



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน 2561

## วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

### วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ความคิดของมวลสมาชิกเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. ก่อให้เกิดพลังสามัคคีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิก เกิดความตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรวิชาชีพพยาบาล

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

### การสมัครสมาชิก

ให้กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 โดยมีอัตราค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม)
- 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม)
- 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) (ท่านที่ประสงค์จะสั่งซื้อรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท)

**เจ้าของ:** สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ  
**สำนักงาน:** อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 110 ถนนอินทวิโรจโรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200  
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

**ที่ปรึกษา:** รศ.เจียรนัย โพธิ์ไทรย์  
**บรรณาธิการ:** ผศ.ดร.ปรารธนา ลังการ์พินธุ์  
**ผู้ช่วยบรรณาธิการ:** อ.พูนพิลาศ โรจนสุพจน์  
**กองบรรณาธิการ:** ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธ์ อ.ดร.จินตวีร์พร แป้นแก้ว  
ผศ.ดร.อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณณ ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม  
อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ

### ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Review)

รศ.ลาวัลย์ สมบูรณ์	อ.ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ	อ.ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์
รศ.สิริรัตน์ จันทรมะโน	อ.ดร.สุธิดา พงษ์พันธ์งาม	อ.ดร.สุวัฒนา คำสุข
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม	อ.ดร.แสงเดือน พรหมแก้วงาม	อ.ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน
อ.ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์	อ.ดร.ชุตินา สืบวงศ์สี	อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ
อ.ดร.สมปรารธนา สุตไฉนาค	อ.ดร.ประภาพร มโนรัตน์	
อ.ดร.อัศนี วันชัย	อ.ดร.ศรีสุดา งามขำ	

## สารบัญ

การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล Management of Diabetic Foot Ulcers: The Nurses' Roles ชยพล ศิรินิยมชัย                      Chayaphon Siriniyomchai	1
แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด The process of treatment among drug dependent patient. ศิริรัตน์ นิตยวัน                      Sirirat Nitayawan นภัตสรณ์ รังสิเวโรจน์                      Napatsorn Rungsiwaroj อรัญญา แพจ้อย                      Aranya Phajuy	15
การศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสาทระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล An Inter-rater Reliability Study of the Pediatric Nursing Skill Assessment Form at Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong between Nursing Instructors and Nursing Students พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา                      Porntip Siriboonpipattana เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์                      Ruangrit Thoraphan วิศรียาพรรณ สืบศิรินุกูล                      Wisariyapan Suebsirinukul วรรณฤดี เขาว์ศรีกุล                      Wanaruedee Chouwsrikul สกุลสุภา อภิจักร์บุญโชค                      Sakonsupa Apichutboonchock ธิดารัตน์ ทองहन                      Tidarat Tongnoon	28
ประสิทธิผลการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์ Effectiveness of Implementing the Ventilator Care Bundle in Adult Critical Care Units Nakornping Hospital อิสริย์ ตระกูลพานิชย์กิจ                      Issaree Trakoonpanichkit ชนกพร อุตตะมะ                      Chanokporn Uttama นาฏยา เอื้องไพโรจน์                      Nataya Uangpairoj ดรุณี ไชยวงศ์                      Darunee Chaiwong จรรยา กาวีเมื่อง                      Chanya Kaweemuang	39
ความพึงพอใจต่อการใช้หลักฐานอ้างอิงในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ The Satisfaction of Using of Evidence in Teaching and Learning in Adult Nursing ปรารถนา ลังการ์พินธุ์                      Prathana Langkarpint	61

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 71  
Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai  
คณิศฉัตร วุฒิศักดิ์สกุล Khanitchat Wuttisaksakul

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 84  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน  
Development of a competency framework for Palliative Care Nurses at Maharaj  
Nakorn Chiang Mai Hospital and eight Network Hospitals in Northern Thailand.  
อัมภวรรณ ใจเปีย AmpawanJaipear  
อุบล บัวชุม UbolBourchom  
พายุรี ชมพูแก้ว PayureeChompukaew

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน 100  
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
Effects of a Self-efficacy Enhancement by Using Buddy System Program on  
Self-care Behaviors and HemoglobinA1C among Patients with Diabetes  
Mellitus, Type 2  
ประภัสสร ไชยชนะ Prapatsorn Chaichana  
จุฑามาศ กิติศรี Chuthamat Kitisri

## บรรณาธิการ

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 นี้ ประกอบด้วยบทความที่น่าสนใจรวมจำนวน 8 เรื่อง เป็นบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

- 1) การศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล
- 2) ประสิทธิภาพการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์
- 3) ความพึงพอใจต่อการใช้หลักฐานอ้างอิงในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
- 4) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
- 5) การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน และ 6) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการอีกจำนวน 2 เรื่องคือ

- 1) การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล และ
- 2) แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ขอขอบคุณสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ นักวิจัย นักวิชาการ และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ได้ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอเชิญชวนทุกท่านได้ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการมายังสมาคมแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เพื่อตีพิมพ์ ในฉบับต่อไป ซึ่งจะเป็นฉบับที่ 2 ของปี 2561

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารณา ลังการ์พินธุ์  
บรรณาธิการ



# การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล

## Management of Diabetic Foot Ulcers: The Nurses' Roles

ชยพล ศิรินิยมชัย พย.ม.\* Chayaphon Siriniyomchai, M.N.S\*

### บทคัดย่อ

แผลเท้าเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน มีสาเหตุมาจากจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม หลอดเลือดส่วนปลายที่เท้าตีบตัน แรงกดทับและการบาดเจ็บของเท้า รวมถึงการติดเชื้อของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชา ไม้มีความรู้สึกเจ็บปวด เกิดภาวะเท้าผิดรูป นำไปสู่การตัดขาในที่สุด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวาน เพื่อลดการถูกตัดเท้า ลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเท้าเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

คำสำคัญ: การจัดการ แผลเท้าเบาหวาน บทบาทของพยาบาล

### Abstract

Diabetic foot ulcer is a significant complication of diabetic patients caused by peripheral neuropathy, peripheral arterial disease, pressure and injury of the patients' foot. Other causes include infection in poor control of blood sugar level, foot neuropathy, painless sensation, and foot deformity which lead to foot amputation. Diabetic foot ulcer has a great impact on diabetic patients. These are physical, mental, quality of life, and increasing family's burden. This article aims to present the roles of nurses in managing diabetic foot ulcers, to reduce the rate of foot amputation, death, and cost of medical treatment, which improve quality of life in diabetic patients with foot ulcers.

**Keywords:** Management, Diabetic Foot Ulcers, Nurses' Roles

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

\* Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม เป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลงหรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง<sup>1</sup> ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์จำนวนผู้เป็นเบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานโลกพบว่าการคาดการณ์ว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 415 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 เป็น 642 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2040<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยคาดการณ์ว่าระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2563 จะพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 501,299 - 553,941 คน/ปี และจะมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจำนวน 8.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563<sup>3</sup> จากจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (diabetic neuropathy)<sup>4</sup> การที่มีภาวะประสาทส่วนปลายเสื่อม จะส่งผลทำให้เกิดเท้าผิดปกติทำให้เกิดภาวะเท้าเบาหวานขึ้น<sup>4</sup>

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามเท้าเบาหวาน (diabetic foot) ว่าเป็นกลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม และ/หรือ เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน ก่อให้เกิดบาดแผล ติดเชื้อ และนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่การทำงานของเท้า หรือการตัดขาได้<sup>5</sup> ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้จากการติดเชื้อจากแผลที่เท้า<sup>6-7</sup> จากการศึกษาาระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเท้าเบาหวานที่ถูกตัดเท้าหรือขา ณ โรงพยาบาลศิริราชพบว่า มีผู้ถูกตัดเท้าและขาเนื่องจากเท้าเบาหวานจำนวน 204 คน ร้อยละ 59.8 ของผู้ป่วยเบาหวานถูก

ตัดที่ระดับนิ้วเท้า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (ร้อยละ 84.3) มีผู้เสียชีวิต 13 คน (ร้อยละ 6.4) ใช้ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 32.5 วัน มีค่าใช้จ่ายทางตรงเฉลี่ย 80,490 บาท<sup>8</sup> ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ผู้เขียนจึงได้จัดทำบทความฉบับนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเท้าเบาหวาน และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานและการช่วยส่งเสริมการหายของแผลเท้าเบาหวาน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเท้าเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

## ความหมายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลเท้าเบาหวาน

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์ในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) ซึ่งเกิดจากการที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานาน ทำให้ความสามารถในการเป็นเนื้อเยื่อเหนียวนำสัญญาณไฟฟ้า (conductive tissue) เสียไป การส่งสัญญาณประสาท (nerve impulse) ไปยังเซลล์ประสาท (neuron) ถัดไปทำงานได้ช้าลง นำไปสู่การเกิดภาวะปลายประสาทเสื่อมได้ในที่สุดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า<sup>4</sup> ซึ่งการเสื่อมของเส้นประสาทจะเกิดทั้งเส้นประสาทรับความรู้สึก เส้นประสาทควบคุมกล้ามเนื้อและเส้นประสาทอัตโนมัติ ส่งผลทำให้เท้าผิดปกติ การกระจายของน้ำหนักที่ฝ่าเท้าผิดปกติ เกิดแรงกดซ้ำๆ ในตำแหน่งที่มีการรับน้ำหนักตลอดเวลาทำให้เกิดมีหนังหนา (callus) ขึ้น ร่วมกับภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน (peripheral vascular disease) จากการศึกษาที่มีระดับน้ำตาลเลือดสูงทำให้มีน้ำตาลมาเกาะที่เม็ดเลือดแดง ทำให้การปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปยังเนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน ผนัง



หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบแคบหนาตัว และอุดตัน<sup>4</sup> ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่เท้าลดลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด จากภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงตลอดเวลาส่งผลทำให้ขัดขวางกระบวนการหายของแผล ส่งผลให้ไม่มีการเจริญของเยื่อบุผิวหนัง (epithelialization) มาปกคลุมปิดแผลที่เท้าภายในระยะเวลาที่แผลควรจะหาย ทำให้กลายเป็นแผลเรื้อรังร่วมกับการติดเชื้อที่แผลที่เท้า ส่งผลทำให้มีโอกาสดูกัดเท้าเพิ่มสูงขึ้น<sup>4,9-12</sup> ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวานควรเริ่มจากบทบาทของพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลเท้าเบาหวาน

### บทบาทของพยาบาลในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลเท้าเบาหวาน

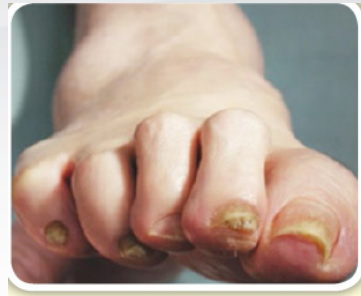
พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยมีเป้าหมายหลักในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. 2556<sup>13</sup> ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560<sup>14</sup> ที่ได้ให้ความสำคัญในการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการตรวจเท้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การซักประวัติการเกิดแผลที่เท้า การตรวจลักษณะเท้า การประเมินการรับรู้ความรู้สึก การประเมินระบบการไหลเวียนที่เลี้ยงขาและเท้า และการประเมินพฤติกรรมในการดูแลเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายละเอียดมีดังนี้

**การซักประวัติ** ซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่การเคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา เท้า หรือนิ้วเท้าทำให้จุดลงน้ำหนักของเท้าเปลี่ยนแปลงไปทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมานานจะส่งผลให้ประสาทส่วนปลายเสื่อม และการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดส่วนปลายได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ตาเป็นการเสื่อมของหลอดเลือดแดงเล็กที่จอร์รับภาพทำให้การมองเห็นลดลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนที่ไตทำให้หลอดเลือดแดงฝอยที่หน่วยไตเสื่อมลงส่งผลให้เกิดการคั่งของเสียในร่างกายทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เมื่อเกิดแผลที่เท้าทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้น<sup>4,12-15</sup>

**การประเมินลักษณะเท้าภายนอก** ตรวจลักษณะทั่วไปของเท้ามีผิวหนังที่เท้าขรุขระเป็นปกติหรือแห้งมีรอยแยกแตกของผิวหนังที่เท้าหรือไม่ สำรคว้ามมีหนังแข็ง (callus) หรือไม่ ตรวจเล็บว่าเล็บหนาซ้อนกัน แข็งงุ่มงองหรือไม่ ตัดเล็บถูกวิธีหรือไม่ มีเชื้อราบริเวณเล็บหรือตามซอกนิ้วหรือไม่ ตรวจดูสีผิวของเท้าว่าคล้ำหรือไม่ อุณหภูมิของเท้าอุ่นเป็นปกติหรือไม่ หรือเย็นผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ (motor neuropathy) และการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy) การตรวจเท้าเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการจะพบว่ารูปเท้ามีลักษณะเท้าผิดปกติ เช่น มีเท้าแบน (flat feet) ทำให้เกิดแรงกดที่ฝ่าเท้าเปลี่ยนไปทำให้เกิดแผลกดทับที่ฝ่าเท้าขึ้น นิ้วเท้างอจิกพื้น (claw toes) ทำให้เกิดแผลกดทับที่ปลายนิ้ว



รูปภาพที่ 1 เท้าแบน (flat feet)<sup>13</sup>



รูปภาพที่ 2 นิ้วเท้างอจิกพื้น (claw toes)<sup>13</sup>



รูปภาพที่ 3 การหนาตัวของผิวหนัง (callus)<sup>13</sup>



รูปภาพที่ 4 ภาวะ Charcot's foot<sup>13</sup>

นิ้วหัวแม่เท้าเก (hallux valgus) นอกจากนี้ จะพบการอ่อนแรงหรือลีบฝ่อของกล้ามเนื้อเท้า อีกทั้งทำให้เกิดจุดกดทับบริเวณฝ่าเท้า ในกรณีที่พบการหนาตัวของผิวหนังเป็นหนังแข็ง จะต้องให้ความสำคัญ เพราะมีโอกาสเกิดแผล (pre-ulcer lesion) จากแรงกดของผิวหนังที่หนาตัวขึ้นควรมีการจัดการหนึ่งหน้า บริเวณนั้นๆ โดยพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผ่านการอบรมเพื่อป้องกันการเกิดแผล สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมร่วมด้วย จะตรวจพบผิวหนังแห้งซึ่งส่งผลให้ผิวหนังแตกง่ายและเกิดแผลได้ ถ้าตรวจพบผิวหนังบริเวณเท้าอ่อน บวมแดง อาจมีการติดเชื้อ

ภายในข้อเท้าร่วมด้วยหรือมีการทำลายกระดูกเท้า และเกิดข้อต่อเท้าอักเสบเรื้อรังเรียกว่าภาวะ Charcot's foot ต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อรักษาแก้ไขภาวะดังกล่าว<sup>13-14</sup>

การตรวจเพื่อประเมินแรงกดที่ฝ่าเท้าในปัจจุบันคือการตรวจหาความผิดปกติของการลงน้ำหนักของฝ่าเท้าโดยใช้ Podoscope เพื่อประเมินแรงกดบนฝ่าเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ในตำแหน่งที่มีแรงกดมากโดยปรึกษานักกายภาพบำบัดในการช่วยวินิจฉัยแรงกดที่ฝ่าเท้า<sup>16</sup>



รูปภาพที่ 5 เครื่องวัดแรงกดที่เท้า Podoscope<sup>16</sup>



รูปภาพที่ 6 การดูแรงกดที่ฝ่าเท้าขณะยืนบนเครื่อง Podoscope<sup>16</sup>

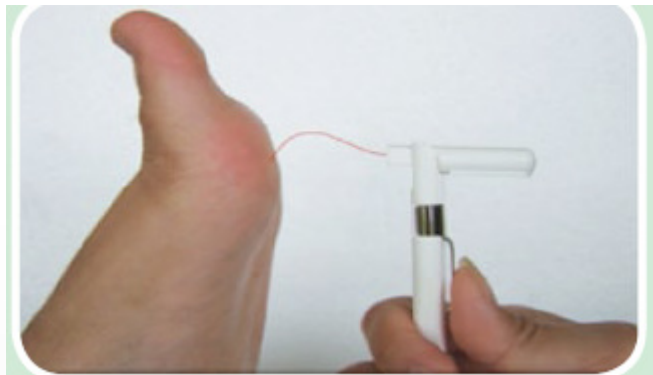
**การประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าในการป้องกันตนเองที่เท้า**

เป็นการประเมินความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย โดยการตรวจด้วย Semmes-Weinstein Monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) และบริเวณนิ้วหัวแม่เท้า 1 จุด และบริเวณหน้าเท้า จำนวน 3 จุด ได้แก่ ใต้นิ้วหัวแม่เท้า ใต้นิ้วกลางของ

เท้า และใต้นิ้วก้อยของเท้า ถ้าตำแหน่งที่จะตรวจมีหนังแข็ง แผล หรือแผลเป็นให้เลี่ยงไปตรวจที่บริเวณใกล้เคียง หากการรับรู้ความรู้สึกครบทั้ง 4 จุดถือว่าปกติ แต่ถ้าตรวจพบการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติอย่างน้อย 1 ตำแหน่งแปลผลว่าเท้าของผู้ป่วยเบาหวานสูญเสีย protective sensation<sup>13-14</sup>



รูปภาพที่ 7 ตำแหน่งที่ตรวจด้วย Monofilament<sup>13</sup>



รูปภาพที่ 8 การตรวจเท้าด้วย Monofilament<sup>13</sup>

**การประเมินหลอดเลือดที่เลี้ยงขาและเท้า**

โดยการสอบถามอาการปวดขา อาการปวดขาหลังการเดิน เมื่อพักแล้วจึงจะหาย (intermittent claudication) และคลำชีพจรบริเวณหลังเท้าด้านหน้า (dorsalis pedis) บริเวณหลังปุ่มกระดูกข้อเท้า

ด้านใน (posterior tibial) เพื่อประเมินภาวะการันอุดกั้นของหลอดเลือดแดงที่มีผลต่อการหายของแผลที่เท้า<sup>13-14</sup>

ปัจจุบันเมื่อไม่สามารถคลำชีพจรที่เท้าได้จะมีการส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือ

โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เพื่อทำการประเมิน Ankle- Brachial Index (ABI) เป็นการตรวจการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงเท้า โดยการหาอัตราส่วนระหว่างความดันโลหิตช่วงซิสโตลิกของข้อเท้าหารด้วยความดันโลหิตช่วงซิสโตลิกของแขน คำนวณค่า ABI โดยการใช้ค่าแรงดันเลือดซิสโตลิกของเท้าแต่ละข้างหารด้วยค่าแรงดันเลือดซิสโตลิกของแขนข้างที่สูงกว่า<sup>13</sup>

**การแปลผลค่า ABI**

- >1.30 ผิดปกติ หลอดเลือดแข็ง ไม่สามารถทำการกดหลอดเลือดได้ ควรส่งปรึกษาแพทย์
  - 0.90 – 1.30 ปกติ
  - 0.40 – 0.89 มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ควรส่งปรึกษาแพทย์
  - < 0.40 มีการขาดเลือดไปเลี้ยงรุนแรง จากการอุดตันของหลอดเลือดแดงควรส่งปรึกษาแพทย์
- การประเมินพฤติกรรมในการดูแลเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- ในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานของ

ผู้เขียน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการมีพฤติกรรมการดูแลเท้าและสวมรองเท้าที่ไม่ถูกต้องคือสวมรองเท้าแตะแบบคิบบ มีลักษณะผิวหนังเท้าแห้งแตกและมีคราบสกปรกติดบริเวณง่ามนิ้วเท้า ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย พยาบาลจะต้องประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลเท้าของผู้ป่วย<sup>15,17</sup>

**การจำแนกระดับความเสี่ยงและการจัดการต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน**

จากประสบการณ์ในการจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานของผู้เขียนร่วมกับแนวเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2556 และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 จะสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและการให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ดังตารางที่ 1<sup>13-14</sup>

**ตารางที่ 1** ระดับความเสี่ยงและการให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

<p><b>1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน</b></p> <p>ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้า ขา นิ้วเท้า ขณะประเมินไม่มีแผลที่เท้า ผิวหนังและรูปร่างเท้าปกติ การรับความรู้สึกที่เท้าทั้ง 4 จุดปกติเมื่อตรวจด้วย Semmes-Weinstein Monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) และคลำชีพจรเท้าได้ตามปกติ</p>
<p><b>การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงต่ำในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลหรือครอบครัวในเรื่องพฤติกรรมดูแลเท้า</li> <li>- ติดตามและประเมินพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมาตรวจตามนัด</li> <li>- แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันและความดันโลหิตให้เหมาะสม</li> <li>- แนะนำผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ และแนะนำให้สวมรองเท้าที่เหมาะสมคือหุ้มปลายนิ้วเท้า</li> <li>- นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดปีละครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าที่อาจเกิดขึ้น</li> </ul>
<p><b>2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน</b></p> <p>ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีประวัติแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา เท้า นิ้วเท้า และไม่มีเท้าผิดรูป แต่ตรวจพบการรับความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไปเมื่อตรวจด้วย Semmes-Weinstein Monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) และหรือคลำชีพจรที่เท้าเบาลง</p>

<p><b>การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลหรือครอบครัวในเรื่องพฤติกรรมการดูแลเท้า</li> <li>- ติดตามและประเมินพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมาตรวจตามนัด</li> <li>- แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันและความดันโลหิตให้เหมาะสม</li> <li>- แนะนำผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ และแนะนำให้สวมรองเท้าที่เหมาะสมคือหุ้มปลายนิ้วเท้า</li> <li>- นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดปีละครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าที่อาจเกิดขึ้น</li> <li>- ส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญวินิจฉัยเพิ่มเติม ในกรณีที่ตรวจพบซีพจรเท้าเบาลง หรือตรวจ ABI &lt;0.9</li> <li>- นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดทุก 3-6 เดือน</li> </ul>
<p><b>3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าเบาหวาน</b></p> <p>ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา เท้า นิ้วเท้า หรือมีการรับรู้สึที่เท้าผิดปกติ ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไปเมื่อตรวจด้วย Semmes-Weinstein Monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) และหรือ คล่าซีพจรที่เท้าเบาลง ร่วมกับพบเท้าผิดปกติ หรือการเคลื่อนไหวของข้อเท้าลดลงทำให้เท้ามีขนาดใหญ่ขึ้น</p>
<p><b>การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงสูงในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลหรือครอบครัวในเรื่องพฤติกรรมการดูแลเท้า</li> <li>- ติดตามและประเมินพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมาตรวจตามนัด</li> <li>- แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันและความดันโลหิตให้เหมาะสม</li> <li>- แนะนำผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ และแนะนำให้สวมรองเท้าที่เหมาะสมคือหุ้มปลายนิ้วเท้า</li> <li>- ส่งพบแพทย์เชี่ยวชาญวินิจฉัยเพิ่มเติม ในกรณีที่ตรวจพบซีพจรเท้าเบาลง หรือตรวจ ABI &lt;0.9</li> <li>- ประสานงานกับโรงพยาบาลที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานไปตัดรองเท้าตามเกณฑ์ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- ตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานอย่างละเอียดทุก 1-3 เดือน</li> </ul>

ในกรณีที่เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นแล้ว การเข้าใจกระบวนการหายของแผลที่เท้าจะช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมการหายของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

#### กระบวนการหายของแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน

เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนและดำเนินต่อเนื่องทับซ้อนกันไป โดยเริ่มต้นที่ที่มีแผลที่เท้าและต่อเนื่องใช้เวลาตั้งแต่ เป็นชั่วโมงเป็นวัน หรือเป็นเดือนก็ได้ ระยะการหายของแผลที่เท้าแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้<sup>15,17-18</sup>

**1. Hemostasis phases** ประกอบด้วย vasoconstriction, platelet aggregation และ thromboplastin รวมตัวกันเป็นก้อนในทันทีที่เกิด

บาดแผลที่เท้า องค์กรประกอบทางชีวเคมีแต่ละองค์ประกอบจะเรียงตัวอย่างเป็นระเบียบเพื่อซ่อมแซมและเคลื่อนตัวเข้ามาปิดบาดแผล เริ่มจากหลอดเลือดหดตัวเพื่อหยุดเลือด ต่อมาจะเกิดก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือด (thrombocytes) จากเกล็ดเลือดจับกันเป็นกลุ่มเพื่อห้ามเลือด และมีการหลั่งสารเคมีจากเซลล์ที่บาดเจ็บ โดยอาศัยปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เริ่มจากกระบวนการการแข็งตัวของเลือด (coagulation) และ complement cascades ผ่านทั้ง intrinsic และ extrinsic coagulation pathway กระตุ้น prothrombin ไปเป็นก้อนของ thrombin ส่วน fibrinogen จะเปลี่ยนเป็น fibrin รวมเป็นก้อนที่มีความมั่นคงในการอุดห้ามเลือดบริเวณบาดแผล

**2. Inflammatory phases** ก่อนระยะการ

อีกเสบจะเกิดการห้ามเลือดก่อน clotting cascade โดยการรวมตัวของ fibrin เพื่อห้ามเลือดจากนั้นจะมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ ได้แก่การหลั่งสาร chemokines และ cytokines ในเซลล์และเกิดกระบวนการจับกินเชื้อแบคทีเรียและเซลล์ตายพร้อมกับการสร้างโมเลกุลเพื่อเข้าสู่ระยะงอกขยายของเซลล์เนื่องจาก macrophages จะทำให้การหดตัวของแผลไม่ดีดังนั้นเมื่อจำนวน macrophages ลดลงการหดตัวของแผลและการสร้างเซลล์ผิวหนัง (dermal equivalent) ก็จะเพิ่มขึ้นเกิดการแบ่งตัวของ fibroblast ที่อยู่รอบๆ แผลและเคลื่อนเข้ามากลางแผลเพื่อให้แผลแคบลง ดังนั้น macrophages จึงมีบทบาทสำคัญในการหายของแผลถ้าระยะการอักเสบนี้ยาวนานออกไปก็จะทำให้แผลเฉียบพลันกลายเป็นแผลเรื้อรังส่งผลทำให้แผลที่เท้าหายยากขึ้น

**3. Proliferative phases** เกิดในวันที่ 2-3 หลังเกิดแผลที่เท้า เริ่มจากกระบวนการ angiogenesis ซึ่งจะกระตุ้นให้ endothelial cell เคลื่อนเข้ามาในแผลโดยเรียงตัวชิดกันอย่างเป็นระเบียบเติมเต็มช่องว่างของแผลโดยมี growth factors กระตุ้นให้พื้นแผลตื่น โดยในช่วงนี้แผลต้องการออกซิเจนและสารอาหารมากขึ้นเพื่อสร้างหลอดเลือดจะเห็นลักษณะแผลเป็นสีแดงของตุ่มหลอดเลือดเล็กๆ กระจายเต็มแผล จะช่วยให้แผลชิดสนิทกัน

**4. Remodeling phases** เกิดขึ้นหลังจากแผลหายแล้วโดยการสลายของ collagen product ส่วนที่เกินให้เท้าๆ กับซ่อมตัวเองของระยะปรับตัวโดยการเรียงตัวใหม่ของ collagen โดยแผลมีความแข็งแรงประมาณร้อยละ 50 ใน 3 เดือนแรก ต่อมาจะเพิ่มความแข็งแรงเป็นร้อยละ 80 ต่อมา

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้าเกิดขึ้นแล้ว พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการแผลเท้าเบาหวานเพื่อป้องกันการถูกตัดขาหรือเท้า ดังนี้

## บทบาทของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวาน

การประเมินแผลเท้าเบาหวานมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลแผลที่เท้าอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ลดการถูกตัดขา และเสียชีวิตได้ จึงถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวาน ประกอบด้วยบทบาทด้านการจัดการแผลเท้าเบาหวาน บทบาทด้านการส่งเสริมการหายของแผลเท้าเบาหวาน และบทบาทการป้องกันการกลับเป็นแผลเท้าเบาหวานซ้ำ

### 1. บทบาทด้านการจัดการแผลเท้าเบาหวาน

เป็นหัวใจสำคัญที่จะส่งเสริมกระบวนการหายของแผลและป้องกันไม่ให้แผลเท้าเบาหวานเกิดการติดเชื้อเพื่อป้องกันการลุกลามจนต้องถูกตัดขา โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินแผลเท้าเบาหวาน กระบวนการหายของแผล และสามารถประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ในการร่วมกันรักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานด้วยวิธีการที่เหมาะสม และใช้เทคนิคในการเลือกใช้น้ำยาหรือวัสดุปิดแผลที่ส่งเสริมการหายของแผล บทบาทของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวานมี ดังต่อไปนี้<sup>13-15</sup>

## การประเมินแผลเท้าเบาหวาน

การดูแลแผลเท้าเบาหวาน พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน สาเหตุการเกิดแผล ชนิดของแผล ขนาดของแผล ตำแหน่งของแผลที่เท้า และลักษณะของแผลที่เท้า เช่นสารคัดหลั่งที่ออกจากแผลและผิวหนังรอบๆ แผลการประเมินได้จากการสังเกต รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการดูแลแผลที่เท้า เพราะลักษณะทางคลินิกและการตอบสนองการรักษาของแผลที่เท้าในแต่ละระยะไม่เหมือนกัน จึงต้องวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาพแผลที่เท้า โดยมีรายละเอียดดังนี้<sup>13-15,17</sup>

**ลักษณะเนื้อแผล (wound bed) ประเมิน**

การหายของแผลที่เท้าโดยประเมินตามสภาพเนื้อแผลที่เท้า ได้แก่ สีดำแสดงว่าเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง สีเหลืองแสดงว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย และสีแดงแสดงว่าเนื้อเยื่อมาเลี้ยงเพียงพอ นอกจากนี้ควรประเมินความชุ่มชื้นของแผลที่เท้า การบวมแดงรอบๆ แผลที่เท้า ซึ่งแสดงถึงการอักเสบหรือการได้รับแรงกดเป็นเวลานาน ถ้าแผลที่เท้ามีความชื้นมากขอบแผลจะซีดขาวและเปื่อยยุ่ยทำให้แผลใช้เวลาหายนานขึ้น การประเมินดังกล่าวทำให้สามารถวางแผนในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้การหายของแผลที่เท้าได้เหมาะสมกับชนิดของเนื้อแผลที่เท้า

**ตำแหน่งของแผล (wound location)** ประเมินถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล เช่น แผลบริเวณฝ่าเท้าจะได้รับแรงกดอยู่ตลอดเวลาทำให้แผลหายช้าและจะกลายเป็นแผลเรื้อรังที่ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น

**ขนาดของแผล (wound measurement)** การวัดขนาดของแผลทำได้โดย วัดความกว้าง ความยาว ความลึก เพื่อประเมินและติดตามการหายของแผลที่เท้า เครื่องมือวัดขนาดแผลที่พยาบาลใช้ได้แก่ สายวัด ไม้บรรทัด ไม้พันสำลี probe โดยวัดส่วนที่กว้างที่สุดเป็นความกว้าง ส่วนที่ยาวที่สุดเป็นความยาว วัดส่วนที่ลึกที่สุดเป็นความลึก

**สารคัดหลั่งออกจากแผล (exudate)** ควรประเมินลักษณะ ชนิด จำนวนสี และกลิ่นของสารคัดหลั่ง เช่น แผลแห้งจะไม่มีสารคัดหลั่ง แผลสะอาดสารคัดหลั่งจะสีเหลืองใสมีปริมาณไม่มาก แต่แผลเกิดการติดเชื้อจะพบมีเนื้อตายและสารคัดหลั่งจะมีปริมาณมากและมีกลิ่นเหม็น

**ขอบแผล (wound edge)** ควรประเมินขอบแผลถ้าพบเนื้อตายจะเป็นอุปสรรคในการเจริญของเนื้อเยื่อทำให้แผลที่เท้าใช้เวลาในการหายนานขึ้น พยาบาลจึงควรตัดเนื้อตายออก

**การติดเชื้อ (wound infection)** พยาบาลจะต้องประเมินการติดเชื้อแผลที่เท้า โดยสังเกตอาการปวดแผลที่เท้าและขอบแผลที่เท้ามีลักษณะแดงและมีสารคัดหลั่งปริมาณมาก ลักษณะขุ่นเป็น

หนองและมีกลิ่นเหม็นมาก

ภายหลังการประเมินแผลเท้าผู้ป่วยเบาหวานตามหัวข้อดังกล่าวแล้ว เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าหรือขา พยาบาลควรทราบถึงกระบวนการหายของแผลและการจัดการแผลที่เท้าแต่ละประเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### การจัดการแผลเท้าเบาหวาน

จากประสบการณ์ในการจัดการแผลเท้าเบาหวานของผู้เขียนร่วมกับแนวเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2556 และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 มีดังต่อไปนี้<sup>13-14</sup>

1. แผลที่เท้าจากเส้นปลายประสาทเสื่อม (neuropathic ulcer)

แผลที่เท้าจากเส้นปลายประสาทเสื่อมเป็นแผลที่พบบ่อยที่สุด ส่งผลทำให้เกิดเท้าผิดรูป ทำให้การลงน้ำหนักที่เท้าผิดปกติทำให้ได้รับแรงกดซ้ำๆ บริเวณฝ่าเท้า ทำให้เกิดหนังหนาขึ้น (callus) ร่วมกับการใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแรงกดจนทำให้เกิดแผลที่เท้า การที่รูปของเท้าเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การลงน้ำหนักที่ฝ่าเท้าผิดปกติ ฉะนั้นแผลที่เท้าจากเส้นประสาทเสื่อม จะเกิดบริเวณตำแหน่งส่วนหน้าเท้าของโคนนิ้วทั้งห้า โดยพบมากที่สุดที่บริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าและนิ้วก้อย ตำแหน่งที่พบรองมาคือบริเวณปลายนิ้วเท้าทั้งห้าและสันเท้า ลักษณะแผลจะมีรูปทรงกลมๆ ตรงกลางเป็นหลุมลึกและขอบแผลจะมีผิวหนังหนาตัวขึ้นแผลเส้นปลายประสาทเสื่อมจะไม่ค่อยเจ็บ ยกเว้นมีการติดเชื้อร่วมด้วย



รูปภาพที่ 9 แผลที่เกิดจากโรคปลายประสาทเสื่อม (neuropathic ulcer)<sup>13</sup>

หลักการรักษาแผลกดทับจากเส้นปลายประสาทเสื่อม พยาบาลจะต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลแผลและการลดแรงกดที่แผล ดังนี้<sup>13-15,17</sup>

**การจัดการตัดหนวดของผิวหนัง (callas trimming)** เป็นการจัดการแรงกดที่เกิดจากผิวหนังที่ฝ่าเท้าหนาตัวขึ้นโดยการขูดหนวดบริเวณนั้นๆ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมมาแล้ว

**การลดแรงกดที่แผล (off – loading, pressure reduction)** เป็นหลักการสำคัญในการรักษาแผลที่เท้า การลดแรงกดที่แผลและช่วยป้องกันเกิดแผลที่เท้าซ้ำ และควรทำร่วมกับการรักษาแผลที่เท้า ที่ใช้วัสดุทำแผลที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์ของผู้เขียน พบว่า ประมาณร้อยละ 80-90 ของแผลที่เท้าที่เกิดจากเส้นปลายประสาทเสื่อมสามารถหายได้ การลดแรงกดที่แผลที่เท้าประกอบด้วย การใส่ฝือกหุ้มเท้า การสวมรองเท้าชนิดพิเศษชนิดครึ่งเดียว (half shoe) หรือให้คำแนะนำวิธีการลงน้ำหนักบางส่วนที่เท้า เช่น การให้นอนพัก จำกัดการยืน เดิน การใช้รถเข็น การใช้ไม้เท้า ค้ำยัน โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อพิจารณาตามความเหมาะสมกับแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย

**การทำความสะอาดแผลที่เกิดจากเส้นปลายประสาทเสื่อม** พยาบาลควรเลือกใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile normal saline) ห้ามใช้ alcohol,

betadine เข้มข้น, น้ำยา Dakin, หรือ hydrogen peroxide ทำแผล เนื่องจากมีการระคายต่อเนื้อเยื่อมาก ทำให้รบกวนกระบวนการหายของแผล

**การป้องกันการเกิดแผลซ้ำ** แผลกดทับจากเส้นประสาทเสื่อมมีโอกาสเกิดแผลซ้ำประมาณร้อยละ 60<sup>18</sup> พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย โดยเฉพาะการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมในการช่วยลดแรงกด หรือการใช้อุปกรณ์พยุงฝ่าเท้าเพื่อแก้ไขแรงกดที่เกิดขึ้นบนฝ่าเท้า

## 2. แผลที่เท้าจากการขาดเลือด (ischemic ulcer)

แผลจากการขาดเลือดส่วนใหญ่เกิดบริเวณส่วนปลายของนิ้วเท้าทั้งห้า อาจตรวจพบกันแผลขีด และมีโอกาสติดเชื้อได้เช่นเดียวกับแผลทั่วไป มักพบในผู้ป่วยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณเท้าอาจมีไขมันอุดตัน หรือมีผนังหลอดเลือดแดงเสียความยืดหยุ่นลงทำให้แข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงเท้าลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อพบซีพจรที่เท้า หากคลำชีพจรบริเวณหลังเท้าไม่ได้ควรส่งไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การจัดการแผลสำหรับพยาบาลมีดังนี้<sup>13-15</sup>



รูปภาพที่ 10 แผลขาดเลือด (ischemic ulcer)<sup>13</sup>

**การทำความสะอาดแผล** ควรเลือกใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile normal saline) ห้ามใช้ alcohol, betadine เข้มข้น, น้ำยา Dakin, หรือ hydrogen peroxide ทำแผล เนื่องจากมีการระคายต่อเนื้อเยื่อมาก ทำให้รบกวนกระบวนการหายของแผล



**การป้องกันการเกิดแผลซ้ำ** พยาบาลควรให้คำแนะนำในการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดที่มัลเลียงขาและเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการหลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง หรือนั่งพับเพียบ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และควรบริหารเท้าอย่างน้อยวันละ 30 นาที

3. แผลที่เท้าที่มีการติดเชื้อ (infected ulcer) พยาบาลสามารถประเมินแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการติดเชื้อ ได้โดยการดู ใช้นิ้วกดรอบแผล และสังเกตการบวมเพื่อดูว่ามีหนองออกจากแผลหรือไม่ หากเป็นแผลติดเชื้อจะมีหนองไหลออกจากปากแผลหรือจากการกดบริเวณที่บวมแดงรอบแผล ให้สังเกตขอบเขตแผลว่าแผลติดเชื้อนั้นลุกลามไปมากน้อยเพียงใดโดยจะพบว่ามัลลักษณะบวมแพร่กระจายจากปากแผลออกไป<sup>13-15</sup>



รูปภาพที่ 11 แผลติดเชื้อ (infected ulcer)<sup>13</sup>

**การทำความสะอาดแผล** พยาบาลจะต้องกดปากแผลทุกครั้ง บริเวณปากแผลอาจตรวจพบเนื้อตายได้ หากแผลติดเชื้อไม่รุนแรงให้รักษาโดยทำความสะอาดแผล ควรเลือกใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile normal saline) ห้ามใช้ alcohol, betadine เข็มข้น, น้ำยา Dakin, หรือ hydrogen peroxide ทำแผล เนื่องจากมีการระคายต่อเนื้อเยื่อมาก ทำให้รบกวนการหายของแผลร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อที่ตายออกและเลือกใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสม รวมถึงปรึกษาแพทย์ในการให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโรคต่อไป

## 2. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการหาย

## ของแผลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจุบันบทบาทของพยาบาลในการดูแลเท้าเบาหวานมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม การส่งเสริมการดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และเน้นการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ ตามนโยบายของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้า และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลเท้าได้ด้วยตนเองโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท้า เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการส่งเสริมการหายของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้<sup>13-15,17,19-21</sup>

**ส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด** ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลที่เท้าซ้ำ

**ส่งเสริมภาวะโภชนาการ** การได้รับสารอาหารที่เพียงพอมีผลต่อกระบวนการหายของแผล ส่วนภาวะพร่องโภชนาการจะทำให้แผลทุกชนิดหายช้าลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วโดยลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายในเวลา 30 วันหรือมากกว่าร้อยละ 10 ภายใน 180 วัน มีผลให้เกิดภาวะโภชนาการบกพร่องสารอาหารสำคัญมีดังนี้

**ก. โปรตีน** เป็นองค์ประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อต่างๆ ช่วยส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อที่สึกหรอและเป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงที่จะนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล โปรตีนมีส่วนสำคัญในการสร้างคอลลาเจน ดังนั้นหากขาดโปรตีนจะทำให้การสร้าง neutrophil และ macrophage ลดลง ความต้านทานเชื้อโรคจะลดลง ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการหายของแผลช้าลง

**ข. คาร์โบไฮเดรต** เป็นสารที่สร้างพลังงานให้ร่างกายเมื่อขาดคาร์โบไฮเดรต ร่างกายจะดึง

โปรตีนที่สะสมไว้ในร่างกายมาใช้ ส่งผลให้การหายของแผลช้าลง

**ค. วิตามินและเกลือแร่** ได้แก่ วิตามินซี มีส่วนสำคัญในการสร้างคอลลาเจน (Collagen) เสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรค ช่วยให้การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดแดงในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสร้างเซลล์เยื่อผิวผนัง (epithelialization) ให้แข็งแรง วิตามินเอ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ macrophage มีบทบาทในกระบวนการ inflammation ช่วยลดการอักเสบและยังมีส่วนในการสร้างคอลลาเจน ส่วนเกลือแร่เป็นสารประกอบของเอนไซม์และเป็น cofactor ในกระบวนการหายของแผล ที่สำคัญคือธาตุเหล็กและสังกะสี ธาตุเหล็กจะเพิ่มตัวนำออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง สังกะสีช่วยสร้าง fibroblast และ collagen มีบทบาทในกระบวนการ epithelialization โดยย่อย basement membranes เกิดการงอกของขอบแผลใหม่ ดังนั้น ถ้าขาดวิตามินและเกลือแร่ดังกล่าว จะทำให้เนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ไม่แข็งแรง และแผลแยกได้ง่าย

**การส่งเสริมสภาวะสุขภาพจิต** เป็นการช่วยลดความวิตกกังวลจะส่งผลต่อการหายของแผลได้ เพราะความวิตกกังวลจะทำให้มีการคิดหลัง glucocorticoids ซึ่งจะยับยั้งการสังเคราะห์ collagen และการสร้าง granulation tissue และจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนลดลง ทำให้เซลล์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลงตามมา ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการหายของแผลช้าลงได้

### 3. บทบาทการป้องกันการกลับเป็นแผลเท้าเบาหวานซ้ำ

เน้นการปรับพฤติกรรมและการดูแลเท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว ได้แก่ การตรวจดูเท้า ซอกนิ้ว และฝ่าเท้า การรักษาความสะอาดเท้าด้วยน้ำสะอาด เช็ดเท้าและซอกนิ้วเท้าให้แห้ง การทาโลชั่นเมื่อมีผิวเท้าแตกแห้ง การสวมรองเท้าที่เหมาะสม เมื่อมีแผลที่เท้าควรรีบมาพบพยาบาล หลีกเลี่ยงการซื้อยาทาแผลมาใส่เอง ควรหมั่นบริหารเท้าเพื่อเพิ่มการ

ไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงเท้าและทำให้กล้ามเนื้อเท้าแข็งแรง รวมทั้งงดสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการตีบตันของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเท้า<sup>12-14</sup>

การจัดการแผลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการทำแผล ได้แก่ การทำแผลที่เท้าแบบระบบสุญญากาศ (negative pressure wound therapy) เหมาะสำหรับการทำแผลที่เท้าที่มีขนาดใหญ่และมีการติดเชื้อ และเหมาะสำหรับรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์เฉพาะทางหรือในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งสามารถช่วยให้แผลที่เท้ามีอัตราการหายมากกว่า 1.47 เท่า และช่วยลดโอกาสถูกตัดขาน้อยกว่า 0.36 เท่าของการทำแผลแบบปกติ<sup>22</sup> รวมทั้งการนำออกซิเจนบรรยากาศสูงหรือ hyperbaric oxygen (HBO) therapy มารักษาแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น ช่วยให้แผลที่เท้ามีอัตราการหายได้เร็วขึ้นแต่มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น<sup>23</sup> การใช้วัสดุทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการดูดซับสารคัดหลั่งจากแผลได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและให้ความชุ่มชื้นกับแผลที่เท้ามากขึ้น ได้แก่ แผ่นใยสังเคราะห์ หรือน้ำยาช่วยกระตุ้นการหายของแผล เช่น การใช้ growth factor ที่ได้มาจากเกล็ดเลือด นำมาใช้รักษาแผลเรื้อรังที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน ใช้ได้ผลดี แต่อาจไม่เหมาะสมกับฐานะเศรษฐกิจของผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละราย จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาด้านการจัดการแผลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน<sup>13-14,22-23</sup> เพื่อพัฒนาการดูแลแผลเท้าเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### บทสรุป

บทบาทของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวาน ควรเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลเท้าเบาหวาน ประกอบด้วย การซักประวัติการเกิดแผลที่เท้า การตรวจลักษณะเท้า การประเมินการรับรู้สัมผัสโดยใช้ monofilament การประเมินระบบการไหลเวียนที่เลี้ยงขาและเท้า การ

ประเมินพฤติกรรมในการดูแลเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า และการให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า โดยพยาบาลจะต้องเข้าใจในกระบวนการหายของแผลเท้าผู้ป่วยเบาหวานบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการจัดการแผลเท้าเบาหวาน ประกอบด้วยบทบาทด้านการจัดการแผลเท้าเบาหวาน บทบาทด้านการส่งเสริมการหายของแผล

เท้าเบาหวาน และบทบาทการป้องกันการกลับเป็นแผลเท้าเบาหวานซ้ำ บทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลแผลที่เท้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว ลดการเกิดแผลซ้ำ ลดถูกตัดขา และลดอัตราการตาย เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Junrungsee S, Kosachunhanun N, Wongthanee A, Rerkasem K. History of foot ulcers increases mortality among patients with diabetes in Northern Thailand. *Journal of Diabetic Medicine* 2011;28:608-611.
2. Ogurtsova K, Fernandes R, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2017; 128:40–50.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การคาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554-2563. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ 2553; 39: 622-624.
4. ญัฐพงศ์ โฆษชุนหนันท์. พยาธิสรีรวิทยาของโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: ญัฐพงศ์ โฆษชุนหนันท์ และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ทริค อินซ์; 2556. หน้า. 21-34.
5. World Health Organization. Fact sheet: Diabetes [internet]. WHO; 2015 [cited 2018 April 1 ]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
6. กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนบน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2555; 24(3):16-27.
7. วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2556; 25(2): 41-53.
8. วิลาวณิชย์ ธิรภัทรพงศ์, กุลภา ศรีสวัสดิ์. Epidemiology and Direct Costs of Diabetes Related Lower Extremity Amputations at Siriraj hospital. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2551;18(2): 65-69.
9. International Working Group on the Diabetic Foot. IWGDF Guidance on the prevention of foot ulcers in At-risk patients with diabetes[Internet]. 2015. [cited 2018 January 12]. Available from: [http://www.iwgdf.org/files/2015/website\\_prevention.pdf](http://www.iwgdf.org/files/2015/website_prevention.pdf)

10. นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นวันรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/doc/general/DM-2554.pdf>
11. นพพร จันทรเสนา, อัมพรพรรณ อีราบุตร. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเสี่ยงระดับ 1 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2554;34(2): 32-41.
12. สายฝน ม่วงคุ้ม. บทบาทพยาบาลในการดูแลเท้าเบาหวาน. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2560; 18(ฉบับพิเศษ): 1-10.
13. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
14. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: รมเย็น มีเดีย; 2560.
15. อำภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดิ์วงศ์. การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาล. 2553;25(3):51-63.
16. เอนก ทนงหาญ. Podoscope [Internet]. 2008 [cited 2018 April 1]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/198442>.
17. นงนุช หอมเนียม. บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557;6(2):233-49.
18. Connor H, Mahdi OZ. Repetitive ulceration in neuropathic patients. Diabetes Metab Res Rev. 2004 May-Jun; 20 Suppl 1: S23-8.
19. อริสรา สุขช่วงนี้. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. Journal of Medicine and Health Sciences 2015;22(2):99-107.
20. ฌัตตยา บุรไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีวิสุทธิเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
21. ขวัญฤทัย พันธุ์. การรักษาแผลกดทับสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
22. กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, วณิชชา เรืองศรี, พัชรี ยิ้มแย้ม, ศศิธร ศิริกุล. การรักษาแผลเบาหวานที่เท้าแบบระบบสุญญากาศ: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบบอภิมาน. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(1):42-47.
23. จินพิชญ์ชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2555; 20(5) ฉบับพิเศษ: 478-490.

ศิริรัตน์ นิตยวัน พย.ม.\*

Sirirat Nitayawan M.N.S.\*

นภัตสรณ์ รังสิเวโรจน์ พย.ม.\*\*

Napatsorn Rungsiwaroj M.S.N.\*\*

อรัญญา แพจ्यू พย.ม.\*\*\*

Aranya Phajuy M.S.N.\*\*\*

### บทคัดย่อ

ปัญหา ยาเสพติดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อประเทศไทย แต่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างเผชิญกับการที่ประชากรในประเทศติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก เกิดผลกระทบทั้งทางตรง คือ ผู้เสพเกิดความเสื่อมสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และทางอ้อม คือ บุคคลรอบข้างได้รับความเดือดร้อนจากพฤติกรรมอันเป็นปัญหาของผู้เสพ ยาเสพติด ต้องรับภาระการดูแลผู้ติดยาเสพติดเนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ ตลอดจนความเสียหายจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ติดยาเสพติด

บทความนี้จะนำเสนอความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด สาเหตุการใช้ยาเสพติด กลไกการติดยา ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย โดยเริ่มจากการคัดกรองแยกระดับความรุนแรงของการใช้ ยาเสพติด หลังจากนั้นดำเนินการส่งผู้ป่วยยาเสพติดระดับต่างๆ เข้ารับการบำบัดตามความรุนแรงที่คัดกรองได้ โดยมีระยะเวลาและวิธีการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ มากมาย แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดคือ ความต่อเนื่องของระบบการควบคุมดูแลและติดตามต่อจนถึงระดับชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดได้นานขึ้น หากบุคลากรซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลับไปเป็นคนดีของสังคมได้

**คำสำคัญ:** การบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด

\* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

\* Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University

\*\* รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

\*\* Deputy Director, Head of Nurse, Thanarak Chiang Mai Hospital

\*\*\* หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

\*\*\* Head of Academic Nurse, Thanarak Chiang Mai Hospital

## Abstract

Consumption of illicit drugs is a global issue. Thailand is one of many countries that have a large number of illicit drugs dependent. Drug abuse has both direct and indirect effects on drug users. The direct effect is the deterioration of physical and mental health, while the indirect effects involve people around them as a result of their behavior. Not only are they unable to hold their job or to take care of themselves, which will turn into a burden on society, but there is also the risky behavior of drug dependent which is harmful.

This article presents knowledge of addictive substances, causes of addiction, and drug addiction mechanisms. It is also presents the treatment guidelines for drug users in Thailand which are starting from screening and rate for the severity of addiction. The patients on drugs were sent for treatment according to the severity level of addicted. The treatment may varies in duration and has wide variety of treatments for drug dependent patients but the most important treatment is a continuum of monitoring and control system, and the follow up to community level. These are vital parts to help those who undergo therapy to live without returning to drugs. In order to provide appropriate and continuity of care, the healthcare personnel who are involved in the care of drug dependent patients should have the knowledge of treatment guidelines. Therefore the patients are able to receive effective treatment and ongoing care and can prepare themselves to return to community.

**Key words:** Treatment, Drug dependent

### บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดนับเป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญของประชาคมโลก เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและคุณภาพชีวิตของประชากร หากประเทศใดมีประชาชนติดยาเสพติดจำนวนมาก ก็ไม่สามารถพัฒนาประเทศชาติให้เจริญรุ่งเรืองได้ จากประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ฉบับที่ 108/2557<sup>1</sup> ได้กำหนดแนวทางในการนำผู้กระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และกำหนดแนวทางการดูแล

ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูไว้อย่างชัดเจน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ การบำบัดรักษาผู้เสพยา/ผู้ติดทุกระบบ<sup>2</sup> เพื่อยุติสถานการณ์ การแพร่ระบาดของยาเสพติด และนำเอาความสงบสุขกลับมาสู่สังคมไทยอย่างยั่งยืน

ยาเสพติดถือเป็นภัยคุกคามที่ก่อกวนบ่อนทำลายประเทศชาติ ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อปัจเจกบุคคล สังคมส่วนรวม และการพัฒนาประเทศทำให้สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ เป็นบ่อเกิดของปัญหาอื่น ๆ หลายด้าน นับตั้งแต่ตัวผู้เสพยาเองซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรม ความจำเสื่อม เสียบุคลิกภาพ

ฯลฯ เกิดโรคทั้งทางกายและทางจิต และเมื่อไม่มีเงินซื้อยาเสพติดก็อาจก่ออาชญากรรมต่างๆ สร้างความเดือดร้อนให้บุคคลรอบข้าง ตลอดจนสังคม ต้องสูญเสียรายได้ เสียเวลาในการประกอบอาชีพการงาน ประเทศชาติ ต้องสูญเสียแรงงานและสูญเสียงบประมาณในการปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ สื่อบุคคลที่สนใจโดยเฉพาะบุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้รับทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดในประเทศไทย นโยบายการจัดการปัญหาเสพติดของรัฐบาลปัจจุบัน ประเภทของยาเสพติด สาเหตุการใช้ยาเสพติด กลไกการติดยา ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

### สถานการณ์ปัญหาเสพติดในประเทศไทย

การแพร่ระบาดของการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่น่าวิตกอย่างยิ่งของประเทศไทย โดยผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2559<sup>3</sup> พบว่า มีการจับกุมผู้ต้องหาเสพติดทั้งสิ้นจำนวน 182,225 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ต้องหาเสพติดรายใหม่จำนวน 138,046 คน และมีผู้กระทำความผิดซ้ำในคดียาเสพติดจำนวน 7,657 คน พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ตาก และแม่ฮ่องสอน พบว่ามีการลักลอบปลูกฝิ่นมากที่สุดในประเทศ ในภาพรวมพบยาเสพติดชนิด ไอซ์ เฮโรอีน และกัญชาแห้งมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาเสพติดยังคงทวีความรุนแรง แม้จะสามารถจับกุมและยึดของกลางได้เป็นจำนวนมากในแต่ละครั้ง แต่จำนวนผู้กระทำความผิดยังคงเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะนักเสพยาใหม่ซึ่งพบว่ามียาอายุสั้นลง โดยในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในทุกระบบจำนวน 177,731 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเยาวชน อายุ 15-24 ปี<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังพบผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดอายุน้อยที่สุด คือ 7 ขวบ<sup>2</sup> ดังนั้นการแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงควรเป็นการบูรณาการความร่วมมือจาก

หลายภาคส่วนตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน สถานศึกษา สถานประกอบการ หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการให้ความรู้ความเข้าใจถึงพิษภัยของยาเสพติดแก่เยาวชนเพื่อเป็นการป้องกันเยาวชนให้ห่างไกลจากวงจรผู้ติดยาเสพติดในอนาคต

### นโยบายการจัดการปัญหาเสพติดในปัจจุบัน

จากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2559 เห็นชอบพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด ซึ่งมีหลักการสำคัญ ดังต่อไปนี้<sup>2</sup>

1. สร้างความเป็นเอกภาพด้านนโยบาย โดยกำหนดให้คณะรัฐมนตรีจัดให้มีนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ทุกระยะ 5 ปี

2. กำหนดกลไกและระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ โดยมีศูนย์คัดกรอง เพื่อคัดแยกส่งตัวผู้เสพ ผู้ติด ไปเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามความเหมาะสม มีระบบการติดตามฟื้นฟู ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งที่ผ่านมาไม่มีการกำหนดไว้ในกฎหมาย

2. ให้ศาลสั่งให้ใช้มาตรการอื่นแทนการลงโทษจำคุก ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหานักโทษแน่นคุกเรือนจำ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดการปัญหาเสพติดได้เปลี่ยนแปลงจากการเน้นจับกุมผู้กระทำความผิดแล้วลงโทษจำคุก เป็นการส่งผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูในฐานะผู้ป่วยยาเสพติดภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ตามนโยบายที่รัฐบาลได้กำหนดไว้

### ประเภทของยาเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วเกิดความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้น

เรื่อยๆ จนในที่สุด จะทำให้เกิดโรควัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น<sup>5</sup>

จำแนกตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แบ่งเป็น 5 ประเภท<sup>6</sup> ดังนี้

ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน อาซีทอร์ฟีน อีทอร์ฟีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน ฯลฯ

ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคอิน (โคเคน) โคเดอีน ฯลฯ

ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษชนิดเป็นตำรับยาที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 บรรจุผสมอยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีฝิ่นหรือโคเคอิน เป็นส่วนผสมยาแก้ท้องเสียที่มีไดฟีนิลออกซิเลท เป็นส่วนผสม ฯลฯ

ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ อาเซติลคลอไรด์

ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าขายอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา ฝิ่นกระท่อม โดยธรรมชาติของผู้เสพยาเสพติด จะเลือกเสพยาเสพติดจากลักษณะการออกฤทธิ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังเสพยาเสพติดเข้าไป<sup>7</sup> ซึ่งการออกฤทธิ์ของยาเสพติดแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มออกฤทธิ์กดประสาท (Depressants) โดยออกฤทธิ์กดประสาทสมอง ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองและประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะบางอย่างของร่างกาย ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และเซโคบาร์บิทัล (Secobarbital) ชื่อเรียกในหมู่ผู้ใช้ คือ ปัสจางแดง หรือ เหล้าแห้ง ไดอะซีแพม ทินเนอร์ กาว เป็นต้น

2. กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Stimulants) จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทสมองส่วนกลางโดยตรง กระตุ้นการเต้นของหัวใจและอารมณ์ด้วย เช่น แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน อีเฟดรีน โคเคน เป็นต้น

3. กลุ่มออกฤทธิ์หลอนประสาท (Hallucinogen) ออกฤทธิ์ต่อประสาทสมอง ทำให้มีการรับรู้ความรู้สึก (perception) ผิดไป เกิดอาการประสาทหลอน

หรือแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) ได้แก่ แอลเอสดี (Lysergicacid diethylamide) แก๊สโซลีน (Gasoline) เปลือกกล้วย ยางมะละกอ และแฟนไซคลิดีน (Phencylidine) ดีเอ็มที เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

4. กลุ่มออกฤทธิ์ผสมผสาน โดยเมื่อเสพเข้าไปแล้วจะออกฤทธิ์ทั้งกดประสาท กระตุ้นประสาทและหลอนประสาท ได้แก่ กัญชา ใบกระท่อม เมื่อใช้น้อยๆ จะกระตุ้นประสาท หากใช้มากขึ้นจะกดประสาท และหากใช้มากยิ่งขึ้นจะเกิดประสาทหลอนได้

### สาเหตุการใช้ยาเสพติด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการติดยาเสพติด มี 3 ประการ<sup>8</sup> คือ

1. ตัวสารและฤทธิ์ของสาร สารที่ก่อให้เกิดการเสพติด เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เฮโรอีน เป็นต้น เมื่อผู้เสพเริ่มทดลองใช้และได้รับฤทธิ์ของยาเสพติดแล้วเกิดความพึงพอใจก็จะเสพซ้ำจนเกิดการติดยาในที่สุด

2. ตัวผู้เสพ การที่ผู้เสพไปเสพยาเสพติดพบว่าเกิดจาก

2.1 สภาพร่างกาย เช่น ผู้ที่มีความเจ็บป่วยซึ่งต้องอาศัยยาเสพติดในการบำบัดรักษา จนนำไปสู่การติดยาเสพติดนั้น

2.2 สภาพจิตใจ ได้แก่

2.2.1 ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม เปลี่ยนแปลงเร็ว ขาดความมั่นใจ มักจะหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคง จิตใจสงบ มีความมั่นใจในตนเองขึ้น

2.2.2 ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่มั่นคง มีความวิตกกังวลตลอดเวลา บุคคลเหล่านี้มักจะถูกชักจูงให้เสพยาเสพติดได้ง่าย

2.2.3 ผู้ที่ขาดความอบอุ่น หรือมีปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ การงาน มักจะมีการใช้สิ่งเสพติดเป็นเครื่องปลอบใจ ดับความรู้สึกทางจิตใจให้น้อยลง

3. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีส่วนสำคัญที่จะกระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลหันไปเสพยาเสพติด เช่น ในเด็กวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมอยากรู้อยากลอง หรือ



ความเครียด โดยเฉพาเมื่อเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดเสพยาเสพติด แล้วชักชวนให้เสพยา ก็มักจะเสพยา นอกจากนี้ส่วนใหญ่นักเสพยาเสพติดมักพบว่าสภาพครอบครัวมักจะมีปัญหาหรือมีความแตกแยก หรือการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด สามารถซื้อหาเสพยาเสพติดได้ง่าย

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ที่รับผิดชอบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดต้องทำการสืบค้น วิเคราะห์ให้ทราบถึงสาเหตุการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยให้ได้ เพื่อวางแผนป้องกันไม่ให้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ กลับมาเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเสพยาเสพติดหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

### กลไกการติดยาเสพติดหรือภาวะสมองตื้อยา

การติดยาเสพติด จัดเป็นโรคสมองเรื้อรังและกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อยๆ มีลักษณะการย้ำทำในพฤติกรรมกาหาและใช้ยาเสพติด แม้ว่าจะเกิดผลที่เป็นอันตรายก็ตาม?

โรคสมองตื้อยา เป็นโรคเรื้อรัง เป็นผลจากการที่สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการใช้ยาเสพติด และการเปลี่ยนแปลงนี้ยังคงอยู่ แม้ว่าจะหยุดใช้ยาเสพติดไปแล้ว เหมือนโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ การกลับไปเป็นซ้ำเป็นลักษณะ ที่พบได้บ่อยในโรคเรื้อรัง ดังนั้น เรามักจะพบว่าผู้ป่วยโรคสมองตื้อยา มักมีพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ได้บ่อย ซึ่งอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มีความใกล้เคียงกับอัตราการกลับไปเป็นซ้ำของโรคเรื้อรังอื่น ๆ?

ยาเสพติดมีผลต่อระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างเซลล์สมอง เช่น เฮโรอีน สามารถกระตุ้นเซลล์สมองได้เนื่องจากมีโครงสร้างทางเคมีคล้ายกับสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ปกติ และปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาทปกติ แอมเฟตามีนหรือโคเคน ทำให้เซลล์สมองหลังสารสื่อประสาทออกมา มากกว่าปกติ หรือระงับการดูดกลับของสารสื่อประสาทหลังจากที่ปลดปล่อยออกมาแล้ว ทำให้เกิด

การกระตุ้นเซลล์สมองมากกว่าปกติ

สมองแต่ละส่วนทำหน้าที่แตกต่างกันออกไป แต่มีการสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทเหมือนกัน บริเวณของสมองที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติด ได้แก่ ก้านสมอง ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของหัวใจ การหายใจ และ การนอนหลับ สมองส่วนคิด ทำหน้าที่รับรู้ประสาทสัมผัส เกี่ยวกับความคิด การวางแผนแก้ปัญหาและตัดสินใจ สมองส่วนอยาก ประกอบด้วย Brain's Reward circuit ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความจำและความสุข ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต สมองส่วนอยาก ถูกกระตุ้นเมื่อเรารับประทานอาหารหรือมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงเมื่อมีการใช้ยาเสพติดด้วย โดยอาจกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งอธิบายอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่ใช้ยาเสพติดได้ Brain's Reward circuit ได้รับผลกระทบอย่างมาก จากการใช้ยาเสพติด สมองถูกสร้างมาให้เชื่อมโยงกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ เช่น การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ กับความรู้สึกเป็นสุข (Pleasure) โดยความรู้สึกเป็นสุขนี้ เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท Dopamine ทั้งที่เกิดจากการรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติด

ยาเสพติดส่งผลต่อ Reward circuit ทำให้เกิดการหลั่งของ Dopamine และสารสื่อประสาทอื่นๆ อย่างผิดปกติ โดยการหลั่ง Dopamine เพิ่มมากกว่าปกติประมาณ 2-10 เท่า มักออกฤทธิ์เฉียบพลันหลังจากใช้ยาเสพติด เช่น วิธีการสูดควันหรือการฉีด และมักออกฤทธิ์ยาวนานกว่าการหลั่ง Dopamine ปกติ

การหลั่ง Dopamine มากกว่าปกตินี้ ทำให้เกิดความรู้สึกเคลิ้มสุข และเกิดการเรียนรู้เสพยาซ้ำๆ เพื่อให้ได้ความรู้สึกเคลิ้มสุขอีก ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นสุขจากการได้รับการกระตุ้นการหลั่ง Dopamine จากตัวกระตุ้นตามธรรมชาติลดลง ผู้เสพยาจึงหันไปหาความรู้สึกเคลิ้มสุขจากสารเสพติดที่รุนแรงกว่าทดแทน ผลที่ตามมา คือ สมองเกิดการปรับตัวหลังจาก Reward circuit ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป

จากการเพิ่มขึ้นของ Dopamine โดยการลดการสร้าง Dopamine และ/หรือ ลดจำนวน Receptors ที่จับกับสาร Dopamine ที่จะทำให้เกิดการกระตุ้นและส่งสัญญาณของเซลล์สมองได้ส่งผลให้ปริมาณ Dopamine ใน Reward circuit ลดลงกว่าปกติ การรับรู้รู้สึกเป็นสุขจากตัวกระตุ้นตามธรรมชาติจึงลดลง เป็นเหตุผลให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดรู้สึกไม่มีชีวิตชีวา ซึมเศร้าและไม่เพลิดเพลินกับสิ่งที่เคยทำให้มีความสุขมาก่อน ผู้เสพจึงหันมาใช้ยาเสพติดเพื่อให้ระดับ Dopamine กลับสู่ภาวะปกติ โดยอาจต้องใช้สารปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้เกิดความรู้สึกเคลิ้มสุขเหมือนอย่างเคย เรียกว่า ภาวะนี้ว่า ภาวะดื้อยา (Tolerance)

ถ้ายังคงใช้ยาเสพติดต่อไปจะส่งผลให้ภาวะดื้อยารุนแรงขึ้น นำไปสู่ภาวะติดยาได้ ทำให้ผู้เสพแสวงหาและใช้ยาเสพติดอย่างหมกมุ่นและย้ำทำมากยิ่งขึ้น โดยการส่งสัญญาณกระตุ้นสมองอย่างรุนแรงให้ใช้ยาเสพติด ภาวะติดยาเสพติดทำให้การควบคุมตนเองและการตัดสินใจแย่งลงเมื่อเวลาผ่านไปผู้เสพจะใช้เวลาในการคิดเรื่องอื่นของชีวิตลดน้อยลง แต่จะหมกมุ่นคิดถึงแต่การแสวงหาและใช้ยาเสพติดมากขึ้น

เนื่องจากผู้ป่วยยาเสพติดถือเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เพียงแต่อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การกลับไปใช้ยาเสพติด จึงมักพบผู้ป่วยเข้าออกสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้บ่อย ๆ บุคลากรผู้ให้การดูแลอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายกับพฤติกรรม การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ของผู้ป่วย แต่หากมีความเข้าใจถึงภาวะสมองติดยาซึ่งเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยยาเสพติดจะช่วยลดทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

### อาการของผู้ที่ติดยาเสพติด

ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ<sup>10</sup> ดังนี้

1. ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด ต้องการแสวงหาความสุขและความพึงพอใจในการดำรงชีวิต โดยการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นวิธีการได้มาซึ่งความสุขที่

รวดเร็ววิธีหนึ่ง สภาวะสุขที่เกิดจากยาเสพติดเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ความสุขที่เกิดขึ้นจะหมดไปในระยะเวลาหนึ่ง และจะกลับคืนมาใหม่เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าตัวเดิม นั่นคือ ยาเสพติด เมื่อฤทธิ์ของยาเสพติดหมดไป สภาวะเดิมก่อนเสพยา ก็จะกลับคืนมา โดยเป็นสภาวะเดิมที่เพิ่มเติมด้วยความรู้สึกทุกข์ทรมาน กระวนกระวาย หงุดหงิดรำคาญ จากการที่ไม่ได้เสพยา

เนื่องจากมนุษย์ต้องการแสวงหาความสุขเฉพาะหน้ามากกว่าการคิดถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นคำตอบที่ว่า ทั้งที่รู้ว่าผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดนั้นท้ายที่สุดจะเป็นอย่างไร แต่ผู้ติดยาเสพติดจะยังคงใช้ยาเสพติดต่อไปเพียงเพื่อต้องการความสุขเฉพาะหน้าเท่านั้น

2. ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดในลักษณะที่เป็นส่วนบุคคล โดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก บุคลิกลักษณะและสภาพจิตใจที่ไร้ซึ่งพลัง สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย สามารถสังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.1.1 สุขภาพทรุดโทรม ผอมซูบซีด น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง

2.1.2 ริมฝีปากเขียวช้ำ แห้ง แตก (เสพโดยการสูบ)

2.1.3 น้ำมูกน้ำตาไหล เหงื่อออกมาก กลิ่นตัวแรง เพราะไม่ทำความสะอาดร่างกายตัวเองทุกวัน บางครั้งมีกลิ่นกายหรือสารระเหย

2.1.4 มีร่องรอยการเสพยาเสพติด บริเวณแขน หรือบริเวณสะโพกและหัวไหล่ มีรอยแผลเป็นจ้ำๆ (เสพโดยการฉีด)

2.1.5 มีรอยแผลเป็นที่ท้องแขน เป็นรอยกรีดด้วยของมีคมตามขวางซึ่งเกิดจากการทำร้ายตนเอง

2.1.6 นิ้วมือมีรอยคราบเหลืองสกปรก

2.1.7 ใบหน้าหมองคล้ำ ผิวหนังหยาบกร้าน เป็นแผลพุพอง อาจมีหนองหรือน้ำเหลือง ลักษณะคล้ายโรคผิวหนัง

2.1.8 มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น เช่น แขนขา ใบหน้า บางรายมักกัดกราม บางรายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา

2.1.9 มีอาการขาดยา

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ติดยาเสพติด จะมีสภาพจิตใจและอารมณ์ ดังนี้

2.2.1 ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

2.2.2 ไม่สามารถควบคุมแรงกระตุ้น ขาดความอดทนอดกลั้น เจ้าอารมณ์ หงุดหงิด เอาแต่ใจตนเอง ขาดเหตุผล

2.2.3 พฤติกรรมสับสน

2.2.4 รู้สึกไม่ปลอดภัย หวาดระแวง

2.2.5 อารมณ์ฉุนเฉียว มักมีการทะเลาะวิวาทและทำร้ายกัน

2.2.6 ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

2.2.7 มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า

2.2.8 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น เวลาขาดยาจะหงุดหงิดมาก เมื่อเสพยาแล้วอารมณ์จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

2.2.9 อุปนิสัยเปลี่ยนไป เช่น จากคนเรียบร้อยกลายเป็นคนก้าวร้าว

2.3 ด้านพฤติกรรม ผู้ติดยาเสพติดมักจะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 มักใช้จ่ายเงินสิ้นเปลืองผิดปกติ เพื่อซื้อยาเสพติด โดยอ้างว่ามีความจำเป็นในการใช้จ่าย กลายเป็นสาเหตุให้มีพฤติกรรมโกหกตามมา บางรายมีเงินทองมากผิดปกติโดยไม่มีแหล่งที่มาชัดเจน อาจเป็นไปได้ว่ากลายเป็นผู้ค้ารายย่อย

2.3.2 พุดโกหกเพื่อเอาตัวรอด เพราะไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่าคุณติดยา หรือโกหกเพื่อขอเงินมาซื้อยาเสพติด

2.3.3 เมื่อไม่สามารถโกหกเพื่อขอเงินไปซื้อยาได้ จะมีพฤติกรรมลักขโมยเงินหรือทรัพย์สินมีค่า ในบ้านตนเองหรือเพื่อนบ้านเพื่อนำเงินที่ได้ไปซื้อยาเสพติดมาใช้

2.3.4 เมื่อติดยาเสพติดแล้ว จะมีพฤติกรรมเกียจคร้าน ไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง

และครอบครัว ไม่มีระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ ทั้งในหน้าที่การงานและการเรียน ทำให้ผลการเรียนตก ไม่สนใจทำงาน จนอาจเป็นสาเหตุถูกให้ออกจากโรงเรียนหรือถูกไล่ออกจากงาน

2.3.5 พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย มักแสดงความก้าวร้าวโดยไม่มีสาเหตุอันควร ไม่ยอมรับข้อบกพร่อง ไม่ยอมรับความจริงเมื่อคนรอบข้างซักถามเรื่องส่วนตัว หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายเพราะกลัวว่าจะถูกจับได้ว่าใช้ยาเสพติด

2.3.6 พฤติกรรมเก็บตัว เจ็บขริมผิดปกติ มักอยู่โดดเดี่ยวและปลีกตัวจากผู้อื่น ทำตัวลึกลับ ไม่รู้ความเป็นไปในบ้าน เก็บตัวอยู่ในห้องคนเดียว หรือเข้าห้องนํ้านาน ๆ เพื่อแอบเสพยา

2.3.7 พฤติกรรมการคบเพื่อนที่โซซัดโซเซด้วยกัน มักเป็นกลุ่มเพื่อนที่ไม่สนใจเรียนและชอบเที่ยวกลางคืน กลับดึก มีการใช้เหล้า บุหรี่ เวลารับโทรศัพท์จากเพื่อนมักพูดเหมือนมีความลับ มักมีเพื่อนหน้าใหม่ ๆ มาหาเรื่อยๆ ซึ่งอาจเป็นเพื่อนที่โซซัดด้วยกัน

2.3.8 พฤติกรรมการแต่งกายไม่เรียบร้อย สกปรก ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่หวีผม ไม่ตัดผม มักใส่เสื้อแขนยาวเพื่อปกปิดร่องรอยการใช้ยา

นอกจากพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ อาจมีพบว่ามียุทธศาสตร์เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด เช่น กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยา กระดาษตะกั่ว ของบุหรี่ปากไม้ ซิตไฟหรือไฟแช็ก ภาชนะบรรจุยาเสพติด เช่น กระดาษห่อ หลอดใส่ยาเสพติด หลอดกาแฟตัดเป็นท่อนสั้นๆ มีรอยพับหัวพับท้าย ซึ่งอาจพบได้ในห้องน้ำหรือห้องนอน

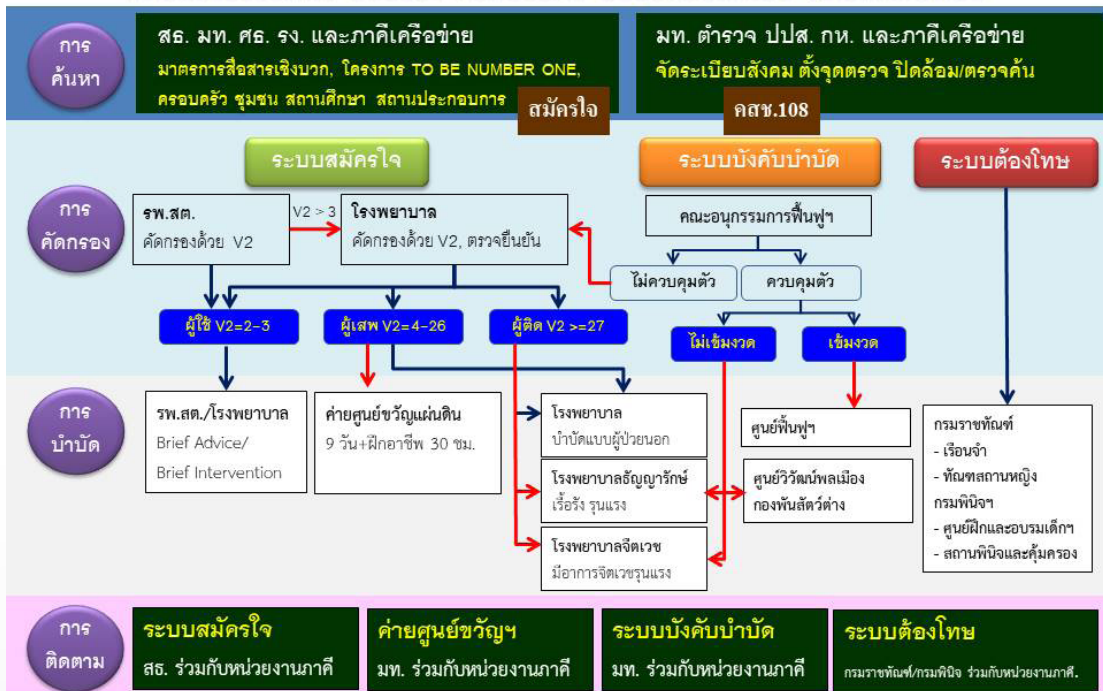
ผู้ติดยาเสพติดมักมีความคิดว่าตนเองไม่สามารถเข้ากับคนรอบข้างได้ คิดว่าตนติดยาเพราะคนอื่น ไม่มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต แยกตัวประชดชีวิต ขาดพลังใจ ยึดความคิดตนเองเป็นใหญ่ มีความคิดว่าตนเองอ่อนแอ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีระดับในการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ<sup>10</sup>

## แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

จากนโยบายการจัดการปัญหาเสพติดของรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งให้ความสำคัญกับการนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐานด้วยความสมัครใจ ภายใต้มาตรการตามประกาศ คสช. 108/2557 โดยมีกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบดำเนินการในทุกขั้นตอนการบำบัด ส่งผลให้เกิดการปรับปรุง กระบวนการ ขั้นตอนการบำบัด ให้มีความครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำการค้นหา คัดกรอง

ตลอดจนมีศูนย์เพื่อประสานงานส่งต่อผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ อันได้แก่ การบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดยาเสพติด การบำบัดในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว/ไม่ควบคุมตัว และการบำบัดในระบบต้องโทษ โดยกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดอย่างชัดเจน ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย แสดงดังรูป

### แนวทางการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา ติดตามช่วยเหลือ ผู้ป่วยยาเสพติด



กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย ดำเนินการ กำกับ ให้นำบำบัด รักษา ตามมาตรฐาน ทั้ง ๓ ระบบ

รูปภาพ: แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

ที่มา: [www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/161111147884539870.pptx](http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/161111147884539870.pptx)

รายละเอียดการดำเนินการแต่ละขั้นตอน<sup>11</sup> มีดังต่อไปนี้

### การค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด

หน่วยงานในชุมชนตั้งแต่ระดับครอบครัว สถานศึกษา สถานประกอบการ ฯลฯ ทำการให้ข้อมูล แก่ผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีของการ เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดโดยความสมัครใจ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัด พิ้นฟูสมรรถภาพ โดยเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดจะได้รับ การลดประวัติการเป็นผู้เสพ ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัด สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สูญเสียโอกาสใน การสมัครงานหรือรับราชการในอนาคต

ในกรณีผู้ใช้ยาเสพติดถูกตรวจพบจากการตั้ง ด่านหรือตั้งจุดตรวจของผู้ปฏิบัติงานฝ่ายปกครอง จะ ถูกส่งเข้าระบบบังคับบำบัดหรือระบบต้องโทษ ขึ้นอยู่ กับปริมาณยาเสพติดที่ครอบครอง โดยพิจารณาตามพ

ระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560<sup>12</sup> สำหรับผู้ที่เข้าสู่ระบบบังคับบำบัดจะมีคณ ะอนุกรรมการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้พิจารณา คัดกรองต่อไป

### การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด

กรณีผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบสมัครใจเข้ารับ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุ ขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลทั่วไปจะทำการ คัดกรองผู้ใช้ยาและสารเสพติด โดยใช้แบบคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับ การ บำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.สธ.) V.2 โดย มีคะแนนและแนวทางการจัดการตามระดับควม รุนแรงที่ประเมินได้<sup>11</sup> ดังนี้

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ส่งต่อ
2-3	เสี่ยงต่ำ : ผู้ใช้	รพ.สต./โรงพยาบาล
4-26	เสี่ยงปานกลาง : ผู้เสพ	ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน
>27	เสี่ยงสูง : ผู้ติด	โรงพยาบาลธัญญารักษ์

สำหรับผู้ที่เข้าสู่ระบบบังคับบำบัดจะมีคณ ะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ พิจารณา คัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อส่งต่อเข้ารับ การ บำบัดซึ่งมีทั้งระบบไม่ควบคุมตัวและระบบควบคุมตัว โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของการติดยาเส พติดของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และในระบบต้องโทษ จะทำการส่งผู้ใช้ ยาเสพติดไปกรมราชทัณฑ์หรือกรม พินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนดำเนินการต่อ

**การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด** แบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสมัครใจ (Voluntary System) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเส พยาเสพติดโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลส่วนตัวของผู้รับการบำบัดจะ ไม่ถูกเปิดเผยและถือเป็นผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องด้าน

กฎหมาย จุดแข็งของระบบนี้ คือ

1.1 ผู้ทำหน้าที่บำบัด เป็นผู้มีความรู้พื้น ฐานด้านสาธารณสุข และ/หรือ มีความรู้ ความ เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็น อย่างดี

1.2 สถานบำบัด มีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้เสพติดแบบผู้ป่วยนอกที่มี กระจาย ถึงระดับอำเภอ ทั้งของรัฐและเอกชนซึ่งมี ความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพ

1.3 แสดงถึงความตั้งใจของผู้เสพที่ ต้องการหลุดพ้นจากการเสพติด ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ จะประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

1.4 สะดวกในการปรับแผนการบำบัด พิ้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับควมรุนแรงของยา เสพติด ที่ผู้ใช้เป็นรายบุคคล

1.5 มีกระบวนการและกลไกในการติดตามภายหลังการบำบัดรักษาที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

2. ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System) คือ การนำผู้ติดยาเสพติดเข้าบังคับบำบัดเริ่มจาก ผู้เสพติดถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560<sup>12</sup> และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลสั่งให้พนักงานคุมประพฤติตรวจพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้เสพติดจริง ผู้เสพติดจะถูกกักกันไว้ในสถานที่หรือตรวจพิสูจน์ พนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำข้อมูลให้แล้วเสร็จ ภายใน 15 วัน หากไม่เสร็จสามารถขยายได้อีก 15 วัน แต่รวมแล้วไม่เกิน 45 วัน และเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับผู้เสพติดเป็นรายบุคคล

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545<sup>13</sup> แบ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว เน้นการฟื้นฟูแบบพักค้างในสถานที่ซึ่งจัดเป็น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระยะเวลา 4-6 เดือน และสามารถขยายระยะเวลาการฟื้นฟูได้ครั้งละ 6 เดือน แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี

1.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวเข้มงวด

วิธีการ: ชุมชนบำบัดและจิราสา

ระยะเวลา: 4 เดือน

หน่วยปฏิบัติ/สถานที่: ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว กรมคุมประพฤติ ค่าของกองทัพอากาศ จำนวน 12 แห่ง และเรือนจำฐานทัพอากาศ จ.ชลบุรี ของกองทัพเรือ จำนวน 1 แห่ง

1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด

วิธีการ: การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา

เสพติดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

ระยะเวลา: 4 เดือน

หน่วยปฏิบัติ/สถานที่: ค่าของกองทัพบก จำนวน 18 แห่ง กองทัพเรือ จำนวน 3 แห่ง กรมการปกครอง จำนวน 11 แห่ง กองบัญชาการกองทัพไทย จำนวน 3 แห่ง กรมการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 2 แห่ง กรมสุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบไม่ควบคุมตัว การบำบัดรักษาค่ายผู้ป่วยนอกประกอบด้วย

2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Model) ดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่ประกาศเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 841 แห่ง สถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 4 เดือน

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบวิถีพุทธ โดยสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ร่วมกับ วัดที่มีศักยภาพในแต่ละพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2551 มีวัดวิถีพุทธ จำนวน 16 แห่ง ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยการผสมผสานรูปแบบกาย จิต สังคม ผสมผสานกับหลักธรรม ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2 เดือน

2.3 โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ดำเนินการโดยสำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 99 แห่ง มีโปรแกรม 2 ลักษณะ คือ

2.3.1 โปรแกรมพื้นฐาน เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเสพติดซ้ำและวางแผนชีวิตร่วมกับครอบครัว ระยะเวลา 2 เดือน

2.3.2 โปรแกรมเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิต เน้นการสอนทักษะชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ ความเครียด ระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละคน

หมายเหตุ: ผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้

ติดยาเสพติดทุกโปรแกรมจะต้องเข้าโปรแกรมพื้นฐานของสำนักงานคุมประพฤติต่ออีก 2 เดือน

กระบวนการติดตามภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ไม่ว่าจะรูปแบบ 1 หรือ 2 เมื่อมีผลการประเมินเป็นที่พอใจ จะกลับสู่สังคม สำนักงานคุมประพฤติจะติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอีก 7 ครั้ง ในเวลา 1 ปี

3. ระบบต้องโทษ (Correction System) คือ การให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย เรือนจำหรือทัณฑสถานจัดให้มีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นภายในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี จัดให้มีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเยาวชนในสถานพินิจเช่นกัน การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน มีดังนี้

3.1 กรมราชทัณฑ์ มีหน้าที่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ต้องขังที่ติดยาเสพติดอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยนำวิธีการแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับเรือนจำและทัณฑสถานของกรมราชทัณฑ์ ที่เรียกว่า CARE Model ย่อมาจาก

C = Correction หมายถึง กรมราชทัณฑ์

A = Addiction หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด

RE = Rehabilitation หมายถึง การฟื้นฟู

แนวคิดของ CARE Model คือ ผู้ต้องขังติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร รวมถึงพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องและมั่นคง

3.2 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนที่อายุไม่ถึง 18 ปี โดยใช้โปรแกรมของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

3.2.1 กลุ่มเสพ ให้การบำบัดโดยเน้นการสร้างความตระหนักรู้และเข้าใจตนเองในการเข้าไปเกี่ยวข้อง และผลจากการใช้ยาเสพติดเสริมสร้างทักษะในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติด (ใช้เวลา 15 ชั่วโมง ภายใน 3 เดือน)

3.2.2 กลุ่มติด ให้การบำบัดโดยเน้นการสร้างความตระหนักรู้ถึงผลที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและเสริมสร้างพัฒนาทักษะการป้องกันการเสพซ้ำ เนื่องจากกลุ่มนี้เสพยาเสพติดมานาน มักมีประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดและกลับไปเสพซ้ำอีกหลายครั้ง (ใช้เวลา 30 ชั่วโมง ภายใน 4 เดือน)

3.2.3 กลุ่มติดยาเสพติดรุนแรง (Hardcore) ใช้โปรแกรมชุมชนบำบัด (ใช้เวลา 1 ปี)

เมื่อผู้เสพผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามกำหนดและกลับสู่ชุมชนแล้ว หน่วยงานที่ทำหน้าที่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจะส่งข้อมูลกลับไปให้ชุมชนตามแบบจำหน่าย เพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.4 โดยทำการติดตามช่วยเหลือผู้เสพ/ผู้ติด เป็นรายบุคคล ระยะเวลา 1 ปี และทำการประสาน กับทางชุมชน ในการเตรียมชุมชนเพื่อรองรับให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

กรณีบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบ ทั้งจากระบบสมัครใจและบังคับบำบัด เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน คณะกรรมการท้องถิ่นจะดำเนินการเพื่อให้ผู้เสพ/ผู้ติดรายนั้น กลับเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอีกครั้ง<sup>14</sup>

การติดตามภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม รัฐบาลได้กำหนดให้มีการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบและมีความชัดเจน ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู<sup>(1)</sup> โดยมีศูนย์เพื่อประสานการดูแล

ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ อันได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดทำบันทึกการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (บสต.5)<sup>11</sup> ส่งสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ซึ่งการติดตามและดูแลหลังการบำบัดของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นการกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน โดยในขั้นตอนนี้ยังคงมีการให้ความช่วยเหลือประคับประคอง ให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจทั้งผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัว เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ผลจากการที่มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนนโยบายการจัดการปัญหาเสพติด ที่มุ่งเน้นให้นำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติด โดยเป็นการทำงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนหรือภาคีเครือข่ายในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหา การคัดกรอง การบำบัด และการติดตามภายหลังการบำบัด มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งจุดมุ่งหมายสูงสุด คือ การเปลี่ยนแปลงผู้เสพยาเสพติดให้ลด ละ เลิกการเสพยาเสพติดให้ได้ ลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเสพติดที่ส่งผลเสียทั้งต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ทั้งนี้ การดำเนินงานในแต่ละ

ขั้นตอนต้องอาศัยบุคลากรทางสาธารณสุขในทุก ระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ ถึงแนวทางการดำเนินงานและมีความสามารถในการปฏิบัติงานตามนโยบายที่กำหนดไว้

## สรุป

สารเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกาย และจิตใจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งต่อผู้เสพและบุคคลอื่น จากนโยบายของรัฐบาลที่กล่าวว่า ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ผู้สมัครใจบำบัด ไม่เสียประวัติ ไม่มีความผิด ดังนั้น จำนวนผู้ติดยาเสพติดจะเข้าสู่สถานบำบัดหรือสถานบริการทางสุขภาพมากขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขตลอดจนพยาบาลถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพและปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดในประเทศไทย นโยบายการจัดการปัญหาเสพติดของรัฐบาลปัจจุบัน ประเภทของยาเสพติด สาเหตุการเสพยาเสพติด กลไกการติดยา ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งครอบคลุมการทำงานตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดและติดตาม ความรู้ในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขตลอดจนพยาบาล เป็นหนึ่งในภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดำเนินงานยาเสพติดบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557; 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก [http://www.sisaket.go.th/drug\\_ssk/download/YBZrUpZ1d07Okvx4b.pdf](http://www.sisaket.go.th/drug_ssk/download/YBZrUpZ1d07Okvx4b.pdf)
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560; 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER051/GENERAL/DATA0000/00000611.PDF>



3. สำนักงานปราบปรามยาเสพติด. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2559; 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.oncb.go.th/DocLib/2559.pdf>
4. เรื่องสิทธิ์ เนตรนวลใยและคณะ. กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557;19(2):36-44.
5. World Health Organization. Lexicon of Alcohol and Drug Term [Internet]. 1994 [cited 2017 Nov 9]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf)
6. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดร. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.udon-nccd.com/2522.php> (9 พฤศจิกายน 2560).
7. คม เหล่าบุตรสา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดของผู้ต้องหาในคดีเสพยาเสพติดประเภท 1 (ยาบ้า) ในพื้นที่สถานีตำรวจภูธรสำโรงเหนือ. [รายงานการค้นคว้าอิสระหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2557.
8. ทิพาวดี เอมาวรรณนะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
9. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สมอและกลไกการเสพติด; 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2560]. เข้าถึงได้จาก [http://www.ihr.chula.ac.th/t3\\_files/brain\\_drug.pdf](http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf)
10. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้เสพยาและสารเสพติด. เชียงใหม่: ไอเดียกรุ๊ป ปรีนติ้ง แอนด์ แอดเวิร์ไทีซิง; 2555.
11. อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ. เชียงใหม่: แบรินด์ดีเพล็กซ์; 2558.
12. ศูนย์วิทยบริการ ออย. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2560. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://203.157.72.106/fulltext2/206.pdf> (15 กุมภาพันธ์ 2561).
13. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www2.djop.go.th/media/k2/attachments/01020001.pdf> (9 พฤศจิกายน 2560).
14. อาภาศิริ สุวรรณานนท์, ชาติชาย มหาคีตะ, กันณวัน พิลิปป์, และสุจิตรา ฉายปัญญา. การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2556.

การศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กวิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ระหว่างอาจารย์พยาบาลและ  
นักศึกษาพยาบาล

An Inter-rater Reliability Study of the Pediatric Nursing Skill  
Assessment Form at Boromarajonani College of Nursing,  
Sanpasithiprasong between Nursing Instructors and Nursing Students

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา วท.ม.*	Pornthip Siriboonpipattana M.Sc*
เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์ พย.ม**	Ruangrit Thoraphan M.N.S**
วิศรียาพรรณ สืบศิรินุกูล พย.บ.**	Wisariyapan Suebsirinukul B.N.S**
วรรณฤดี เขว้าศรีกุล พย.ม**	Wanaruedee Chouwsrikul M.N.S**
สกุลสุภา อภิษฐ์บุญโชค พย.ม**	Sakonsupa Apichutboonchock M.N.S**
ธิดารัตน์ ทองหนูน พย.ม**	Tidarat Tongnoon M.N.S**

### บทคัดย่อ

การประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กเป็นหนึ่งในประเมินการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในการพยาบาลเด็ก หากผู้ประเมินทั้งอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถใช้แบบประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การประเมินการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในการพยาบาลเด็กมีคุณภาพเพิ่มขึ้น และส่งเสริมทักษะทางการพยาบาลเด็กได้ต่อไป การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ประกอบด้วย 1) ผู้ประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก เป็นอาสาสมัคร 2 คน ในแต่ละทักษะ รวม 12 คน เพื่อใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กร่วมกับอาจารย์พยาบาล และ 2) ผู้ถูกประเมิน คือ นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 6 ทักษะ จำนวน 60 คน ส่วนที่ 2 อาจารย์พยาบาล เป็นอาสาสมัคร จำนวน 6 คน เพื่อใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กร่วมกับนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ การให้นมทางสายยาง การพ่นยา การให้ออกซิเจน การจัดทำระบายเสมหะ การดูดเสมหะ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.67-1.00 และความเที่ยง เท่ากับ 0.65-0.92 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ โดยใช้สูตรคำนวณความเชื่อมั่นจากการสังเกต ผลวิจัยประกอบ

\* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

\* Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

\*\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

\*\* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong

ด้วย 3 ส่วน 1) คะแนนของการใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลสัมพันธ์กับอาจารย์พยาบาล ( $r = 0.57-0.80, p < 0.05$ ) 2) ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลของทักษะจากมากไปหาน้อย คือ การให้ออกซิเจน (0.92) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (0.81) การจัดทำระบายเสมหะ (0.75) การพ่นยา (0.73) การดูดเสมหะ (0.73) และ การให้นมทางสายยาง (0.70) ตามลำดับ และ 3) ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กระหว่างนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลของ 6 ทักษะจากมากไปหาน้อย คือ การให้ออกซิเจน (0.95) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (0.92) การจัดทำระบายเสมหะ (0.84) การพ่นยา (0.84) การดูดเสมหะ (0.77) และ การให้นมทางสายยาง (0.77) ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์พยาบาลมีความเชื่อมั่นตรงกัน การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยง เพื่อให้ได้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กสำหรับการเรียนการสอนในโรงพยาบาลที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ความเชื่อมั่น แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล

### Abstract

Evaluation of pediatric nursing skills is one of the teaching and learning evaluation in pediatric nursing practicum. If the evaluators including nursing instructors and nursing students can efficiently use the pediatric nursing skills assessment form, it helps increasing teaching and learning outcomes and enhancing the pediatric nursing skills. The purposes of this study were to study inter-rater reliability of pediatric nursing skills measure between nursing Instructors and nursing students, and between nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong. The samples consisted of two groups. First, sophomore nursing students, in Bachelor of Nursing Science who registered Nursing Care of Persons with Health Problems Practicum I, including 1) assessor: 12 nursing students who were volunteers in two nursing students per skills and 2) assessee: 60 nursing students who were evaluated in the skills. Secondly, six nursing instructors were volunteers to be assessors. Instrument was a pediatric nursing skill measure including feeding, bronchodilation, caring for oxygen therapy, postural drainage, suction, and intravenous fluid. The measure had 0.67-1.00 for content validity and 0.65-0.92 for Cronbach's alpha reliability. Data analysis used Pearson Product Moment Correlation and inter-rater reliability. The result showed 3 parts. First,

scores of pediatric nursing skills from nursing students were associated with that of pediatric nursing skills from nursing instructors ( $r = 0.57-0.80, p < 0.05$ ). Secondly, values of inter-rater reliability of pediatric nursing skill measure between nursing Instructors and nursing students were caring for oxygen therapy (0.92), intravenous fluid (0.81), postural drainage (0.75), bronchodilation (0.73), suction (0.73), and feeding (0.70) respectively. Thirdly, values of inter-rater reliability of pediatric nursing skill measure between nursing students were caring for oxygen therapy (0.95), intravenous fluid (0.92), postural drainage (0.84), bronchodilation (0.84), suction (0.77), and feeding (0.77) respectively. The findings showed that using the assessment form between nursing students and nursing instructors was a good reliability. The future study should measure the inter-rater reliability of pediatric nursing skills between nursing instructors, nursing students and preceptors to get a better assessment form.

**Keyword:** Reliability, pediatric nursing skill measure, nursing instructor, nursing student

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นการปฏิบัติเป็นสำคัญ โดยการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุ สอดคล้องกับสภาพพยาบาลที่เน้นพยาบาลวิชาชีพให้มีความชำนาญและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม<sup>1</sup> จะเห็นได้ว่าทักษะการพยาบาลถือเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญของการพยาบาล สำหรับการศึกษาด้านการพยาบาล หลักสูตรพยาบาลบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555) ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ก็เน้นทางด้านปฏิบัติการเพื่อผลิตนักศึกษาพยาบาลให้เกิดทักษะการพยาบาลและสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม<sup>2</sup> เพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถทางพยาบาลภายหลังสำเร็จการศึกษา สอดคล้องกับ Hatlevik<sup>3</sup> ที่กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นประเด็นหนึ่งที่มีการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้ความสำคัญในการผลิตนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะทักษะพยาบาลที่สถาบันการศึกษาทาง

พยาบาลได้ดูแลและเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม ซึ่งทักษะการพยาบาลเป็นพื้นฐานหนึ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การพยาบาลกับผู้ป่วย

จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ในมาตรา 22 และ 24 ที่กำหนดว่าการจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่า ผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุดกระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ การจัดการกระบวนการเรียนรู้ต้องจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกปฏิบัติให้คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง ฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการการเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา<sup>4</sup> และผลลัพธ์ของการเตรียมนักศึกษาพยาบาลเพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะแห่งวิชาชีพของสภาการพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา<sup>5</sup> ได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ

ระดับอุดมศึกษา หลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ที่ว่าด้วย คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์คือ สามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมแก่ผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย มีความคิดเป็นระบบ มีเหตุผลคิดวิจารณ์ญาณ แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพ มีความศรัทธาในวิชาชีพ เชื่อมั่นในการพยาบาล และเห็นคุณค่าแห่งตน<sup>5</sup> ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลภาคปฏิบัติ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์จึงต้องมีรูปแบบการเรียนการสอน ที่ตอบสนองต่อการพัฒนาสู่สมรรถนะของบัณฑิตทางการพยาบาลด้วย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นหนึ่งในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้มีการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 2 และ 3 เพื่อเน้นให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทรแก่บุคคลทุกช่วงวัยของชีวิต จากผลการประเมินรายวิชาปฏิบัติการดังกล่าว ในรายงานผลการดำเนินการของประสบการณ์ภาคสนาม (มคอ. 6) ปี 2559 พบว่า นักศึกษามีทักษะการพยาบาลพื้นฐานยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทักษะการพยาบาลเด็ก เช่น การให้นมทางสายยาง การพ่นยา การเคาะปอด เป็นต้น<sup>6</sup> แม้ว่าทางวิทยาลัยฯ ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติให้กับนักศึกษาโดยเฉพาะทักษะการพยาบาลเด็กที่มีการใช้บ่อยครั้งในหอผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษา ก่อนหน้านี้ วิมลพรรณ สังข์สกุล พัทธี ไจการุณ สมรัก ครอบงุม กตกร ประสารวรรณ และชนิกานต์ เกษมราช (2560)<sup>7</sup> ซึ่งเป็นอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้วิเคราะห์ร่วมกันภายหลังการนิเทศในหอผู้ป่วยเด็ก พบทักษะการพยาบาลเด็กที่ใช้บ่อยและจำเป็นในหอผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การให้นมทางสายยาง การพ่นยา การให้ออกซิเจน การจัดท่าระบายเสมหะ การดูดเสมหะ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

และได้สร้างแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กและทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = .67-1.00) และความเที่ยง (Alpha coefficient = .65-.92) คณะอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กดังกล่าว ได้นำแบบประเมินทักษะนี้มาใช้ในการประเมินทักษะการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติ ณ หอผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ของแบบประเมินดังกล่าว รวมทั้งสามารถวางแผนการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในทักษะศตวรรษที่ 21 ต่อไป คณะอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก จึงสนใจศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมินในด้าน inter-rater reliability ระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล และระหว่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ หากอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถใช้ประเมินร่วมกันและมีค่าคะแนนระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลก็เกิดความมั่นใจในการใช้แบบประเมิน แล้วอาจช่วยในการวางแผนการเรียนการสอนด้วยตนเองหรือเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก เพื่อการฝึกทักษะการประเมิน การคิดและการตัดสินใจของทักษะศตวรรษที่ 21 และเป็น การฝึกทักษะการพยาบาลเด็กพื้นฐาน แล้วสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษาพยาบาลในการฝึกทักษะการพยาบาลเด็กได้อย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ แม้ว่าแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กฉบับดังกล่าว จะถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้ในวิทยาลัยพยาบาลฯ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มี การทดสอบความเชื่อมั่น ใน ด้าน Inter-rater reliability ของแบบประเมินทักษะการพยาบาลมากนัก โดยเฉพาะการทดสอบความเชื่อมั่น ใน ด้าน Inter-rater reliability ระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล และระหว่างนักศึกษาพยาบาลของการใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาล มีเพียงการทดสอบความเชื่อมั่น ในด้าน Inter-rater reliability ระหว่างอาจารย์ ของการใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก<sup>7</sup> และ

ของการใช้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล  
มารดา ทารกและการผดุงครรภ์<sup>8</sup>

จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.  
2542 ผลลัพธ์ของการเรียนรู้จากสำนักงานคณะ  
กรรมการการอุดมศึกษา และเป้าหมายหลักสูตร  
พยาบาลบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555)  
ทักษะศตวรรษที่ 21 และสถานการณ์ที่กล่าวมาข้าง  
ต้นสำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาล  
คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กจึงสนใจศึกษาการ  
ใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่าง  
ผู้ประเมินเพิ่ม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของความ  
สัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างผู้ประเมินคือ นักศึกษา  
พยาบาลกับอาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล  
กับนักศึกษาพยาบาล ว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่  
เพื่อใช้ในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพของ  
นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับทักษะการพยาบาลเด็กของ  
นักศึกษาพยาบาลด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน  
ของการประเมินทักษะการพยาบาลเด็กของอาจารย์  
พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีนคร สรรพสิทธิประสงค์
2. เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินของ  
การใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็ก ใน  
อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนีนคร สรรพสิทธิประสงค์
3. เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ของ  
การใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็ก ใน  
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร  
สรรพสิทธิประสงค์

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อ  
ศึกษาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินของการใช้แบบ  
ประเมินทักษะการพยาบาลเด็กของอาจารย์พยาบาล  
และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ชนนีนคร สรรพสิทธิประสงค์ ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา  
2559 รวมอาจารย์ผู้ประเมิน 6 คน นักศึกษา  
ผู้ประเมิน 12 คน และนักศึกษาผู้ถูกประเมิน 60 คน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย  
ด้วย 2 ส่วน คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีนคร สรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 2 ภาคเรียน  
ที่ 3 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 139 คน และอาจารย์  
พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กวิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีนคร สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยคั้งนี้ประกอบด้วย  
2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนีนคร สรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 2  
ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2559 ทำการคัดเลือกกลุ่ม  
ตัวอย่างจากคุณสมบัติ ดังนี้ 1) กำลังศึกษารายวิชา  
ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 และ 2)  
ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วย 1) ผู้ประเมิน  
ทักษะการพยาบาลเด็ก เป็นอาสาสมัคร 2 คน ใน  
แต่ละทักษะ รวม 12 คน เพื่อใช้แบบประเมินทักษะ  
การพยาบาลเด็กร่วมกับอาจารย์พยาบาล และ 2) ผู้  
ถูกประเมิน คือ นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล  
เด็ก 6 ทักษะ จำนวน 60 คน ซึ่งจำนวน 60 คน ได้  
จากการใช้  $G^*power$  3.1.9.2<sup>9</sup> คือ ค่าอำนาจการ  
ทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าความคลาด  
เคลื่อน ( type II error) เท่ากับ .05 อำนาจทดสอบ  
(power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลของ  
ตัวแปร (effect size) เท่ากับ .80 โดยได้อ้างอิงข้อมูล  
จากงานวิจัยของ วิมลพรรณ สันข์สกุล, พัชรี ใจการุณ,  
สมรัก ครองยุทธ, กตกร ประสารวรรณ, และชนิกานต์  
เกษมราช (2560)<sup>7</sup> ส่วนที่ 2 อาจารย์พยาบาล ทำการ  
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อาจารย์  
พยาบาลจากกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ที่กำลังนิเทศ  
นักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มี  
ปัญหาสุขภาพ 1 และ 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และ  
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากคุณสมบัติ ดังนี้ 1)  
อาจารย์พยาบาลจากกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ที่  
กำลังนิเทศนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล

บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 หรือ 3 และ 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ดังนั้นอาจารย์ที่อาสาสมัครทั้งหมดจำนวน 6 คน เพื่อใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กร่วมกับนักศึกษาพยาบาล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาโดย วิมลพรรณ สังข์สกุล, พัชรี ใจการุณ, สมรัก ครองยุทธ, กตกร ประสารวรรณ, และชนิกานต์ เกษมราช (2560)<sup>7</sup> ซึ่งเป็นอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประชุมทบทวนทักษะการพยาบาลเด็กที่ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยเด็ก มาเป็นแบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็ก ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ การให้นมทางสายยาง (15 รายการประเมิน) การพ่นยา (28 รายการประเมิน) การให้ออกซิเจน (27 รายการประเมิน) การจัดทำระบายเสมหะ (26 รายการประเมิน) การดูดเสมหะ (18 รายการประเมิน) และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (17 รายการประเมิน) และมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ใช้ประกอบการสังเกตการแสดงผลพฤติกรรมของนักศึกษา คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ยังไม่ถูกต้อง และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง สำหรับคะแนนรวมของแบบประเมินฯ ผ่าน หมายถึง คะแนนรวม ร้อยละ 60 ขึ้นไป

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กนี้ ที่พัฒนาโดย วิมลพรรณ สังข์สกุล, พัชรี ใจการุณ, สมรัก ครองยุทธ, กตกร ประสารวรรณ และชนิกานต์ เกษมราช (2560)<sup>7</sup> ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลเด็ก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดประเมินผล

มีความค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.65-0.92 ซึ่งยอมรับได้จากเนื้อหาที่สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษามีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.50 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือที่มีค่ามากกว่า 0.50 ถือว่าใช้ได้<sup>10,11</sup>

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2559 และคณะผู้วิจัยมีการอธิบายชี้แจงให้อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของอาจารย์พยาบาล และไม่มีผลกระทบต่อภาระการเรียนการสอน หรือการให้เกรดแก่นักศึกษาพยาบาล

### ขั้นตอนการทำวิจัย

คณะผู้วิจัยได้แบ่งวิธีการของการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 จัดทำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พร้อมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ของการทำวิจัย

1.2 ประชุมอาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล เพื่ออธิบายการใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กล่วงหน้า

1.3 ติดต่อประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก แจ้งให้ทราบเรื่องการติดตามประเมินผลการใช้แบบประเมินทักษะ

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัยแก่อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบประเมินดังกล่าวมาวิเคราะห์

2.3 หาค่าคะแนนการประเมินระหว่างอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำคะแนนจากการประเมินฯ ของอาจารย์

$$K = \frac{Po - Pc}{1 - Pc}$$

$Po$  = สัดส่วนของการเห็นพ้องต้องกันของผู้ให้คะแนน

$Pc$  = สัดส่วนของการเห็นพ้องต้องกันที่คาดหวัง =  $\frac{[(\text{จน.ผ่านคนที่1}) \times (\text{จน.ผ่านคนที่2})] + [(\text{จน.ตกคนที่1}) \times (\text{จน.ตกคนที่2})]}{(\text{จน.สังเกตคนที่1}) \times (\text{จน.สังเกตคนที่2})}$   
 คนที่ 1, คนที่ 2 หมายถึง ผู้ให้คะแนน

ซึ่งแบบระดับดังนี้<sup>12</sup>

>0.8 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก

0.7-0.8 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง

0.5-0.6 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง

0.3-0.4 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นในระดับน้อย

0.0-0.2 หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นในระดับน้อยมาก

### ผลการวิจัย

จากการวิจัยผลการใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กทั้งจากอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล พบค่าความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) ดังนี้ (ตารางที่ 1 และ 2)

1. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์และนักศึกษา

พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลมาวิเคราะห์ดังนี้

1. ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) จากสูตร<sup>10,11</sup>

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

2. ค่าความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (Inter-rater reliability) โดยใช้สูตรคำนวณความเชื่อมั่นจากการสังเกต<sup>8,10,12-14</sup>

พยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ของแบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลพบทักษะการให้ออกซิเจนมีค่ามากที่สุด (0.92) รองลงมาเป็นทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (0.81) การจัดทำระบายเสมหะ (0.75) การพ่นยา (0.73) การดูดเสมหะ (0.73) และการให้นมทางสายยาง (0.70) ตามลำดับ

3. ค่าความเชื่อมั่น ระหว่างผู้ประเมินของแบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล พบทักษะการให้ออกซิเจนมีค่ามากที่สุด (0.95) รองลงมาเป็นทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (0.92) การจัดทำระบายเสมหะ (0.84) การพ่นยา (0.84) การดูดเสมหะ (0.77) และการให้นมทางสายยาง (0.77) ตามลำดับ



ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการปฏิบัติทักษะการพยาบาลเด็กของ การประเมิน จากอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล (Pearson Product Moment Correlation:  $r$ ) ในแต่ละทักษะ

แบบประเมินทักษะ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์( $r$ )	$P$ -value
การให้นมทางสายยาง	0.73	0.01*
การพ่นยา	0.57	0.04*
การให้ออกซิเจน	0.80	0.04*
การจัดทำระบายเสมหะ	0.60	0.04*
การดูดเสมหะ	0.61	0.04*
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	0.75	0.01

\* $P < 0.05$

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล (Inter-rater reliability) ในแต่ละทักษะ

แบบประเมินทักษะ	ค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability)	
	Inter-rater reliability ระหว่าง อาจารย์และนักศึกษาพยาบาล	Inter-rater reliability ระหว่าง นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษา พยาบาล
การให้นมทางสายยาง	0.70	0.77
การพ่นยา	0.73	0.84
การให้ออกซิเจน	0.92	0.95
การจัดทำระบายเสมหะ	0.75	0.84
การดูดเสมหะ	0.73	0.77
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	0.81	0.92

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก ระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาล จากการสังเกตระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก ( $> 0.8$ )<sup>12</sup> คือ

ทักษะการให้ออกซิเจน 0.92 และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.81 และค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (0.70-0.80)<sup>12</sup> คือ ทักษะการจัดทำระบายเสมหะ 0.75 การพ่นยา 0.73 การดูดเสมหะ 0.73 และการให้นมทางสายยาง 0.70 นอกจากนี้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลจากการสังเกตระหว่างนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก ( $> 0.8$ )<sup>12</sup> คือ ทักษะการให้ออกซิเจน

0.95 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.92, การพ่นยา 0.84, และการจัดท่าระบายเสมหะ 0.84 และค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (0.70-80)<sup>12</sup> คือ ทักษะการให้นมทางสายยาง 0.77, และการดูดเสมหะ 0.77 แสดงให้เห็นว่า ค่าความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างนักศึกษาพยาบาล สูงกว่าระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล อาจเป็นเพราะว่า ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงของวัยรุ่นและพักในหอพักเดียวกัน ทำให้เข้าใจในการสื่อสารหรือแสดงออกของแต่ละทักษะการพยาบาลเด็กได้สะดวกและง่ายระหว่างผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินมากกว่าผู้ประเมินที่เป็นอาจารย์พยาบาล ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล<sup>15</sup> ที่กล่าวว่า ความใกล้ชิด และความเหมือนกันมีแนวโน้มก่อให้เกิดความสัมพันธ์และเข้าใจมากกว่าบุคคลที่อยู่ห่างไกลกัน ซึ่งอาจส่งผลให้การประเมินทักษะการพยาบาลเด็กมีความต่างกัน อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความต่างของค่าความเชื่อมั่นระหว่างนักศึกษาพยาบาล และระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล แต่ก็มีความใกล้เคียงกัน อาจเนื่องมาจากการประเมินในแต่ละทักษะ ผู้ประเมินทั้งอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลได้รับการชี้แจงและแนะนำการใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็ก และผู้ประเมินมีการซักถาม ฟังคำตอบร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกประเมิน จึงทำให้ค่าความเชื่ออยู่ในระดับสูงมากและสูงรวมทั้งคะแนนประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลก็มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้จากค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กที่อยู่ในระดับสูงนี้ แสดงให้เห็นว่า การใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็กของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการประเมินและปฏิบัติทักษะการพยาบาลเด็กขั้นพื้นฐานมากขึ้น รวมทั้งสามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะดังกล่าวร่วมกันกับเพื่อนได้อย่างต่อเนื่อง แล้วส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

เด็กขั้นพื้นฐานได้อย่างมั่นใจต่อไป แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมใน 10 ปีย้อนหลัง คณะผู้วิจัยพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบประเมินปฏิบัติการพยาบาลที่มีการประเมินค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินที่เป็นอาจารย์ เพียง 2 เรื่อง แต่ก็มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการ คือ การวิจัยของวิมลพรรณ สังข์สกุล, พัชรี ใจการุณ, สมรัก ครองยุทธ, กตกร ประสารวรรณ, และชนิกานต์ เกษมราช ที่หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินที่เป็นอาจารย์ 2 คน จากแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก ระหว่าง 0.80-1.00<sup>7</sup> และการวิจัยของวิจมาย สุชวนวัฒน์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, และจิรภัคสุวรรณเจริญ ที่หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 คนซึ่งเป็นอาจารย์เช่นกัน จากแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ระหว่าง 0.52-0.95<sup>8</sup>

### สรุปและข้อจำกัด

จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผลการวิจัยสามารถตอบปัญหาการวิจัยเกี่ยวกับการทดสอบความเชื่อมั่น ใน ด้าน Inter-rater reliability ของแบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก สำหรับอาจารย์และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ว่า อยู่ระดับที่ยอมรับได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินจากการใช้แบบประเมินทักษะทางการพยาบาลเด็ก ในอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ ประสงค์ จึงอาจมีข้อจำกัดในการใช้แบบประเมินนี้ เพื่อประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน อาจใช้ได้เฉพาะอาจารย์และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล ที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพราะมีบริบทของหลักสูตร และเนื้อหาวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ เช่นเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การชี้แจงและแนะนำการใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็ก เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ประเมินมีความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์ และการตีความของแต่ละรายการประเมินทักษะ เพื่อให้เกิดความสอดคล้อง ความถูกต้อง และแม่นยำในการประเมินทักษะการพยาบาลเด็กของผู้ประเมินแต่ละคน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบว่า ค่าความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เพื่อการพัฒนาความเชื่อมั่นของการใช้แบบ

ประเมินทักษะการพยาบาลเด็ก ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กระหว่างอาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการพยาบาลเด็กทั้งทางการศึกษาและทางคลินิกต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้จะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือ การสนับสนุน และแนะนำเป็นอย่างดีจากคณาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จนเสร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สภายพยาบาล. ประกาศสภายพยาบาลเรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2552 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/\\_20344.pdf](http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf)
2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์: อุบลราชธานี; 2555.
3. Hatlevik, Ida Katrine. The theory practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(2):868-877.
4. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: พริกหวานกราฟฟิค จำกัด; 2545.
5. คณะกรรมการการอุดมศึกษา, สำนักงาน. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ 2552 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mua.go.th/users/he-commission/doc/law/ministry%20law/1-39%20TQF%20nursing%202552.pdf>
6. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. รายงานผลการดำเนินการของประสบการณ์ภาคสนาม (มคอ. 6) วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 2 และ 3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์: อุบลราชธานี; 2559.
7. วิมลพรรณ สัจข์สกุล, พัชรี ใจการุณ, สมรัก ครองยุทธ, กตกร ประसारวรรณ, และชนิกานต์ เกษมราช. การสร้างแบบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2560;29(3):79-88.

8. วัจมาย สุขวนวัฒน์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, และจิรภัคสุวรรณเจริญ. การพัฒนาแบบประเมินการปฏิบัติารพยาบาลมารดา มารกและการผดุงครรภ์โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน. การพยาบาลและการศึกษา. 2555;5(2):77-87.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
10. ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีรัตน์ ปี ตยานนท์, ดิเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
11. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. การพัฒนาและและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
12. Gisev N, Simon Bell J, F Chen T. Inter-rater agreement and inter-rater reliability: Key concepts, approaches, and applications. Research in Social and Administrative Pharmacy, 9(3),330-3382012.
13. Watson P and Petrie A. Method agreement analysis: A review of correct methodology. Theriogenology. 2010, 73 (2): 1167-1179.
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, Gwet KL. A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: A study conducted with personality disorder samples. BMC Medical Research Methodology. 2013;13(1):61.
15. DeVito, J. A. The Interpersonal Communication Book (13<sup>th</sup> ed.). New Jersey:Pearson Education, Inc; 2013

ประสิทธิผลการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ  
ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์  
Effectiveness of Implementing the Ventilator Care Bundle in  
Adult Critical Care Units Nakornping Hospital

อิสริย์ ตระกอนพานิชย์กิจ พย.บ.*	Issaree Trakoonpanichkit B.N.S.*
ชนกพร อุตตะมะ พย.ม.**	Chanokporn Uttama M.N.S.**
นาฏยา เอื้องไพโรจน์ พย.ม.***	Nataya Uangpairoj M.N.S.***
ดรุณี ไชยวงศ์ พย.ม.***	Darunee Chaiwong M.N.S.***
จรรยา กาวีเมือง พย.ม.***	Chanya Kaweemuang M.N.S.***

### บทคัดย่อ

ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่รวบรวมแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์หลายๆ แนวทางนำมารวมกันเป็นชุดการดูแลการศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ จำนวน 7 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนการนำชุดการดูแลมาใช้ จำนวน 501 คนและกลุ่มที่มีการใช้ชุดการดูแลจำนวน 649 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นมา 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ ประกอบด้วยอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า

อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 20.27 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ชุดการดูแลเครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 7.03 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่ามัธยฐานของจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 3 วัน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 2 วัน ค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 4 วันทั้งสองกลุ่ม และค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่ม

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

\* Professional Nurse, Nakornping Hospital, Chiang Mai

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

\*\* Professional Nurse, Nakornping Hospital, Chiang Mai

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

\*\*\* Professional Nurse, Nakornping Hospital, Chiang Mai

ตัวอย่างก่อนใช้ชุดการดูแล เท่ากับ 93,041.19 บาท ขณะที่กลุ่มที่ใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 80,085.26 บาท

จากการผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ดังนั้นควรบูรณาการให้มีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในงานประจำของหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

### Abstract

Ventilator care bundles (VCBs) is an evidence based practice (EBP) tool for quality improvement. The purpose of this operations study was to determine the effectiveness of implementing VCBs in 7 adult critical care units (ICUs), Nakornping Hospital during September 2017 to May 2018. Subjects included 501 patients with mechanical ventilation who were admitted in ICUs before implementing VCBs and 649 patients with mechanical ventilation after implementing VCBs. The tool consisted of 1) The VCBs developed by researchers. 2) An outcomes evaluation form included VAP rate, ventilator days, Length of stay (LOS) in ICU, and medical costs. The study was based on a framework of development and implementing clinical practice guidelines of the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999). Data analysis was done using descriptive statistics. The findings revealed that:

The incidence rates of VAP before implementing the VCBs were 20.27 per 1000 ventilator- days, while after implementing the VCBs were 7.03 per 1000 ventilator-days. The median of ventilator days among subjects before implementing the VCBs were 3 days, while the median among subjects after implementing the VCBs were 2 days. The median of LOS among both groups of subjects were equal 4 days. The mean of medical costs before implementing the VCBs were 93,041.19 bath and after implementing the VCBs were 80,085.26 bath

The findings of this study verify that implementing the VCBs as a tool for Improving quality of care among patients with mechanical ventilation in ICU at Nakornping Hospital can mainly achieve desirable outcomes. Therefore, this VCBs should be integrated in the routine care of the patients with mechanical ventilation.

**Key word:** Ventilator care bundles, Ventilator - associated pneumonia (VAP)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิต เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ ถึงร้อยละ 95<sup>1</sup> การใช้เครื่องช่วยหายใจแม้จะมีประโยชน์และช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตได้ แต่การใช้เป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาที่สำคัญคือการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia) มักเกิดภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจไปแล้ว 48 ชั่วโมง<sup>2</sup> การรายงานอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 39 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะเกิดการติดเชื้อที่ปอด โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 20 – 25 ของการติดเชื้อทั้งหมดในโรงพยาบาล<sup>3</sup> ถ้าผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานกว่า 10 วันขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อร้อยละ 6.5 และอัตราดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19 และ 28 หากใช้เครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้นถึง 20 และ 30 วัน<sup>3</sup> สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 9.98 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>4</sup> สาเหตุหลักของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เกิดจากการสูดสำลักเอาเชื้อที่อยู่ในปากและลำคอเข้าไปในทางเดินหายใจส่วนล่าง หรือสูดเอาเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจปนเปื้อนตั้งแต่กระบวนการใส่ท่อช่วยหายใจ กระบวนการดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การได้รับยาลดกรด การได้รับยาระงับประสาท<sup>5</sup> ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง เช่นเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ มีภาวะคุกคามของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ภาวะขาดสารอาหาร และปัจจัยด้านการปฏิบัติของบุคลากรที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย เช่นการดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การปลดข้อต่อต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางมือของบุคลากรที่ไม่

ได้ล้างมือตามขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้อง<sup>6</sup> ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจะส่งผลให้เพิ่มระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นถึง 40,000 เหรียญ และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 – 60 เฉลี่ยประมาณร้อยละ 30<sup>7</sup> หรืออาจติดเชื้อดื้อยาที่รุนแรงตามมาได้ ทำให้ต้องใช้ยาต้านจุลชีพที่มีราคาสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การใช้เครื่องช่วยหายใจนานอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยเกิดความเครียดและอึดอัดจากการที่ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ<sup>8</sup>

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่จำนวน 7 หอผู้ป่วย มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจปี พ.ศ. 2557- 2559 เท่ากับ 12,832, 11,327 และ 12,752 ราย ตามลำดับ<sup>9</sup> พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 ดังนี้ 10.82, 8.35 และ 10.28 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีไม่เป็นตามเป้าหมายที่ทางหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลกำหนดไว้ว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตให้ม้อัตราการเกิดน้อยกว่า 8.35 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่มีอัตราการเกิดติดเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ (extreme drug resistance : XDR) ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 เท่ากับ 5.9 และ 1.3 ครั้งต่อ 1000วันนอนในโรงพยาบาล ตามลำดับ ส่งผลให้ระยะวันนอนเฉลี่ยที่ยาวนานถึง 22.2 วัน และมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 14.3 ทำให้ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 112,185.43 บาท<sup>10</sup> จากปัญหาดังกล่าวถึงแม้ที่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลนครพิงค์ จะกำหนดให้มีการนำชุดการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ โดยใช้ “WHAP” component (bundle of care prevention of wean patient, hand hygiene, aspiration precaution, prevented

contaminated, “WHAP”) มาใช้ในโรงพยาบาลแต่ อัตราการปฏิบัติตามชุดการดูแลดังกล่าวยังอยู่ในระดับต่ำ พบว่าคะแนนการปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในเรื่อง การล้างมืออย่างถูกต้อง การป้องกันการสำลัก และการป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ มีคะแนนร้อยละ 78 และคะแนนการปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีคะแนนร้อยละ 74 ซึ่งไม่เป็นที่น่าพอใจ เป้าหมายที่กำหนดคือให้มีการปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 90<sup>10</sup> เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่าแนวปฏิบัติที่กำหนดมาให้ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ขาดกระบวนการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การอบรมให้ความรู้ การสังเกตการปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนอุปกรณ์ การนิเทศการปฏิบัติตามชุดการดูแล ตลอดจนการติดตามประเมินผลผลของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ในระดับเริ่มต้น (novice) หรือพยาบาลระดับปฏิบัติการมีความเข้าใจไม่ตรงกัน ทำให้มีการปฏิบัติตามการพยาบาลที่หลากหลายแตกต่างกันออกไปส่งผลให้ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่นการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดทำให้ไม่บรรลุตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติตามการพยาบาลเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยการรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบ นำไปสู่การปฏิบัติทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด ซึ่งการวางระบบและการส่งเสริมให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยในการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ทางผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและรวบรวมชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย

หายใจ (ventilator care bundles) ซึ่งเป็นรูปแบบแนวทางวิธีปฏิบัติที่รวบรวมจัดทำเป็นชุดเดียวกัน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย และต้องยึดถือปฏิบัติตลอดเวลา (100% of the time)<sup>11</sup> ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประเทศออสเตรเลีย<sup>12</sup> ได้ชุดการดูแลประกอบด้วยสาระสำคัญในการปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยกหัวเตียงสูง > 30 องศา 2) การทำความสะอาดช่องปากโดยใช้ 0.12% chlorhexidine 3) การประเมินความพร้อมเพื่อย้ายเครื่องช่วยหายใจทุกวันและการเตรียมความพร้อมเพื่อถอดท่อช่วยหายใจ 4) การหยุดให้ยากล่อมประสาทชั่วคราว 5) การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร 6) การดูแลท่อช่วยหายใจและการควบคุมแรงดันในกระเปาะ ซึ่งมีการศึกษาหลายการศึกษาที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยอาศัยแนวคิดนี้และนำไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลการใช้ เช่น วันดี ศรีเรืองรัตนได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหาดใหญ่ และนำไปสู่การปฏิบัติพบว่า ภายหลังจากส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการจัดทำคู่มือให้ความรู้ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ติดโปสเตอร์เตือน พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าก่อนดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติในทุกหมวดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p=0.01$ <sup>13</sup> ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงสนใจที่จะนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่บอกความแตกต่างของระหว่างชุดการดูแล (bundle)



กับแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical practice guideline) ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ และเป็นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาด้านการศึกษาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประเทศออสเตรเลีย

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยศึกษาผลลัพธ์คือ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤติ

### คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์ในกลุ่มก่อนมีการใช้ชุดการดูแลและกลุ่มที่มีการใช้ชุดการดูแลเป็นอย่างไร โดยมีคำถามเฉพาะ คือ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ ในกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่มีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นอย่างไร

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์ ดำเนินการศึกษากฎการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – Based Practice ,EBP) โดยอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาด้านการศึกษาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประเทศออสเตรเลีย<sup>9</sup> ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะการพัฒนาชุดการดูแล มีขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของชุดการดูแล 2) กำหนดทีมพัฒนาในการดำเนินงาน 3) กำหนดวัตถุประสงค์และ กลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล 5) สืบค้น และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 6) การกำหนดแนวปฏิบัติของชุดการดูแล ระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการใช้ชุดการดูแล มีขั้นตอนดังนี้ 1) การนำชุดการดูแลไปใช้ 2) การประเมินผลลัพธ์และการเผยแพร่ชุดการดูแล<sup>9</sup> โดยประเมินผลลัพธ์ของการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ 1) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ 4) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ สามารถสรุปเป็นภาพประกอบดังนี้

การพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – Based Practice ,EBP) โดยอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ [NHMRC], 1999) ประเทศออสเตรเลีย



### ตัวแปรต้น

ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. การยกหัวเตียงสูง > 30 องศา
2. การทำความสะอาดช่องปากโดยใช้ 0.12% chlorhexidine
3. การประเมินความพร้อมเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันและการเตรียมความพร้อมเพื่อถอดท่อช่วยหายใจ
4. การหยุดให้ยากล่อมประสาทชั่วคราว
5. การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร
6. การดูแลท่อช่วยหายใจและการควบคุมแรงดันในกระเพาะ

### ตัวแปรตาม

ประสิทธิผลของชุดการดูแลผู้ป่วย

- 1) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2) จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 3) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพิงค์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทั้ง 7 หอผู้ป่วย ประกอบด้วยหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทั้ง 7 หอผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มก่อนการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และกลุ่มที่มีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาย้อนหลังกลุ่มก่อนการใช้ชุดการดูแลไป 3 เดือน ตั้งแต่เดือน กันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 จำนวน 501 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแลรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้าจากแบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วยขณะใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 649 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลนครพิงค์ทั้ง 7 หอผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งทางศัลยกรรมและอายุรกรรม ตั้งแต่เดือน กันยายน 2560 – มีนาคม 2561 ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ มีอายุ

15 ปีขึ้นไป ไม่มีการติดเชื้อปอดอักเสบตั้งแต่แรกรับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ป่วยหรือผู้แทนที่ขอขมยอนยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ขณะที่ยังใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ว่าจะด้วยการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ การส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นๆ หรือไม่สมัครอยู่กลับไปที่บ้าน รวมทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิต

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย ซึ่งชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของการสังเคราะห์จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมอย่างดีความน่าเชื่อถือของหลักฐานในระดับ 1,A โดยสืบค้นหลักฐานจากงานวิจัยต่างๆและจากสถาบันพัฒนาคุณภาพการดูแลทางสุขภาพ (The Institute for Healthcare Improvement, IHI) หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางยุโรป (A European Critical Care Department) ประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยกหัวเตียงสูง > 30 องศา (head of bed elevation) 2) การทำความสะอาดช่องปากโดยใช้ 0.12% chlorhexidine (oral hygiene with 0.12% chlorhexidine) 3) การประเมินความพร้อมเพื่อย้ายเครื่องช่วยหายใจทุกวัน และการเตรียมความพร้อมเพื่อย้ายเครื่องช่วยหายใจ (daily assessment for ventilator weaning & spontaneous breathing trial & extubation) 4) การหยุดให้ยากล่อมประสาทชั่วคราว (sedation vacation) 5) การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (stress ulcer prophylaxis) 6) การดูแลท่อ

ช่วยหายใจและการควบคุมแรงดันในกระเปาะ (endotracheal tube care & cuff pressure control) เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องของชุดการดูแล โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาสาระการปฏิบัติทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาชุดการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.8 และนำไปตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ (feasibility and appropriateness) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และมีการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ทดลองใช้จำนวน 14 คน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่าชุดการดูแลดังกล่าว มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง มีความสะดวกในการปฏิบัติจริง พยาบาล/ทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติได้ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล และพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการประเมินทั้ง 5 หัวข้ออยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.85 ส่วนหัวข้อ การปฏิบัติง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย มีผลการประเมินในระดับมาก ร้อยละ 85.71 และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์จากการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของท่อช่วยหายใจ รูปแบบที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ชุดการดูแล ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย

ป่วยวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบรวบรวมผลลัพธ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ และทีมผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และ มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบบันทึกผลลัพธ์ ผู้วิจัยได้นำมาทดลองรวบรวมผลลัพธ์ในการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 ครั้ง โดยหาความเชื่อมั่นของการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติ จนได้ค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) เท่ากับ 1

2.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกการสังเกตโดยทีมผู้วิจัยประชุมคณะทำงานของแต่ละหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล ให้ความรู้ในการสุ่มสังเกต การใช้แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนครพิงค์ การบันทึกข้อมูลการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของพยาบาลใช้รหัสหมายเลขแทนการระบุชื่อบุคคล ข้อมูลที่ได้ไม่มีผลกับการประเมินผลงาน การนำเสนอข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยทำในภาพรวมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลา ดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการใด ๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งชี้แจงประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอน

ตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

### วิธีดำเนินการวิจัย

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จากนั้นผู้วิจัยได้มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. พัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์มากำหนดเป็นชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ นำร่างชุดการดูแลเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ แสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาและปรับปรุง และนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน และผู้ป่วยจำนวน 10 คน นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

2. ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทั้ง 7 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ก่อนใช้ชุดการดูแล ตั้งแต่เดือน กันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน 2560 เป็นเวลา 3 เดือน จากเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง หลังจากนั้นนำการชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไปใช้ในแต่ละหอผู้ป่วยและติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ขั้นเตรียมการหรือเตรียมความพร้อม

ของหน่วยงานและบุคลากร โดยจัดเตรียมชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและคู่มือการปฏิบัติตามชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาและรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาดำนการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและ จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม จัดอบรมวิชาการในหน่วยงานให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้ง 6 องค์ประกอบ จากอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการใช้ชุดการดูแล และประสานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดให้มีการสอน การฝึกทักษะการหยาเครื่องช่วยหายใจ การวัด cuff pressure การทำความสะอาดช่องปากและฟัน ร่วมกับเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอภิปรายแสดงความคิดเห็นและซักถามเมื่อมีข้อสงสัย จัดทำคู่มือการปฏิบัติตามชุดการดูแลเป็นรูปเล่มใหญ่สำหรับแต่ละหอผู้ป่วย และคู่มือเล่มเล็กสำหรับพกพาของผู้ปฏิบัติ สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติตามชุดการดูแล เช่น อุปกรณ์ชุด oral care เครื่องวัด cuff pressure บันทึกรักษาสนับสนุน 0.12% chlorhexidine จากทางฝ่ายเภสัชกรรม แบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และพัฒนานวัตกรรม แบบวัดองศาเตียง โปสเตอร์เตือนใจในการปฏิบัติตามชุดการดูแล

3.2 เผยแพร่ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ดังนี้จัดประชุมพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาใช้ให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญในชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยจัดทำเป็นแผ่นพับ จัดทำเป็นภาพพับไว้หน้าจอคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตาม จัดทำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นรูปเล่ม นำไปจัดวางในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทุกแห่ง และแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้รับทราบ จัดทำบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับ

สาระสำคัญของชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในแต่ละหอผู้ป่วย และได้เชิญชวนให้อ่านทำความเข้าใจจากสื่อที่จัดไว้ ติดโปสเตอร์แสดงชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไว้บริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย

4. ดำเนินการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้กลยุทธ์หลายวิธีร่วมกันในการการนำชุดการดูแลสู่การปฏิบัติ ดังนี้

4.1 จัดกิจกรรม Click off day เริ่มต้นกิจกรรมการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์การทำกิจกรรมในทุกหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทั้ง 7 หอผู้ป่วย

4.2 ผู้วิจัยและผู้ร่วมทีมเป็นผู้นำและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามชุดการดูแล รวมทั้งการประสานงาน ติดตามการปฏิบัติของพยาบาลผู้ใช้ชุดการดูแล ให้คำปรึกษาาระหว่างการใช้ชุดการดูแลตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของการบันทึกในแบบติดตามผลลัพธ์การใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งอยู่ในรายงานของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ผู้ศึกษาเป็นผู้รวบรวมแบบบันทึกผลลัพธ์ชุดการดูแลด้วยตนเอง

4.3 ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัดเพื่อชี้แจง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้ในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง

4.4 ประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละเวร เพื่อทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ และประชุมร่วมกันในทีมผู้รับผิดชอบโครงการทุกสัปดาห์ หรือในกรณีถ้ามีปัญหาอุปสรรค ทีมผู้รับผิดชอบจะชี้แจงให้บุคลากรผู้ปฏิบัติทราบและเข้าใจทันที เช่นผู้ปฏิบัติบางคนไม่เข้าใจวิธีการประเมิน RASS score ทางทีมผู้วิจัยได้มีการสอนการประเมิน RASS score ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ในหอผู้ป่วยทั้งเป็นรายกลุ่มและรายเดี่ยว

4.5 หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือทีมผู้วิจัยมีการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามชุดการดูแลในเวรเช้าก่อนการรับเวร สังเกตการปฏิบัติตามชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบมีส่วนร่วม เมื่อมีปัญหาเกิด

ขึ้นทีมแกนนำจะแก้ปัญหาโดยการนิเทศข้างเตียงผู้ป่วย และสาธิตการใช้แนวปฏิบัติ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลเมื่อพบว่าปฏิบัติไม่ถูกต้อง และติดตามผลอย่างใกล้ชิด

4.6 การให้ข้อมูลย้อนกลับในภาพรวม โดยนำเสนอกราฟหรือตารางแสดง compliance rate เป็นรายสัปดาห์ และรายวอร์ด/ภาพรวม เพื่อให้เห็นกระบวนการปฏิบัติการ และถ้าพบอัตราการปฏิบัติตามชุดการดูแลอยู่ในระดับต่ำทางทีมวิจัยมีการสอบถามผู้ปฏิบัติว่ามีปัญหาการปฏิบัติในองค์ประกอบไหนบ้าง ต้องการการช่วยเหลือ หรือมีการปรับเปลี่ยนอย่างไรที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน หรือถ้ามีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้มีการทบทวนและจัดทำ case conference เพื่อหาสาเหตุของการเกิดดังกล่าว

4.7 ทำการปฐมนิเทศ ให้คำชี้แจงแก่บุคลากรทางการพยาบาลที่บรรจุใหม่ หรือนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักกายภาพที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในการนำชุดการดูแลมาใช้

4.8 นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้โดยจัดตั้งกลุ่มดูแลผู้ป่วยที่ใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีการสื่อสารผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (line) เพื่อให้สมาชิกสอบถามเกี่ยวกับข้อข้องใจในการปฏิบัติ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4.9 มีการนิเทศ ติดตาม ตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับหลังจากการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามชุดการดูแลอย่างสม่ำเสมอโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยในเวรเช้า วันเวลาราชการ

5. ผู้รับผิดชอบโครงการรวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งก่อนและหลังการการใช้ชุดการดูแล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

6. จัดประชุมในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อนำเสนอผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและระหว่างมีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น เพศ อายุ ชนิดท่อช่วยหายใจ ชนิดเครื่องช่วยหายใจ วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ นำมาจัดกลุ่มข้อมูลแจกแจงความถี่ นำเสนอโดยตารางประกอบคำบรรยาย

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์กลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้ชุดการดูแลและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยวิเคราะห์อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอโดย ตารางประกอบคำบรรยาย และ ตารางภาพ

## ผลการวิจัย

1. พัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีเนื้อหาสาระและรายละเอียดประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1.1 การยกหัวเตียงสูง > 30 องศา ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการยกศีรษะสูง ให้ยกศีรษะผู้ป่วยให้สูงมากกว่า 30 – 45 องศาตลอดเวลา และจะต้องมีการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง<sup>14</sup> (level 1, A)

1.2 การทำความสะอาดช่องปากโดยใช้ 0.12% chlorhexidine ร่วมกับการแปรงฟัน ให้แปรงฟันผู้ป่วยด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ให้ใช้ไม้พินสำลีชุบ special mouth wash เช็ดทำความสะอาดช่องปากเพื่อไม่ให้เกิดคราบ (plug) บริเวณฟัน จะต้องทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 6 ครั้ง (ทุก 4 ชั่วโมง) ตามด้วยการใช้ไม้พินสำลีแห้งเช็ดในปากก่อนแล้วใช้ไม้พินสำลี ชุบ 0.12% chlorhexidine เช็ดให้ทั่วช่องปาก ฟัน ลิ้น จัดให้ผู้ป่วย

นอนในท่าศีรษะสูง  $\geq 30$  องศา ตะแคงหน้าไปด้านใด ด้านหนึ่ง ขณะทำความสะอาดในช่องปาก เพื่อป้องกันการสำลัก<sup>15</sup> (Level 1, A)

1.3 การประเมินความพร้อมเพื่อย่ำเครื่องช่วยหายใจทุกวันและการเตรียมความพร้อมเพื่อถอดท่อช่วยหายใจ โดยการ

1.3.1 การประเมินข้อบ่งชี้ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่นสาเหตุของการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการแก้ไขหรือดีขึ้น อุณหภูมิร่างกาย  $> 36$  และ  $< 38$  องศาเซลเซียส ปริมาณของเสมหะลดลง ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ และไม่ได้ใช้ยากระตุ้นหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ  $\leq 140$  ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยมีความสามารถในการไอขับเสมหะออกเองได้ การแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่มาเลี้ยงส่วนปลาย (SpO<sub>2</sub>) มากกว่าหรือเท่ากับ 90%<sup>16</sup>

1.3.2 ใช้รูปแบบของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่น การทดลองให้หายใจเองด้วย (spontaneous breathing trials : SBT ) หรือกรณีผู้ป่วยทดลองหย่าเครื่องด้วยวิธีการทดลองให้หายใจเองแล้วไม่สำเร็จ หรือในกรณีผู้ป่วยพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ควรพิจารณาเลือกรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม (level 1, A)

1.4 การหยุดให้ยากล่อมประสาทชั่วคราวต้องมีประเมินระดับความรู้สึกตัว ความกังวล และระดับของยาระงับประสาทในผู้ป่วยทุกแวนโดยใช้เครื่องมือประเมิน sedation (The Richmond Agitation and Sedation Scale : The RASS) มีการปลุกผู้ป่วยให้ตื่นเป็นระยะๆ โดยเฉพาะในแวนเช้าก่อน 10.00น. เพื่อให้ผู้ป่วยตื่นบ้างจะได้ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา พุดคุยรู้เรื่อง ควรหยุดให้ยากล่อมประสาททันที แต่เมื่อหยุดให้ยากล่อมประสาทแล้ว ถ้าผู้ป่วยกลับมีอาการกระสับกระส่าย สับสน พักไม่ได้ ก็ต้องกลับมาใช้ยาใหม่อีกครั้ง<sup>17</sup> (Level1, A)

1.5 การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พิจารณาใช้ยาป้องกันเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกเท่านั้น ได้แก่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มีประวัติเป็นโรคเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีภาวะช็อค มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<sup>18</sup> เป็นต้น โดยเลือกชนิดของยาพิจารณาถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเปรียบเทียบกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด VAP เช่น ยากลุ่ม Proton pump inhibitors (PPIs) และติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกและการเกิด VAP ในช่วงตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกเช้า<sup>19</sup> (Level1, A)

1.6) การดูแลท่อช่วยหายใจและการควบคุมแรงดันในกระเปาะ โดยมีการวัด cuff pressure ให้อยู่ระหว่าง 25 – 30 cmH<sub>2</sub>O ทุก 8 ชั่วโมง พลาสเตอร์ยึดท่อช่วยหายใจสะอาด ไม่มีคราบพลาสเตอร์เปื้อนรอบปากผู้ป่วย ก่อนถอดท่อหลอดลมคอต้องดูดน้ำลายในปากออกก่อนดูดลมออกจาก cuff เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายในช่องปาก<sup>20</sup> (Level1, A)

2. ผลลัพธ์จากการนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 1) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีจำนวนพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.19 อายุเฉลี่ย 35.15ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.09 ปริญญาโท ร้อยละ 1.90 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.40 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.71มีอายุงาน 5- 10ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 91.42 2) ด้านผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่จำนวน 7 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 501 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแลจำนวน 649 ราย ดังตารางที่ 1,2,3

**ตารางที่ 1** จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนใช้ชุดการดูแลและกลุ่มที่มีการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ จำแนกตาม เพศ อายุ ชนิดของท่อช่วยหายใจ รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในภาพรวมทั้ง 7 หอผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (n = 501)		กลุ่มตัวอย่างหลังใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (n = 649)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	303	60.47	425	65.48
หญิง	198	39.53	224	34.52
อายุ (ปี)				
ค่าเฉลี่ย (SD)	61.46	(17.89)	61.76	(17.36)
ชนิดของท่อช่วยหายใจที่ใส่				
Endotracheal tube	483	96.40	627	96.61
Nasotracheal	0	0	2	0.30
Tracheostomy tube	18	3.60	20	3.09
รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ				
T-piece	31	6.19	8	1.23
CPAP	158	31.54	349	53.77
PSV	312	62.27	292	45.00

**ตารางที่ 2** จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ จำแนกตาม เพศ อายุ ชนิดของท่อช่วยหายใจ รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ของแต่ละหอผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ						
	SICU	TICU	NICU	ICUM1	ICUM2	ICUM3	CCU
	80(%)	80(%)	34(%)	97(%)	43(%)	130(%)	37(%)
เพศ							
ชาย	48(60.00)	51(63.8)	30(88.23)	62(63.91)	23(53.48)	79(60.76)	10(27.00)
หญิง	32(40.00)	29(36.2)	4(11.76)	35(36.09)	20(46.52)	51(39.24)	27(73.00)
อายุ (ปี)							
ค่าเฉลี่ย (SD)	54.58 (19.13)	55.02 (19.06)	55.41 (15.70)	66.38 (16.87)	66.60 (16.43)	65.50 (15.99)	64.89 (14.84)
ชนิดของท่อช่วยหายใจที่ใส่							



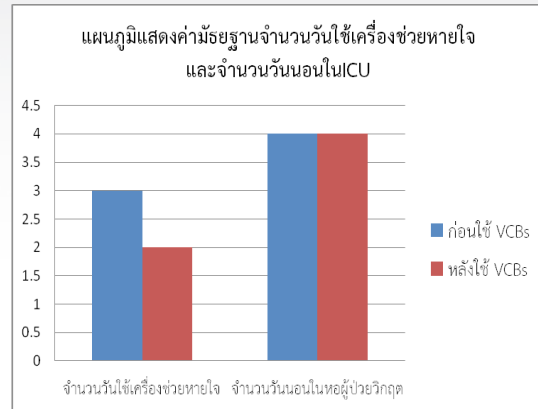
ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ						
	SICU	TICU	NICU	ICUM1	ICUM2	ICUM3	CCU
	80(%)	80(%)	34(%)	97(%)	43(%)	130(%)	37(%)
Endotracheal tube	78(95.50)	79(98.74)	28(82.35)	97(100)	43(100)	121(93.07)	37(100)
Nasotracheal	0	0	0	0	0	0	0
Tracheostomy tube	2(2.50)	1(1.20)	6(17.65)	0	0	9(6.93)	0
รูปแบบการหย่า							
เครื่องช่วยหายใจ							
T-piece	4(5.00)	1(1.20)	0	26(26.81)	0	0	0
CPAP	0	0	34(100)	44(45.36)	43(100)	0	37(100)
PSV	76(95.00)	79(98.80)	0	27(27.83)	0	130(100)	0

ตารางที่ 3 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ จำแนกตาม เพศ อายุ ชนิดของท่อช่วยหายใจ รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ของแต่ละหอผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างขณะใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ						
	SICU	TICU	NICU	ICUM1	ICUM2	ICUM3	CCU
	95(%)	97(%)	52(%)	134(%)	102(%)	109(%)	58(%)
เพศ							
ชาย	62(65.26)	67(69.07)	28(53.84)	91(67.91)	67(65.68)	70(64.22)	36(62.06)
หญิง	33(34.74)	30(30.93)	24(46.16)	43(32.09)	35(34.32)	39(35.78)	22(37.94)
อายุ (ปี)							
ค่าเฉลี่ย	55.50	55.13	57.96	64.02	66.58	63.33	68.18
(SD)	(20.78)	(18.66)	(17.3)	(16.07)	(14.36)	(18.17)	(11.15)
ชนิดของท่อช่วยหายใจ							
ที่ใส่							
Endotracheal tube	89(93.64)	94(96.90)	41(78.84)	134(100)	102(100)	107(98.16)	58(100)
Nasotracheal	0	2(2.06)	0	0	0	0	0
Tracheostomy tube	6(6.36)	1(1.04)	11(21.16)	0	0	2(1.84)	0
รูปแบบการหย่า							
เครื่องช่วยหายใจ							
T-piece	7(7.36)	1(1.00)	0	0	0	0	0
CPAP	2(2.11)	1(1.00)	52(100)	134(100)	102(100)	0	58(100)
PSV	86(90.53)	97(98.00)	0	0	0	109(100)	0

2.2 ข้อมูลผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนมีการใช้ชุดการดูแล และกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแล ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มก่อนการใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 20.27 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแลเท่ากับ 7.03 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้ชุดการดูแลมีค่าพิสัยอยู่ในระหว่าง 1- 65 วัน ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 3 วัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแล มีค่าพิสัยอยู่ในระหว่าง 1- 85 วัน ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 2 วัน จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ชุดการดูแลมีค่าพิสัยอยู่ในระหว่าง 1-70 วัน ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 วัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแลมีค่าพิสัยอยู่ในระหว่าง 1- 26 วัน ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 วัน (ดังรูปภาพที่ 1) และค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้

ชุดการดูแลเท่ากับ 80,085.26 บาท ส่วนกลุ่มก่อนใช้ชุดการดูแล เท่ากับ 93,041.19 บาท



รูปภาพที่ 1

2.3 การปฏิบัติตามชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในแต่ละหอผู้ป่วยและในภาพรวม ดังแสดงในรูปภาพที่ 2- 9

ตารางที่ 4 การปฏิบัติของพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 1 การยกหัวเตียงสูง > 30 องศา จำแนกรายหอผู้ป่วย

สัปดาห์ที่	ร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลจำแนกตามรายหอผู้ป่วย						
	SICU	TICU	NICU	MICU1	MICU2	MICU3	CCU
1	75.00	82.93	64.29	83.93	75.56	61.54	75.00
2	86.05	84.44	71.74	86.96	83.67	79.07	71.43
3	77.78	81.58	78.05	92.31	81.63	64.15	80.00
4	84.21	91.89	77.78	86.67	77.08	87.88	83.33
5	97.73	97.62	71.43	87.50	87.50	86.96	92.86
6	100.00	97.78	75.00	94.55	97.78	89.86	81.82
7	95.56	91.67	85.71	100.00	83.33	82.26	92.86
8	97.83	95.74	85.37	100.00	93.75	87.50	100.00
9	95.12	95.12	75.76	100.00	89.36	87.10	91.67
10	86.36	93.02	86.11	100.00	88.89	98.67	89.47
11	94.87	97.78	89.74	100.00	86.05	81.25	100.00
12	88.10	94.00	90.24	95.00	90.00	89.80	89.47
13	100.00	94.87		92.86	90.91	92.94	100.00

ตารางที่ 5 การปฏิบัติของพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 2 การทำความสะอาดช่องปากโดยใช้ 0.12% chlorhexidine จำแนกรายหอผู้ป่วย

สัปดาห์ที่	ร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลจำแนกตามรายหอผู้ป่วย						
	SICU	TICU	NICU	MICU1	MICU2	MICU3	CCU
1	73.17	82.22	69.64	76.79	80.85	66.67	67.65
2	86.36	84.09	88.37	93.02	89.13	79.31	80.00
3	84.78	79.49	84.62	86.84	85.42	64.00	90.00
4	86.84	73.17	81.82	88.64	80.43	80.00	90.91
5	100.00	95.35	85.45	92.73	88.10	92.75	94.74
6	97.73	90.48	89.09	100.00	97.83	92.65	92.31
7	100.00	97.96	90.00	95.00	91.11	78.46	90.63
8	97.87	93.62	94.59	94.59	93.75	90.14	90.63
9	100.00	90.70	95.83	100.00	95.45	84.21	91.67
10	93.02	95.83	86.05	95.24	86.67	91.57	87.50
11	97.78	93.75	92.31	97.37	88.10	87.34	100.00
12	90.20	92.16	91.89	100.00	82.98	92.86	100.00
13	93.94	100.00		84.62	90.91	93.67	100.00

ตารางที่ 6 การปฏิบัติของพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 3 การประเมินความพร้อมเพื่อย้ายเครื่องช่วยหายใจทุกวันและการเตรียมความพร้อมเพื่อถอดท่อช่วยหายใจ จำแนกรายหอผู้ป่วย

สัปดาห์ที่	ร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลจำแนกตามรายหอผู้ป่วย						
	SICU	TICU	NICU	MICU1	MICU2	MICU3	CCU
1	66.67	66.67	76.47	65.52	82.98	71.62	79.17
2	70.00	76.92	73.53	74.07	85.71	89.02	79.41
3	73.68	85.37	84.85	65.22	85.42	59.09	90.00
4	71.05	90.91	83.78	86.96	85.71	83.82	80.77
5	82.93	85.71	86.84	100.00	87.50	84.78	88.24
6	96.97	78.26	90.91	100.00	97.83	100.00	81.82
7	100.00	81.82	91.67	72.73	85.42	94.44	94.12
8	100.00	83.78	87.50	80.00	97.83	100.00	91.30
9	90.00	85.71	92.86	72.73	89.36	92.31	83.33
10	100.00	76.32	85.00	88.00	90.91	96.10	85.71
11	93.55	94.74	93.94	87.50	97.44	93.94	86.96
12	91.49	78.79	97.30	80.00	86.54	95.92	89.47
13	93.10	84.21		85.37	81.08	92.45	93.33

**ตารางที่ 7** การปฏิบัติของพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 4 การหยุดให้ยาากล่อมประสาทชั่วคราวจำแนกรายหอผู้ป่วย

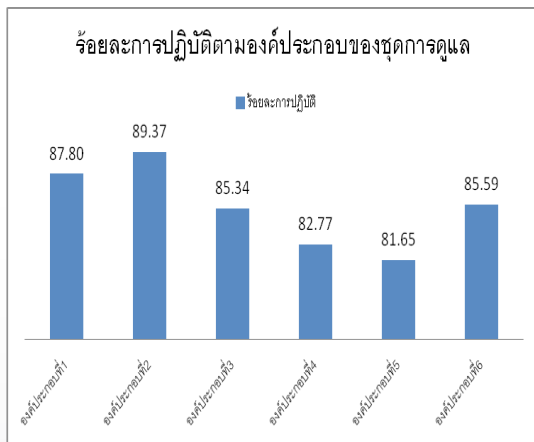
สัปดาห์ที่	ร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลจำแนกตามรายหอผู้ป่วย						
	SICU	TICU	NICU	MICU1	MICU2	MICU3	CCU
1	66.67	66.67	63.64	60.71	68.57	83.33	68.97
2	72.97	86.21	72.73	69.23	84.21	93.83	73.91
3	87.23	83.87	62.50	76.00	80.00	90.32	66.67
4	86.11	73.91	79.17	94.12	88.00	96.67	81.82
5	80.65	75.00	94.12	94.12	83.87	90.70	79.17
6	89.29	84.62	80.65	89.29	93.18	98.36	92.31
7	91.49	80.49	84.38	84.38	100.00	98.04	91.67
8	87.50	80.65	77.78	81.25	76.74	92.68	81.82
9	91.67	92.86	77.14	78.38	90.00	89.47	87.50
10	84.09	94.29	71.88	79.41	90.32	98.72	88.89
11	90.00	92.68	84.62	70.59	80.95	95.59	85.71
12	83.87	90.38	83.78	83.72	92.73	97.96	85.71
13	92.59	92.31		88.57	94.59	92.98	95.00

**ตารางที่ 8** การปฏิบัติของพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 5 การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารจำแนกรายหอผู้ป่วย

สัปดาห์ที่	ร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลจำแนกตามรายหอผู้ป่วย						
	SICU	TICU	NICU	MICU1	MICU2	MICU3	CCU
1	74.42	68.29	67.39	72.34	63.41	75.81	70.00
2	65.96	64.44	57.50	66.67	78.13	92.59	91.67
3	81.63	64.10	58.82	74.07	75.86	84.38	83.33
4	83.33	70.73	68.75	75.00	77.42	94.83	83.33
5	90.70	79.49	84.62	87.18	81.08	86.36	87.50
6	79.17	84.44	81.82	87.50	76.32	91.23	100.00
7	72.73	86.49	91.67	91.67	83.33	90.74	91.67
8	83.33	90.70	83.33	82.76	82.86	97.56	100.00
9	95.24	83.33	84.62	68.42	86.36	89.74	93.75
10	90.24	100.00	73.08	85.71	89.29	97.22	93.55
11	88.10	97.62	62.50	69.23	82.14	95.59	95.45
12	83.67	88.10	82.86	94.44	92.11	98.90	91.30
13	91.43	90.24		85.19	100.00	94.12	100.00

ตารางที่ 9 การปฏิบัติของพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 6 การดูแลท่อช่วยหายใจและการควบคุมแรงดันใน  
กระเปาะจำแนกรายหอผู้ป่วย

สัปดาห์ที่	ร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลจำแนกตามรายหอผู้ป่วย						
	SICU	TICU	NICU	MICU1	MICU2	MICU3	CCU
1	67.44	75.61	72.73	72.73	80.00	74.65	64.52
2	70.73	81.40	83.93	73.21	80.85	88.89	75.00
3	60.87	65.79	82.35	71.79	89.13	84.48	80.95
4	72.50	78.38	80.77	81.13	84.09	79.17	90.91
5	83.72	80.00	85.29	93.75	87.50	69.64	80.00
6	76.74	95.35	78.38	80.56	95.74	93.75	93.33
7	90.70	95.74	83.78	91.89	93.18	86.36	88.89
8	89.36	91.84	91.11	93.33	100.00	85.71	100.00
9	90.00	90.91	85.71	87.50	93.33	79.25	90.00
10	95.35	95.35	91.30	91.30	100.00	96.15	91.67
11	79.49	94.87	86.84	91.18	95.00	90.14	90.48
12	90.57	79.17	87.80	90.91	88.24	96.94	94.12
13	90.63	85.00		87.50	81.08	92.00	94.74



รูปภาพที่ 2

การอภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในด้านอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ชุดการดูแลมีแนวโน้มลดลงจากก่อนการใช้ชุดการ

ดูแล 20.27 เหลือ 7.03 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่นำหลักฐานเชิงประจักษ์มากำหนดเป็นชุดการดูแลที่มีการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ ตลอดเวลาและต่อเนื่องจะช่วยลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ เช่น การศึกษาของเมทธีนิ และคณะ (2013) พบว่าการยกศีรษะผู้ป่วยให้สูงอยู่ในช่วงมากกว่า 30 – 45 องศา ตลอดเวลาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม จะช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการสำลึกลน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งในช่องปากและลำคอลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้ดี และป้องกันการไหลย้อนกลับของสารเหลวจากกระเพาะอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>11</sup> การศึกษาของ ชูเคอร์แมนและคณะ (2016) พบว่าการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้การแปรงฟันวันละ 2 ครั้งร่วมกับการใช้ไม้พ่นสำลีชุบ 0.12% chlorhexidine เช็ดในปากจะช่วยลดแบคทีเรียใน

ช่องปากและลดเชื้อก่อโรคในทางเดินหายใจส่วนต้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>22</sup> การศึกษาของแครกและคณะ (2013) พบว่าการได้รับยาลดกรดในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารเป็นมาตรฐานการรักษาที่จะต้องให้ในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และควรพิจารณาให้ในกลุ่มที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงสูงเท่านั้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกิน 48 ชั่วโมง ผู้ที่มีปัญหาติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะช็อค ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเลือดออกในกระเพาะ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และควรใช้ยากลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) มากกว่า และป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะได้ดีกว่า sucralfate จึงช่วยให้หยุดยาได้เร็วขึ้น ซึ่งการให้ยาป้องกันการเกิดแผลเลือดออกในกระเพาะอาหารอาจทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตมากในกระเพาะอาหาร ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียนจะสำคัญเชื้อเข้าปอดได้ง่ายกว่าทำให้เกิดปอดอักเสบได้<sup>13</sup> การศึกษาของลิ้มและคณะ (2013) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยที่ใช้ VAP bundle ต่อการเกิด VAP พบว่าการรักษาระดับ cuff pressure ที่ 20 - 30 mmHg ทุก 4 ชั่วโมงจะป้องกันการสำลักได้ทำให้ลดการเกิด VAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>3</sup>

2. ผลลัพธ์ของจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มที่มีการใช้ชุดการดูแลมีค่ามัธยฐานจำนวน 2 วัน ซึ่งในกลุ่มก่อนใช้ชุดการดูแลมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของเลียงและคณะ (2009) ที่ทำวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่มศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2 กลุ่มที่ weaning ด้วยวิธี spontaneous breathing trial (SBT) weaning mode with the classical weaning mode พบว่าการ weaning ด้วย SBT จะช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และลดอัตราการเกิด VAP ลงได้<sup>23</sup> และการศึกษาของซาฮาบี และคณะ (2013) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการหยุดให้ยากลุ่มประสาทเป็นระยะๆ ในเวรเช้าและการให้ยากลุ่มประสาทอย่าง

ต่อเนื่อง ทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 7 วันเหลือ 4 วัน เนื่องจากการหยุดยากลุ่มประสาททำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจง่ายขึ้น จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง มีผลทำให้อุบัติการณ์ของ VAP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>24</sup>

3. ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หลังใช้ชุดการดูแลมีแนวโน้มลดลงจากจาก 93,041.19 บาท เหลือ 80,085.26 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของเซตวิคและคณะ (2012) ที่พบว่าหลังดำเนินการส่งเสริมการป้องกันป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่โรงพยาบาลผู้ป่วยลดลงจากก่อนใช้โปรแกรม<sup>25</sup>

4. ผลลัพธ์ด้านวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งสองกลุ่มเท่ากันคือ 4 วัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกอลแลงเฮอร์ (2012) ที่นำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตจะช่วยลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ลดจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดการเกิดปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>5</sup> เนื่องจากระบบการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลนครพิงค์ แพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้พิจารณาย้ายผู้ป่วยออก ถึงแม้ผู้ป่วยบางรายหลังถอดท่อช่วยหายใจแล้วแต่ยังต้องการการดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด แพทย์บางท่านอาจจะให้นอนสังเกตอาการต่อไปในหอผู้ป่วยวิกฤตอีกจนกว่าอาการจะดีขึ้นถึงย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ หรือบางครั้งเกิดจากการบริหารจัดการเตียง เนื่องจากมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมาก เตียงในหอผู้ป่วยสามัญไม่ว่างพอที่จะรองรับผู้ป่วยที่ย้ายออก จึงทำให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตยาวนาน ดังนั้นจำนวนวันนอนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

5. ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่นำมาใช้มีข้อเด่นคือได้ มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย

หายใจอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย จึงเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ และเป็นไปได้ในแนวทางปฏิบัติ ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการพยาบาลในการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับสูง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เพราะมีแนวทางกำกับ ติดตาม การใช้ชุดการดูแล มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามชุดการดูแลโดยหัวหน้าตึกในทุกเวรเช้าก่อนรับเวร และมีรูปแบบการส่งเสริมการใช้หลายๆ กลยุทธ์ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับชุดการดูแล การจัดกิจกรรมรณรงค์ การนิเทศ การประชุมติดตามงาน การสังเกตการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ สอดคล้องกับการศึกษาของพินดา กาวินา (2560) ที่ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการใช้กลยุทธ์หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ การขอความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือน การใช้เทคนิคด้านการพัฒนาคุณภาพ ทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นและมีการส่งเสริมการใช้อย่างต่อเนื่องระยะยาวสามารถสร้างความยั่งยืนและเกิดผลลัพธ์ที่ดี<sup>26</sup>

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นเพียงระยะเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ (continuous quality improvement, CQI) ซึ่งยังต้องการการพัฒนาและติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูลิส และคณะ (2014) ที่พบว่าการนำชุดการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายระยะ จะลดการเกิดปอดอักเสบจากการ

ใช้เครื่องช่วยหายใจ จากเฟสแรกมีอัตราการเกิดเท่ากับ 3.3: 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ จนกระทั่งถึงเฟสที่ 4 อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเท่ากับ 0<sup>27</sup> ดังนั้น ควรมีการศึกษาในวงล้อของ PDSA ต่อไปอีกหลายรอบเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ก่อนจะนำชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลงสู่การปฏิบัติจะต้องให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงเกี่ยวกับชุดการดูแลดังกล่าวเพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ต่อเนื่อง และตลอดเวลา (100% of the time) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ควรปฏิบัติตามชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อให้เกิดกิจกรรมคุณภาพที่มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจรของ PDSA เพื่อความยั่งยืนของผลลัพธ์

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ ธงชัย อาจารย์พญ.ภัทราพร ตาเจริญเมือง นางสาวสุภาภรณ์ บุญโยทยาน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษางานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Lea, F., Farenzena, M., Wawrzyniak, L.C., Brauner, J.S., Rios Vieira, S.R., Vigo, A., & Bozzetti, M.C. Mechanical ventilation in patients in the intensive care unit of a general university hospital in southern Brazil: an epidemiological study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2016, Mar;71(3), 145–151.
2. Helley, T.P., Ewan, V., Wilson, P., & Simpson, A.J. The intensive Care Society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Jics*. 2016;17(3):238 – 243.
3. Magill, S.S., Edwards, J.R., Bamberg, W., Beldavs, Z.G., Damyati, G., Kainer, M. A., et al. Multi state point- prevalence survey of health care-associated infections. *The New England journal of medicine*. 2014;370(13):1198 – 208.
4. Thailand Hospital Indicator Project. โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัด ระดับคุณภาพ โรงพยาบาล. [Online].2016. Available at : <http://www.ha.or.th/ha2016/thip/thip.htm>. 2 Sep 2016
5. Gallagher, J. A. Implementation of Ventilator- Associated Pneumonia Clinical Guideline (Bundle). *American college of Nurse Practitioners*. 2012;8(5). 377-82.
6. Keyt, H., Faverio, P., & Restrepo, M.I., Prevention of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: A review of the clinically relevant recent advancements. *Indian J Med Res*. 2014;139, June, 814-821.
7. Hadi D. K., Amir E. Z., Abolfazl F., Afshin G. B., Ghahraman M., Farshad H. K., et al. The Importance of Oral Hygiene in Prevention of Ventilator – Associated Pneumonia (VAP) A Literature Review. *International Journal of Caring Sciences*. 2014, 7:12 – 23. Retrieved Jan
8. Lim. K.P., Kuo, S.W., Ko, W.J., Sheng., W.H., Chang, Y.Y., Hong, M.C. Efficacy of ventilator associated pneumonia care bundle for prevention of ventilator associated pneumonia in the surgical intensive care units of a medical center. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2013;122, 1 - 6.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลนครพิงค์. รายงานข้อมูลประจำปี 2559. เชียงใหม่: โรงพยาบาลนครพิงค์; 2559.
10. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2560. เชียงใหม่: โรงพยาบาลนครพิงค์; 2560.
11. Alcan, A.O., & Korkmaz, F.D. Prevention of ventilator-associated pneumonia: Use of the care bundle approach. *American Journal of Infection control*. 2016; 44, e173 – e176.
12. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guideline to the development implementation and evaluation of clinical practice guideline. 1999. Retrieved April 12, 2016, from <http://www.nhmrc.gov>



13. วันดี ศรีเรืองรัตน์. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหาดใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
14. Speck, K., Rawat, N., Weiner, N. C., Tujuba, H. G., Farley, D., & Berenholtz, S. Asystemic approach for developing a ventilator-associated pneumonia prevention bundle. *AJJC*. 2016;44:652 - 6.
15. Marini, A. L., & Shihab, R. K. Multifaceted bundle interventions shown effective in reducing VAP rates in our multidisciplinary ICUs. *BMJ Quality Improvement Reports*.2016; 5,1245-1250.
16. Wang, J., Ma, Y. & Fang, Q. Extubation With or Without Spontaneous Breathing Trial. *American Association of Critical-Care Nurses*. 2013; 33(6) : 50- 56. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2013580>
17. Burry ,L., Steinberg, M., Rose, L., Kim, S., Devlin, J., Ashley, B. J, et al. Clinicians' perspectives on the use of a sedation protocol or daily sedative interruption in mechanically ventilated patients enrolled in a multicenter sedation trial. *Intensive Care Medicine*. 2011;37(1),83-90.
18. Krag, M. A., Perner<sup>1</sup>, J. Wetterslev, M. H., & Møller. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit: is it indicated? A topical systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013;57:835–847.
19. Alhazzani, W., Alenezi, F., Jaeschke, R.Z., et al. Proton pump inhibitors versus histamine 2 receptor antagonists for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta- analysis. *Crit Care Med*. 2013;41,693-705.
20. Sole, M. L., Su. X., Talbert, S., Penoyer, D. A., Kalita, S., Jimenez, E., & Bennett, M. Evaluation of an intervention to maintain endotracheal tube cuff pressure within therapeutic range. *American Journal of Critical Care*. 2011;20(2):109-118.
21. Metheny,N. & Frantz, R. Head-of-Bed Elevation in Critically Ill Patients: A Review. *Critical Care Nurse*. 2013;33(3):53-67.
22. Zuckerman,L. M. Oral Chlorhexidine Use to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Adults. *Dimens Crit Care Nurs*. 2016;35(1):25-36.
23. Liang, J.F., Tian, R., & Feng, L. Clinical experience of spontaneous breathing trial in weaning mechanical ventilation Chinese. *critical care medicine*. 2009;Oct;21,(10), 617-20.
24. Shahab, M., Yousefi, H., Yazdannik,A,. & Alikiai, B. The effect of daily sedation interruption protocol on early incidence of ventilator-associated pneumonia among patients hospitalized in critical care units receiving mechanical ventilation. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016; 21(5), 541–546. doi: 10.4103/1735-9066.193420

25. Sedwick, M.B., Lance-Smith, M., Reeder, S.J., & Nardi, J. Using evidence – based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Critical care nurse*. 2012;32(4):41-51.
26. พนิดา กาวินำ ทองปาน เงือกงำ และ ศรีสุดา อัสวพลังกุล. ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารกองการพยาบาล*. 2560;44(3),34 – 57.
27. Sulis, C, A., Walkey, A, J., Abadi, Y.,Reardon, C. C., Joyce-Brady,M. Outcomes of a ventilator-associated pneumonia bundle on rates of ventilator-associated pneumonia and other health care-associated infections in a long-term acute care hospital setting *American Journal of Infection Control*. 2014;42:536- 8.

# ความพึงพอใจต่อการใช้หลักฐานอ้างอิงใน การเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

## The Satisfaction of Using of Evidence in Teaching and Learning in Adult Nursing

ปรารถนา ลังการพิษฐ์ Ph.D.\* Prathana Langkarpint Ph.D.\*

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันการพยาบาลที่มีคุณภาพและถูกต้องตามมาตรฐานสากลจะต้องมีการพิจารณาใช้หลักฐานอ้างอิงระดับที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานสากล โดยนำมาปรับใช้ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตัวอย่างหลักฐานอ้างอิงที่นิยมใช้ในประเทศไทย ได้แก่ การจำแนกคุณภาพของหลักฐาน (Level of evidence) ตามการจำแนกระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติใช้ตามเกณฑ์จำแนกของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery) ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ได้เลือกการนำหลักฐานอ้างอิงในระบบดังกล่าว มาใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนฝึกทักษะในการสืบค้นและเลือกหลักฐานอ้างอิงที่สอดคล้องกับกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมาย ฝึกทักษะในการแปลเอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษและนำเสนอหน้าชั้นเรียน งานวิจัยชั้นเรียนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนและผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิง เครื่องมือวิจัยได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินผลการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยพายัพ ตอนที่ 2 กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคที่ลงเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 ในภาคการศึกษาที่ 1/2557 จำนวน 127 คน และคณาจารย์ผู้ร่วมสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 จำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิงอยู่ในระดับมากที่สุด และผู้สอนพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิงในระดับมากที่สุด

**คำสำคัญ** หลักฐานอ้างอิง การเรียนการสอน การพยาบาลผู้ใหญ่

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

\* Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

## Abstract

Currently, nursing practice with international standard and quality must consider using evidence from the international standardized organization to apply in accordance with the needs and preferences of individual patient. Level of evidence Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery is one example of the most popular system used in Thailand. Lecturers in Adult Nursing subject have chosen this evidence in teaching and learning Adult Nursing III to allow junior nursing students to improve their skills in searching and choosing evidence that is appropriate for patient in the assigned case study, English translation and presentation. This classroom research aimed to explore the satisfaction of nursing students and instructors in searching evidence in Adult Nursing subject. The research instrument was questionnaires that was adjusted from Part 2 of the teaching learning evaluation form developed by Academic Affairs office, Payap University. The population of this study were 127 junior nursing students who enrolled in Adult Nursing III subject and 10 faculties who taught in this subject. The results revealed that nursing students satisfaction level on using evidence were high and highest. The faculties satisfaction level on using evidence were also high and highest.

**Key words** evidence, teaching and learning, adult nursing

### บทนำ

การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานอ้างอิง (Evidence based nursing practice) หมายถึง “การตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุมีผล ที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ”<sup>1</sup> พยาบาลควรพิจารณาใช้หลักฐานอ้างอิงระดับที่ดีตาม เกณฑ์มาตรฐานสากล เช่น หลักฐานอ้างอิงที่มี คุณภาพของหลักฐาน (Level of Evidence) ตาม ระบบการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของ หลักฐานอ้างอิง ตามการจำแนกระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติใช้ตามเกณฑ์จำแนก เช่น สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery)<sup>2</sup> ปัจจุบันได้มีการนำหลักฐานอ้างอิงมาใช้ใน

การดูแลผู้ป่วย โดยบูรณาการความรู้และการปฏิบัติ เข้าในความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพ ค่า นิยมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดใน การดูแลรักษาจึงมีการเลือกหลักฐานอ้างอิงที่ดีที่สุด มาใช้ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยหลักฐานอ้างอิงนั้นจะต้องได้รับพิสูจน์แล้วว่ามีการสังเคราะห์อย่างถูกต้องตามขั้นตอนที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล<sup>3</sup> เสนอว่า การค้นหาหลักฐาน อ้างอิงโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยจะช่วยให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและทันสมัย ถึงแม้จะมีการยอมรับว่าการใช้หลักฐานอ้างอิงในการ ปฏิบัติพยาบาลจะช่วยให้บุคลากรทางการ พยาบาลตัดสินใจหาวิธีที่ดีที่สุดในการให้การดูแล ผู้ป่วย แต่การเลือกหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติงาน ทางการพยาบาลต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของ

พยาบาลที่อยู่ในสาขานั้น ๆ โดยต้องมีการวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาว่า หลักฐานอ้างอิงที่จะนำมาใช้ มีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงเพียงใด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดกับกลุ่มผู้ป่วย ในความรับผิดชอบ<sup>4</sup>

รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 เป็นรายวิชาบังคับในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค จุดมุ่งหมายรายวิชาคือ ให้นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการพยาบาลผู้ใหญ่ภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน วิกฤติ และเรื้อรัง ที่ซับซ้อนได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ครอบคลุมความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์เพศชายและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้นักศึกษาสามารถบูรณาการความรู้ หลักฐานอ้างอิง และกระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ สำหรับผลการเรียนรู้ของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 เน้นให้ผู้เรียนมีความรู้สี่ด้าน ดังนี้ 1) มีความรู้และความเข้าใจในศาสตร์ที่เป็นพื้นฐานของชีวิตและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และกฎหมาย 2) มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพยาบาล และ/หรือ การวิจัย 4) มีความรู้ความเข้าใจในวิทยาการความก้าวหน้าด้านสุขภาพที่ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศและสังคมโลก ในด้านทักษะทางปัญญา รายวิชานี้มุ่งพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การวิจัย และการใช้นวัตกรรม อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบททางสังคม ส่วนในด้านการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ รายวิชานี้มุ่งให้ผู้เรียนสามารถสืบค้นข้อมูลทางการพยาบาลและหลักฐานอ้างอิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และสามารถศึกษา ค้นคว้า อ่านวารสารและตำราภาษาอังกฤษทางการพยาบาลได้อย่างเข้าใจ

เพื่อเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะและเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับหลักฐานอ้างอิง และมีทักษะในการสืบค้นข้อมูลทางการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ตามคำขวัญของวันพยาบาลสากลปี พ.ศ. 2555 ที่ว่า พยาบาลสร้างสรรค์บริการ : จากหลักฐานอ้างอิงสู่การปฏิบัติ<sup>6</sup> ผู้สอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 (พบ. 354) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพายัพ ปีการศึกษา 1/2557 จึงได้เลือกหลักฐานอ้างอิงมาใช้ในการเรียนการสอนในวิชาดังกล่าว นักศึกษาที่ลงเรียนในรายวิชานี้จะได้ฝึกทักษะที่จะค้นคว้า พิจารณา และเลือกหลักฐานอ้างอิงที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพในระบบต่างๆตามกรณีศึกษาที่ได้รับ อีกทั้งได้พัฒนาทักษะด้านการสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย อย่างเป็นระบบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้อองค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นหลักในการค้นคว้าและได้พัฒนาทักษะในการนำเสนอ เป็นการพัฒนานักศึกษาให้สอดคล้องกับผลการเรียนรู้ของรายวิชาที่ได้กำหนดไว้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยชั้นเรียนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

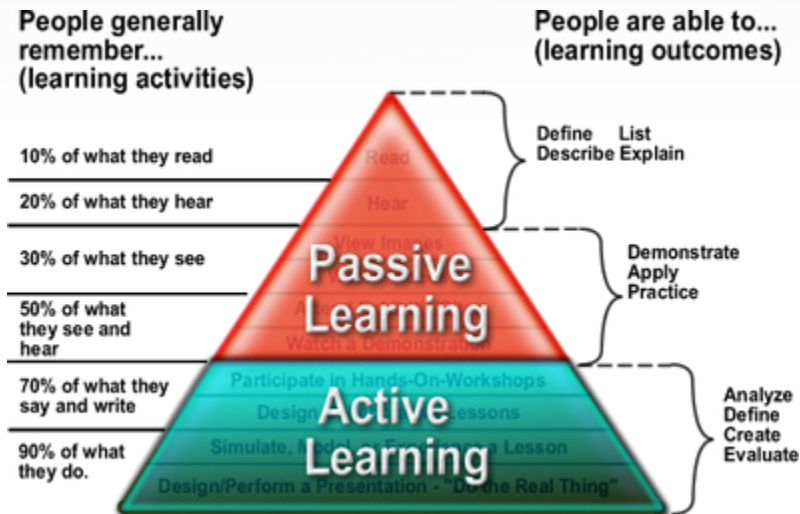
1. ประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 ต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิง
2. ประเมินความเห็นของผู้สอนต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิง

### กรอบแนวคิด

จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้กล่าวถึงแนวการจัดการศึกษาของชาติว่าควรจัดการศึกษาต้องเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนทุกคนเรียนรู้และพัฒนาตนเอง การจัดสภาวะแวดล้อม บรรยากาศ

รวมทั้งแหล่งเรียนรู้ที่มีความหลากหลายและเอื้อต่อความสามารถของผู้เรียน และได้เน้นว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุดในกระบวนการจัดการเรียนการสอน และจากแนวคิดของ Johnson (2012)<sup>7</sup> จากภาพที่ 1 ที่อธิบายได้ว่า active learning จะช่วยให้ผู้เรียนได้

เรียนรู้มากขึ้นจากการอ่าน การได้ยิน การมองเห็น และการทำกิจกรรม นอกจากนี้ผู้เรียนยังได้เรียนรู้การวิเคราะห์ การให้คำนิยาม การพัฒนาความรู้ และการประเมินค่าอีกด้วย



ภาพที่ 1. Passive Learning และ Active Learning โดย Claes Johnson (2012)

(ที่มา: <https://mathsimulationstechnology.wordpress.com/2012/02/16/active-learning-passive-teaching/>)

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในรายวิชานี้จึงมุ่งเน้นที่ประโยชน์ของผู้เรียนซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ให้ได้พัฒนาทักษะการค้นคว้าด้วยตนเอง โดยการสืบค้นหลักฐานอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเป็นภาษาอังกฤษ ฝึกการอ่าน การแปลและสรุปความสำคัญ ฝึกการนำเสนอหน้าชั้นเรียน และฝึกทักษะในการทำงานแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาด้วยตนเองอย่างแท้จริง

#### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยชั้นเรียนนี้มีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยชั้นเรียนตามแนวคิดที่ได้จากแนวปฏิบัติที่ดีในการทำวิจัยในชั้นเรียนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1. การเลือกหัวข้อวิจัยในชั้นเรียน 2. การออกแบบการวิจัยในชั้นเรียน 3. การสรุปผล

การวิจัย 4. ข้อเสนอแนะสำหรับอาจารย์เพื่อการพัฒนางานวิจัยในชั้นเรียน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิง และประเมินความพึงพอใจของผู้สอนต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิง กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 (พบ. 354) ในภาคการศึกษาที่ 1/2557 จำนวน 127 คน
  2. คณาจารย์ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 จำนวน 10 คน
- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมีจำนวน 2 ชุด

เครื่องมือชุดที่ 1 คือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ  
ใช้หลักฐานอ้างอิงในการเรียนการสอนรายวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนักศึกษาที่ผู้วิจัยดัดแปลง  
จากแบบประเมินผลการเรียนการสอน (ปรส.) ของ  
มหาวิทยาลัยพายัพ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย  
ฝ่ายวิชาการมหาวิทยาลัยพายัพ และได้ใช้เป็น  
มาตรฐานในการวัดความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการ  
จัดการเรียนการสอนในทุกรายวิชาที่มีการเปิดสอนใน  
แต่ละภาคการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น  
คำถามแบบ Likert scale มีจำนวน 5 ข้อ และใน  
แต่ละข้อมีคำถามปลายเปิดให้นักศึกษาแสดง  
ความเห็นเกี่ยวกับการใช้หลักฐานอ้างอิงในการจัดการ  
เรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 คำตอบ  
ความพึงพอใจต่อการใช้หลักฐานอ้างอิงในการจัดการ  
เรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 แบ่งออก  
เป็น 5 ระดับได้แก่

- 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง พึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

เครื่องมือชุดที่ 2 คือ แบบสอบถามได้แก่  
ความพึงพอใจต่อการใช้หลักฐานอ้างอิงในการเรียน  
การสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ในผู้สอนจำนวน  
2 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ Likert scale เช่นเดียวกับ  
ฉบับแรก และทุกข้อมีคำถามเปิดให้ผู้สอนแสดง  
ความเห็นเกี่ยวกับการใช้หลักฐานอ้างอิงในการจัดการ  
เรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 เช่น  
เดียวกัน

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยชั้นเรียน ดังนี้

1. ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ประชุมวางแผนการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้  
หลักฐานอ้างอิง

2. มอบหมายงานให้นักศึกษาไปสืบค้นใช้หลักฐาน  
อ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ  
สอดคล้องกับกรณีศึกษาที่ได้รับ

3. นักศึกษานำเสนอกรณีศึกษาและหลักฐาน  
อ้างอิงหน้าชั้นเรียน

4. แจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ  
ใช้หลักฐานอ้างอิงในการเรียนการสอนรายวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ ก่อนเรียน และหลังจากการเรียน  
การสอนคาบสุดท้ายเสร็จสิ้นลง

5. แจกแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการเรียน  
การสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิงแก่ผู้สอนหลังจาก  
การเรียนการสอนคาบสุดท้ายเสร็จสิ้นลง

6. นำแบบสอบถามของผู้เรียนและผู้สอนมา  
วิเคราะห์ทางสถิติ

#### ผลการวิจัย

การวิจัยชั้นเรียนนี้ได้รับรวบรวมข้อมูลจาก  
นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์แมค  
คอร์มิค ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ 3 (พบ. 354) ในภาคการศึกษาที่ 1/2557  
จำนวน 127 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 116 คน เพศ  
ชายจำนวน 11 คน อายุระหว่าง 18-20 ปี และ  
คณาจารย์ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3  
จำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน เพศชาย  
จำนวน 1 คน มีอายุระหว่าง 38-52 ปี

#### ผลการศึกษาพบว่า

ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการที่ผู้สอนมอบ  
หมายให้ค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษก่อน  
และหลังกิจกรรมการเรียนรู้ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้เรียนก่อนและหลังกิจกรรมการเรียนรู้โดยมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนกิจกรรม	หลังกิจกรรม
พึงพอใจมากที่สุด	9 %	18 %
พึงพอใจมาก	18 %	29 %
พึงพอใจปานกลาง	41 %	42 %
พึงพอใจน้อย	27 %	8 %
พึงพอใจน้อยที่สุด	6 %	3 %

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนทำกิจกรรมการเรียนรู้โดยมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ผู้เรียนรายงานว่ามีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนรู้ในระดับมากที่สุด 9 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับมาก 18 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับปานกลาง 41 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับน้อย 27 เปอร์เซ็นต์ และพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด 6 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ภายหลังจากกิจกรรมการเรียนรู้โดย

มอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ผู้เรียนรายงานว่ามีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับมากที่สุด 18 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับมาก 29 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับปานกลาง 42 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับน้อย 8 เปอร์เซ็นต์ และพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด 3 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้เรียนก่อนและหลังกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนกิจกรรม	หลังกิจกรรม
พึงพอใจมากที่สุด	9 %	11 %
พึงพอใจมาก	23 %	42 %
พึงพอใจปานกลาง	43 %	32 %
พึงพอใจน้อย	23 %	13 %
พึงพอใจน้อยที่สุด	2 %	3 %

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนทำกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ผู้เรียนรายงานว่ามีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียนในระดับมากที่สุด 9 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับมาก 23 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับปานกลาง 43 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับน้อย 23

เปอร์เซ็นต์ และ พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด 2 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ภายหลังจากกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียนในระดับมากที่สุด 11 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับมาก 42 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับปานกลาง 32



เปอร์เซ็นต์ ฟังพอใจในระดับน้อย 13 เปอร์เซ็นต์ และ ฟังพอใจในระดับน้อยที่สุด 3 เปอร์เซ็นต์ตามลำดับ ผู้เรียนได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิง ดังนี้

1. ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูลทางการพยาบาลและหลักฐานอ้างอิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ได้ฝึกสืบค้นหลักฐานอ้างอิงที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
3. ได้สืบค้นหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษและได้นำเสนอ ทำให้สามารถค้นคว้าและอ่านเอกสาร/ตำราภาษาอังกฤษได้

4. ได้ค้นคว้าตำราและวารสารภาษาอังกฤษทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาในบทเรียนและนำไปใช้เสริมความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้อย่างเหมาะสม ทั้งการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน และการนำเสนอ

6. สามารถเลือกใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานและรูปแบบการนำเสนอสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

7. ผู้สอนมีความเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเห็นของผู้สอนต่อการมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ

ระดับความพึงพอใจของผู้สอน	เปอร์เซ็นต์
ฟังพอใจมากที่สุด	33
ฟังพอใจมาก	34
ฟังพอใจปานกลาง	22
ฟังพอใจน้อย	11

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สอนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงในระดับมากที่สุด 33 เปอร์เซ็นต์ ฟังพอใจในระดับมาก 34 เปอร์เซ็นต์ ฟัง

พอใจในระดับปานกลาง 22 และฟังพอใจในระดับน้อย 11 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ผู้สอนมีความพึงพอใจต่อการให้นักศึกษานำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้สอนต่อการให้นักศึกษานำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน

ระดับความพึงพอใจของผู้สอน	เปอร์เซ็นต์
ฟังพอใจมากที่สุด	11
ฟังพอใจมาก	56
ฟังพอใจปานกลาง	11
ฟังพอใจน้อย	22

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สอนมีความเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการให้นักศึกษานำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ในระดับพึงพอใจมากที่สุด 11 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับมาก 56 เปอร์เซ็นต์ พึงพอใจในระดับปานกลาง 11 เปอร์เซ็นต์ และพึงพอใจในระดับน้อย 22 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ

ผู้สอนยังได้ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ดังนี้

1. ผู้เรียนมาพบตามเวลาและมีความตั้งใจในการสืบค้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม
2. ผู้เรียนยังไม่เข้าใจความหมายของคำว่า “หลักฐานอ้างอิง” ทำให้ใช้เวลาสืบค้นข้อมูลค่อนข้างมาก ส่งผลให้มีเวลาในการแปลข้อมูลน้อย และการแปลไม่ครอบคลุมและไม่ตรงประเด็น ควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ
3. ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับหลักฐานอ้างอิงแก่นักศึกษาก่อนมอบหมายงาน
4. มอบหมายให้สืบค้นบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้หลักฐานอ้างอิง แทนการสืบค้นหลักฐานอ้างอิง
5. ผู้สอนสืบค้นและเตรียมหลักฐานอ้างอิงก่อนมอบหมายให้นักศึกษานำไปแปล
6. เน้นการแปลเฉพาะส่วนการนำหลักฐานอ้างอิงไปใช้ในการพยาบาล
7. ผู้เรียนไม่เข้าใจวิธีการสรุปประเด็นสำคัญของข้อมูลที่สืบค้นได้
8. ผู้เรียนที่มีทักษะในการใช้และการแปลภาษาอังกฤษ ทำให้ต้องใช้เวลามากในการสืบค้นและการแปล
9. การนำเสนอหลักฐานอ้างอิง อาจใช้วิธีการที่หลากหลาย โดยให้ผู้เรียนมีอิสระในการเลือกวิธีนำเสนอแบบอื่น ๆ เช่น การนำเสนอด้วยโปสเตอร์
10. ควรรวมงานที่มอบหมาย ทั้งกรณีศึกษาและการสืบค้นหลักฐานอ้างอิงเป็น 1 ชิ้นงาน เนื่องจากนักศึกษาได้รับมอบหมายงานให้ทำนอกเวลาใน

รายวิชาอื่นด้วย ทำให้เวลาในการทบทวนเนื้อหาหรือเวลาในการศึกษาด้วยตนเอง (self study) มีน้อยลง เพิ่มเวลาที่ใช้ในการนำเสนองานให้แก่ผู้เรียน

11. ให้นักศึกษาที่ได้รับมอบหมายงานนำเสนองานทันทีหลังการเรียนการสอนคาบสุดท้ายของแต่ละบทตามเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง แทนการนำเสนอในช่วงหลังการบรรยายคาบสุดท้ายของรายวิชา เพื่อเป็นการสรุปเนื้อหาในแต่ละบท

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการที่ผู้สอนมอบหมายให้ค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ สังเกตได้จากค่าเฉลี่ยร้อยละของความพึงพอใจภายหลังกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้เรียนอย่างรายงานว่ามี ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ในระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 42, 29 และ 19 ตามลำดับ ผู้วิจัยคาดว่าอาจเป็นเพราะผู้เรียนชอบเรียนรู้ด้วยการค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต และมีทักษะในการค้นคว้าทางการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับความพึงพอใจของผู้เรียนต่อกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิง สังเกตได้จากค่าเฉลี่ยร้อยละของความพึงพอใจภายหลังกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ผู้เรียนรายงานว่ามี ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียนเพิ่มขึ้นในระดับมากและระดับมากที่สุด ผู้เรียนได้แสดงความเห็นที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้คอมพิวเตอร์ในค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงและการได้ฝึกทักษะการใช้ภาษาอังกฤษและการนำเสนอหน้าชั้นเรียน แต่เนื่องด้วยความสามารถและทักษะในการอ่าน การแปล และการพูดภาษาอังกฤษของผู้เรียนมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้เรียนที่มีความสามารถและทักษะการอ่าน การแปล และการพูดภาษาอังกฤษน้อยกว่า มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการนำเสนอหลักฐานอ้างอิงก่อนกิจกรรมทดลอง

จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียน ผู้วิจัยพบว่าผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการค้นคว้าเอกสารหลักฐานอ้างอิงภาษาอังกฤษ มาพบอาจารย์ที่ปรึกษา

กลุ่มเพื่อขอคำปรึกษาในการเลือกหลักฐานอ้างอิง ก่อนที่จะแปลเอกสาร ผู้เรียนตั้งใจในการเตรียม การนำเสนอโดยใช้ power point ซึ่งพฤติกรรมและ ความพึงพอใจของผู้เรียนดังกล่าวสอดคล้องกับการ การศึกษาของ วรวรรณ เพชรอุไร (2555)<sup>๑</sup> ซึ่งใช้ active learning ในการจัดการเรียนการสอน

ผู้สอนพึงพอใจกับการจัดการเรียนการสอน โดยการมอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิง เห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ผู้สอนมี ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการ มอบหมายให้ผู้เรียนค้นคว้าหลักฐานอ้างอิงในระดับ มากและมากที่สุด ผู้สอนพึงพอใจต่อการจัดการเรียน การสอนโดยการให้นักศึกษานำเสนอหลักฐานอ้างอิง หน้าชั้นเรียน สังเกตได้จากกรณีที่ผู้สอนอย่างรายงานว่า มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดย การให้นักศึกษานำเสนอหลักฐานอ้างอิงหน้าชั้นเรียน ในระดับมากและมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้สอนควรประชุมปรึกษาหารือกันและ พิจารณาเลือกวิธีการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐาน อ้างอิงมาปรับใช้ในการเรียนการสอน ควรทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมแล้วทำการวิจัยชั้น เรียนอย่างต่อเนื่อง โดยอาจใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิง คุณภาพร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น ควร

จัดการบรรยายเกี่ยวกับหลักฐานอ้างอิงในชั่วโมง แนะนำกระบวนวิชา เพื่อแนะนำนักศึกษาให้รู้จักกับ หลักฐานอ้างอิง การแบ่งประเภทและระดับหลักฐาน อ้างอิงตามมาตรฐานสากล รวมทั้ง ความสำคัญ ประโยชน์และการนำหลักฐานอ้างอิงไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอน ต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยศึกษา เปรียบเทียบผลการเรียนของนักศึกษาระหว่างการ จัดการเรียนการสอนวิธีอื่นกับการจัดการเรียนการ สอนใช้หลักฐานอ้างอิงมาปรับใช้ในการเรียนการสอน

### บทสรุป

ผู้เรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มีความ พึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐาน อ้างอิงอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ผู้สอนพึงพอใจต่อ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิงใน ระดับมากถึงมากที่สุด ดังนั้น จึงควรพิจารณาใช้หลัก ฐานอ้างอิงมาประกอบในการจัดการเรียนการสอน สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โดยทำการวิจัยชั้น เรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาการจัดการ เรียนการสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิงสำหรับนักศึกษา พยาบาล ควรเพิ่มการศึกษามผลของการจัดการเรียน การสอนโดยใช้หลักฐานอ้างอิงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการ ศึกษาของผู้เรียนในการวิจัยครั้งต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา เพ็ญศิริธินภา. การปฏิบัติตามหลักฐานอ้างอิง, จุลสารวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์ สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.[ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึง เมื่อ 2560/12/25] เข้าถึงได้จาก [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55\\_1/pbhealth.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_1/pbhealth.htm).
2. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. *The updated JBI model for evidence based healthcare*. [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึง เมื่อ 2560/12/25] เข้าถึงได้จาก <http://www.joan nabriggs.edu.au>.
3. คณะทำงานการจัดการความรู้ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. แนวปฏิบัติที่ดีในการทำวิจัยในชั้นเรียน ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ[ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึง เมื่อ 2560/12/25] เข้าถึงได้จาก <file:///C:/Users/DELL/Desktop/บทความตีพิมพ์%202017/EBP/งานวิจัยเปรียบเทียบและใช้อ้างอิง/แนวปฏิบัติที่ดี>

ในการทำวิจัยชั้นเรียน.pdf.

4. เสาวลักษณ์ จิรธรรมกุล. การสืบค้นสารสนเทศสำหรับการหาหลักฐานอ้างอิงทางการพยาบาล, วารสารโรคหัวใจและทรวงอก, 2549;17(2):37-51.
5. รุ่งนภา เขียวช่ออำ. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานอ้างอิง, วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 2556;24(2):94-108.
6. คณะกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. พยาบาลสร้างสรรค์บริการ : จากหลักฐานอ้างอิง สู่อารมณ์ปฏิบัติ, [ออนไลน์]. 2555. [เข้าถึง เมื่อ 2560/12/25] เข้าถึงได้จาก [http://www.thainurse.org/wordpress/?page\\_id=2825](http://www.thainurse.org/wordpress/?page_id=2825).
7. Claes Johnson (2012) Passive and Active Learning. [ออนไลน์]. 2012. [เข้าถึง เมื่อ 2560/12/25] เข้าถึงได้จาก <https://mathsimulationstechnology.wordpress.com/2012/02/16/active-learning-passive-teaching/>.
8. วรวรรณ เพชรอุไร. ผลสัมฤทธิ์จากการเรียนรู้แบบแอกทีฟในรายวิชา อัย 341 การแปรรูปยาง สาขาวิชาเทคโนโลยียางและพอลิเมอร์ คณะวิศวกรรมและอุตสาหกรรมเกษตร. รายงานการวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน/การวิจัยในชั้นเรียน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2555.

# ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ พระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

## Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai

คณิตฉัตร วุฒิสักดิ์สกุล ป.พย.\*    Khanitchat Wuttisaksakul Dip.N.S.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ศึกษาคือพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและที่พำนักในวัด ที่พักสงฆ์ และสำนักสงฆ์ ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 286 รูป กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรหาขนาดตัวอย่างกรณีทราบค่าจำนวนประชากร ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 167 รูป ทำการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร จำนวนพระสงฆ์ในระดับตำบล เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพจำแนกเป็น 5 ด้านคือ ด้านการบริหารกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านสุขภาพอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ด้วยสถิติ Pearson Correlation และ Chi-Square

ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 3.48 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) โรคประจำตัว ( $p$ -value  $= 0.018$ ) และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ( $p$ -value  $= 0.004$ ) ส่วนจำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) สถานะทางคณะสงฆ์ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

ดังนั้นเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ และควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์และหาแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมสุขภาพ พระสงฆ์ ปัจจัย

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

\* Registered nurse Fang Hospital, Chiang Mai

## Abstract

This survey research aimed to examine factors related to health behaviors among Buddhist monks in Fang district, Chiang Mai. The sample was recruited from 286 monks aged 20 years and older in Fang district with the sample size of 167. Self-administered questionnaires were used for data collection composed of demographic characteristic questionnaire, health behaviors. Reliability was tested, and Cronbach's alpha yielded of 0.84. Descriptive statistics, Pearson Correlation and Chi-Square were applied for data analysis.

The results indicated that the level of health behaviors was moderated ( $=3.48$ ). Factors related to health behaviors were age ( $p<0.001$ ), underlying diseases ( $p=0.018$ ), and how to treat illness ( $p=0.004$ ). However, educational level, ecclesiastical education level, and status to the clergy were not statistically significant.

Therefore, in order to improve the quality of health services, especially primary-level services, health providers should promote healthy behavior with concerning factor influencing health behavior in groups of monks. Further research should be conducted to explore health habits and a model healthy behavior.

**Key words:** Health behavior, Monks, Factors

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของคนไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านศิลปวัฒนธรรม อีกทั้งยังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการสืบทอดและนำพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าไปสู่การปฏิบัติ<sup>1</sup>

พระสงฆ์จึงต้องปฏิบัติให้อยู่ในพระวินัยที่กำหนดอย่างเคร่งครัด พระวินัยบางข้อส่งผลต่อสุขภาพของพระสงฆ์ อาทิเรื่องต้องฉันอาหารตามญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาจัดถวายเท่านั้น<sup>2</sup> แหล่งที่มาของอาหารร้อยละ 85 มาจากการบิณฑบาตในชุมชนที่อาศัย อาหารส่วนใหญ่มักเป็นอาหารสำเร็จรูปที่หาซื้อได้อย่างสะดวก และไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร<sup>3</sup> จึงเป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ไขมันในโลหิตสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังเป็นสาเหตุให้เกิด

โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตามมาได้<sup>4</sup>

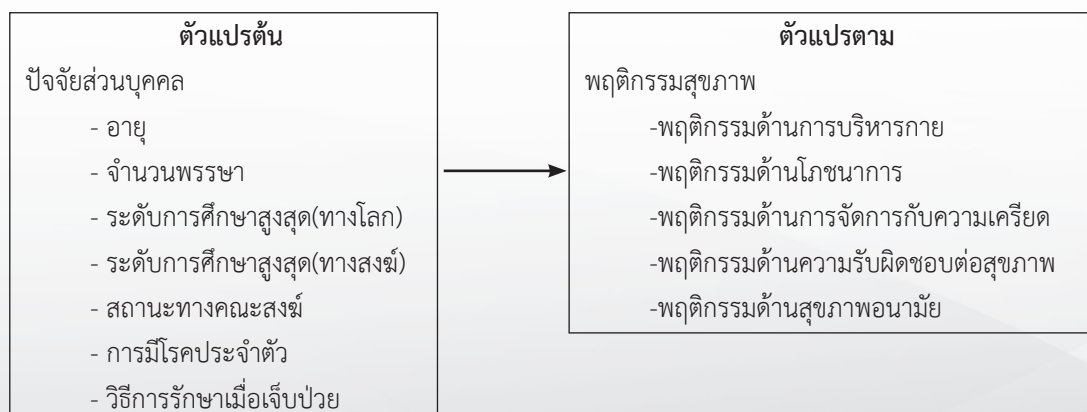
จากสถิติข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ปีพ.ศ. 2560 มีพระสงฆ์อาหารเข้ารักษาด้วยโรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นลำดับต้นๆ ซึ่งสาเหตุของอาการป่วยเกิดจากการบริโภคอาหารเป็นหลัก<sup>5</sup> แนวโน้มของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตมีอัตราสูงขึ้นทุกปี<sup>6</sup>

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ พบว่าพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพมีเพียงร้อยละ 20 และมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 41.3 โดยโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือโรคเบาหวานร้อยละ 15.1 รองลงมาคือ โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 12.1 และ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.0 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.46)<sup>7</sup> และจากการศึกษา

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตทิววัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วย พระสงฆ์ดูแลตัวเองโดยวิธีการซื้อยามาฉีดยาเองร้อยละ 42.1 และมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 80.7<sup>8</sup>

จากข้อมูลพื้นฐานพระสงฆ์ ปี 2560 พบว่ามีจำนวนพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จำนวน 286 รูป<sup>9</sup> พบว่าสถิติของพระสงฆ์ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลฝางปี 2560<sup>10</sup> มีจำนวน 237 รูป (ร้อยละ 82.7) พบว่าพระสงฆ์อาหารเข้ารับการรักษาอันดับแรกคือโรคความดันโลหิตสูง อันดับที่ 2 คือโรคเบาหวาน และอันดับที่ 3 คือโรคหอบหืด จากการอาหารของพระสงฆ์ดังกล่าวนอกจากมีผลต่อสุขภาพร่างกายพระสงฆ์แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจซึ่งรัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษา สาเหตุของโรคส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเนื่องจากต้องฉันภัตตาหารตามที่มีผู้จัดถวาย ส่วนการออกกำลังกายของพระสงฆ์มีการปฏิบัติได้น้อยเพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัยรวมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนด้านออกกำลังกายที่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมของพระสงฆ์ เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่หวาน เค็ม ไขมันสูง สูบบุหรี่และยังขาดความ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



รู้ในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

จากปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ข้างต้น จึงน่าจะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลไม่ว่าจะเป็น อายุ ระยะเวลาที่จำพรรษา ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

### สมมติฐานงานวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้คือพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปและจำพรรษาอยู่ที่วัด ที่พักสงฆ์ และสำนักสงฆ์ ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 286 รูป<sup>9</sup>

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบค่าจำนวนประชากร  $n = N / (1 + (N(e)^2))$  เมื่อ  $n$  คือขนาดตัวอย่าง

ที่ต้องการ  $N$  คือจำนวนขนาดประชากรมีค่าเท่ากับ 286 และ  $e$  คือร้อยละของค่าความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นและยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 5 ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 167 รูป

$$n = N / (1 + (N(e)^2))$$

$$n = 286 / (1 + (286(0.05)^2))$$

$$n = 167 \text{ รูป}$$

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้คือทำการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรจำนวนพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปและจำพรรษาอยู่ที่วัด ที่พักสงฆ์ และสำนักสงฆ์ จำแนกตามเขตตำบลทั้ง 8 ตำบล ในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนวัด/ที่พักสงฆ์/สำนักสงฆ์ จำนวนพระสงฆ์ ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามตำบล ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ตำบล	จำนวนวัด/ที่พักสงฆ์/สำนักสงฆ์	จำนวนพระสงฆ์	ขนาดตัวอย่าง
เวียง	17	73	43
สันทราย	9	37	22
แม่งอน	7	27	16
แม่สุน	9	28	16
แม่ข้า	11	23	13
แม่คะ	11	34	20
ม่อนปิน	14	47	27
โป่งน้ำร้อน	6	17	10
รวม	84	286	167

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยจาก ดร.ปณิณธร ชัชรรัตน์ งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา<sup>11</sup> เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์

จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา การศึกษาทางโลก การศึกษาทางสงฆ์ สถานะทางคณะสงฆ์ โรคประจำตัว การรักษาเมื่อเจ็บป่วย

**ส่วนที่ 2** เป็นคำถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการบริหารกาย จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน



7 ข้อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย จำนวน 15 ข้อ รวมจำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัด

แบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็นเลือกตอบ พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง จำนวน 5 ระดับ โดยแต่ละค่า มีความหมายดังนี้คือ

พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ<sup>12</sup> มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 1.49	หมายถึง	น้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.50 – 2.49	หมายถึง	น้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.50 – 3.49	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.50 – 4.49	หมายถึง	มาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	4.50 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 ซึ่งอยู่ในระดับดี นั่นคือแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยการสอบถามข้อมูลจากพระสงฆ์ ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเจ้าคณะอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าอาวาสเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากพระสงฆ์ใน

วัด ที่พักสงฆ์ และสำนักสงฆ์ ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดจำนวน 167 ฉบับ และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทุกรูปได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษารุ่นนี้ และยินยติลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับไม่มีการระบุตัวตน และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

### สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนพรรษา และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ด้านระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) สถานะทางสงฆ์ โรคประจำตัว วิธีการรักษา เมื่อเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Chi-Square

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ พระสงฆ์จำนวน 167 รูป พบว่า พระสงฆ์มีอายุเฉลี่ย 43.6 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีพรรษาเฉลี่ย 15.6 พรรษา มีระดับการศึกษาทางโลกอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด และระดับการศึกษาทางสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นนักธรรมเอก และสถานะทางคณะสงฆ์มีสถานะเป็นพระลูกวัดมากที่สุด ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละ จำแนกตามอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) และสถานะทางคณะสงฆ์

	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<30 ปี	35	21.0
30-39 ปี	36	21.6
40-50 ปี	33	19.8
>50 ปี	63	37.7
Mean =43.6 , S.D. = 15.2 ,Median = 44.0 ,Min =20 ,Max=80		
จำนวนพรรษา(ปี)		
<10 พรรษา	72	43.1
10-20 พรรษา	46	27.5
>20 พรรษา	49	29.3
Mean =15.6 , S.D. = 12.7 ,Median = 14.0 ,Min =1 ,Max=58		
ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก)		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.2
ประถมศึกษา	36	21.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	12.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	38	22.8
ปวช. ปวส./อนุปริญญา	9	5.4
ปริญญาตรี	53	31.7
สูงกว่าปริญญาตรี	9	5.4

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละ จำแนกตามอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) และสถานะทางคณะสงฆ์ (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์)		
ไม่ได้ศึกษา	11	6.6
นักธรรมตรี	13	7.8
นักธรรมโท	21	12.6
นักธรรมเอก	120	71.9
เปรียญธรรม 3 ประโยค	2	1.2
สถานะทางคณะสงฆ์		
เจ้าอาวาส	68	40.7
พระลูกวัด	99	59.3

## 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 60.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.5 มีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคไข

มันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน เมื่อพระสงฆ์อาพาธ จะไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด รองลงมาคือซื้อยามันเอง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละ จำแนกตามโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบ และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	101	60.5
มี	66	39.5
โรคประจำตัวที่พบ		
ความดันโลหิตสูง	24	14.4
ไขมันในเลือดสูง	17	10.2
เบาหวาน	16	9.6
หอบหืด	12	7.2
หัวใจและหลอดเลือด	11	6.6
เก๊าต์	9	5.4
ไทรอยด์	3	1.8
วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย		

### ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบ และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
ชื่อยาฉันเอง	30	18.0
แพทย์แผนโบราณ	25	15.0
แพทย์แผนปัจจุบัน	112	67.1

#### 3. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

เมื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า พระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ

3.77) พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านโภชนาการและพฤติกรรมด้านการบริหารกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 3.38 3.30 และ 3.10 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมด้านการบริหารกาย	3.10	0.55	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านโภชนาการ	3.30	0.37	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด	3.38	0.55	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.42	0.58	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย	3.77	0.57	มาก
<b>พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม</b>	<b>3.48</b>	<b>0.42</b>	<b>ปานกลาง</b>

#### 4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ โรคประจำตัว วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) สถานะทางคณะสงฆ์ พบว่า อายุ โรคประจำ

ตัว และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ( $p\text{-value} = 0.004$ ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) สถานะทางคณะสงฆ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนพรรษา กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P- Value
อายุ(ปี)	-0.305	< 0.001*
จำนวนพรรษา(ปี)	-0.137	0.078

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) สถานะทางคณะสงฆ์ โรคประจำตัว และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วยกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์					P- Value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก)						
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	2(5.3)	18(47.4)	18(47.4)	0(0.0)	0(0.0)	0.114
มัธยมศึกษา	0(0.0)	36(53.7)	31(46.3)	0(0.0)	0(0.0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0(0.0)	35(56.5)	27(43.5)	0(0.0)	0(0.0)	
ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์)						
ไม่ได้ศึกษา/นักธรรมตรี-โท	0(0.0)	18(40.0)	27(60.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.079
นักธรรมเอก/เปรียญธรรม 3 ประโยค	2(1.6)	71(58.2)	49(40.2)	0(0.0)	0(0.0)	
สถานะทางคณะสงฆ์						
เจ้าอาวาส	2(2.9)	38(55.9)	28(41.2)	0(0.0)	0(0.0)	0.179
พระลูกวัด	0(0.0)	51(51.5)	48(48.5)	0(0.0)	0(0.0)	
โรคประจำตัว						
มี	0(0.0)	28(42.4)	38(57.6)	0(0.0)	0(0.0)	0.018*
ไม่มี	2(2.0)	61(60.4)	38(37.6)	0(0.0)	0(0.0)	
วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย						
ซื้อยาฉันทันเอง	0(0.0)	7(23.3)	23(76.7)	0(0.0)	0(0.0)	0.004*
แพทย์แผนโบราณ	0(0.0)	13(52.0)	12(48.0)	0(0.0)	0(0.0)	
แพทย์แผนปัจจุบัน	2(1.8)	69(61.6)	41(36.6)	0(0.0)	0(0.0)	

## สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.6 ปี อายุพรรษาเฉลี่ยเท่ากับ 15.6 พรรษา ระดับการศึกษาทางโลกส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี ระดับการศึกษาทางสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นนักรธรรมเอก และสถานะทางสงฆ์ส่วนมากมีสถานะเป็นพระลูกวัด ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตาม เกือบร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคหัวใจหลอดเลือด และไทรอยด์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของมินตรา สารระักษ์<sup>13</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษา พบว่า เมื่อพระสงฆ์อาพาธจะเข้ารับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันถึงร้อยละ 67 อาจเป็นไปได้ว่าปัจจุบันการเข้าถึงสถานพยาบาลสามารถทำได้สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น โรงพยาบาลมีพื้นที่หรือตึกที่ให้การรักษาเฉพาะพระสงฆ์โดยตรง

2. พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.48) สอดคล้องกับผลการศึกษาของชรินทร์ ห่วงมิตร<sup>7</sup> ที่ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาล นครสวรรค์ซึ่งมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.46) ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมให้ความรู้กับพระสงฆ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในพระสงฆ์ให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์นั้นสามารถทำได้ตามแนวทาง

การออกกำลังกายของพระสงฆ์<sup>14</sup> เช่นเดียวกับด้านโภชนาการ พระสงฆ์ฉันอาหารส่วนใหญ่ที่ได้มาจากการบิณฑบาตไม่สามารถประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองได้อีกทั้ง อาหารที่ญาติโยมนำมาถวายบางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากเป็นความเชื่อ ความศรัทธา และความตั้งใจของผู้ที่ถวายเช่น ทองหยิบ ทองหยอด และฝอยทอง เป็นต้น ดังนั้นพระสงฆ์ควรฉันอาหารเหล่านี้ในปริมาณที่พอดี<sup>15</sup>

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปในทางตรงกันข้าม โดยพระสงฆ์ที่มีอายุมากขึ้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพลดลง ทั้งนี้เนื่องจากพระสงฆ์ที่มีอายุน้อยจะมีการเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดหรือข้อมูลอื่นๆ ทาง Social Network ได้มากกว่าพระสงฆ์ที่มีอายุมาก ตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณฑิรา นงนุช<sup>16</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปราจีนบุรีที่พบว่า พระสงฆ์ที่อายุมากจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลงอาจเป็นไปได้ว่าพระสงฆ์ที่มีอายุมากขึ้นจะมีการกิจเพิ่มขึ้นทั้งด้านการบริหาร คณะสงฆ์และกิจนิมนต์ทำให้เวลาในการดูแลสุขภาพลดลง

ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.018) ทั้งนี้เนื่องจากพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเองหรือมีปัญหาต้องให้แก้ไขอยู่เป็นประจำส่งผลให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชลวิทย์ เจียรจิตต์<sup>19</sup> ที่ศึกษาสถานการณ์และการจัดการความเครียดตามแนวพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาคณะสงฆ์ จังหวัด

นครนายกและสระแก้ว ที่พระสงฆ์ที่มีความกังวลต่อปัญหาสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความเครียด

ปัจจัยด้านวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}=0.004$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการที่พระสงฆ์ที่ไปตรวจรักษาด้วยการพบแพทย์ปัจจุบันมีโอกาสเข้าถึงบุคคลากรสาธารณสุขที่มีการถวายเป็นความรู้ การปฏิบัติตัวในแต่ละโรค รวมทั้งการนัดติดตามต่อเนื่อง มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่อธิบายแนวโน้มของโรคว่าดีขึ้นหรือไม่ ประกอบเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวส่งผลให้พระสงฆ์มีการปรับพฤติกรรมทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าพระสงฆ์ที่รักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ได้เจอบุคคลากรด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าจำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) และสถานะทางสงฆ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดนครนายกที่จำนวนพรรษาของพระสงฆ์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์<sup>18</sup> การศึกษาของ พระสุทธิพจน์ สุทธิวงโน<sup>19</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ที่พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ และการศึกษาของ ปิณณธร ชัชวรัตน์<sup>11</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา ที่พบว่าปัจจัยด้านสถานะทางสงฆ์ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษาทางโลกมีการศึกษาในหลายเรื่องไม่ได้เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นสำคัญ การศึกษาทางสงฆ์เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับพระพุทธศาสนา ไม่ได้มีการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเป็นสำคัญ พระสงฆ์

ที่เป็นเจ้าอาวาสหรือพระลูกวัดมีการปฏิบัติในพระธรรมวินัยเหมือนกันจึงไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขอย่างมาก และเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างดี เพราะพระสงฆ์เป็นผู้ที่ได้รับศรัทธาและความเชื่อถือจากชุมชน จึงควรมีการศึกษาให้แพร่หลายเพิ่มขึ้น

ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ต้องใช้ความละเอียดก่อนและความพยายามมากขึ้น เนื่องจากพระสงฆ์มีวัตรปฏิบัติ กิจนิมนต์ และภารกิจทางคณะสงฆ์ จึงควรพัฒนาแกนนำพระสงฆ์หรืออาสาสมัครวัด (อสว.) เพื่อเป็นผู้ประสานงานระหว่างวัดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากการวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการพัฒนากระบวนการปฐมนุญมิในกลุ่มพระสงฆ์และส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจด้านพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ มีการวัดผลก่อนและหลังการให้ความรู้เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลว่าพระสงฆ์ได้รับความรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง

2. นำข้อมูลไปใช้ในการรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยการถวายอาหารและเครื่องไทยธรรมที่ดีต่อสุขภาพ

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่พระสงฆ์เป็นประจำและทั่วถึง เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การฉีดวัคซีน

ป้องกันโรค การประชุมวิชาการถวายเป็นความรู้เกี่ยวกับ  
พฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ

4. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลใน  
การกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมพฤติกรรม  
สุขภาพพระสงฆ์ของอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

#### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับ  
เชิงปริมาณ เพื่อทราบผลข้อมูลสุขภาพในเชิงลึกและ

สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา  
คุณภาพการบริการด้านพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม  
พระสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรทำการศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Action  
Research) ระหว่างพระสงฆ์และชุมชนเพื่อให้มีการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน

3. ควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบททาง  
สังคมเชิงพื้นที่และวัฒนธรรมชุมชน อาทิ ชนเผ่า ความ  
เชื่อ และประเพณีพื้นบ้าน เป็นต้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. พระพรหมคุณาภรณ์. ความสำคัญของพระพุทธศาสนาในฐานะเป็นศาสนาประจำชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 19.  
กรุงเทพมหานคร: สหธรรม;2556.
2. ก.นราธโร. ปาฐโมกษสังวรศีล. ขอนแก่น: ธรรมะอินเทรนด์; 2557.
3. โรงพยาบาลสงฆ์. รพ.สงฆ์ชวนร่วมรณรงค์อ้วนลงพุงพระ.[ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2561/3/17].  
เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihospital.org/board2/index.php?topic=4437.msg5450#msg5450>
4. นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ. Journal of Public Health Nursing.  
2559;30(1):113-126.
5. กรมการแพทย์. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน.[ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561/3/17].เข้าถึงได้จาก: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/prnews/prnews20112017101111.pdf>
6. กรมควบคุมโรค. ข่าวประชาสัมพันธ์.[ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561/3/17]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.riskcomthai.org/news/newspaper-detail.php?id=33962>
7. ชรินทร์ ห่วงมิตร. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขต  
เทศบาลนครนครสวรรค์. รายงานวิจัย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560
8. เฉลิมพล ตันสกุล. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์  
ในเขตทิววัฒนา กรุงเทพมหานคร.[ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561/3/25]. เข้าถึงได้จาก: [http://bkkthon.ac.th/home/user\\_files/department/department-24/files/26.การศึกษาพฤติกรรม  
การบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ในเขตทิววัฒนากรุงเทพมหานคร.pdf](http://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/26.การศึกษาพฤติกรรม<br/>การบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ในเขตทิววัฒนากรุงเทพมหานคร.pdf)
9. คณะสงฆ์อำเภอฝาง.บัญชีสำรวจพระภิกษุสามเณร ประจำปีพุทธศักราช 2560เชียงใหม่;  
2560
10. โรงพยาบาลฝาง.สถิติผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาล.เชียงใหม่; 2560
11. ปันณธร ชัชวรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ พระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.  
รายงานวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;  
2553
12. Best, John. W. and James V. Kahn. Research in Education. Boston : Allyn and Bacon;  
1993



13. มินตรา สารระรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560;19(1):37-48.
14. โรงพยาบาลสงฆ์. แนวทางเวชปฏิบัติ การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายในพระสงฆ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555
15. พระชุมพล ตันวัฒน์เสรี. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดนครปฐม. Academic Services Journal Prince of Songkla University. 2557;25(3):48-58.
16. มณฑิรา นงนุช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2552;4(1):15-28.
17. ชลวิทย์ เจียรจิตต์. สถานการณ์และการจัดการความเครียดตามแนวพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาคณะสงฆ์จังหวัดนครนายกและสระแก้ว. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2560;6(4):154-167.
18. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดนครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2553;5(4):333-343.
19. พระสุทธิพงษ์ สุทธิจวนโน (สัพโส). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. รายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2556

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย  
8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

Development of a competency framework for Palliative Care Nurses  
at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and eight Network  
Hospitals in Northern Thailand.

อัมภวรรณ ใจเปีย พย.ม*	AmpawanJaipear RN, M.n.S*
อุบล บัวชุม พย.ม**	UbolBurchom RN, M.n.S**
พายูรี ชมพูแก้ว พย.ม***	PayureeChompukaew RN, M.n.S***

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมลักษณะในการปฏิบัติงาน โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนากรอบสมรรถนะ ของมาร์เรลลี ทอนโดรา และฮอจ (Marrelli, Tondora, & Hoge) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 20 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) การสนทนากลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 20 คน 3) การพัฒนากรอบสมรรถนะฉบับร่าง และ 4) การหาค่าความตรงตามเนื้อหาของกรอบสมรรถนะฉบับร่างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งมีค่า I-CVI = 1

ผลการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (ฉบับร่าง) จำนวน 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการสื่อสาร 2) ด้านประเมินและการบริหารจัดการความปวด 3) ด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวน 4) ด้านทัศนคติในการให้การดูแล 5) ด้านกฎหมายและจริยธรรม 6) ด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย 8) ด้านการจัดการความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย 9) ด้านการ

\* หัวหน้าหอผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
\*\* Head nurse of Radiotherapy ward, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital  
\*\*\* พยาบาลชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
\*\*\* Gynecology nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital  
\*\*\* พยาบาลประสานงานผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
\*\*\* Coordinator Palliative care nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ประสานงานความร่วมมือและร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 10) ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการวิจัย มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะนี้ ไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือการประเมินสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

**คำสำคัญ:** กรอบสมรรถนะพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

### Abstract

The purpose of this developmental study was to develop an appropriate competency framework of palliative care for nurses working at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital and 8 network hospitals in northern Thailand, by applying the strategy for developing competency model by Marrelli, Tondora, & Hoge. The samples consisted of 20 nurse-palliative care specialists and a panel of 5 experts chosen by purposive sampling. The research instrument was an interview guideline validated by 3 experts. Data collection included: 1) reviewing the relevant literatures, 2) interviewing 6 nurse-midwife specialists, 3) developing the first draft of competency framework, and 4) validating a draft by a panel of 5 experts (I-CVI) = 1

The results of this study revealed that a competency framework for palliative care nurses, at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital and 8 network hospitals in Northern Thailand, consisted of 10 components ; 1) communication 2) pain assessment and management 3) symptom assessment and management 4) attitude of caring 5) ethics and legal issues 6) religion and believes 7) last days/ hours/imminent death care 8) loss, grief and bereavement support 9) inter professional / collaborative practice and 10) professional development and advocacy. It is suggested that nurse administrators could use this competency framework as a guideline for developing an assessment tool for measuring specific competency of palliative care nurse.

**Key words:** competency framework, palliative care

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทยในปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สำนักรงโยบาย

และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า อัตราป่วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูง

ขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประเมินการณ์ว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (102,330 คน เป็น 113,548 คน)<sup>1</sup>

หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)<sup>2,3</sup> มีหลักสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) เคารพเป้าหมาย เจตจำนงของผู้ป่วย 2) ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ 3) ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 4) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และผู้ให้บริการที่เหมาะสม และ 5) หาวิธีทางที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด การกระทำหรือปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องยึดในหลักกฎหมายและจริยธรรมร่วมด้วย<sup>2</sup> การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นมิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่างๆ ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องทราบบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรพยาบาลและประเมินบุคลากร ว่ามีศักยภาพและความสามารถเหมาะสมกับงานในหน้าที่หรือไม่ จึงต้องมีการนำสมรรถนะมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต<sup>4</sup>

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าพยาบาลยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับ

ประคองได้อย่างเหมาะสม เช่น พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ขาดประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจ จากการทำที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสิณี วิเศษฤทธิ์ และจิตรศิริ ชันเจริญ<sup>6</sup> พบว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งแพทย์และพยาบาล ขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพยาบาลวิชาชีพ ไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้สามารถดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Denger and Gow<sup>7</sup> เรื่องการเตรียมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับความตาย จะมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เตรียมความรู้ ในต่างประเทศ White, Coyne and Patel<sup>8</sup> ได้ศึกษาเรื่องสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสนอผลการศึกษาไว้ว่า สมรรถนะหลักของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย 1) มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต 2) มีความสามารถในการใช้เทคนิคเพื่อบรรเทาอาการปวด 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย 4) การรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต 5) รับรู้ถึงความตายเป็นสิ่งใกล้ตัว 6) มีความสามารถในการจัดการความรู้สึกของตนเอง 7) มีความสามารถในการจัดการอารมณ์โกรธของผู้ป่วยและครอบครัว 8) ใช้ประเด็นทางจริยธรรมในการบริหารจัดการ 9) สามารถบอกได้ถึงเรื่องการยุติการยื้อชีวิตและพินัยกรรมชีวิต 10) ใช้ประเด็นทางกฎหมายในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต 11) มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย 12) มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความหมายของการตาย และสมาคมพยาบาลแคนาดา (Canadian Nurses Association) ได้กล่าวถึงสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มี 9 สมรรถนะ<sup>9</sup> ได้แก่ 1)

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) การประเมินและจัดการอาการปวด 3) การประเมินและการจัดการอาการรบกวน 4) การดูแลระยะใกล้ตาย 5) การดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย 6) การประสานความร่วมมือและร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ 7) การให้ความรู้ 8) จริยธรรมและกฎหมาย 9) การพัฒนาวิชาชีพสำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาล<sup>10</sup> ได้กำหนดว่าพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและพัฒนาตนเองไปสู่พยาบาลปฏิบัติขั้นสูง ควรมีสมรรถนะ 9 ด้าน ดังนี้ 1) มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค 2) ความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน 3) มีความสามารถในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 4) มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ 5) มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิก 6) มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 7) มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 8) มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 9) มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์

การกำหนดกรอบสมรรถนะที่ชัดเจนและเหมาะสมของบุคลากรในหน่วยงาน จะทำให้ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานบุคคลในด้านต่างๆ เช่นการสรรหาและคัดเลือกบุคคลากรตามคุณสมบัติและสมรรถนะของตำแหน่งที่ต้องการ การวางแผนความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อกำหนดหรือวางแผนกลยุทธ์ในการทำงาน การเลือกใช้รูปแบบหรือกลยุทธ์การพัฒนากรอบสมรรถนะใดนั้นขึ้นอยู่กับบริบท ลักษณะของหน่วยงาน และวัตถุประสงค์ในการนำสมรรถนะไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้กรอบสมรรถนะของมาร์เรลลี ทอนโดรา และฮอจ<sup>11</sup> เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่จัดทำขึ้นสำหรับองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพ มีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน และสามารถนำมาปรับใช้ได้บริบทของ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยการประยุกต์ใช้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมในเรื่องการให้ข้อมูลโดยตรง 3) การพัฒนาแนวทางการสื่อสารและการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) การวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล 5) การระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะจากทั้งหมด 7 ขั้นตอน โดยตัดขั้นตอนที่ 6) การนำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน และ 7) การประเมินผลการนำไปใช้และปรับปรุงให้ทันสมัย เนื่องจากผู้ศึกษามีข้อจำกัดในระยะเวลาของการศึกษา

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จากการสังเกตและสอบถามบุคลากรทางการแพทย์พบปัญหาในการปฏิบัติ การดูแลยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ขาดความต่อเนื่อง คุณภาพบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองยังไม่เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการ ไม่ได้ได้รับความเคารพในการตัดสินใจ ครอบครัวมีความเหนื่อยล้า ด้านร่างกาย มีความเครียด กังวล ส่วนการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เน้นการดูแลรักษาด้านร่างกายตามแผนการรักษา การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณยังมีน้อย และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลเนื่องจากปัญหาปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวยังเข้าไม่ถึงบริการแบบประคับประคอง และบุคลากรทีมสุขภาพยังให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีบทบาทหน้าที่ ในการจัดการ และดำเนินนโยบาย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่ง

ผลลัพธ์เพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ และสร้างความเจริญก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์กรเพื่อความเป็นมาตรฐานสากล ผู้ศึกษาจึงพัฒนารูปแบบกรอบสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่มีการกำหนดกรอบสมรรถนะที่ชัดเจน ครอบคลุมลักษณะงานและการให้บริการของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาล 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหาร อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาถึงกรอบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ผู้ศึกษาได้ประยุกต์กลยุทธ์การพัฒนารอบสมรรถนะของมาร์เรลลี ทอนโดราและฮอจ<sup>11</sup> ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาผู้ให้สารสนเทศสนับสนุนและส่งเสริมในเรื่องการให้ข้อมูลโดยตรง 3) การพัฒนาแนวทางการสื่อสารและการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) การวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล 5) การระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**กรอบสมรรถนะ** หมายถึง รายการของสมรรถนะที่จำเป็นต่อการทำงานประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ให้ได้ผลสำเร็จ โดยที่รายการของสมรรถนะดังกล่าวจะต้องระบุพฤติกรรมย่อย หรือพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถของแต่ละสมรรถนะไว้ด้วย

### พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ

**ประคอง** หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาขั้นต่ำระดับปริญญาตรี มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

### สมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับ

**ประคอง** หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะเจาะจงหรือเป็นความสามารถเฉพาะทางของพยาบาล ที่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ โดยจำแนกเป็นสมรรถนะในด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ครอบคลุมลักษณะงานและการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วย 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการสื่อสาร 2) ด้านประเมินและการบริหารจัดการความปวด 3) ด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวน 4) ด้านทัศนคติในการให้การดูแล 5) ด้านกฎหมายและจริยธรรม 6) ด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย 8) ด้านการจัดการความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย 9) ด้านการประสานงานความร่วมมือและร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 10) ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการวิจัย

**การพัฒนากรอบสมรรถนะ** หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเพื่อให้ได้กรอบสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล ที่ประกอบด้วยรายการสมรรถนะที่มีการระบุพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ซึ่งกำหนดเฉพาะสำหรับพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมกับหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น และส่งผลให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี และคณะ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมในเรื่องการให้ข้อมูลโดยตรง 3) การพัฒนาแนวทางการสื่อสารและการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 4) การวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล 5) การระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ

### วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (development study) เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ระยะเวลา ตั้งแต่ 26 มีนาคม 2558 ถึง 25 พฤศจิกายน 2558

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่ใช้ในการประเมินกรอบสมรรถนะ (ฉบับร่าง) ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง (APN) ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive

sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย พยาบาลที่เป็นคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 12 คน และตัวแทนของพยาบาลโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จำนวน 8 คน รวมจำนวน 20 คน และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง (APN) 1 คน รวม 5 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกรายการสมรรถนะและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากการทบทวนวรรณกรรม
2. แนวคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญพยาบาลทางด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นแบบคำถามปลายเปิด
3. เครื่องบันทึกเสียง
4. แบบประเมินกรอบสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ฉบับร่าง) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประเมินและหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยพิจารณาสมรรถนะแต่ละด้านที่มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายชื่อ โดยกำหนดตัวเลขเป็น มาตราส่วน 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง จำเป็นมาก 3 หมายถึง จำเป็นปานกลาง 2 หมายถึง จำเป็นน้อย และ 1 หมายถึง ไม่จำเป็น เกณฑ์การยอมรับ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายชื่อ (item-level content validity index: I-CVI) เท่ากับ 1.00<sup>13</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหาของแนวคำถามที่ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 คน อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง (APN) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน และ

กรรมการพัฒนาบุคลากรของฝ่ายการพยาบาล 1 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้าน ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความ ชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของ คำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของ การจัดลำดับคำถาม (sequence the questions) ในการสนทนากลุ่ม ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คนพิจารณา และตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มา ปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปใช้

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย ตนเอง ภายหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการพัฒนากรอบสมรรถนะของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนโดยประยุกต์ใช้ กลยุทธ์การพัฒนากรอบสมรรถนะของมาร์เรลลีและคณะ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ว่ามีกรอบสมรรถนะอะไรบ้าง

2.2 แสวงหาผู้ให้การสนับสนุน โดยปรึกษาและขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ที่ทำหน้าที่ในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 8 จังหวัดภาค

เหนือตอนบน ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2.3 พัฒนาแผนการสื่อสาร การให้ความรู้ และการดำเนินการตามแผน โดยแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนดำเนินงาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยตรง

2.4 วางแผนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดวิธีการรวบรวมข้อมูล

2.5 ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ โดยนำข้อมูลสมรรถนะแต่ละด้านที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการสนทนาของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มา บูรณาการให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ด้วยวิธีการจัดกลุ่มข้อมูลพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถแต่ละด้านที่มีความหมายใกล้เคียงกัน รายการที่มีความซ้ำซ้อน แสดงถึงการมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเดียวกัน นำมารวมเป็นข้อเดียวกัน จัดเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ฉบับร่าง) จากนั้นนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ฉบับร่าง) มาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ร่วม ประเมินและทำการตรวจสอบหาค่าความตรงของเนื้อหา พิจารณาสมรรถนะแต่ละด้านที่มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายชื่อ โดยกำหนดตัวเลขเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง จำเป็นมาก 3 หมายถึงจำเป็นปานกลาง 2 หมายถึงจำเป็นน้อย และ 1 หมายถึงไม่จำเป็น เกณฑ์การยอมรับ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายชื่อ เท่ากับ 1.00

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญพยาบาล มา วิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลที่มีเนื้อหาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันรวบรวมเป็นข้อเดียวกัน ข้อมูลที่แตกต่างกัน แยกเป็นรายชื่อ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินกรอบสมรรถนะของพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วย



แบบประคับประคอง (ฉบับร่าง) จากผู้ทรงคุณวุฒิ โดย  
ตัดรายการสมรรถนะข้อที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 1.0 ออก  
ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ  
ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามอายุ เพศ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ในการดูแลผู้ป่วย  
แบบประคับประคอง (n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5
หญิง	19	95
อายุ (ปี)		
30-39	2	10
40-49	8	40
50-59	10	50
ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านการพยาบาล (ปี)		
10-20	3	15
> 20	17	85
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	8	40
ปริญญาโท	12	60
ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง(ปี)		
0-5	5	25
6-10	8	40
>10	7	35

**ส่วนที่ 2 กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ**  
**ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ฉบับร่าง)**  
กรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประ  
คับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และ  
โรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน  
(ฉบับร่าง) ประกอบด้วย 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการ  
สื่อสาร 2) ด้านประเมินและการบริหารจัดการความ

ปวด 3) ด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวน 4)  
ด้านทัศนคติในการให้การดูแล 5) ด้านกฎหมายและ  
จริยธรรม 6) ด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรม และความ  
เชื่อ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย 8) ด้านการ  
จัดการความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและการดูแล  
ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย 9) ด้านการประสาน  
งานความร่วมมือและร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 10)

ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการวิจัย โดยแต่ละด้านมี  
นิยามและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการสื่อสาร หมายถึง  
พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรม หรือการปฏิบัติงานที่  
แสดงออกถึงความรู้ ความสามารถในการติดต่อ  
สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว มีทักษะการใช้การ  
ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ  
ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว มีทักษะการสื่อสารเพื่อ  
การรักษา การบอกความจริง การบอกข่าวร้าย การ  
ให้คำปรึกษา รวมถึงการมีทักษะในการสร้าง  
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอัน  
ดีต่อกัน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญ  
ปัญหา และเกิดการยอมรับความสูญเสียตามความ  
เป็นจริงได้ และสามารถทำให้เกิดการปรับตัวได้เป็น  
ผลสำเร็จในระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย  
พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ 1)  
สามารถให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการยอมรับ ความ  
เข้าใจจากผู้ป่วยและครอบครัว 2) สามารถบอกข่าว  
ร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตามขั้นตอน โดยไม่  
ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียด 3) สามารถ  
ใช้การสื่อสารด้วยวาจาและไม่ใช้วาจาจากผู้ป่วยและ  
ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม 4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย  
และครอบครัวได้ระบายความรู้สึก โดยสนใจและตั้งใจ  
ฟัง 5) สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้  
สื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง 6) สนับสนุนและให้กำลังใจ  
ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวยอมรับการ  
สูญเสียได้อย่างเหมาะสม 7) แสดงอารมณ์ ท่าทีที่  
เหมาะสม โดยไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิด รำคาญต่อ  
อาการของผู้ป่วยและครอบครัว

2. สมรรถนะด้านประเมินและการบริหาร  
จัดการความปวด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมี  
พฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกว่า มีความ  
รู้ ความสามารถในการประเมินความปวดอย่าง  
ครอบคลุม เข้าใจกลไกการเกิดความปวด สามารถระบุ  
ได้ถึงชนิดของความปวด ค้นหาสาเหตุ ติดตามผลใน  
การบรรเทาปวด และต้องสามารถจัดการความปวด  
ได้ และมีความรู้ความเข้าใจถึงการจัดการกับอาการ

ปวดแบบขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (World  
health Organization Pain ladder) อาการข้างเคียง  
จากการใช้ยาบรรเทาอาการปวดและการจัดการ  
อาการปวดแบบไม่ใช้ยา หรือแพทย์ทางเลือกได้  
ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 5  
ข้อ ดังนี้ 1) สามารถประเมินความปวด ค้นหาสาเหตุ  
วางแผนการพยาบาล และติดตามผลในการบรรเทา  
ปวดได้อย่างต่อเนื่อง 2) สามารถให้ผู้ป่วยบอกความ  
จริงเกี่ยวกับความปวด 3) สามารถสังเกตอาการ/  
พฤติกรรมการแสดงออกต่อความปวด 4) สามารถ  
ประยุกต์ใช้เทคนิคการบรรเทาปวด มาใช้ในการ  
บริหารจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5)  
สามารถสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความปวด  
ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด และวิธี  
บรรเทาอาการปวดได้อย่างเหมาะสม

3. สมรรถนะด้านการประเมินและจัดการ  
อาการรบกวน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรม  
หรือการแสดงออกให้เห็นว่า มีความรู้ ความเข้าใจ  
ความสามารถในการปฏิบัติงานที่มุ่งให้การดูแลอาการ  
หลากหลายของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อ  
ชีวิต ซึ่งต้องมีการประเมินอาการอย่างครอบคลุมและ  
การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ พยาบาลต้องมี  
ความรู้และทักษะในการค้นหาอาการรบกวนที่คาด  
หวังว่าจะเกิดขึ้นและที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น สาเหตุ  
ของอาการ การประเมินอาการ และจัดการกับอาการ  
ที่เกิดขึ้น รวมทั้งค้นหาและประเมินและจัดการ  
ภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีสาเหตุ  
จากการรักษาหรือผลจากโรค โดยพยาบาลประสาน  
ความร่วมมือกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวและ  
ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการ  
ดูแล ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ  
จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถประเมินอาการรบกวน  
ต่างๆได้อย่างครอบคลุม เช่น อาการปวด คลื่นไส้  
อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก 2) สามารถค้นหาอาการ  
รบกวนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3) สามารถจัดการกับ  
อาการรบกวนต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4)  
สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายของการจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วย

4. สมรรถนะด้านทัศนคติในการให้การดูแล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็นของตนเอง ที่มีต่อความตาย ความหมายของความตาย การสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในทางที่ดี เข้าใจในการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีความรู้สึกเมตตา สงสาร เห็นใจ รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา รับฟังและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ เจตคติส่วนตัว 2) สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม 3) มีความเข้าใจ และสามารถรับรู้พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัว

5. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความเข้าใจมุ่งเน้นจริยธรรมและกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการที่จะจัดการกับประเด็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรมและกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายและผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การทำวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา (withholding of life-sustaining treatment) ซึ่งหมายถึงการไม่เริ่มต้นใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากได้มีการใช้เครื่องมือดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวต่อไปอีกได้ เช่น การระงับการกระตุ้นหัวใจ (cardiopulmonary resuscitation) เป็นต้น การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา (withdrawal of life-sustaining treatment) ซึ่งหมายถึงการเพิกถอนใช้

เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึ่งหากได้มีการใช้เครื่องมือดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวต่อไปอีกได้ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 10 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและเอาใจใส่ต่อการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 2) สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานหรืออันตรายแก่ผู้ป่วย 3) สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อสภาพของผู้ป่วย 4) สามารถค้นหาความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย 5) สามารถรักษาความลับของผู้ป่วย 6) มีความสามารถทำให้ผู้ป่วยจากไปได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 7) สามารถใช้ประเด็นกฎหมาย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8) สามารถแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงกระบวนการยืดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย และพินัยกรรมชีวิตชีวิต เพื่อช่วยในการตัดสินใจ 9) สามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล 10) สามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับเป็นอันดับแรก

6. สมรรถนะด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ สังคม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ศาสนา ความเชื่อ และจิตวิญญาณ 2) สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของผู้ป่วย 3) สามารถ ค้นพบสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุขแก่ที่แท้จริงของผู้ป่วย ตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ 4) ดูแลและช่วย

เหลือ ให้สมาชิกในครอบครัว สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ ตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี 5) สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคุ้นเคย สงบ ผ่อนคลาย คล้ายคลึงกับบ้านมากที่สุด 6) สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ แสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา 7) สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ แสดงความรักและมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว

7. สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่มุ่งให้มีการเตรียมพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย การวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) เพื่อให้ง่ายในการติดต่อสื่อสารกันเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระดับ PPS ที่ต่ำลง จะช่วยให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายในภาวะใกล้ตาย และการดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถใช้แบบประเมิน PPS ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ถูกต้อง 2) สามารถเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมรับกับวาระสุดท้าย 3) สามารถเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับความเป็นจริง 4) สามารถแนะนำครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย 5) สามารถจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

8. สมรรถนะด้านการจัดการความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่มุ่งให้มีการประเมินความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและ

การดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถวางแผนจัดการกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วย 2) สามารถช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก 3) สามารถส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้าครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศก

9. สมรรถนะด้านการประสานงานความร่วมมือและร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่มุ่งให้มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาโรค (disease management) การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การจัดการในระยยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย การจัดการศพของผู้ป่วย การดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ 1) สามารถประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาพยาบาล ญาติ ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน 2) สามารถประเมินสถานการณ์ที่ผิดปกติ 3) สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม 4) สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

10. สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาชีพและการวิจัย หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถที่มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาชีพและการ

ปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสามารถสะท้อนคิดเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพของตนเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยสามารถนำโอกาสต่าง ๆ และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวมาศึกษาวิจัย เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งพยาบาลต้องเป็นผู้ปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยตลอดเวลา ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ 1) มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การทำวิจัย 2) สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี 3) เป็นผู้ปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

### สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยการประยุกต์การพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี ทอนโดราและคณะ ผู้ศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และคำถามการศึกษาดังนี้

1. การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ครอบคลุมบริบทในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วยสมรรถนะ 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสื่อสาร 2) ด้านประเมินและการบริหารจัดการความปวด 3) ด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวน 4) ด้านทัศนคติใน

การให้การดูแล 5) ด้านกฎหมายและจริยธรรม 6) ด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ 7) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย 8) ด้านการจัดการความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสีย 9) ด้านการประสานงานความร่วมมือและร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 10) ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการวิจัย สามารถอภิปรายเป็นรายด้านได้ดังนี้

2. สมรรถนะด้านการสื่อสาร การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว เป็นสมรรถนะหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต<sup>14</sup> เพื่อให้ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการนั้น ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไป การสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติให้มีความเข้าใจและสามารถก้าวผ่านความรู้สึกเสียใจและกังวล ต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติของผู้ป่วย เพื่อนฝูง และทีมรักษาพยาบาล<sup>15</sup> การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน บ่อยครั้งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลรักษาในทางกลับกันหากสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน โดยในช่วงแรกอาจยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน แต่การพูดคุยจะทำให้ได้ง่ายกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวปรับใจได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ White ,Coyne and Patel<sup>10</sup> ที่กล่าวว่า การสื่อสารเป็นสมรรถนะที่จำเป็นอันดับแรก

3. สมรรถนะด้านประเมินและการบริหารจัดการความปวด การดูแลบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดนั้นนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก<sup>16</sup> แม้ว่าขอบเขตกฎหมายวิชาชีพของพยาบาลในประเทศไทย พยาบาลไม่สามารถสั่งการรักษาด้วยยาเพื่อบรรเทาความปวดได้ แต่การตัดสินใจในการบริหารจัดการหรือให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยอยู่ภายใต้ขอบเขตการปฏิบัติของพยาบาล กล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ เพราะ

ประเมินและรับรู้ความปวดของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก และสามารถช่วยลดหรือทุเลาความปวดให้กับผู้ป่วยได้ก่อนวิชาชีพอื่นเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรับฟังอย่างใส่ใจ การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้น และวางแผนการดูแลบรรเทาความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาและติดตามประเมินผลภายหลังการดูแลอย่างเป็นระบบ จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>17</sup> ซึ่งพบในการศึกษาของ White, Coyne and Patel และ สมาคมพยาบาลแคนาดา

4. สมรรถนะด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวน พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการค้นหาอาการรบกวนที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นและที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น สาเหตุของอาการ การประเมินอาการ และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งค้นหาและประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการรักษาหรือผลจากโรค โดยพยาบาลประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแล การประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่กระบวนการพยาบาลในขั้นต่อไป คือ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล<sup>18</sup>

5. สมรรถนะด้านทัศนคติในการให้การดูแลพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรมีทัศนคติในเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทัศนคติของการดูแล ประกอบด้วย ความไวต่อการรับรู้ ความรู้สึก การเห็นใจ เมตตา และการแสดงออกถึงการใส่ใจต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยปราศจากความลำเอียง<sup>19</sup> การตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อทำให้เกิดสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ คำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม พยาบาลต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการที่จะจัดการกับประเด็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจริยธรรมและกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายและผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาประคับประคอง (palliative care) จำเป็นอย่างยิ่งกับการเข้าใจความหมายของหลักพื้นฐานจริยธรรมทางการแพทย์และพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และการตัดสินใจในการรักษาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้รอบในภาวะโรคของผู้ป่วยรวมถึงการรักษาประคับประคอง (palliative care) เป็นอย่างดี จึงสามารถให้ข้อมูลในการตัดสินใจในเรื่องที่มีความสับสน และซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ เช่น การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา การระงับการกระตุ้นหัวใจ การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา การถอดเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น<sup>19</sup>

6. สมรรถนะด้านศาสนา สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ เพื่อประเมินด้านความเชื่อ/ ความศรัทธา/ ศาสนา/ สังคมและวัฒนธรรมค้นหาจัดการสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมที่ดูแลสามารถตอบสนองอย่างเหมาะสมตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ สังคม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ปฏิบัติและแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล เนื่องจาก ผู้ป่วยบางรายต้องการกล่าวขอโทษกับสิ่งที่ตนเองเคยทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเอง และจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ สวด

มนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ<sup>20</sup> ผู้ป่วยบางรายต้องการทำบุญต่ออายุ ทำบุญถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความหวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปกว่าเดิม มีความหวังว่าอาการจะดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความหวังจะได้ทำภารกิจที่ยังค้างคาอยู่ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจแข็งแกร่ง พอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตาย เมื่อถึงช่วงเวลาสุดท้ายผู้ป่วยต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนสิ้นใจ<sup>20</sup>

7. สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีสุขภาพที่ดีดังเดิม แต่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด ได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก ด้วยความอบอุ่น โดยไม่มีความเครียด หรือวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี<sup>21</sup> การมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงมีความจำเป็น เพื่อวางแผนจัดการกับอาการและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น การใช้แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPs) เพื่อให้ง่ายในการติดต่อสื่อสารกันเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ระดับ PPS ที่ต่ำลง จะช่วยให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายในภาวะใกล้ตาย และการดูแลร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการศพเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

8. สมรรถนะด้านการจัดการความสูญเสีย/ความเศร้าโศกและการดูแลความเศร้าโศก จากการศึกษาความสูญเสีย/ความเศร้าโศก เข้าใจความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับความเศร้าโศก ช่วยเหลือให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความเศร้าโศกได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญถ้า

ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น การโศกหรือความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจจากเพื่อนฝูงญาติมิตร เมื่อเวลาผ่านไป จะช่วยเยียวยาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถจัดการกับความสูญเสียนั้นให้ผ่านไปได้ด้วยดีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ผู้ดูแลด้าน Palliative care ควรที่จะสามารถแยกแยะระหว่างปฏิกิริยาที่เกิดจากความสูญเสียที่ปกติและผิดปกติได้ ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือที่เหมาะสมและทันเวลา<sup>19</sup>

9. สมรรถนะด้านการประสานงานความร่วมมือและร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา พยาบาลญาติ ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในสถานการณ์ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลแบบผสมผสาน และความต้องการของทุกฝ่าย รวมทั้งสามารถประสานงานกับทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และปรึกษาหารือกับครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน<sup>22</sup>

10. สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาชีพและการวิจัย พยาบาลจะต้องสามารถสะท้อนคิดเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพของตน เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว และมีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แสวงหาข้อมูลใหม่ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้<sup>12</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลระดับปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน สามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน พัฒนาความรู้ทางวิชาการ รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพัฒนาแบบ  
ประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประ  
คับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

2. ศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการ  
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตาม  
กรอบสมรรถนะที่ได้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาวิจัยประเมินภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย. ค้นจาก <http://www.old.hsri.or.th/network/87; 2555>.
2. สุดารัตน์ ลิทธิสมบัติ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
3. World Health Organization. Definition of palliative care. Geneva, Switzerland: WHO; 2005.
4. สุวคนธ์ กุรัตน, พัทรี ภาวระโช และ สุวิริยา สุวรรณโคต. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลมหาศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
5. ฟาริดา อิบราฮิม. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ. วารสารพยาบาล. 2543; 49(2):122-124.
6. วาสิณี วิเศษฤทธิ และจิตรศิริ ชันเจริญ. สรุปสังเคราะห์การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ชมรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและฮอสปิสแห่งประเทศไทย (ซีวันดาร์กซ์). (อัดสำเนา); 2549.
7. Denger, L.F.& Gow,C.M. Preparing Nurse for Care of the Dying. Cancer Nursing, 1988;11(3):160- 169.
8. จิรประภา อัครบวร. ชีตความสามารถ (Competency) ไขเหล่าเก่าในขวดใหม่หรือไม่. ในฝ่ายการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.พัฒนาคุณภาพเรียบง่ายสู่ไต้ล้จุฬาฯ.กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์จำกัด; 2550.
9. Marrelli,A.F., Tondora,J., Hoge,M.Astrategies for developing competency models. Administration and Policy in Mental Health. 2005; Vol.32:533-561.
10. White K.R. Coyne P.J. and Patel.U.B8. Are nurse adequately prepared for end-of-life care. Journal of nursing scholarship. . 2001; 33(2):147-151.
11. Grantham,D., O' Brien., L.A., Widger,K., Bouvette,M.,& McQuinn, P. Canadian Hospice Palliative Care Nursing Competencies Case examples;2009: 10.
12. อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. Living will and Ethics in End of Life Care , เอกสารประกอบการประชุมวิชาการในการอบรมพยาบาลเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ณ. โรงพยาบาลด่านช้าง อ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี รุ่นที่1 วันที่ 24-25 มกราคม 2555 และรุ่นที่ 2 วันที่ 31กุมภาพันธ์ – 1 กุมภาพันธ์ 2555.
13. Polit, D.F., & Beck, C.T. The content validity index: Are you sure you know what's being report? Critique and recommendations. Research in Nursing & Health. 2006; 29: 489-497.



14. Charalambous, A. Good communication in end of life care. *Journal of Community Nursing*, 2010;24(6):12-14.
15. ชิชณ พันธ์เจริญ. ทักษะการสื่อสาร...How to? กรุงเทพฯ : ธนาเพรส; 2553.
16. Cason C,L. and Spalt S,M . The education connection: a staff development concept., *J Nurs Staff Dev*; 1999.
17. รุจิรัตน์ มณีศรี,นุสรา ประเสริฐศรี และอรนุช ประดับทอง. ความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์.วารสารกองการพยาบาล. 2555; 39(2): 66-78.
18. บุญทิวา สุวิทย์, สุณี พนาสกุลการ, และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015;35(1):153-161.
19. สถาพร ลีถานันท์กิจ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง. *โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*; 2551.
20. Vig E,K. & Pearlman R,A. Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Arch Intern Med*. 2004;164:977-981.
21. ทัศนีย์ ทองประทีป. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2548, วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2548.
22. American Association of College of Nursing. Peaceful Death : Recommended competencies and cur Guidelines for end of life nursing care. (Online). Available from: <http://aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm> . 2004.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Effects of a Self-efcacy Enhancement by Using Buddy System Program on self-care Behaviors and HemoglobinA1C among Patients with Diabetes Mellitus, Type 2

ประภัสสร ไชยชนะ พย.บ.\*

Prapatsorn Chaichana B.N.S\*

จัทธามาศ กิตติศรี พย.ม.\*\*

Chuthamat Kitisri M.N.S\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในเขตพื้นที่โรงพยาบาลป่าแดด จ.เชียงราย จำนวน 60 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 รายจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองแบบเพื่อนช่วยเพื่อนตามแนวคิดของ Bandura กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เครื่องวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเอง รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ฮีโมโกลบินเอวันซี ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

\* Registered Nurse, Padad Hospital, Chiangrai Province

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai College

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-efficacy enhancement by using buddy system program on self-care behaviors and hemoglobin A1C among patients with Diabetes Mellitus, type 2. Research samples were 60 diabetic patients in Padad hospital, Chiangrai province. The Samples were randomly placed in control group and experimental group, 30 members each. The experimental group was encouraged to engage in self-efficacy enhancement by using buddy system program, which was developed based on the Bandura concept. The control group received usual nursing care. Research instruments consisted of self-efficacy enhancement by using buddy system program, a hemoglobinA1c (HbA1c) measure instrument and self-care behaviors interview. The data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The findings showed that the average score of self-efficacy enhancement in the experimental group was significantly higher than in the control group ( $p < 0.01$ ). The mean level of HbA1c in the experimental group was significantly lower than that in the control group ( $p < 0.01$ ).

**Key words:** Self-efficacy program, Buddy system, Self-care behaviors, Hemoglobin A1C, Patients with Diabetes Mellitus, Type 2

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและประเทศไทยเนื่องจากมีจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2557 ขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก 387 ล้านคน คาดว่าปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีก 60 ล้านคน<sup>1</sup> ในประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปีโดยเฉพาะในเขตภาคเหนือ ส่วนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2557 – 2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 4,403.17 และ 5,027.35 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารน้อยกว่า 130 mg/dl เพียงร้อยละ 43.80, 41.97 และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% เพียงร้อยละ 34.62,

33.54 ตามลำดับ<sup>2</sup> การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติถือเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากโรคเบาหวานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว จากสถิติของสหพันธ์เบาหวานโลกพบว่าผู้เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขา มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน 25 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่สามขึ้นไป 1.9 เท่า<sup>3</sup> ส่วนในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) มากถึงร้อยละ 23.30 จากประชากรทั้งประเทศ<sup>4</sup> ปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยทางด้านอารมณ์ ความเครียด และการรับประทานยาเป็นต้น<sup>3</sup>

โรงพยาบาลป่าแดดเป็นเขตพื้นที่อำเภอใน

จังหวัดเชียงรายที่มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2556–2559 ถึง 2,613.92, 2,628.70, 2,559.18 และ 2,832.30 ต่อประชากรแสนคน จำนวนเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารได้น้อยกว่า 130mg/dl ร้อยละ 60.63, 55.56, 53.75, 55.50 และผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% ร้อยละ 25, 18.88, 34.44, 31.48 จากสถิติดังกล่าวพบว่ายังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง<sup>5</sup> เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลป่าแดดแม้จะมีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบ Mobile clinic เป็นการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวรายกลุ่มโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และรายบุคคลเมื่อรับการตรวจรักษาโดยพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปแต่ที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ได้อย่างต่อเนื่องจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงมากขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ออกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองน้อยโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้การรักษาและคำแนะนำแต่เพียงฝ่ายเดียวอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ<sup>6</sup> หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจริงจึงและต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ป้องกันความพิการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานก่อนวัยอันควร<sup>7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่า การควบคุมโรคเบาหวานให้เกิดผลดีเป็นการจัดโปรแกรมสนับสนุนให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานมีการจัดการตนเอง ใช้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามวิธีการปฏิบัติตัวส่วนใหญ่ยังคงได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์เกือบทั้งหมด นอกจากนี้การ

ศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในระยะสั้นไม่เกิน 4 สัปดาห์ ซึ่งไม่เห็นความคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิภาพและส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นได้ ตามแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนด์รูรา<sup>8</sup> มีการเรียนรู้ได้ 4 วิธีคือ เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) เป็นแนวคิดสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนจากการมีตัวแบบ (Model) ประจำกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้คงที่อย่างน้อย 6 เดือนมาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือแก่เพื่อนสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน และผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการวางแผนการสนทนาให้กับกลุ่มรวมทั้งเป็นผู้คอยกระตุ้น เชื่อมโยงความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาการดูแลตนเอง ร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาและอุปสรรคอย่างมีเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาพร ใจสิทธิ์<sup>9</sup> ได้กล่าวไว้ว่าการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้ป่วยเป็นการช่วยให้เกิดการรับรู้ในคุณค่าและความสามารถของตน ทำให้เกิดกำลังใจและมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับผู้มีภาวะการเจ็บป่วยเดียวกัน สถานภาพคล้ายคลึงกัน เสริมให้เกิดความมั่นใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง<sup>9</sup> และจากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้หลักการมีเพื่อนช่วยเพื่อนคอยกระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดเส้นรอบเอว

มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความรู้เพิ่มขึ้น<sup>10</sup> ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด

ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้นั้นการให้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนได้ร่วมดูแลและเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยเป้าหมายการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีอันนำไปสู่การลดระดับฮีโมโกลบินได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจจะช่วยสะท้อนความเป็นบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอป่าแดดได้ชัดเจนขึ้น ใช้เป็นแนวทางในการนำสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเอง โดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมโดยการบรรยาย การฉายวีดิทัศน์ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการใช้คู่มือการดูแลตนเอง
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพและกลุ่มตัวอย่าง
3. การสนับสนุนเชิงจูงใจให้กำลังใจโดยการเยี่ยมบ้านจากตัวแบบ
4. การจัดกลุ่มสนทนานำเสนอประสบการณ์การปฏิบัติตัวของสมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการสร้างสมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

- พฤติกรรมดูแลตนเอง
- ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study designs) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest –posttest design)

ประชากร

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรับการรักษาในโรงพยาบาลป่าแดดระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง กุมภาพันธ์ 2560

## กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลป่าแดด ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดอำนาจที่ .80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร .50 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย<sup>11</sup> เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย เนื่องจากมีผู้ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มเติม จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 6 เดือน
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1c มากกว่า 7%
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (Matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ การศึกษา ระยะเวลาของ

การป่วยโรคเบาหวาน หลังจากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเอง (Self-efficacy theory) กิจกรรมประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การเตรียมความพร้อมโดยการบรรยาย การฉายวิดีโอทัศนศาสตร์และสาธิตย้อนกลับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเรื่อง 3อ. 2ส. การดูแลเท้า การใช้ยา การมาตรวจตามนัด รวมทั้งการใช้คู่มือการดูแลตนเอง 2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพและกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน นำเสนอประสบการณ์การปฏิบัติตัวตามแนวทางร่วมของกลุ่มและวางแผนดูแลสุขภาพร่วมกันและกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3. การสนับสนุนชักจูง ให้กำลังใจโดยการเยี่ยมบ้านจากตัวแบบ 4. การจัดกลุ่มสนทนานำเสนอประสบการณ์การปฏิบัติตัวของสมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการสร้างสมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพและร่วมกำหนดข้อตกลงแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของบุคคลในครอบครัวและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประยุกต์จากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

เบาหวานของ สุนทรีย์ สุรัตน์ (2554)<sup>12</sup> ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย ด้าน การควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้าน อารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และสุรา ด้านการใช้ยา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนน 1 (ไม่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเลย) ถึง คะแนน 5 (มีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำต่อ เนื่องสม่ำเสมอทุกวัน) แผลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนน ตามอันตรภาคชั้นเป็น 5 ระดับคือ ต่ำ ค่อนข้างต่ำ ปานกลาง ค่อนข้างสูงและสูง

ส่วนที่ 3 เครื่องตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี เป็นเครื่องตรวจเคมีในเลือดอัตโนมัติด้วยหลักการ Turbidimetric รุ่น Biosystem BA400 เป็น เครื่องมือตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. โปรแกรมและคู่มือโปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วย เพื่อน ผู้วิจัยนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนา เครื่องมือวิจัย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน พฤติกรรมสุขภาพในชุมชนและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคเรื้อรังผ่านการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องครอบคลุมตามคำ แนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย เบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหาแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

2. แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำไปตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวิจัย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพใน ชุมชนและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลโรคเรื้อรัง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .85

### การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วย เบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลป่าแดด จ.เชียงราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าความ สอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ .80

2. เครื่องตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีรุ่น Biosystem BA400 ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือทุก ๆ 1 เดือนจากศูนย์ EQASC ตาม มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้ รับจากการวิจัย ข้อมูลที่ได้เก็บไว้เป็นความลับ ผลการ วิจัยจะนำไปสรุปเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการ ศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบตกลงหรือ ปฏิเสธการร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้กลุ่ม ตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยได้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้า ร่วมวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ เข้าร่วมวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ป่าแดดชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูล

2. เมื่อได้รับยินยอมให้ความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบอาสา

สมัครที่จะเป็นพี่เลี้ยงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและขอความร่วมมือในการเป็นต้นแบบ

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันตามขั้นตอนดังนี้

#### กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ระดับ HbA1c และประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และสุรา ด้านการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน จำนวน 6 กลุ่ม ร่วมกับอาสาสมัครที่เป็นต้นแบบที่มีคุณสมบัติคือ มีประวัติเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีคงที่อย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ประจำกลุ่ม ๆ ละ 1 คน สร้างสัมพันธภาพ สร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยเพื่อนช่วยเพื่อนด้วยวิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มการซักถาม-ตอบ การฉายวิดีโอ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการใช้คู่มือการดูแลตนเองพร้อมการบันทึกสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองโดย

ผู้วิจัยและต้นแบบ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อการสร้างสมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและต้นแบบ เปิดโอกาสให้กำลังใจซึ่งกันและกันให้ข้อเสนอแนะตามความจำเป็นและเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน จำนวน 6 กลุ่ม ร่วมกับอาสาสมัครที่เป็นต้นแบบประจำกลุ่ม ๆ ละ 1 คน สร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองตามแนวคิดรูปแบบการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยเพื่อนช่วยเพื่อนด้วยวิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มการซักถาม-ตอบ การฉายวิดีโอ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า และการใช้ยา ใช้เวลา 1 ชั่วโมง/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 7 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยและต้นแบบจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อการสร้างสมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและต้นแบบ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว แลกเปลี่ยนปัญหาและให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 8 9 และ 10 จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน จำนวน 6 กลุ่ม ร่วมกับอาสาสมัครที่เป็นต้นแบบประจำกลุ่ม ๆ ละ 1 คน เสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองตามแนวคิดรูปแบบการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดย 1) จัดกลุ่มสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการสร้างสมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2) กลุ่มและต้นแบบร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ความรู้เสริมในเรื่องที่พ้องการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3) กลุ่มตัวอย่างและต้นแบบร่วมกันประเมินการปฏิบัติตัวและวางแผนดูแลสุขภาพร่วมกันพร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการสร้างสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ 4) กลุ่มตัวอย่างสรุปวิธีการที่เหมาะสมของแต่ละคนโดยใช้แนวทางจากเพื่อนร่วมกลุ่มเป็นต้นแบบ



สัปดาห์ที่ 11 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยและตัวแบบจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการปฏิบัติเพื่อการสร้างสมรรถนะของตนเองและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและ ตัวแบบ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว แลกเปลี่ยนปัญหา และให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน จำนวน 6 กลุ่ม ร่วมกับอาสาสมัครที่เป็นตัวแบบ ประจำกลุ่ม ๆ ละ 1 คน สรุปลักษณะที่เหมาะสมและ คัดเลือกตัวแทนประจำกลุ่มเพื่อเป็นตัวแบบประจำ กลุ่ม จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอ ในกลุ่มใหญ่ถึงวิธีการที่เหมาะสมของแต่ละคนโดยใช้ แนวทางจากเพื่อนร่วมกลุ่มเป็นตัวแบบ พร้อมทั้ง แสดงความรู้สึกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้น ทำการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

#### กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซี และประเมินระดับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการควบคุม อาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการ สุขบุหรี่ยาสูบ และการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 2-11 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตาม ปกติคือได้รับคำแนะนำในการการดูแลตนเองทั่วไป ภายหลังได้รับการตรวจในคลินิกโรคเบาหวานจาก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของแต่ละพื้นที่

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างมาตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค เบาหวาน พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนและ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และมอบ คู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ที่เป็นเบาหวาน พร้อมทั้ง กล่าวขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมา วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและค่าระดับฮีโม โกลบินเอวันซี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ ทดสอบ Paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้โรคเบาหวานและค่าระดับฮีโมโกล บินเอวันซี หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.67 เท่ากัน กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีร้อยละ 50 ส่วน กลุ่มควบคุมร้อยละ 43.30 ด้านสถานภาพสมรสกลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 83.30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็น ร้อยละ 73.30 ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 76.70 และ 86.70 ตามลำดับ ระยะเวลาการ ป่วยด้วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.85 ส่วนกลุ่มควบคุมคิด เป็นร้อยละ 40 ผลการทดสอบสถิติของข้อมูลส่วน บุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ทั้ง สองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1 คะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองรูปแบบ เพื่อนช่วยเพื่อนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติมีคะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองสูงขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดัง แสดงในตารางที่ 1

สมมติฐานที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรม

การส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังโดยการทดลองพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แสดงในตารางที่ 2

สมมติฐานที่ 3 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 สมมติฐานที่ 4 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการทดลองพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมดูแลตนเอง				p-value	ระดับ HbA1c				p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=30)	3.20	0.31	3.95	0.46	0.000*	7.96	0.74	6.90	0.42	0.000*
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)	3.18	0.29	3.12	0.27	.511	7.99	0.68	8.01	0.83	0.90

หมายเหตุ \* หมายถึง  $p < .01$

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=30)		กลุ่มที่ได้รับกาพยาบาลตามปกติ (n=30)		p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ก่อนทดลอง					
พฤติกรรมดูแลตนเอง	3.20	0.31	3.18	0.29	0.771
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	7.96	0.74	7.99	0.68	0.891
หลังทดลอง					
พฤติกรรมดูแลตนเอง	3.95	0.46	3.12	0.27	0.000*
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	6.90	0.42	8.01	0.83	0.006*

หมายเหตุ \* หมายถึง  $p < .01$

## สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ หลังการเข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลองระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนนั้นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นย่อมทำให้แสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามความคาดหวัง โดยในสัปดาห์แรกเป็นการประเมินเพื่อหาปัญหาเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างช่วยให้เข้าใจปัญหาของแต่ละบุคคลได้ ต่อมาจึงใช้กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ให้ตัวแบบได้เล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงปัญหาที่แตกต่างและคล้ายคลึงกันของแต่ละบุคคลตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาจนสามารถประสบความสำเร็จตามความคาดหวัง เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้อยู่ในเกณฑ์ปกติย่อมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกิดเป็นความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านที่ดีมากยิ่งขึ้น จากนั้นจึงเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ และสาธิตทักษะการดูแลตนเองในกิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแล

สุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า และการใช้ยาแต่ละด้านตามคู่มือการดูแลตนเองพร้อมวิธีการบันทึกสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านตัวแบบในสภาพการณ์จริง ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างได้สังเกต เรียนรู้ แลกเปลี่ยนจากตัวแบบ มีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงและสามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ มีเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>13</sup> นอกจากนี้ในโปรแกรมดังกล่าวยังจัดให้มีการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและตัวแบบประจำกลุ่มร่วมกับการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ระบายปัญหา ให้กำลังใจซึ่งกันและกันพร้อมทั้งชื่นชมเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ เป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างนำศักยภาพของตนเองที่มีอยู่มาใช้ การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพของตนเองย่อมส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอุษา ทศวิน ธีรนุช ห่านรัตติยและ วันเพ็ญ ภิญญโสภาสกุล<sup>14</sup> พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยเบาหวานได้เข้าร่วมกิจกรรมค่ายเบาหวานทำให้ผู้ป่วยที่เข้าค่ายเกิดความสุข สนุกสนาน มีความปลอดภัย ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อน ประสบการณ์การช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือเพื่อนได้เพื่อนใหม่ได้รับความรู้ใหม่ ๆ รวมทั้งทักษะในการดูแลตนเองโดยตรงทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มอย่างที่ได้รับโปรแกรมภายหลังการทดลองพบว่ามีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนมีการจัดเยี่ยมบ้านให้ต้นแบบได้พบปะกับกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน

เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างเอง และช่วยการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว เสริมสร้างพลังใจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ แสดงพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดีโดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จึงมีผลให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้โปรแกรมเองยังจัดเวทีให้กลุ่มตัวอย่างต้องรายงานผลพฤติกรรมดูแลตนเองภายในกลุ่ม เพื่อให้คนในกลุ่มได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาอุปสรรคอย่างมีเป้าหมายช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องทำให้สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงได้ถึงระดับเป้าหมายคือน้อยกว่าร้อยละ 7 สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 เดือน พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองสูงขึ้นและช่วยลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>9</sup>

วิธีการต่าง ๆ ดังกล่าวในโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองโดยอาศัยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนนั้นเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้นตามตัวแบบผ่านการ

สร้างแรงจูงใจ การได้รับคำแนะนำ สาธิตผ่านจากประสบการณ์จากบุคคลที่ประสบความสำเร็จจริงและมีการชื่นชมให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จเป็นผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นย่อมการเกิดปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านดีเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่อยู่ในเกณฑ์ตามที่คาดหวังไว้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานร่วมด้วยเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบริการแก่ผู้ป่วยโดยการสร้างแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรสร้างโปรแกรมให้บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมให้กำลังใจผู้ป่วยคงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีเช่นนี้ไว้ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีให้คงอยู่อย่างถาวร

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics [online]. 2015 [cited 2017 Jun, 7]. Available from: <http://www.who.int>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. ตัวชี้วัดระดับจังหวัด [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2560/1/10]. เข้าได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th>.
3. International Diabetes Federation (IDF). Global guideline for type 2 diabetes. [online]. 2012. [cited 2017 Jun 10]. Available from: [www.idf.org](http://www.idf.org).
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารธรรมะควินเบาหวานโลก [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561/1/6]. เข้าได้จาก: <http://www.thaincd.com>.
5. งานบริการคลินิกพิเศษโรงพยาบาลป่าแดด. ผลงานการพยาบาลคลินิกพิเศษ ปี 2555-2558. โรงพยาบาลป่าแดด: เชียงราย; 2558.

6. นาฏสิริ ศัลยานูบาล. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร 8. 2553;4(1):81-90.
7. สุวิทย์ชัย ทองกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเดชอุดม จ.อุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2014;3(2):73-90.
8. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman and Company; 1997.
9. จรวัยพร ใจสิทธิ์ รัตนันต์ มีธรรมและ พิชรินทร์ คำแก่น ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2560;40(2):65-73.
10. นงลักษณ์ เทศนา จมาภรณ์ ใจภักดี บุญทนกร พรหมภักดีและ กนกพร พินิจลึก. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559; 10(1):92-100.
11. Burn N, Grove S.K. The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization. 5<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Elsevier; 2005.
12. สุนทรี สุรัตน์ กิตติ ศศิวิมลลักษณ์ เกวลี เครือจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2559;4(2):297-307.
13. กัตติกา ธนะขว้าง จินตนา รัตนวิฑูรย์และจามจุรีย์ ทนุรัตน์. การพัฒนาเครือข่ายเพื่อช่วยเพื่อและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;5(3):381-391.
14. อุษา ทศวิน อีรนุช ห่านิรติศัยและ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. ผลของการเข้าค่ายเบาหวานกลางวันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมในการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารสภาการพยาบาล. 2553;25(1):53-66.

## ประชาสัมพันธ์การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 ผู้ที่จะส่งบทความตีพิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
2. เป็นบทความด้านการบริการการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

### การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารฯ ตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 โดยมีค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
  - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
  - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

### ความรับผิดชอบของผู้เขียน

1. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว

2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า มายังสมาคมฯ ภายในเวลาที่กำหนด คือ ฉบับที่ 1 ภายใน 28 กุมภาพันธ์  
ฉบับที่ 2 ภายใน 30 กันยายน

โดยส่งทาง E-mail ถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

E-mail address : nat-nd@hotmail.com

3. ชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ เรื่องละ 1,500 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

4. หากผู้เขียนต้องการตีพิมพ์แบบเร่งด่วน (Fast track) ต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม เรื่องละ 2,000 บาท โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

### ขั้นตอนการพิจารณาบทความ

1. เมื่อกองบรรณาธิการวารสารได้รับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการแล้ว จะพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนดและคุณภาพของบทความ แล้วแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบ

2. บทความที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จะถูกส่งต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณากลับกรอง (Blinded peer review)

3. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนด และบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาด้านคุณภาพ กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุง

4. บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แก่ผู้เขียน

5. ผู้เขียนบทความพิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมแนบเอกสารชี้แจงการปรับแก้บทความ ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์

6. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาว่าบทความได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วนแล้ว จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เขียน เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นทางการ

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ  
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- ขนาดกระดาษ A 4 ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้า
- กรอบของข้อความ ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- ตัวอักษร ใช้ (TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
  - ชื่อเรื่อง (Title)
    - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
    - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
    - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย – อังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
    - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
  - บทคัดย่อ
    - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
    - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า ภาษาไทย และ 1/2 หน้าภาษาอังกฤษ
  - คำสำคัญ (Keywords) พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-4 คำ ขนาด 16 point
  - รายละเอียดบทความ
    - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
    - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
    - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
    - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
  - เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้
    - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
    - คำถามการวิจัย
    - วัตถุประสงค์การวิจัย
    - สมมุติฐานการวิจัย



- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายแนวคิด ทฤษฎี พร้อมสรุปเป็นแผนภูมิประกอบ)
- วิธีดำเนินการวิจัย (รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย)
- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 รายการ)

■ **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

■ **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตารางที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และใต้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ให้ชื่อภาพใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง

■ **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

#### การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/ วิชาการเพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับ ทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com ส่งถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ
2. ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ตัวยก
3. เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง
4. การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฐ์ (hyphen หรือ -) เชื่อม ระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10
5. รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้ อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง

6. รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

**การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบอ้างอิง ดังนี้**

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. (Page)

ตัวอย่าง

บุญมี ภูด่านจิว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและบันทึกลูกดิ้น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;12(1):135-146.

**การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ**

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ (Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ Editor (s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

**การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้**

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักงานพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

**การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้**

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา.

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนทนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันบัณฑิตศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสารโดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

ยุทธนา พรหมณี. วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: [www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc](http://www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc)

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคณาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25];8(3):33-51. เข้าถึงได้จาก: [http://www.scppk.com2\\_tps-13/marticle.php?id=113114](http://www.scppk.com2_tps-13/marticle.php?id=113114)

แบบฟอร์มการสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

สมาชิกใหม่       ต่ออายุสมาชิก      หมายเลขสมาชิก.....  
(สมาชิกเก่าโปรดระบุหมายเลขสมาชิก)

1. ข้าพเจ้า น.ส./นาง/นาย.....มีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ในนามหน่วยงาน คือ.....

ในนามบุคคล คือ.....

มีกำหนด.....ปี ตั้งแต่ฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....ประจำปี พ.ศ.....โปรดส่งวารสารไป  
ยัง (หน่วยงาน).....หรือ (บุคคล)

น.ส./นาง/นาย.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

Email :.....

2. ระยะเวลาที่ขอกรับ

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
- 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
- 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

3. ข้าพเจ้าได้ส่ง  เงินสด

หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ  
บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้  
และขอให้ออกใบเสร็จในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200