1 คะแนน การแปลผลโดยประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977)[14] แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และพฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2-5 ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และได้นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item – Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.8-1.00

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try-out) กับพยาบาลในหน่วยงานเฉพาะด้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (ส่วนที่ 2) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด (dichotomous items) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 (Kuder-Richardson 20) ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ (ส่วนที่ 3-5) ซึ่งเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละส่วน เท่ากับ 0.73, 0.83, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 412-305/2568 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2568 และได้ทำหนังสือขออนุญาตในการดำเนินการและเก็บข้อมูล จากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล มีเพียงผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับมอบหมายเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแจกแบบสอบถามจำนวน 90 ชุด โดยประสานงานผ่านหัวหน้าหน่วยงาน ในการเก็บข้อมูลโดยระบุคุณสมบัติผู้ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยใช้เวลาตอบคำถามแต่ละชุด 15-20 นาที จากนั้นในหน่วยงานส่งแบบสอบถามคืน ซึ่งได้รับคืน 90 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 100

3. ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบ ความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับที่ตอบแล้วจนครบตามจำนวน จากนั้นนำมาลงรหัส (Coding) แล้วนำข้อมูลมาบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ของแบบสอบถามและเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยด้านชีวสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน (แบบสอบถามส่วนที่ 1) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้มาตรวัดแบบนามบัญญัติและมาตรวัดแบบระดับเรียงอันดับ ผู้วิจัยใช้วิธีการประมวลผลทางสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. การวิเคราะห์ความรู้การป้องกันการติดเชื้อ ในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการพยาบาล โดย (แบบสอบถามส่วนที่ 2 – ส่วนที่ 5) โดยใช้วิธีการประมวลผลทางสถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและสรุปผลการดำเนินการวิจัย

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlations)[15] เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแปลผลความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย 5 ระดับดังนี้[16] ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.81 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.61-0.80 มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.41-0.60 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.20-0.40 มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำกว่า 0.20 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านชีวสังคม

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 33.60 ปี (SD 6.51) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 57.78 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาเฉลี่ย 9.07 ปี (SD 6.33)

2. ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 85.56 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 14.44 โดยมี $\bar{x}$ =12.78, SD = 1.07

3. ความเชื่อทางด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมี $\bar{x}$ = 4.46, SD = 0.32 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ในทุกด้านมีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านเรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 4.87,

SD = 0.26) ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 4.57, SD = 0.32) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($\bar{x}$ =4.53, SD = 0.47) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 4.39, SD = 0.58) และด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 3.86, SD = 0.62) ตามลำดับ

4. การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.40, SD= 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงความสำคัญค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ($\bar{x}$ = 4.48, SD= 0.57) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$ = 4.36, SD=0.62) และด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{x}$ = 4.35, SD= 0.65) ตามลำดับ

5. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.63, SD = 0.29) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คำถามส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมด ยกเว้นเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การใส่ถุงมือเมื่อมือมีบาดแผลก่อนให้การพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.97, SD = 0.18) รองลงมาคือ การสวมผ้าปิดปาก-จมูกขณะดูดเสมหะให้ผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 4.92, SD = 0.27) และการสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 4.91, SD = 0.29) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การสวมปลอกเข็มกลับคืนโดยใช้มือจับปลอกเข็มหลังใช้เข็มเจาะเลือดหรือฉีดยา ($\bar{x}$ = 3.60, SD = 1.66) ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบที่ผ่านการกลับคะแนน (reverse score) และเป็นข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งยังมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุดในบรรดาข้อคำถามทั้งหมด

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีช่องว่างในทางปฏิบัติที่ควรได้รับการเสริมสร้างเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการจัดการเข็มและของมีคมหลังใช้งานอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n=90)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	*p*-value	แปลผล
-ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล	-.056	0.603	ไม่มีความสัมพันธ์
-ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล	.088	0.412	ไม่มีความสัมพันธ์

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	*p*-value	แปลผล
-ความเชื่อด้านสุขภาพ	.236*	0.025	ค่อนข้างต่ำ
-การสนับสนุนทางสังคม	.249*	0.018	ค่อนข้างต่ำ

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

*. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการติดเชื้อ และด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (r_s =0.249, r_s =0.236 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน (n=90)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	*p*-value	แปลผล
-ความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม	0.236*	0.025	ค่อนข้างต่ำ
-รายด้าน			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	0.076	0.475	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.087	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	0.124	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ต่ออุปสรรค	.282**	0.007	ค่อนข้างต่ำ
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.242*	0.022	ค่อนข้างต่ำ

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

*. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (r_s = 0.236) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r_s = 0.282, r_s = 0.242 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน (n=90)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล		
	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r_s)	*p*-value	แปลผล
-การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.249*	0.018	ค่อนข้างต่ำ
-รายด้าน			
-การสนับสนุนด้านอารมณ์	.212*	0.045	ค่อนข้างต่ำ
-การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.226*	0.033	ค่อนข้างต่ำ
-การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์	.227**	0.008	ค่อนข้างต่ำ

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

*. แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ $p< 0.05$ (r_s = 0.249) รายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาล อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ $p< 0.05$(r_s = 0.227, r_s = 0.226 และ r_s = 0.212 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (Effect Size) ด้วยค่าประมาณสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ (r_s^2) ซึ่งเป็นการประมาณค่าโดยเทียบเคียงกับแนวคิดสัมประสิทธิ์การกำหนดของเพียร์สัน มิใช่ค่าที่แม่นยำเช่นเดียวกับการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น เนื่องจากเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนซึ่งคำนวณจากอันดับของข้อมูล พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติล้วนอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค (r_s^2 = 0.282^2 = 0.0795 หรือประมาณร้อยละ 7.95) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (r_s^2 = 0.242^2 = 0.0586 หรือประมาณร้อยละ 5.86) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (r_s^2 = 0.249^2 = 0.0620 หรือประมาณร้อยละ 6.20) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (r_s^2 = 0.227^2 = 0.0515 หรือประมาณร้อยละ 5.15) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (r_s^2 = 0.226^2 = 0.0511 หรือประมาณร้อยละ 5.11) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ (r_s^2 = 0.212^2 = 0.0449 หรือประมาณร้อยละ 4.49) ตามลำดับ แสดงว่าแม้ตัวแปรดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อได้เพียงประมาณร้อยละ 4-8 เท่านั้น สะท้อนว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกจำนวนมากที่ร่วมกำหนดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลนอกเหนือจากตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อ

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญ p< 0.05 ซึ่งเมื่อพิจารณาอาจดูขัดแย้งกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ดั้งเดิมที่คาดว่าการรับรู้อุปสรรคควรมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบทของการศึกษาประกอบกับการที่ข้อคำถามด้านลบผ่านการกลับคะแนนก่อนนำมาวิเคราะห์ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ในเชิงทฤษฎี ตามแนวคิด Rosenstock[10] ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเองทั้งนี้ เพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่เสี่ยงเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับจารุวรรณ พฤทธยานันต์[17] ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ประเทศไทย ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ p< 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแล[18] ที่พบว่าแม้การรับรู้อุปสรรคตามสภาพจริงจะเป็นสิ่งขัดขวางการปฏิบัติตัว แต่ความเชื่อว่าจะได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปทำให้ผู้ดูแลยังคงพยายามปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดีของเด็ก เช่นเดียวกับ Jones et al.[19] ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคร่วมกับการมีเป้าหมายรู้เท่าทันภัยคุกคามเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข และเสนอว่ากลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมควรมุ่งเน้นการช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคมากกว่าการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์หรือความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว ซึ่งตรงกับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติของการศึกษานี้ที่ควรเน้นการลดอุปสรรคเชิงระบบควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากสายพิณ บุญศรีและคณะ[20] ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองการศึกษาดังกล่าวเป็นผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปที่ปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองโดยลำพัง เมื่อรับรู้อุปสรรคมากจึงมีแนวโน้มลดพฤติกรรมลงได้ง่าย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ การนิเทศงาน และการสนับสนุนจากหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง อุปสรรคที่รับรู้จึงไม่ได้นำไปสู่การลดพฤติกรรม แต่กลับสะท้อนถึงความตั้งใจปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างครบถ้วนดังที่อธิบายข้างต้น

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ตามแนวคิดของ Rosenstock[10] แรงจูงใจด้านสุขภาพหมายถึง ความปรารถนาหรือความพร้อมของบุคคลในการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการลงมือปฏิบัติเพื่อรักษาหรือส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ดังนั้น เมื่อพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอย่อมมีความพร้อมและความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณียาภรณ์ จันทรและคณะ[21] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น พบว่าเมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพย่อมมีความพร้อมและตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องอันสะท้อนถึงแรงจูง

ในด้านสุขภาพที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรพันธ์ อินยาพงษ์และคณะ[22] ที่พบว่า เมื่อมีการได้รับคำแนะนำและการยอมรับจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานอย่างเหมาะสม ย่อมเสริมสร้างความตั้งใจและความพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zinatsa et al.[23] ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลปฐมภูมิในแอฟริกาใต้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจที่มีระดับต่ำสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้อำนาจ ทัศนคติเชิงลบของบุคลากรสาธารณสุข

3. การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะเรื่องถุงมือที่ใช้ขณะเจาะเลือดหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4.64) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ผ้ายางกันเปื้อนสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก (4.28) ซึ่งแม้จะต่ำกว่ารายการอื่นแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง แสดงว่าอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้บ่อย เช่น ถุงมือ มีความพร้อมมากกว่าอุปกรณ์ที่ใช้เฉพาะบางสถานการณ์เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (r_s = 0.227, p = 0.008) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่ดำเนินงานภายใต้เกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงมีระบบจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อพื้นฐาน เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย ให้แก่บุคลากรอย่างเพียงพอในระดับหนึ่งอยู่แล้ว พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จึงรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนด้านนี้ในระดับสูงใกล้เคียงกันทั้งกลุ่ม ความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจึงอาจถูกอธิบายด้วยปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ได้เพียงบางส่วน มากกว่าจะเป็นตัวแปรหลักที่กำหนดพฤติกรรมดังเช่นในบริบทที่วัสดุอุปกรณ์ขาดแคลน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zinatsa et al.[22] ที่พบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะเมื่อการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งตรงข้ามกับบริบทของโรงพยาบาลสุทธาเวชที่มีอุปกรณ์เพียงพอ จึงไม่เห็นผลอุปสรรคเด่นชัดต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของการศึกษานี้ เช่นเดียวกับปฐวิกานต์ เกิดสวัสดิ์และคณะ[24] ที่พบว่าการเข้าถึงวัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญ p< 0.05 (r_s = 0.268) ซึ่งใกล้เคียงกับผลที่พบในการศึกษานี้

โดยสรุปการมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียวหรือปัจจัยหลัก เพราะเมื่ออุปกรณ์เพียงพอสำหรับทุกคนอยู่แล้ว ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจึงออกมาในระดับที่ไม่สูงมากนัก

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.36) โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการได้รับการอบรมความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากโรงพยาบาล (4.46) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการมีคู่มือหรือเอกสารสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ (4.26) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.226, p = 0.033) แต่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ แสดงว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน

การติดเชื้อจริง แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับจิรพันธ์ อินยาพงษ์และคณะ[22] ที่พบว่าการได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่ถูกต้องช่วยสร้างการรับรู้ที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และสอดคล้องกับราตรี คงเจริญ[25] ที่พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร เนื่องจากข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงาน แต่ทั้งสองการศึกษาก็ระบุตรงกันว่าข้อจำกัดด้านงบประมาณ เวลา และกำลังคน อาจทำให้บุคลากรบางส่วนได้รับการสนับสนุนด้านนี้ไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในการศึกษานี้อยู่ในระดับไม่สูงมากนัก

5. การสนับสนุนด้านอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.35) โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (4.46) รองลงมาคือ การได้รับความช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงาน (4.39) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากผู้บริหารโดยตรง (4.24) ซึ่งแม้จะต่ำกว่ารายการอื่นแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าพยาบาลรู้สึกได้รับกำลังใจจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานในระดับปฏิบัติการมากกว่าจากผู้บริหารระดับสูง เมื่อดูความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 0.212, p< .05) แต่เป็นค่าความสัมพันธ์ที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัสดุอุปกรณ์ แสดงว่าการให้กำลังใจและความเอาใจใส่จากเพื่อนร่วมงานมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจริง แต่มีน้ำหนักน้อยกว่าการได้รับข้อมูลหรืออุปกรณ์ที่จับต้องได้โดยตรงสอดคล้องกับ จิรพันธ์ อินยาพงษ์และคณะ[22] ที่พบว่า เมื่อเพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี มีพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน มีการปฏิบัติเป็นต้นแบบเพื่อนเสริมแรงจูงใจ และสร้างการยอมรับจากการปฏิบัติตามบรรทัดฐานขององค์กร เพื่อป้องกันการติดเชื้อสอดคล้องกับถนัด อาวารุลหัก[26] ศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอแว้ง จังหวัดนราธิวาส ที่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่สามารถกระตุ้นพฤติกรรมการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน เป็นการให้กำลังใจ ในการเสริมแรงที่ส่งผลให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดี และการสนับสนุนทางสังคมนี้ส่งเสริมให้บุคลากรมีแนวโน้มในการให้บริการทางสุขภาพด้วยพฤติกรรมที่ดี

6. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ (r_s = 0.088, p = 0.412) ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล (r_s = -0.056, p = 0.603) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (r_s = 0.076, p = 0.475) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ (r_s = 0.087, p = 0.241) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ (r_s = 0.124, p = 0.241) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ (p> .05) ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในด้านเหล่านี้อยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมด (ความรู้ร้อยละ 85.56 อยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 4.53 การรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ย 3.86 และการรับรู้ประโยชน์เฉลี่ย 4.87 จากคะแนนเต็ม 5) ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์คะแนนเพดาน (Ceiling Effect) กล่าวคือ เมื่อคะแนนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน ความแปรปรวนของตัวแปรจึงมีน้อย ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ที่คำนวณได้มีแนวโน้มต่ำหรือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ในทางทฤษฎี HBM ตัวแปรเหล่านี้ควรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพก็ตาม สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อนั้น อาจเนื่องจากโรงพยาบาลสุทธาเวชมีการฝึกอบรมและทบทวนความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอและเป็นมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานจึงไม่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาไม่นาน ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้หรือการรณรงค์สร้างความตระหนักเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานความรู้และการรับรู้อยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันอยู่แล้ว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการแปลผล ประการแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน (Ceiling Effect) ซึ่งอาจลดความสามารถในการจำแนกความแตกต่างระหว่างบุคคล และส่งผลให้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าต่ำกว่าความเป็นจริง ประการที่สอง การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุทธาเวชเพียงแห่งเดียว (n = 90) ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังบริบทของโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดหรือทรัพยากรแตกต่างกันได้ทั้งหมด ประการที่สาม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการรายงานพฤติกรรมที่สังคมพึงประสงค์ (Social Desirability Bias) และประการสุดท้าย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ ณ จุดเวลาเดียว (Cross-sectional) จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุทธาเวชมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระดับสูงโดยรวม โดยการรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพในกลุ่มความเชื่อด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งสามด้าน (อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความรู้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากคะแนนของกลุ่มตัวอย่างในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันจนเกิดปรากฏการณ์คะแนนเพดาน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการลดอุปสรรคเชิงระบบในการปฏิบัติงาน การเสริมสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน มากกว่าการเน้นให้ความรู้เพิ่มเติมเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการลดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสูงที่สุดในกลุ่มความเชื่อด้านสุขภาพ (r_s = 0.282) ผู้บริหารโรงพยาบาลสุทธาเวชควรทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงานที่พยาบาลรับรู้ว่ายุ่งยากหรือเสียเวลา

เช่น การจัดวางอุปกรณ์ป้องกันให้อยู่ในตำแหน่งที่หยิบใช้ได้สะดวกและใกล้จุดให้บริการ เพื่อลดความรู้สึกว่าการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อเป็นภาระเพิ่มเติมในการทำงาน

2. ควรจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้พยาบาลตระหนักถึงคุณค่าของการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การยกย่องหรือมอบรางวัลแก่หน่วยงานหรือบุคคลที่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจเชิงบวกในระยะยาว ถือเป็นการเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพ

3. ด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่าทั้งสามด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ ควรดำเนินการดังนี้ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ด้านการป้องกันเฉพาะเมื่อเกิดความเสี่ยงสูง และให้เพียงพอพร้อมใช้งาน เทียบเท่ากับอุปกรณ์พื้นฐานที่มีอยู่แล้วในระดับสูง มีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คู่มือหรือเอกสารประกอบการอบรม เพื่อให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองภายหลัง ส่งเสริมการแสดงออกถึงการสนับสนุนและให้กำลังใจบุคลากรจากผู้บริหารระดับสูง ไม่เพียงจากผ่านหัวหน้างานเท่านั้น

4. จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในด้านเหล่านี้อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว จึงชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้หรือการรณรงค์สร้างความตระหนักเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม องค์กรจึงควรปรับกลยุทธ์จากการเน้น "ให้ความรู้เพิ่ม" ไปสู่การ "ลดอุปสรรคเชิงระบบ" และ "เพิ่มการสนับสนุนที่จับต้องได้" จึงจะส่งผลต่อพฤติกรรมได้ชัดเจนกว่า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติม ในลักษณะติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เพื่อทดสอบว่าการปรับปรุงการสนับสนุนทางสังคมและการลดอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะข้างต้น ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อดีขึ้นจริงหรือไม่ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (correlation) ณ จุดเวลาเดียว จึงไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้โดยเฉพาะการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม (Intervention Program) ที่มุ่งเน้นการลดอุปสรรคเชิงระบบและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม แล้วนำไปทดลองใช้จริงเพื่อประเมินประสิทธิผลก่อนขยายผลในวงกว้าง

2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังโรงพยาบาลอื่นหรือหลายแห่งเพื่อเปรียบเทียบบริบท เนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลสุทธาเวชแห่งเดียว (n = 90) ผลที่ได้จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังบริบทของโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดหรือทรัพยากรแตกต่างกัน

3. ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจเหตุผลเชิงลึกว่าเหตุใดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงจึงไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลกลุ่มนี้ ทั้งที่ตามทฤษฎี HBM ควรมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจช่วยอธิบายกลไกที่ซ่อนอยู่ได้ดีกว่าการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. HIV and AIDS [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Aug 10]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

2. Department of Disease Control, Institute for Urban Disease Control and Prevention. Report on surveillance diseases in Bangkok Metropolitan Area, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 10]. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1291220220701064632.pdf. (in Thai)
3. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 May 14]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
4. World Health Organization. The burden of health care-associated infection worldwide [Internet]. 2010 [cited 2026 May 9]. https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-burden-of-health-care-associated-infection-worldwide
5. Chaiyoyingyong R, Wihokhan P, Siriphan K. Reporting of needle stick injuries, sharp injuries, and exposure to body fluids among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Suphanburi Boromarajonani College of Nursing*. 2022;5(1):49-66. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/258442/176109. (in Thai)
6. Wongraksat S, Suteerasarn S. Factors related to the prevalence of needle stick and sharp injuries among nursing personnel at Thammasat University Hospital. *Thammasat University Hospital Journal*. 2016;1(1):26-41. (in Thai)
7. Hospital Infection Prevention and Control Committee, Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. Minutes of the Hospital Infection Prevention and Control Committee Meeting, March 2026. Maha Sarakham: Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University; 2026. (in Thai)
8. Phanthong C. Knowledge, attitudes, and behaviors regarding infection prevention and control among professional nurses in Nam Som District, Udon Thani Province. *Journal of Nursing, Health, and Education*. 2021;4(3):13-22. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/253588. (in Thai)
9. Pichiansathian W. Strategies to promote healthcare personnel compliance with infection prevention and control practices in hospitals. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2024;11(1):5-19. (in Thai)
10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-35.
11. Phako R. *Nursing research: Concepts to application*. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)

12. Kulawong S. Factors affecting behaviors of professional nurses in self-protection of infective diseases in hospitals in Ubon Ratchathani Province [master's thesis]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2009. (in Thai)
13. Lasaroj S. Criteria and methods of organizing and evaluating educational assessment in schools. In: Educational measurement and evaluation administration and management: course document, units 1-7. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press; 1992. p. 65-8. (in Thai)
14. Best JW. *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
15. Suwan P, Wisetsanguan A. *Research and data analysis using SPSS version* 20. Bangkok: SE-EDUCATION Public Company Limited; 2012. (in Thai)
16. Taweerat P. *Research methods in behavioral and social sciences*. Bangkok: Educational and Psychological Test Bureau, Srinakharinwirot University Prasarnmit; 1997. (in Thai)
17. Pruettayanan J. Selected factors related to coronavirus disease 2019 prevention behaviors among Thailand emergency medical volunteers [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2022. (in Thai)
18. Wattanasuntorn P. Health belief model affecting fever management among caregivers [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2022. http://ir.buu.ac.th/dspace/handle /1513/609. (in Thai)
19. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The health belief model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Commun*. 2015;30(6):566-576. doi:10.1080/10410236.2013.873363
20. Boonsri S, Wongpiriyayothar A, Meetian N. The relationships between health beliefs and infection prevention behaviors among patients with lung cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal CMU*. 2023;50(3):163-73. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ cmunursing/article/view/263881 (in Thai)
21. Chan U, Sanpat P, Sananruangsak S. Predictive factors of coronavirus disease 2019 preventive behaviors among early adolescents. *Journal of Suphanburi Boromarajonani College of Nursing*. 2023;6(2):82-95. (in Thai)
22. Inyaphong J, Krainuwat K, Nakakasian P. Predictive factors of tuberculosis infection prevention and control behaviors among professional nurses in Health Region 10, Ministry of Public Health. *Journal of Disease Prevention and Control Office* 10, Ubon Ratchathani. 2024;22(2):25-36. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article /view/268243. (in Thai)

23. Zinatsa F, Engelbrecht M, van Rensburg AJ, Kigozi G. Voices from the frontline: barriers and strategies to improve tuberculosis infection control in primary health care facilities in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:269. doi:10.1186/s12913-018-3083-0.
24. Koedsawat P, Netsrithong S, Sutheeprasert T, Siripaiboon C. Self-protection behaviors against COVID-19 among public health personnel working in subdistrict health promoting hospitals, U Thong District, Suphan Buri Province. *Journal of Public Health and Innovation.* 2022;2(3):98-113. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/article/view/254959 (in Thai)
25. Kongcharoen R. Factors influencing service behaviors among personnel at Kui Buri Hospital, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2023;3(3):84-94. (in Thai)
26. Awarunlak T. Perception factors and social support among caregivers of patients with schizophrenia related to medication adherence behaviors of patients with schizophrenia in Waeng District, Narathiwat Province. *Academic Journal of the Department of Health Service Support*. 2019;15(2):42-50. (in Thai)