



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
JOURNAL OF NAKHONPHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567
VOL.2 NO.2 JULY - DECEMBER 2024



ISSN 3056-9966 (online)



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

Journal of Nakhon Phanom Provincial Health Office

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

Volume 2 No. 2 July – December 2024

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ วิจัย และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ การพยาบาล และสาธารณสุข		
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม		
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม นพ.กิตติเชษฐ์ อีร์กุลพงศ์เวช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ทพญ.วิภารัตน์ วรหาร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านทันตกรรม) นางศิริลักษณ์ ใจช่วง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นางวาสนา ศรีวะรมย์ ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม		
บรรณาธิการ	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รองบรรณาธิการ	นางกนกพร	ไทรสุวรรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวเบญจมาศ	วันนาพ้อ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวพัชรินทร์	วงตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวธัญญลักษณ์	ทอนราช	นักสาธารณสุขชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

คณะบรรณาธิการจากหน่วยงานภายใน

นพ.กิตติเชษฐ์	อีร์กุลพงศ์เวช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร.นพ.เกรียงไกร	ประเสริฐ	โรงพยาบาลนครพนม
ทพญ.วิภารัตน์	วรหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
นพ.สุทธิชัย	นักผูก	โรงพยาบาลนครพนม
พญ.หทัยรัตน์	ณ นครพนม	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
นพ.ณัฐ	ธัญญาหาร	โรงพยาบาลนครพนม
ทพญ.หทัยจิตร์	ฤทธิผล	โรงพยาบาลปลาปาก
นายวิจิต	เหล่าวัฒนถาวร	โรงพยาบาลนครพนม
นายวิวรรธน์	วงศ์ตาชี	โรงพยาบาลวังยาง
นางสาวพัชรพร	ควรรณสุข	โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์
นายพิศิษฐ์	เสรีธรรมะพิทักษ์	โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์
นางสาววราลี	วงศ์ศรีชา	โรงพยาบาลนาแก
นายเสน่ห์	พลจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพง
นายอดิศักดิ์	พรหมอารักษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง
นายสมศักดิ์	อินทมาต	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

คณะกรรมการจากหน่วยงานภายนอก

รศ.ดร.วรินทร์มาศ	เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผศ.ดร.นุชรรัตน์	มังคละศิริ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผศ.ดร.ผุสดี	สระทอง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
ผศ.ดร.เนตรนภา	กาบมณี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
ผศ.ดร.ศุภวดี	แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
ผศ.ดร.ทรงพล	ต่อนี้	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.กฤษกันทร	สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.สิทธิชัย	ใจขาน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.สุทิน	ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธนะภูมิ	รัตนานพวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.จารุวรรณ	หมั่นมี	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
ดร.เกศรา	แสนศิริวิสุข	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.บุญหนากร	พรหมภักดี	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.มิ่งขวัญ	ภูหงส์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร.สกวรัตน์	แดงมันฮับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
ดร.ปาริชาติ	ศรีสมัย	สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
ดร.बारमेษฐ์	ภิราล้า	หน่วยคุ้มครองสุขภาพโลกจังหวัดนครพนม
นางสาวภาวิณี	ซ้ายกลาง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายเจตพล	แสงกล้า	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ทพ.สุรจิตร	คุสกุล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
นางสาวพรทิพา	โชติกะนาวิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายสุพัฒน์	สมจิตรสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวปฐมภรณ์	อดานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายจิรัชยา	ประสพธัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวเบญจมาศ	วันนาพ้อ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวพัชรินทร์	วงตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวธัญญลักษณ์	ทอนราช	นักสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวรัชชา	วุฒิรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวณัฐธันธ์	รังสีโชคอนันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวกนกพร	คะตา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวนิศาตร์	คำบัว	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

กำหนดออก

ISSN

ส่งต้นฉบับที่

ราย 6 เดือน เดือน มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม

3056-9966 (Online)

งานวารสาร (งานวิจัยและพัฒนา) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ชั้น 3

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

356 ถ.อภิบาลปัญญา ต.ในเมือง อ.เมืองนครพนม จ.นครพนม 48000

โทรศัพท์ 0 4251 2446 ต่อ 308

E-mail : journal.nkp@gmail.com

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

พ.ศ. 2567

พิมพ์ที่

ปีที่พิมพ์



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

ในยุคปัจจุบัน การสาธารณสุขเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลก เราเผชิญกับความท้าทายที่หลากหลาย ตั้งแต่โรคอุบัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ไปจนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้น การปรับตัวและนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 มีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและระบบบริการสุขภาพของประชาชน โดยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มเปราะบาง พร้อมกับส่งเสริมเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อให้บริการที่สะดวกและมีคุณภาพสูงสุด ทั้งยังเน้นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในกระทรวงเพื่อให้เป้าหมายด้านสุขภาพสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต

วารสารฉบับนี้มุ่งนำเสนอเนื้อหาที่สะท้อนถึงบทบาทของการสาธารณสุขในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง เราได้รวบรวมบทความวิจัยและบทความเชิงวิชาการที่หลากหลาย อาทิ การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพในชุมชน การจัดการโรคติดต่อ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอาการต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีบทความที่เน้นย้ำถึงบทบาทของชุมชนในการสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีของความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และชุมชนอีกด้วย และในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ เราคงจะได้เห็นการนำปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) มาใช้ในวงการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน และช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษาที่แม่นยำขึ้น ซึ่ง AI ในการแพทย์มีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงวงการสุขภาพอย่างมาก โดยยังต้องการการพัฒนาและการยอมรับในระดับนโยบายเพื่อการใช้งานอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

สำหรับวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2567 โดยการสนับสนุนจากนายปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม บริหารจัดการด้วยระบบของ Thai Journals Online (ThaiJO) ในรูปแบบวารสารออนไลน์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal) ที่เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยทางเราหวังว่าวารสารฉบับนี้จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และมุมมองที่สร้างสรรค์ในวงการการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นแรงบันดาลใจให้ทุกท่านร่วมกันสร้างสรรค์ผลงานเพื่อระบบสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนชาวไทยของเราค่ะ

ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง
บรรณาธิการ



สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ◆ การสอบสวนโรคเฉพาะราย กรณีโรคไข้เลือดออกในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลพิมาน
อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 14 เมษายน – 12 พฤษภาคม 2567
พัฒนชัย ศิริแข็ง, สุพัตรา เชื้อคำเพ็ง, นรินทร์ ราชอินทร์..... e270835
- ◆ การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอราทูพนม จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน
โรงพยาบาล
วันชนะ วงษ์ชาชม, ณัฐพล ผลโยน, จินดานุช ผลโยน e271475
- ◆ กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2
ณ งานบริการผู้ป่วยนอก
วรชวรธรณ กระต่ายจันทร์..... e272187
- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย: กรณีศึกษา
จันทร์เพ็ญ ปิติพัฒนะโมจิต..... e272422
- ◆ ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอ
ปลาปาก
อัคนีวุธ วงศ์ชมภู..... e271848

คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ



การสอบสวนโรคเฉพาะรายการณโรคไข้เลือดออกในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลพิมาน อำเภอนาแก
จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 14 เมษายน -12 พฤษภาคม 2567
Case Investigation of Dengue fever in Piman Sub-district, Na Kae District,
Nakhon Phanom Province, between 14 April -12 May 2024

พัฒนชัย สิริแข็ง* สุพัตรา เชื้อคำเพ็ง** นรินทร์ ราชอินทร์***

Phattanachai Sirikhaeng* Supatar Chuecampeng** Narinthorn Racha-in***

Corresponding author: E-mail: tualak_ton@hotmail.com

(Received: August 30, 2024 / Revised: October 16, 2024 / Accepted: 13 December, 2024)

บทคัดย่อ

วันที่ 14 เมษายน 2567 เวลา 11.31 น. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมานได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลนาแก พบผู้ป่วยยืนยันไข้เลือดออกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค เคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก จึงได้ดำเนินการ สอบสวนและควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 14 เมษายน -12 พฤษภาคม 2567 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของ โรคไข้เลือดออก ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา เพื่อค้นหาสาเหตุ แหล่งโรค และหามาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรคที่เหมาะสม เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย ทบทวนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน การสังเกต สภาพแวดล้อม

จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 28 ปี อาชีพว่างงาน เริ่มป่วยวันที่ 9 เมษายน 2567 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม วันที่ 13 เมษายน 2567 ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน และเบื่ออาหาร แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกและยืนยันการติดเชื้อด้วย Rapid test Antibody ชนิด IgM และ IgG ให้ผลบวก สาเหตุหลักของการเกิดโรคคาดว่าได้รับเชื้อมาจากบ้านญาติที่ไปช่วยงานในตอนกลางวัน พฤติกรรม นอนกลางวันโดยไม่กางมุ้ง สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มืด แสงสว่างไม่เพียงพอ การระบายอากาศที่ไม่ค่อยดี มีความชื้น และด้านหน้าบ้านเป็นซุ่มไก่ชนซึ่งมีค้ำขี้ลูกน้ำยุงลายในภาชนะรองรับน้ำ ในระดับเสี่ยง ทีมสอบสวนโรค ได้เน้นมาตรการควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังในชุมชน เป็นระยะเวลา 28 วัน ผลการดำเนินงานพบว่าชุมชนมีค้ำขี้ ลูกน้ำยุงลายของหลังคาเรือน (House Index: HI) และ ค้ำขี้ลูกน้ำยุงลายในภาชนะรองรับน้ำ (Container Index: CI) อยู่ในระดับปลอดภัย (HI=0, CI=0) ยังไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชนทั้ง 2 แห่ง รวมระยะเวลา ควบคุมโรคในครั้งนี้ 28 วัน



มาตรการในการควบคุมโรคโดยการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน รณรงค์ให้ความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก; การสอบสวนโรค; การระบาด

*ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน

**ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก

***ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงน้อย

Abstract

On April 14, 2024, at 11:31 a.m., the Piman Subdistrict Health Promotion Hospital received notification from Na Kae Hospital of a confirmed dengue fever patient undergoing treatment at Somdej Phra Yuparat That Phanom Hospital. In response, the Surveillance and Rapid Response Team from the Piman Subdistrict Health Promotion Hospital, in collaboration with the Na Kae District Public Health Office, initiated an investigation and disease control operations from April 14 to May 12, 2024. The aim was to confirm the diagnosis and outbreak, examine epidemiological characteristics, investigate potential causes and sources of infection, and implement appropriate control measures. This descriptive study involved reviewing the patient's medical records, interviewing the patient and relatives using a case-specific disease investigation form, searching for additional cases within the community, and observing environmental conditions.

The investigation revealed that the patient was a 28-year-old unemployed male who first experienced symptoms on April 9, 2024. He was admitted to Thatpanom Crown Prince Hospital on April 13, 2024, presenting with fever, headache, vomiting, and loss of appetite. The diagnosis of dengue fever was confirmed by a positive result for IgM and IgG antibodies via a rapid test. The primary suspected source of infection was his relatives' home, where he assisted with work during the daytime, the habit of sleeping without using a mosquito net. Environmental factors in the home included poor lighting, inadequate ventilation, high humidity, and a cockfighting enclosure at the front, with containers of standing water showing a high Aedes mosquito larvae index. The disease investigation team implemented control and prevention measures in the community for 28 days. The results of the intervention showed that both the House Index (HI) and Container Index (CI) for Aedes larvae were at safe levels (HI=0, CI=0). Moreover, no new cases of dengue fever were reported in either of the two communities during the 28-day control period.



Control measures included fogging to eliminate Aedes mosquitoes, inspecting and destroying mosquito breeding sites, conducting additional case-finding in the community, promoting knowledge, and fostering community participation in prevention efforts.

Keyword: Dengue Fever; Disease Investigation; Outbreak

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Piman Health Promoting Hospital

** Public Health Technical Officer, Na Kae District Public Health Office

** Public Health Officer, Experienced Level, Na Kae District Public Health Office

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) โดยมีุงลายเป็นพาหะนำโรค พบมากในพื้นที่เขตร้อนและเขตอบอุ่นของโลก ผู้ป่วยมักมีอาการไข้สูง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดกระบอกตา มีผื่นแดง ในผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะช็อก ทำให้เสียชีวิตได้ ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีการแพร่เป็นวงกว้าง ประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ระบาดใหญ่ที่สุดในปี พ.ศ. 2530 และมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี¹ จากข้อมูลการเฝ้าระวังประจำสัปดาห์ที่ 13 ปี พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 1,116 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 22 ราย² จังหวัดนครพนม พบผู้ป่วย จำนวน 35 ราย อัตราป่วย 4.88 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต ส่วนอำเภอนาแก พบผู้ป่วย 3 ราย อัตราป่วย 0.42 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงต้นเดือนเมษายน 2567 ทั้งในระดับ จังหวัด และอำเภอ³

วันที่ 14 เมษายน 2567 เวลา 11.31 น. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลนาแก พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ด้วยอาการ ไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน เบื่ออาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell Count: WBC) 9,460 เซลล์/ลบ.มม. จำนวนเกล็ดเลือด (Platelet count: PLT) 228,000 เซลล์/ลบ.มม. ค่าฮีมาโทคริต (Hematocrit: HCT) 36% และตรวจแอนติบอดียืนยันการติดเชื้อเดงกี ชนิด IgM และ IgG ให้ผล Positive แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกและรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก ออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคตั้งแต่วันที่ 14 เมษายน-12 พฤษภาคม 2567

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไข้เลือดออก
- 2) เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรคไข้เลือดออกตามบุคคล เวลา และสถานที่
- 3) เพื่อกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน



วิธีการศึกษา

1) การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ประกอบด้วย

1.1) ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย โดยการสอบสวนโรคเฉพาะราย⁴ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

1.2) ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน โดยการติดตามผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย การค้นหา ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามจากเวชระเบียน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชักถามประวัติ การเจ็บป่วยในครัวเรือนรับผิดชอบและรายงานผลผ่านแอปพลิเคชัน Line เมื่อพบผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยาม ทีมสอบสวนโรคโทรสอบถามและติดตามอาการเพิ่มเติมตามแบบสัมภาษณ์ที่ทีมสอบสวนโรคจัดทำขึ้น ได้กำหนดนิยามการค้นหาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านพิมานท่า หมู่ที่ 8 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ที่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง หน้าแดง มีผื่นแดง มีอาการเลือดออก หรือ การทดสอบทูร์นิเกต (Tourniquet test) ให้ผลบวก ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม-12 พฤษภาคม 2567

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) พบมีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell Count: WBC) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 เซลล์/ลบ.มม. มีจำนวนเกล็ดเลือด (Platelet count: PLT) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000 เซลล์/ลบ.มม. มีค่าฮีมาโทคริต (Hematocrit: HCT) เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20 และมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาหรือพบในพื้นที่ และเวลาเดียวกับผู้ป่วยยืนยัน

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจแยกเชื้อไวรัสเดงกีแอนติเจน NS1 ด้วยชุดตรวจ Rapid test และ/หรือ การตรวจแอนติบอดียืนยันการติดเชื้อเดงกี ชนิด IgM และ IgG ด้วยชุดตรวจ Rapid test

1.3) การศึกษาสภาพแวดล้อมโดยใช้แบบสำรวจสภาพแวดล้อมที่ทีมสอบสวนโรคจัดทำขึ้น การสังเกต สภาพแวดล้อม การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของหลังคาเรือน (House Index: HI) การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลายในภาชนะรองรับน้ำ (Container Index: CI) ของบ้านผู้ป่วย บ้านญาติที่ผู้ป่วยไปพักอาศัยและในชุมชน รัศมี 100 เมตร

1.4) การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ประกอบด้วย จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (WBC) จำนวนเกล็ดเลือด (PLT) เป็นต้น การตรวจแยก เชื้อไวรัสเดงกีแอนติเจน NS1 ด้วยชุดตรวจ Rapid test และ/หรือ การตรวจแอนติบอดียืนยันการติดเชื้อเดงกี ชนิด IgM และ IgG ด้วยชุดตรวจ Rapid test

เครื่องมือที่ใช้ในการสอบสวนโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการสอบสวนโรคในครั้งนี้เป็นแบบสอบสวนโรค⁴ แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจสภาพแวดล้อมที่ทีมสอบสวนโรคจัดทำขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่ามัธยฐาน

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป บ้านพิมานท่า หมู่ที่ 8 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เป็นชุมชนเดี่ยว ตั้งอยู่บริเวณที่ลุ่มริมแม่น้ำท่า ประกอบด้วย 7 คุ่ม 143 ครัวเรือน ประชากร 539 คน มีวัด 1 แห่ง โรงเรียน 1 แห่ง การกระจายตัวของครัวเรือนค่อนข้างหนาแน่นในคุ่มที่ 1-6 บ้านเรือนส่วนใหญ่เป็นทรงชนบท ประชาชนนิยมปลูกไม้ผลบริเวณหน้าบ้านและบริเวณพื้นที่ว่างโดยรอบ ใช้น้ำประปาชุมชนจากแหล่งน้ำบาดาล ไม่ประสบปัญหาขาดแคลนน้ำในช่วงฤดูแล้ง ผู้ป่วยอาศัยอยู่คุ่มที่ 7 ซึ่งตั้งอยู่รอบนอกห่างจากตัวชุมชน 120 เมตร โดยประมาณ ลักษณะการกระจายของหลังคาเรือนอยู่ห่างกัน

2) ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกบ้านพิมานท่า ย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2562-2566) พบรายงานผู้ป่วยประปราย แนวโน้มการเกิดโรคเป็นแบบปีเว้นปี โดยพบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1 ราย ณ วันที่ 14 เมษายน 2567 มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกของชุมชนในปีนี้ จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (Median=0) ในช่วงเวลาเดียวกันถึง 1 เท่า อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

จากการสอบสวนโรค พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 28 ปี ว่างงาน ขณะพักอาศัยที่บ้านจะออกไปช่วยงานและนอนกลางวันที่บ้านญาติ ไม่มีประวัตินอนกางมุ้ง เปิดเพียงพัดลม โดยบ้านญาติที่ไปพักอาศัยตั้งอยู่ ณ หมู่ที่ 1 ในพื้นที่ตำบลเดียวกัน จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าชุมชนดังกล่าว มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกในช่วงเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 3 ราย จำนวนผู้ป่วยลดลงและตั้งแต่นั้นปี 2567 ยังไม่พบรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในบ้านหลังดังกล่าว ไม่พบผู้มีอาการเข้าได้ตามนิยามโรคทั้งนี้ก่อนป่วย 14 วัน ให้ประวัติเดินทางไปชุมชนแห่งหนึ่งในเมืองท่าแขก แขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวร่วมกับคณะเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลพิมาน ในวันที่ 1 เมษายน 2567 (ไป-กลับ) วันที่ 8 เมษายน 2567 ไปช่วยต้อนรับคณะศึกษาดูงานจากต่างจังหวัด ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลพิมาน ผลการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมไม่พบผู้มีอาการเข้าได้ตามนิยามโรคในผู้ร่วมเดินทาง คณะศึกษาดูงานและผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ในวันที่ 9 เมษายน 2567 เริ่มมีอาการไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน และเบื่ออาหาร ซื้อยารับประทานเองอาการไม่ดีขึ้น วันที่ 12 เมษายน 2567 จึงเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอนาแก อาการไม่ดีขึ้น เย็นวันที่ 13 เมษายน 2567 เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก และรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน (In-Patient Department : IPD)

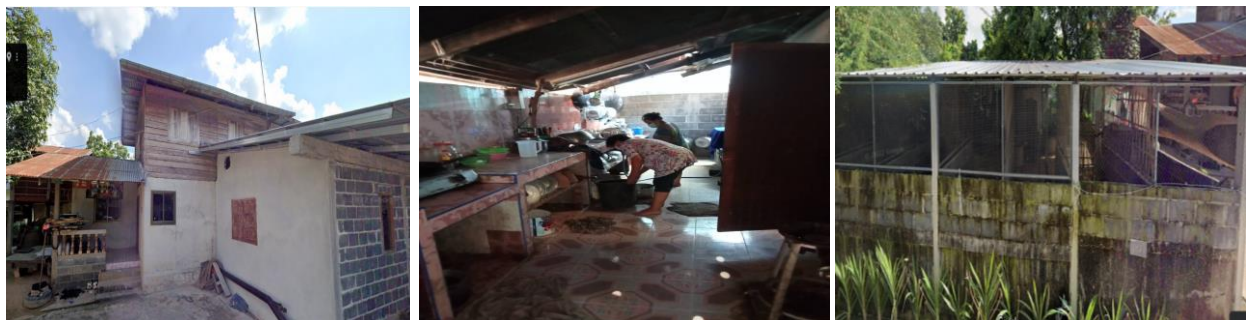
3) ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม จากการสำรวจสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วยพบว่า เป็นบ้านชั้นเดียว มีห้องโถงโล่ง และห้องนอน 1 ห้อง มีหน้าต่างรอบบ้าน แต่ไม่ค่อยเปิดใช้งาน ภายในบ้านจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ มุมห้องมืดแม้ว่าระบายอากาศได้ดี ภายนอกบ้านพบภาชนะและเศษขยะรอบๆ บ้าน แต่เนื่องจากเป็นช่วงฤดูแล้ง จึงไม่พบน้ำขังและไม่มีแมลงขึ้น ลักษณะของครัวเรือนอยู่ห่างกัน ภายในรัศมี 100 เมตร จากบ้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นกิ่งไผ่ ไม้ผล ไม้สวน ป่าหญ้าจำนวนมาก ห่างออกไป 80 เมตร มีบ้านจำนวน 7 หลังคาเรือน (รูปที่ 1) และมีบ่อน้ำเพื่อการเกษตร จำนวน 2 บ่อ

รูปที่ 1 ลักษณะสิ่งแวดล้อมบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย



จากการสำรวจบ้านญาติของผู้ป่วย พบว่า เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น กึ่งปูน มีห้องโถงโล่ง ภายในค่อนข้างมืด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แม้ว่ามีหน้าต่างรอบบ้านแต่ไม่ได้เปิดใช้งาน ด้านหลังบ้านอากาศเย็นและมีความชื้น การจัดเรียงสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ บริเวณภายนอกบ้านไม่พบภาชนะรองรับน้ำ ไม่พบเศษขยะ ในชุมชนค่อนข้างมีความหนาแน่น บริเวณด้านหน้าบ้านเป็นซุ้มไก่ชน พบภาชนะใส่น้ำไก่จำนวนมาก (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 ลักษณะสิ่งแวดล้อมบ้านญาติที่ผู้ป่วยไปพักอาศัยในตอนกลางวัน





ผลการสำรวจค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายร่วมกับ อสม. จำนวน 5 ครั้ง ในวันที่ 0 1 3 5 7 และ 14 ในบ้านผู้ป่วย บ้านญาติที่ไปพักอาศัย และในชุมชน รัศมี 100 เมตร (จำนวนหลังคาเรือน 7 และ 8 หลัง ตามลำดับ) พบว่า ทั้ง 2 แหล่ง มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหลังคาเรือน (HI) ลดลง อยู่ในระดับที่ปลอดภัย (HI=0.00) และมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในภาชนะรองรับน้ำ (CI) ลดลง อยู่ในระดับปลอดภัย (CI=0.00) ตั้งแต่วันที่ 17 เมษายน 2567 (ครั้งที่ 3 ของการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำ)

ตารางที่ 1 ร้อยละของดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายในรัศมี 100 เมตร จากบ้านผู้ป่วยและบ้านญาติที่ไปพักอาศัย

ครั้งที่	วันที่	บ้านผู้ป่วย		บ้านญาติ		รวม	
		HI	CI	HI	CI	HI	CI
1	14/04/67	42.86	19.35	47.06	23.61	45.83	22.33
2	15/04/67	0.00	0.00	5.88	2.94	4.17	2.04
3	17/04/67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	21/04/67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5	28/04/67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

4) ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ จากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบว่าผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อเด็งกี ด้วยการตรวจแอนติบอดี ชนิด IgM และ IgG ด้วยชุดตรวจ Rapid test ซึ่งให้ผล Positive

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	13 เมษายน 2567	14 เมษายน 2567	15 เมษายน 2567
Hct (%)	36.00	34.00	33.00
Platelet (cells/mm ³)	228,000.00	236,000.00	247,000.00
WBC (cells/mm ³)	9,460.00	8,490.00	8,890.00
NS1 Rapid test	Negative	-	-
IgM,IgG Rapid test	Positive	-	-

ค่าปกติ Hct: 37-47 (เพศหญิง), 40-54(เพศชาย), Platelet: 140,000-400,000, WBC: 4,500-10,000



อภิปรายผล

โรคไข้เลือดออกเคยมีรายงานในบ้านพิมานท่า หมู่ที่ 8 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ประปราย พบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อปี 2564 การเกิดโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้เป็นรายแรกของชุมชน หลังจากไม่พบผู้ป่วยมา 2 ปี จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ในช่วงเวลาเดียวกันถึง 1 เท่า คาดว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อมาจากภายนอกพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติไปช่วยงานที่บ้านญาติในตอนกลางวัน สอดคล้องกับ พฤติกรรมการออกหากินของยุงลาย ซึ่งมักจะออกหากินในกลางวัน⁵ ผู้ป่วยมักนอนกลางวันโดยไม่กางมุ้ง จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อไข้เลือดออก ทั้งนี้ การนอนกางมุ้งสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ 0.15 เท่าของผู้ที่ไม่นอนกางมุ้ง⁶ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พบว่า บ้านหลังดังกล่าวภายในค่อนข้างมืด ด้านหลังมีความชื้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าบ้านเป็นซุ้มไก่ชนซึ่งตรวจพบลูกน้ำยุงลายในภาชนะใส่น้ำไก่ การตรวจพบลูกน้ำยุงลายในครั้งนี้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 6.67 เท่า⁶ และจากการศึกษา ข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกในชุมชนดังกล่าว พบว่า มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกล่าสุดเมื่อปลายเดือน ธันวาคม 2566 จึงสันนิษฐานได้ว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับการเชื้อจากชุมชนดังกล่าว ถึงแม้จะไม่พบรายงานผู้ป่วย ในปี 2567 ก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงต้นเดือนเมษายน 2567³ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า หลังจากมีอาการป่วย มาเป็นระยะเวลา 4 วัน ส่งผลให้การรักษาล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น และทำให้อาการของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรุนแรง มากขึ้น เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ร้ายแรง เช่น ภาวะเลือดออกภายในหรือภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ซึ่งเป็นภาวะที่อาจเป็นอันตราย ถึงชีวิตได้ ดังนั้น การวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้าจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁷⁻⁸ อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรคประจำตัว เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามลักษณะ อาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิด รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกวันเพื่อเฝ้าระวังภาวะวิกฤติ ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัย⁹

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

- 1) กำหนดขอบเขตในการควบคุมโรครัศมี 100 เมตร จำนวน 2 จุด ได้แก่ บ้านผู้ป่วย และบ้านญาติ ที่ให้ประวัติไปพักอาศัยในช่วงกลางวัน
- 2) พ่นสเปรย์กำจัดยุงลายตัวเต็มวัยในบ้านผู้ป่วยและบ้านญาติที่ให้ประวัติพักอาศัยในช่วงกลางวัน ภายใน 3 ชั่วโมงแรก หลังพบผู้ป่วย และร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลพิมาน พ่นสารเคมีกำจัดยุงลาย ตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคในวันที่ 1 3 7 และ 14
- 3) สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จำนวน 5 ครั้ง ในวันที่ 0 1 3 5 7 และ 14 ในบ้านผู้ป่วย บ้านญาติที่ไปพักอาศัย และในครัวเรือน รัศมี 100 เมตร
- 4) แจ้งเตือนและสื่อสารความเสี่ยงโดยผู้นำชุมชนผ่านหอกระจายข่าว และผ่าน Line อสม. และชุมชน



ปัญหาและข้อจำกัด

ในช่วงเวลาที่เกิดโรคไข้เลือดออก อุปสรรคในการควบคุมและป้องกันโรคไม่พร้อมใช้งาน และบุคลากรผู้รับผิดชอบไม่อยู่ในพื้นที่ เนื่องจากเป็นช่วงฤดูแล้งมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกน้อย ทำให้อุปกรณ์บางประเภทขาดการตรวจเช็คและบำรุงรักษาให้มีสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา นอกจากนี้ ช่วงเวลาที่เกิดโรคตรงกับวันหยุดเทศกาลสงกรานต์ บุคลากรผู้รับผิดชอบไม่สามารถเข้ามาปฏิบัติงานได้ทันที ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

สรุปผลการสอบสวนโรค

ผลการสอบสวนโรคไข้เลือดออก พบผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกของชุมชน หลังจากไม่พบผู้ป่วยมา 2 ปี ต้นตอของการเกิดโรคคาดว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อมาจากบ้านญาติที่ไปช่วยงานในช่วงกลางวัน และมีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกประปราย พบผู้ป่วยรายสุดท้ายช่วงเดือนธันวาคม 2566 โดยผู้ป่วยรายดังกล่าวเริ่มมีอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ อาเจียน และเบื่ออาหาร เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2567 เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2567 แพทย์ให้การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อ dengue ด้วยการตรวจแอนติบอดี ชนิด IgM และ IgG ด้วยชุดตรวจ Rapid test ซึ่งให้ผล Positive จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนไม่พบผู้มีอาการเข้าได้ตามนิยามสอบสวนโรค จากการสำรวจสภาพแวดล้อม พบบ้านญาติที่ไปช่วยงาน ภายในบ้านค่อนข้างมืด แสงสว่างไม่เพียงพอ อากาศถ่ายเทได้น้อย และมีความชื้นบริเวณด้านหน้าเป็นซุ้มไก่ชน มีค่า CI > 10 จัดอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบนอนกลางวันโดยไม่กางมุ้ง ทีมสอบสวนโรคได้เน้นมาตรการควบคุมและป้องกันโรคเป็นระยะเวลา 28 วัน ผลการดำเนินงาน พบว่าชุมชนมีค่า HI และ CI อยู่ในระดับปลอดภัย (HI=0, CI=0) และยังไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชนทั้ง 2 แห่ง

ข้อเสนอแนะ

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดให้มีบุคลากรที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรองหมุนเวียนกัน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการตรวจเช็คและบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับควบคุมโรคเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และควรมีการซ้อมแผนเผชิญเหตุเพื่อให้มีความพร้อมและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ
- 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนควรมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลทางด้านระบาดวิทยากับสถานพยาบาลเอกชนในพื้นที่



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โรงพยาบาลนาแก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาแก ที่อำนวยความสะดวก ประสานเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ คณะเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลพิมาน ในการร่วมดำเนินการควบคุม ป้องกันโรค ผู้นำชุมชน อสม. ที่ร่วมออกดำเนินการสำรวจ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ประชาชนในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค และขอขอบคุณผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแก สาธารณสุขอำเภอนาแก และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพิมาน ที่อำนวยความสะดวก การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ วัสดุอุปกรณ์สำหรับการควบคุมโรคครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ไข้เด็งกี (Dengue) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/diseasedetail.php?d=44>
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ไข้เลือดออกปี 2567 ประจำเดือน เมษายนสัปดาห์ที่ 13 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dvb/ingma/#/>
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. ZR506 Dashboard เขตสุขภาพที่ 8 [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc8/r8dashboard/zr506.html>
4. งานระบาดวิทยา. ระบาดวิทยานาน: แบบสอบสวนเฉพาะโรค DF/DHF (ไข้เด็งกี/ไข้เลือดออก) [อินเทอร์เน็ต]. นาน: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nno.moph.go.th/epidnan/mypage/investigate/DHF.pdf>
5. สุกัญญา จุฬารมย์, เบญจวรรณ ตื้อตัน. การกำจัดเงื่อนไขการเกิดยุงลายเพื่อป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของชุมชนอำเภอมือง จังหวัดชลบุรี. Procedia of Multidisciplinary Research [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2567]; 1: 1-17. เข้าถึงได้จาก: <https://so09.tci-thaijo.org/index.php/PMR/article/view/2751>



6. พัฒนชัย ศิริแข็ง. รายงานสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลพุ่มแกอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 18 สิงหาคม 2566. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2567]; 1: 1-19. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nkp/article/view/265101/181518>
7. ศรีณรัตน์ ชาญประโคน, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. วิทยาการระบาดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 – 2561. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึง เมื่อ 16 ตุลาคม 2567]; 21: 192-204. เข้าถึงได้จาก: <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/download/240888/165577>
8. สิริภัทร โชคอำนวยสิทธิ์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567]; 8: 308-20. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/215169>
9. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Bandner_\(Small\)/Attach/25640302103903AM_CPG%20Adult%20Dengue.pdf](https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Bandner_(Small)/Attach/25640302103903AM_CPG%20Adult%20Dengue.pdf)



การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหัวดอน
อำเภอดงหลวง จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล
Development of Drug and Health Product Literacy and Behavior in the Ban Hua Don
Community, That Phanom District, Nakhon Phanom Province by the Network of Home,
Temple, School, and Hospital.

วันชนะ วงษ์ชาชม* ณัฐพล ผลโยน** จินดานุช ผลโยน***

Wanchana Wongchachom* Nattaphon Ponyon** Jindanoot Ponyon***

Corresponding author: E-mail: tonicpong@gmail.com

(Received : October 7, 2024 / Revised : December 2, 2024 / Accepted : December 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอดงหลวง จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน ในชุมชนบ้านหัวดอน ต.ดงหลวง อ.ดงหลวง จ.นครพนม ประกอบด้วย ประชาชนบ้านหัวดอน ครูและนักเรียน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกนโดยการสุ่มอย่างง่าย ระยะเวลาศึกษาวิจัย ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกตการณ์ และ 4) ขั้นการสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบวัดความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานโดย paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: หลังการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นได้ โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ดังนั้นทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงและเกิดความยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอแนะ: การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นได้ โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ดังนั้นทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงและเกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้; พฤติกรรม; ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ; เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล (บวร.); HUADONS model

*เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

**เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดงหลวง

***เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดงหลวง



Abstract

Purpose : To develop and evaluate the effects of a program to enhance drug and health product literacy and behavior in the Ban Hua Don community, That Phanom District, Nakhon Phanom Province, through a network of homes, temples, schools, and hospitals.

Study Design: Participatory Action Research (PAR)

Materials and Methods: The study involved 132 participants from Ban Hua Don community, including teachers, students, patients with chronic illnesses, and elderly. The sample size was determined using Krejcie & Morgan's table and was obtained by simple random sampling. The study was conducted from October 2023 to July 2024 and comprised four steps: 1) planning, 2) Action, 3) Observation, and 4) Reflection. The research instruments was forms for drug and health product literacy and behavior from the Consumer Capability Development Division, in-depth interviews, and focus group discussions. Data analysis utilized descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation), inferential statistics (paired t-test), and content analysis.

Main findings: After development, it found that the average scores for drug and health product literacy (4.15 ± 0.57) and behavior (3.48 ± 0.47) significantly improved compared to pre-program scores ($P < 0.05$). Moreover, the HUADONS model was developed; a community prototype integrating homes, temples, schools, and hospitals

Conclusion and recommendations: Drug and health product literacy and behavior in the community can be enhanced through a collaborative network of homes, temples, schools, and hospitals. Therefore, all sectors must actively collaborate to ensure genuine and sustainable development.

Keyword: Literacy; Behavior; Drug and Health Products; Network of Home Temple School and Hospital (HTSH); HUADONS model

*Pharmacy, Professional Level, Nakhon Phanom Provincial Health Office

** Pharmacy, Senior Professional Level, Thatpanom Crown Prince Hospital

***Pharmacy, Professional Level, Thatpanom Crown Prince Hospital



บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁾ ส่วนหนึ่งมาจากการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหารและเครื่องสำอาง ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเกิดจากการหลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องเกินจริง ทางสื่อออนไลน์เป็นจำนวนมาก โดยรายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาปี 2566 ดำเนินคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการผิดกฎหมาย 3,242 รายการ² ซึ่งกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นำโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (บวร.ร.)³ ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.ร.) ซึ่งจะเอื้อประโยชน์ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของบุคคลในชุมชนอย่างยั่งยืน มีแนวคิดให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเครือข่าย มุ่งให้ทุกภาคส่วนในชุมชนพึ่งพาช่วยเหลือกันและกัน ร่วมกันเป็นพลังจิตอาสา และดำเนินกิจกรรมภายใต้วิถีชีวิตที่เหมาะสมกับชุมชนตนเอง เพื่อสร้างชุมชนที่สามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มีสุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดเกินจริง ไม่ใช้ยาที่มีการลักลอบผสมสารสเตียรอยด์ ยาชุด การไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารห้ามใช้ การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มหรือปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่พบในชุมชน⁴⁻⁶

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy, HL) ว่า “ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”⁷ โดยประเทศไทยความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ชีตความสามารถทางปัญญาและสังคม ระดับปัจเจกชน ที่รอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพจนสามารถกลั่นกรอง ประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจ ด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง⁸ จากรายงานผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า คนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ⁹ ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องของประชาชน ซึ่งในประเทศไทยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์ของประชาชนไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ระดับปานกลาง คือ มีความรอบรู้ดี แต่อาจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ดีได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมในการแบ่งปันข้อมูลที่ได้รับกับผู้อื่น แต่ขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ คัดกรอง และคัดเลือกข้อมูลดังกล่าวเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ (รู้เท่าทันสื่อ) โดยมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวกับการรับสื่อสังคมต่าง ๆ ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย¹⁰ การพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยโปรแกรมสุขศึกษาสามารถเพิ่มพฤติกรรมด้านการใช้อย่างสมเหตุผลได้¹¹



จากสถานการณ์ในปี 2566 จังหวัดนครพนมพบปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการตรวจร้านค้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล พบว่า ร้านค้ามีการขายยาที่ไม่ใช่ ยาสามัญประจำบ้าน ร้อยละ 0.62 ฉลากขนมและอาหารที่ไม่มี อย. ร้อยละ 19.20 พบข้อความโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ผิดกฎหมายในร้านค้า ร้อยละ 0.3 และผลการตรวจสอบเฝ้าระวังโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบการโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 2.56¹² และในพื้นที่ชุมชนบ้านหัวดอน ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนมมีร้านค้าจำนวน 7 ร้าน พบร้านค้าที่จำหน่ายยาอันตราย 2 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และอาหารที่ไม่มี อย. จำนวน 7 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งการดำเนินงานด้วยเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.ร.) ยังมีเป็นบางอำเภอในจังหวัดนครพนม แต่ยังไม่มีการดำเนินการในพื้นที่อำเภอธาตุพนม การแก้ไขปัญหาต้องใช้การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่ที่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชน สาเหตุสำคัญ คือ ประชาชนยังขาดข้อมูลที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพ และองค์ความรู้แก่ประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยใช้ ต้นแบบ บวร.ร. HUADONS model ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพฤติกรรม การบริโภคยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล เพื่อให้เครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการพัฒนา พัฒนารอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพถูกต้องในการคุ้มครองสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรหมู่ 8 บ้านหัวดอนทั้งหมด 205 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่ม อย่างง่ายโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 132 คน ประกอบด้วย (1) ประชาชนบ้านหัวดอน จำนวน 40 คน (2) ครูและนักเรียนโรงเรียนบ้านหัวดอน จำนวน 33 คน (3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง ไตเรื้อรัง โดยเป็นโรคอย่างใด อย่างหนึ่งหรือโรคร่วมกันก็ได้) จำนวน 14 คน (4) กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 14 คน (5) ผู้นำชุมชน/แกนนำ และ อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำนวน 24 คน (6) พระภิกษุ จำนวน 5 รูป (7) ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหาร และร้านค้า จำนวน 5 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่ 8 บ้านหัวดอน สามารถอ่าน ออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา



เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่ขอลถอนตัวหรือ เปลี่ยนใจไม่เข้าร่วม
โครงการและผู้ที่ย้ายไปทำงานที่อื่น
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้าน กวีธรร
และภูมิพัฒน์ อรุณการ¹⁰ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึง จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45
คะแนน องค์ประกอบที่ 2 ความเข้าใจจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 การโต้ตอบซักถาม
จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน
องค์ประกอบที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน และองค์ประกอบที่ 6 การบอกต่อ
จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน เป็นข้อคำถามแบบ Likert Scale แบบ 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน
ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน ระดับคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนน
เต็มรวม 200 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับดีมาก (คะแนนรวม
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) คะแนน 160-200 ระดับดี (คะแนนรวมเท่ากับร้อยละ 70-79) คะแนน 140-159
ระดับพอใช้ (คะแนนรวมเท่ากับร้อยละ 60-69) คะแนน 120-139 ระดับไม่ดี (คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60)
คะแนน 40- 119

โดยมีเกณฑ์การแปลคะแนนระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
รายองค์ประกอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ระดับดีมาก (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) ระดับดี (คะแนนรวม
เท่ากับร้อยละ 70-79) ระดับพอใช้ (คะแนนรวมเท่ากับร้อยละ 60-69) ระดับไม่ดี (คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60)

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งระดับออกเป็น
5 ระดับ คือ มากที่สุด ได้คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน มาก ได้คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน ปานกลาง
ได้คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน น้อย ได้คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน น้อยที่สุด ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย ของปรีญา ฤมอด
ทาและอดิศักดิ์ ฤมอดทา¹³ จำนวน 15 ข้อ โดยให้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่เห็นว่าเป็นไปตามระดับ
การปฏิบัติของตนเอง แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ และไม่เคยเจอเหตุการณ์
ตามข้อคำถาม ได้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผล¹³ แบ่งระดับออกเป็น 5 ระดับคือ
มากที่สุด ได้คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน มาก ได้คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน ปานกลาง ได้คะแนนเฉลี่ย
2.61-3.40 คะแนน น้อย ได้คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน น้อยที่สุด ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม



ขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) ช่วงตุลาคม พ.ศ. 2566 - มกราคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการดังนี้

1.1 จัดประชุมชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบริบทปัญหาในพื้นที่ ประกอบด้วย อสม.จำนวน 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ประกอบการร้านค้า 2 คน ครู 1 คน เกษตรกร 1 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 คน พระภิกษุสงฆ์ 1 รูป รวม 10 คน

1.2 ร่วมกันกำหนดชุมชนเพื่อเลือกพื้นที่ดำเนินการ

1.3 ประชาคมในพื้นที่เพื่อให้เครือข่าย บวร.ร. ในชุมชนมีส่วนร่วมจัดลำดับความสำคัญปัญหา ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อสม. 5 คน ประชาชนจำนวน 3 คน เกษตรกร 1 คน ในการกำหนดมติให้หมู่บ้านมีสถานที่ให้ความรู้ในศาลาหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์ไม่ซื้อและขายยาของรลเร่

1.4 สสำรวจเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยเกษตรกร 1 คน ร่วมกับ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. 5 คน ออกสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้า ออกตรวจยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังและในวัด และร่วมกันครูและนักเรียนสำรวจยาและผลิตภัณฑ์ในท้องพยาบาล โรงอาหาร ร้านค้าในโรงเรียนและในร้านค้ารอบโรงเรียน และหากพบปัญหาจะดำเนินการให้คำแนะนำหยุดใช้ผลิตภัณฑ์ในบ้าน วัด โรงเรียน และให้ยกเลิกการจำหน่ายในร้านค้า

1.5 จัดทำหลักสูตร/คู่มือเพื่อฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

1.6 ผลิตสื่อเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับเครือข่าย บวร.ร.

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action)

2.1 ช่วงมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการดังนี้ จากการประชาคมและออกสำรวจปัญหาพบว่าภาคีเครือข่ายยังขาดความรู้ จึงได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการ 5 ฐาน ได้แก่ ยาปลอดภัยในชุมชน การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม อาหารปลอดภัยเครื่องสำอางและการเฝ้าระวังโฆษณา และการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ

2.2 จัดตั้งชมรมโดยมีภาคีเครือข่าย บวร.ร. เป็นคณะกรรมการชมรม ประกอบด้วย เกษตรกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม อสม. ประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน ครูและนักเรียน พระภิกษุออกดำเนินการ ตรวจร้านค้า บ้าน วัด โรงเรียนซ้ำ ในพื้นที่ซ้ำ

2.3 อสม.ประชาสัมพันธ์เชิงรุกตามพื้นที่ บวร.ร. ในชุมชน แจกจ่ายสื่อ - สปอตวิทยุให้เครือข่าย บวร.ร. ใช้เปิดในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น ผู้ใหญ่บ้านอ่านและเปิดสื่อที่หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน นักเรียนประชาสัมพันธ์และเปิดเสียงตามสายในโรงเรียน และแจกสื่อความรู้เรื่องยาปิดไว้ที่ร้านค้า



3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ช่วงพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567 ดำเนินการดังนี้

3.1 ติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน ได้แก่ การเฝ้าระวังยาเสพติดและผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพในร้านชำ โดยสุ่มเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางเพื่อทดสอบหาสารห้ามใช้ ตัวอย่างอาหารเพื่อทดสอบสารปนเปื้อน และตรวจเฝ้าระวังร้านขายอาหารในชุมชนเพื่อทดสอบความเค็ม และเครื่องปรุงอาหาร

3.2 ประกวดหาต้นแบบ บุคคล Idols ด้านคุ้มครองผู้บริโภค คือ บุคคลต้นแบบ นักเรียนต้นแบบ และร้านชำต้นแบบ เพื่อเป็นกระบอกเสียงในการสร้างความรอบรู้และเป็นแกนนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชน

3.3 การประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมเรื่องการไ้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังจากการพัฒนาศักยภาพ

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการดังนี้

4.1 การประชุมเครือข่ายเพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.2 สรุปผลการดำเนินงานทุกกิจกรรมเพื่อคืนข้อมูล ให้กับเครือข่าย บวร.ร. และภาคีเครือข่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2566-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ได้แก่ เกสัชกร จำนวน 3 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 2 คน เป็นผู้เก็บข้อมูล ก่อนการดำเนินการวิจัยได้ประชุมชี้แจงทีมเก็บข้อมูลแจกคู่มือเพื่อความเข้าใจตรงกัน ดำเนินการเชิญผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านหัวดอน เจ้าอาวาสวัดหัวดอน และกลุ่มเป้าหมาย จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกระบวนการจัดกิจกรรมการอบรม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการอบรมและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมผู้บริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ Paired t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในขั้นตอนการวางแผนและการถอดบทเรียนในการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 045/66 วันที่ 3 สิงหาคม 2566



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.15 (86 คน) อายุต่ำกว่า 16 ปี ร้อยละ 24.24 (32 คน) วุฒิการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 45.45 (60 คน) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.97 (62 คน) และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 65.91 (87 คน) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=132)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	46	34.85
หญิง	86	65.15
2. อายุ		
น้อยกว่า 16 ปี	32	24.24
16-20 ปี	7	5.30
21-30 ปี	23	17.42
31-40 ปี	19	14.39
41-50 ปี	11	8.33
51-60 ปี	26	19.70
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	14	10.61
3. วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	60	45.45
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	7.58
มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่า	51	38.64
อนุปริญญา ปวส.หรือเทียบเท่า	3	2.27
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	6.06
4. อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	32	24.24
เกษตรกร	62	46.97
รับจ้าง/ลูกจ้าง	12	9.09
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานของรัฐ	4	3.03
พนักงานบริษัทเอกชน	7	5.30
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/เกษียณอายุราชการ/ว่างงาน	5	3.79
พระภิกษุ	5	3.79
ค้าขาย	5	3.79
5. โรคประจำตัว		
ไม่มี	87	65.91
มี	45	34.09



2. ผลการพัฒนาระดับความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ (140.85 ± 30.22) หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก (166.07 ± 22.86) โดยรวมค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (3.52 ± 0.75) และค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก (4.15 ± 0.57) แสดงดังตารางที่ 2

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการเข้าถึง ก่อนการพัฒนาพบว่า ร้อยละ 70.73 อยู่ในระดับดี หลังการอบรมพบว่าร้อยละ 89.04 อยู่ในระดับดีมาก

องค์ประกอบที่ 2 ด้านความเข้าใจ ก่อนการอบรมพบว่า ร้อยละ 71.51 อยู่ในระดับดี หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 84.37 อยู่ในระดับดีมาก

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการโต้ตอบซักถาม ก่อนการอบรมพบว่า ร้อยละ 70.46 อยู่ในระดับดี หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 81.63 อยู่ในระดับดีมาก

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการตัดสินใจ ก่อนการอบรมพบว่า ร้อยละ 70.60 อยู่ในระดับดี หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 82.67 อยู่ในระดับดีมาก

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนการอบรม ร้อยละ 68.80 อยู่ในระดับพอใช้ หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 77.40 อยู่ในระดับดี

องค์ประกอบที่ 6 ด้านการบอกต่อ ก่อนการอบรมพบว่าร้อยละ 69.91 อยู่ในระดับพอใช้ หลังการอบรมพบว่า ร้อยละ 82.31 อยู่ในระดับดี แสดงดังตารางที่ 3 และพบว่าหลังการพัฒนาระดับความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ องค์ประกอบที่มีการเพิ่มขึ้นของความรู้มากที่สุดคือด้านการเข้าถึงและองค์ประกอบที่มีการเพิ่มขึ้นของความรู้น้อยที่สุดคือด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพรายองค์ประกอบหลังการพัฒนาที่อยู่ระดับน้อยที่สุดคือองค์ประกอบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (n=132)

ระดับ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	10	7.57	2	1.52
พอใช้	72	54.54	12	9.09
ดี	6	4.54	32	24.24
ดีมาก	44	33.33	86	65.15
	Mean = 140.85 ± 30.22		Mean = 166.07 ± 22.86	
	Min = 80, Max = 184		Min = 115, Max = 200	
	ระดับพอใช้		ระดับดีมาก	
โดยรวม	3.52 ± 0.75		4.15 ± 0.57	
	ระดับปานกลาง		ระดับมาก	



ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายองค์ประกอบ (n=132)

ความรู้ด้าน การใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ระดับการประเมิน							
	ก่อนการพัฒนา				หลังการพัฒนา			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ	การแปลค่าระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ	การแปลค่าระดับ
1. การเข้าถึง	31.83	6.36	70.73	ดี	40.07	4.74	89.04	ดีมาก
2. ความเข้าใจ	25.03	5.77	71.51	ดี	29.53	4.78	84.37	ดีมาก
3. การโต้ตอบ ชักถาม	21.14	4.79	70.46	ดี	24.49	4.99	81.63	ดีมาก
4. การตัดสินใจ	21.18	4.76	70.60	ดี	24.80	4.75	82.67	ดีมาก
5. การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	17.20	4.13	68.80	พอใช้	19.35	3.91	77.40	ดี
6. การบอกต่อ	24.47	5.61	69.91	พอใช้	28.81	5.41	82.31	ดีมาก
โดยรวม	3.52	0.75		ปานกลาง	4.15	0.57		มาก

3. ผลการพัฒนาระดับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย

ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.21 ± 0.54) หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (3.47 ± 0.47) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (n=132)

ระดับ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยที่สุด	0	0	0	0
น้อย	20	15.15	9	6.82
ปานกลาง	75	56.82	51	38.64
มาก	35	26.52	67	50.76
มากที่สุด	2	1.52	4	3.03
	Mean = 3.21 ± 0.54		Mean = 3.47 ± 0.47	
	Min = 2, Max = 5		Min = 2, Max = 5	
	ระดับปานกลาง		ระดับมาก	

4. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา

หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (4.15 ± 0.57) และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.48 ± 0.47) สูงกว่าก่อนพัฒนาซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.52 ± 0.75) และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.21 ± 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงดังตารางที่ 5

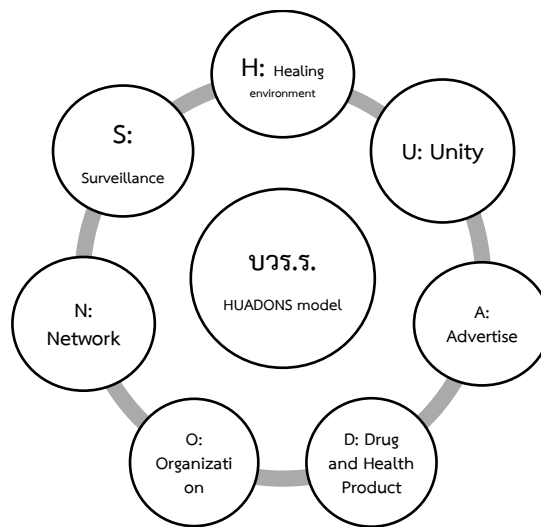
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	df	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.52	0.75	4.15	0.57	12.659	131	0.000
พฤติกรรมการบริโภคยาและการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.21	0.55	3.48	0.47	12.370	131	0.00

5. ต้นแบบที่ได้จากการพัฒนา คือต้นแบบ บวร.ร. HUADONS model ประกอบด้วย H: Healing environment สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน คือ การมีโปสเตอร์ความรู้ในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ 8 ในวัดและโรงเรียน U: Unity ความเป็นหนึ่งเดียวกัน ของคนในชุมชนในการร่วมแรงร่วมใจกันในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย โดยทุกครั้งทีมบวร.ร. จะออกกร่วมกิจกรรม ตรวจร้านชำ ตรวจยาในบ้าน วัดและโรงเรียนอย่างพร้อม A: Advertise การโฆษณา ชุมชน บวร.ร. ร่วมแรงร่วมใจกันให้ชุมชนมีการโฆษณาที่ถูกต้อง มีการเฝ้าระวัง และมีการห้ามและเฝ้าระวังรณรงค์โฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย จากการมีข้อบัญญัติชุมชนประกาศไว้ก่อนการเข้าหมู่บ้าน D: Drug and Health Product ให้ชุมชนมีการจำหน่าย บริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกกฎหมายและมีความปลอดภัย ทั้งร้านค้าชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน และได้รับการตรวจสอบจากทางโรงพยาบาลร่วมกับชมรมคุ้มครองผู้บริโภคในหมู่บ้านหัวดอน สังเกตจากการตรวจสอบแล้วไม่พบยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องลดลง O: Organization องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมให้มีงบประมาณในการสนับสนุนการทำงานของชุมชนในการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบจากการได้รับอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักสุขภาพเทศบาลธาตุนมใต้ N: Network เครือข่าย

การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายภายใต้ชุมชนคุ้มครองผู้บริโภคที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนในการทำงานสังเกตจากการมีไลน์กลุ่มเครือข่ายบวร.ร.บ้านหัวดอน S: Surveillance การเฝ้าระวัง ชุมชน บวร.ร. มีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในบ้าน วัด โรงเรียน ร่วมกับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสังเกตได้จากผลบันทึกผลการตรวจสอบร้านชำ บ้าน วัด โรงเรียน

ภาพที่ 1 ภาพต้นแบบการพัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล (HUADONS model)



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอดงหลวง จังหวัดนครพนม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (166.07 ± 22.86) แตกต่างจากการศึกษาของนิรมล โทแก้ว⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่พบว่า หลังการพัฒนาค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี เป็นผลจากโปรแกรมการพัฒนาความรู้ที่แตกต่างกันรวมทั้งลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ต่างกัน

พฤติกรรมการใช้ยาในชุมชนที่พบคือการซื้อยากับรถเร่ การนำยาอันตรายมาขายในร้านชำแทนการขายยาสามัญประจำบ้าน การซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต กิจกรรมที่นำมาใช้คือการอบรม การสร้างความรู้และความรอบรู้ในการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและการออกตรวจสอบร้านชำ บ้าน วัด โรงเรียน กิจกรรมการติดโปสเตอร์ความรู้และการพูดเสียงตามสาย และจากผลการศึกษาที่พบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

ปริญา ฤมอดทา และอดิศักดิ์ ฤมอดทา¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้านวัด โรงเรียน โรงพยาบาล ที่พบว่าหลังการพัฒนาโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบวร.ร.ทำให้ระดับพฤติกรรม การบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับมากขึ้น

จากผลการศึกษาที่พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (4.15 ± 0.57) และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.48 ± 0.47) สูงกว่าก่อนพัฒนา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.52 ± 0.75) และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (3.21 ± 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปริญา ฤมอดทาและอดิศักดิ์ ฤมอดทา¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้านวัด โรงเรียน โรงพยาบาล ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบวร.ร.ทำให้ผลของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของเครือข่าย บวร.ร สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิรมล โทแก้ว⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธี บวร.ร ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่พบว่าหลังการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีบวร.ร. ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของเครือข่าย บวร.ร สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

จากแนวคิด HUADONS model องค์ประกอบที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนด้านการพัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพฤติกรรม การบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพคือ 1.ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาและส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2.ความเป็นหนึ่งเดียวกันของคนในชุมชนในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหา และ 3.ส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมให้มีงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

สรุปจากการศึกษาการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นได้โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ดังนั้นทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงและเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้นได้โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ดังนั้น ทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงและเกิดความยั่งยืน เนื่องจากต้องมีการใช้ทรัพยากรด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ องค์ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ดังนั้น ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ ด้านความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความภูมิใจ จากการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 จากการวิจัยในครั้งนี้พบปัญหาในส่วนการสืบค้นอินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ เนื่องจากเครือข่าย บวร.ร. มีข้อจำกัดเรื่องทักษะในการสืบค้นข้อมูล ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูล ดังนั้นหากจะดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นหนักในเรื่องการฝึกการสืบค้นและติดตามข้อมูลข่าวสาร โดยการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเลือกซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านสื่อเทคโนโลยี Social Media ต่างๆ เช่น Facebook/ YouTube / line/ google เป็นต้น

2.2 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการพัฒนาองค์ประกอบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ที่น้อยที่สุด และอยู่ในระดับดี ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีการมุ่งเน้นการเพิ่มความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม ชุมชนบ้านหัวดอน วัดหัวดอน โรงเรียนบ้านหัวดอน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหัวดอน ผู้ประกอบการร้านค้า ที่ให้การสนับสนุน ร่วมมือ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กุลพิมณ เจริญดี, ณัฐกฤตา บริบูรณ์, อรรถกร บุตรชุมแสง, สุพิน รุ่งเรือง. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2565.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อย. เผยผลงานปีงบประมาณ 2566 พันคดีโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการผดึกฎหมายกว่า 3,200 คดี จับกุมร่วมกับ บก.ปคบ. รวมมูลค่าของกลางกว่า180 ล้านบาท [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://filesys.oryor.com/data/news/brochure_news/169958935675964.pdf?_gl=1*1u5vj74*_ga*MTMxOTg3NTcxLjE2MjQxMjQ3Nzc.*_ga_SFE893S7VV*MTcxNzgyODQ2Ny4yLjEuMTcxNzgyODQ4Mi40NS4wLjA
3. เลิศชาย เลิศวุฒิ, ผุสดี เวชพิพัฒน์, ภัคพฐ อุ๋นงามพันธ์, สุภาภรณ์ ปั่นพล. คู่มือการดำเนินงานเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภค กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
4. ผุสดี เวชพิพัฒน์, ภัคพฐ อุ๋นงามพันธ์, สุภาภรณ์ ปั่นพล. รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในชุมชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ที่ 25 จังหวัดดำเนินการภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://plan.fda.moph.go.th/media.php?id=538226156143517696&name=binder19026.pdf>



5. นิติ หัตถพิพิธพันธ์. การพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยพลัง
บวร.ร ตำบลบ้านด่านนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ
กาญจนบุรี2567;13(1):152-63.
6. สิริลักษณ์ รื่นรวย. การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. วารสาร เกสซ์
กรรมไทย2562;12(3):855-68.
7. World Health Organization. Monitoring global progress on antimicrobial resistance:
tripartite AMR country self-assessment survey (TrACSS) 2019–2020 [Internet].2021 [cited
2024 Jan 30] Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-global-progress-on-antimicrobial-resistance-tripartite-amr-country-self-assessment-survey-\(tracss\)-2019-2020](https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-global-progress-on-antimicrobial-resistance-tripartite-amr-country-self-assessment-survey-(tracss)-2019-2020)
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2560 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ
27 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n2675_ddf10028623_feb_9077c3b17b661f1301_article_20200225102224.pdf.
9. วิมล โรมาร, สายชล คล้อยเอี่ยม, มุกดา สานวนกลาง, สุภาณิดา เรืองประดับ, สุชาดา สุดแดง. รายงานการ
สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; 2562.
10. รัชну กริธาธรรม, ภูมิพัฒน์ อรุณากูร. ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย. วารสารอาหาร
และยา 2566;30(1):80-97.
11. ณัฐพล ผลโยน. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร
2566;26(1):89-100.
12. ศูนย์บริการข้อมูลคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครพนม. รายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค จังหวัดนครพนม 2566 [อินเทอร์เน็ต].
นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://osscc-npm.moph.go.th/>
13. ปรีญา ถมอดูทา, อติศักดิ์ ถมอดูทา. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน
โรงพยาบาล. วารสารอาหารและยา2564;28(3):69-86.
14. นิรมล โทแก้ว. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม2564;18(1):61-72



กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2 ณ งานบริการผู้ป่วยนอก Case Study: Nursing Care for a Patient with Pemphigus Vulgaris Severity Level 1-2 in an Outpatient Setting

วรรณวรรณ กระต่ายจันทร์*

Wassawan Krataichan*

Corresponding author E-mail: aeyuiam@gmail.com

(Received : November 14, 2024 / Revised : 13 December, 2024 / Accepted : December 26, 2024)

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคตุ่มน้ำพองใส (Pemphigus Vulgaris) เป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเองที่พบได้น้อยแต่มีอาการรุนแรง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและการเสื่อมสภาพตามวัย

วัตถุประสงค์: ศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2 ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้กรอบแนวคิด Triage Theory และ Meleis' Transition Theory เพื่อ 1) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ทำความเข้าใจการปรับตัวของผู้ป่วย และ 3) พัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยายกรณี (Case Study) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 86 ปี ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ทบทวนเวชระเบียน และการสังเกตการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: การดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสจำเป็นต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการดูแลแผล การให้ความรู้ และการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว การประยุกต์ใช้ Meleis' Transition Theory ช่วยให้พยาบาลเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป: การศึกษานี้เน้นถึงความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยที่ Triage Theory และ SOS Score เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของการดูแล ขณะที่ Meleis' Transition Theory ช่วยให้พยาบาลเข้าใจและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคตุ่มน้ำพองใส; การพยาบาล; ผู้ป่วยสูงอายุ; การดูแลแบบองค์รวม; การเปลี่ยนผ่าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์



Abstract

Background: Pemphigus Vulgaris is a rare autoimmune disease with severe symptoms that affect the physical, psychological, and social well-being of patients, especially elderly individuals with low immunity and age-related degeneration.

Objective: To explore nursing care guidelines for patients with Pemphigus Vulgaris at severity levels 1-2 in outpatient settings using Triage Theory and Meleis' Transition Theory to: 1) prioritize patient issues, 2) understand patient adaptation, and 3) develop nursing guidelines that meet patient needs.

Methods: A qualitative case study approach was used, collecting data from an 86-year-old Thai female patient through in-depth interviews, medical record reviews, and observations. Data were analyzed using descriptive analysis.

Results: Comprehensive care is essential for patients with Pemphigus Vulgaris, including wound care, health education, and psychological support aimed at reducing anxiety and facilitating adaptation. Applying Meleis' Transition Theory enables nurses to understand and effectively respond to patient needs, resulting in better acceptance of change and improved quality of life for the patient.

Conclusion: This study highlights the importance of holistic nursing care, utilizing Triage Theory and the SOS Score to prioritize care needs, while Meleis' Transition Theory enhances nurses' understanding and supports effective patient adaptation.

Keywords: Pemphigus Vulgaris, Nursing, Elderly Patients, Holistic Care, Transition, Triage Theory, SOS Score

* Registered Nurse Institute of dermatology

บทนำ

โรคตุ่มน้ำพองใส (Pemphigus Vulgaris) เป็นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่พบได้ไม่บ่อยนัก^{1,2} แต่มีอาการที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะการที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเนื้อเยื่อตัวเอง โดยเฉพาะโปรตีนที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อเซลล์ผิวหนังและเยื่อเมือก ทำให้เซลล์แยกตัวออกจากกันและเกิดตุ่มน้ำพองที่เปราะบางและแผลเปิดตามร่างกาย ตุ่มน้ำเหล่านี้สามารถแตกได้ง่าย ส่งผลให้เกิดแผลแดงที่เจ็บปวด ซึ่งมักพบบริเวณหน้าผาก ใบหน้า คอ รักแร้ ลำตัว และภายในช่องปาก ความรุนแรงของโรคมีหลายระดับ ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงขั้นรุนแรง โดยลักษณะของโรคมักมีการกำเริบและสงบสลับกันไป ทำให้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ ผู้ป่วยส่วนมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีตุ่มน้ำในช่องปากและลำคอ มักประสบปัญหาความเจ็บปวดที่ส่งผลกระทบต่อ การรับประทานอาหาร จนอาจนำไปสู่การสูญเสียสารอาหารและเกลือแร่ที่จำเป็น นอกจากนี้ แผลที่เปิดยังเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ ในกรณีที่รุนแรงอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเป็นภาวะอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิต^{3,4} การรักษาโรคนี้นักใช้ยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกันขนาดสูง ซึ่งแม้จะช่วยลดความรุนแรงของโรค แต่ก็ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยลดลง เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ และส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด

ทั่วโลกพบว่าอัตราความชุกของโรคตุ่มน้ำพองใสอยู่ที่ประมาณ 0.5 ถึง 3.2 รายต่อประชากร 100,000 คน โดยในบางภูมิภาค เช่น ตะวันออกกลาง เอเชียใต้ และบางส่วนของยุโรป อาจมีความชุกสูงขึ้นเนื่องจากปัจจัยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม⁵ ในประเทศไทย ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของโรคนี้ยังมียังอยู่อย่างจำกัด แต่จากสถิติของสถาบันโรคผิวหนัง พบว่าในช่วง ปี 2563 ถึง 2566 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 58 ราย ในปี 2563 และ 36 ราย ในปี 2566 ในขณะเดียวกัน จำนวนการติดตามการรักษาของผู้ป่วย รายเดิมอยู่ในช่วง 1,100 ราย ในปี 2563 และ 896 ราย ในปี 2566 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นในระดับความรุนแรงปานกลาง (ระดับ 1-2) มีจำนวน 18 ราย ในปี 2563 และ 14 ราย ในปี 2566 ส่วนจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีตั้งแต่ 9 ถึง 19 รายต่อปี และจำนวนการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวน 36 ครั้งในปี 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 63 ครั้งในปี 2566⁶ ข้อมูลสถิติดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต

สถาบันโรคผิวหนังมีบทบาทสำคัญในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังและซับซ้อน⁷ เนื่องจากสถาบันโรคผิวหนัง ไม่มีแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) หน่วยงานที่ต้องพบและให้บริการผู้ป่วย คือ แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) ดังนั้น การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยตามหลักการ Triage Theory จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมเลียส (Meleis' Transition Theory) เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการทำความเข้าใจการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วย

ที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย หรือการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การได้รับบาดเจ็บ หรือกระบวนการรักษาพยาบาล ทฤษฎีนี้มีความเหมาะสมกับการใช้ในการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างมาก เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง รวมถึงโรคที่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ เช่น การผ่าตัดที่ส่งผลต่อรูปร่างภายนอก และการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ

ทฤษฎีนี้ยังสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและต้องปรับตัวเข้ากับ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เช่น โรคตุ่มน้ำพองใส โรคสะเก็ดเงิน ผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง และโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง แม้ว่าจะมีการศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัดเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีนี้ในผู้ป่วยโรคผิวหนัง แต่กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจมิติของการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถพัฒนา แนวทางการรักษาที่สนับสนุนการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสม⁸⁻¹⁵

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ระดับความรุนแรง 1-2 ในงานบริการผู้ป่วยนอก โดยใช้กรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิสเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและจิตใจ ตลอดจนความต้องการเฉพาะในการดูแล ที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การศึกษานี้ยังมุ่งเน้นไปที่การให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาทักษะ ในการดูแลของบุคลากรพยาบาลให้สามารถประยุกต์ใช้การดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยผลการศึกษานำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสในงานบริการผู้ป่วยนอกในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคตุ่มน้ำพองใส ที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 ณ งานบริการผู้ป่วยนอก ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เน้นไปที่การรับรู้ และการประยุกต์ใช้การดูแลที่เหมาะสมตามมาตรฐานที่สูงขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการสุขภาพ ของผู้ป่วยในระดับสูงขึ้นได้

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคตุ่มน้ำพองใส ที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 ณ งานบริการผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

3. เพื่อลดความรุนแรง และลดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยกลุ่มโรคตุ่มน้ำพองใส มีความรุนแรงระดับ 1-2 ณ งานบริการผู้ป่วยนอก

4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคตุ่มน้ำพองใส ที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 ณ งานบริการผู้ป่วยนอก สามารถนำวิธีการดูแลรักษาและการให้การพยาบาลตลอดจนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรครายนี้ เพื่อนำไป ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป



วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเฉพาะกรณี (Case Study) โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 ในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันโรคผิวหนัง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์เพื่อตรวจสอบสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งใช้ Triage Theory เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่เข้ารับบริการ OPD ของสถาบันโรคผิวหนัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 เมษายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยระดับความรุนแรง 1-2 จำนวน 1 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เวชระเบียนประวัติผู้ป่วย: เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและประวัติการรักษา
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก: แบบปลายเปิดที่ออกแบบตาม Meleis' Transition Theory และ Triage Theory สำหรับซักประวัติและประเมินความเร่งด่วนของอาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตรวจสอบประวัติการรักษาจากเวชระเบียน
2. ขออนุญาตผู้ป่วยในการบันทึกข้อมูล
3. สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตาม Triage Theory
4. ตรวจร่างกายและประเมินปัญหาของผู้ป่วย

สรุปข้อมูล ให้คำแนะนำการรักษา และติดตามผลการรักษาอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยจัดระบบข้อมูลตาม Typology และ Taxonomy พร้อมเปรียบเทียบข้อมูลตาม Meleis' Transition Theory และ Triage Theory เพื่อให้ข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลตามแนวคิด NANDA

กรณีศึกษา(Case Study)

การประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 86 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา สถานภาพ หม้าย ภูมิลำเนาเดิม นนทบุรี อาชีพ ไม่ได้ทำงาน รายได้ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 800 บาท การวินิจฉัยโรคแรก (First Diagnosis) โรคตุ่มน้ำพองใสชนิดลึก (Pemphigus vulgaris) อาศัยอยู่คนเดียวและมีญาติคอยให้ความช่วยเหลือบ้าง ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่โรงพยาบาลบางใหญ่

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ตุ่มน้ำทั่วตัว 5 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ตุ่มน้ำทั่วตัว 5 สัปดาห์ และเริ่มขึ้นที่แขน หลังจากนั้น ขยายออกไปที่ขา ต่อมาคือที่ตัวและหน้า ผื่นเห่อเยอะขึ้น 1 สัปดาห์ กระจายตามตัว แขนขา 30% ร่างกาย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคนอนไม่หลับ (insomnia) รักษาโรงพยาบาลบางใหญ่ นานมาไม่มีชื่อยา ไม่แพ้ยา ไม่มีเปลี่ยนยา ยาตัวเดิมรับประทานมาหลายปี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดามารดาป่วยตายาย และพี่น้องไม่มีใครเป็นแบบผู้ป่วย

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธสารเสพติดทุกชนิด ปฏิเสธการสัมผัสผู้ป่วยโรคผิวหนัง

วันที่รับการรักษา วันที่ 7 เมษายน 2567 มาตรวจรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสถาบันโรคผิวหนัง (นอกเวลาราชการ) เวลา 09.23 - 10.14 น. ส่งต่อไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ผลการตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป ผู้ป่วยเป็นหญิงสูงอายุ รูปร่างสันทนต์ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 24.65 kg/m^2 การสื่อสารรู้เรื่องดี แต่มีสีหน้าวิตกกังวล และการเคลื่อนไหวค่อนข้างเชื่องช้า

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.3°C , ชีพจร 112 ครั้ง/นาที, หายใจ 18 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท

ศีรษะ คอ: รูปร่างปกติ แต่การได้ยินลดลง ต้องพูดซ้ำและดัง

ตา: เลนส์ตาขุ่นมัว การมองเห็นไม่ชัดเจน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: อัตราการเต้นของหัวใจปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: ปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบผิวหนัง: พบตุ่มน้ำและแผลสะเก็ดทั่วร่างกาย ครอบคลุมประมาณ 30% ของพื้นที่ผิวหนัง มีแผลที่ปากและตุ่มน้ำบนใบหน้า ลำตัว แขน ขา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจเลือด (CBC) MCV และ MCH ต่ำกว่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก และมีปริมาณฮีโมโกลบินน้อย อาจเกิดจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เกล็ดเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งอาจต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ Neutrophil สูงกว่าปกติ และ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติ บ่งชี้ถึงการติดเชื้อ หรือการอักเสบ

ผลตรวจปัสสาวะ พบคีโตน +3 และยูโรบิลิโนเจน +3 ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะขาดน้ำหรือปัญหาทางเมตาบอลิซึมที่อาจเกี่ยวข้องกับโรค Pemphigus vulgaris



ผลตรวจทางเคมีในเลือด (Chemistry Lab) Albumin ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และค่า AST กับ ALP สูง บ่งบอกถึงความเสียหายหรือการอักเสบของตับ

การเพาะเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Culture) พบเชื้อ Staphylococcus aureus และ Acinetobacter baumannii (MDR) ในหลายตำแหน่ง ซึ่งอาจต้องพิจารณาการใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม

ผลตรวจชิ้นเนื้อ (Histopathology) ผลการตรวจชิ้นเนื้อแสดงลักษณะของ Pemphigus vulgaris โดยพบการแยกตัวของหนังกำพร้าที่ชั้น Suprabasal ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค

สรุปแผนการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกได้รับวินิจฉัยถึงจำหน่ายจากการดูแล

1. ยารับประทาน

Prednisolone 5 mg: รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร เพื่อช่วยลดการอักเสบ และกดภูมิคุ้มกัน

Azathioprine 50 mg: รับประทานวันละ 1 ครั้ง ตอนเช้า เพื่อช่วยลดการทำลาย ของภูมิคุ้มกันต่อเซลล์ผิวหนัง

Calcium Carbonate 600 mg: รับประทานวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น เพื่อเสริมสร้างกระดูกและลดความเสี่ยงกระดูกพรุนจากการใช้สเตียรอยด์

วิตามิน D (20,000 IU): รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อช่วยในการดูดซึม แคลเซียมและเสริมสร้างกระดูก

2. ยาชนิดทา

ประคบด้วย 1:40 BUROW'S Solution (240 มล.): ประคบบริเวณแผล เป็นเวลา 15 นาที วันละ 4 ครั้ง (เช้า, กลางวัน, เย็น, ก่อนนอน) เพื่อลดการอักเสบและฆ่าเชื้อ

หมักน้ำมันมะกอก (Olive Oil 240 มล.): หมักบนหนังศีรษะทิ้งไว้ 1 ชั่วโมง ก่อนสระผม ช่วยลดการแห้งของผิวหนัง

ทา Clobetasol Cream 15 กรัม: ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น) เพื่อลดการอักเสบและลดผื่นแดง

ทา Fucidin Cream 5 กรัม: ทาบริเวณแผล วันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น) เพื่อฆ่าเชื้อ แบคทีเรียและป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน

ทา Cream Base 150 กรัม: ทาบริเวณผิวแห้งบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและ ลดการแห้งของผิวหนัง

3. การประเมินภาวะวิกฤตและการส่งต่อ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ทางสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเร่งด่วนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิต แต่ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยปฏิเสธการรับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาล และเนื่องจากโรงพยาบาลบางใหญ่มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย

ที่มีภาวะซับซ้อนในระดับนี้ แพทย์จึงพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีศักยภาพสูงกว่าในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต

4. การประสานงานเพื่อช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัด ด้านค่าใช้จ่าย ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการประสานกับนักสังคมสงเคราะห์นอกเวลาราชการ เพื่อขอความช่วยเหลือ ในส่วนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย

การประยุกต์ใช้ Triage Theory ในการจัดลำดับความสำคัญการให้บริการพยาบาล

การจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Prioritization) เป็นทักษะสำคัญของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งมีทั้งผู้ป่วย ที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น อาการคัน หรือผื่นผิวหนัง ไปจนถึงอาการที่รุนแรง เช่น ภาวะภูมิแพ้รุนแรง การติดเชื้อ หรือภาวะขาดน้ำ การจัดลำดับความสำคัญช่วยให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการทรัพยากร เวลา และการบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

หลักการจัดลำดับความสำคัญในแผนกผู้ป่วยนอก

พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกสามารถใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรง เช่น SOS Score (Search Out Severity Score) เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วยตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ระดับการรับรู้ และลักษณะของผื่นหรือตุ่มน้ำบนผิวหนัง เครื่องมือนี้ช่วยให้ พยาบาลสามารถระบุผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต เช่น ความดันโลหิตต่ำ การหายใจผิดปกติ หรือแผลติดเชื้อที่เสี่ยง ต่อการแพร่กระจาย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลก่อนผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า

ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น บุคลากร อุปกรณ์การแพทย์ และยา พยาบาลจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามระดับ ความเร่งด่วน นอกจากนี้ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนที่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาล สามารถพิจารณาส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและครอบคลุม

การประเมินผู้ป่วยตาม SOS Score (Search Out Severity Score)

SOS Score ประกอบด้วยการประเมินตามตัวชี้วัดต่าง ๆ เช่น อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความรู้สึกตัว และความรุนแรงของผื่นหรือตุ่มน้ำบนผิวหนัง การใช้ SOS Score ช่วยให้เราสามารถกำหนดระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยและช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีศึกษา

อุณหภูมิ (Temp): 36.3°C = 0 คะแนน

ชีพจร (PR): 112 ครั้ง/นาที = 1 คะแนน (ชีพจรเต้นเร็ว)

อัตราการหายใจ (RR): 18 ครั้ง/นาที = 0 คะแนน

ความดันโลหิต (SBP): 138/76 มม.ปรอท = 0 คะแนน

ความรู้สึกตัว: ตื่นตัว พูดคุยรู้เรื่อง = 0 คะแนน

ความรุนแรงทางผิวหนัง (BSA): พบตุ่มน้ำและแผลสะเก็ด 30% ของร่างกาย = 2 คะแนน



รวมคะแนน SOS Score = 3 คะแนน

การประเมินตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยอาการรุนแรงระดับ 1-2

สถาบันโรคผิวหนัง เป็นการใช้ Triage Theory เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดการแบ่งระดับความรุนแรงดังนี้

ระดับ 1 เร่งด่วน (Urgent) ต้องได้รับการตรวจภายใน 30 นาที หากมีอาการตามเกณฑ์ เช่น หายใจ ≥ 26 ครั้ง/นาที หรือ ≤ 10 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติ, อุณหภูมิ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ หรือ $\leq 36^{\circ}\text{C}$, ผื่นหรือแผลครอบคลุม $\geq 50\%$ ของร่างกาย เป็นต้น

ระดับ 2 กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgent) ต้องได้รับการตรวจภายใน 45 นาที หากมีอาการตามเกณฑ์ เช่น หายใจ ≥ 22 ครั้ง/นาที หรือ ≤ 12 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตสูง (SBP ≥ 180 mmHg หรือ DBP ≥ 110 mmHg), ตุ่มน้ำหรือแผลสะเก็ดที่ครอบคลุม $> 30\%$ ของร่างกาย เป็นต้น

จากการประเมินผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีตุ่มน้ำและแผลสะเก็ดที่ครอบคลุม 30% ของร่างกาย ตรงตามเกณฑ์ของระดับ 2 กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgent) ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการลุกลามของอาการและการติดเชื้อ

สรุปการประเมินและการจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล

ผู้ป่วยรายนี้จัดให้อยู่ใน ระดับ 2 กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgent) เนื่องจากมีแผลสะเก็ด ครอบคลุม 30% ของผิวหนังและมีไข้รุนแรง สามารถจัดลำดับความสำคัญในการพยาบาลอย่างเหมาะสม ดังนี้

1. เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการ โดยเฉพาะการแพร่กระจายของแผลและการอักเสบที่อาจเพิ่มขึ้น
2. เฝ้าระวังอาการติดเชื้อ ด้วยการปฏิบัติตามมาตรการ Standard Precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่อาจเกิดขึ้นจากแผล
3. จัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในระดับกึ่งเร่งด่วน ก่อนผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรจำกัด

การใช้ Triage Theory ในกรณีนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินอาการและวางแผน การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเพิ่มประสิทธิภาพ ในการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม

การประยุกต์ใช้ Meleis' Transition Theory

การประยุกต์ใช้ Meleis' Transition Theory ในการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส (Pemphigus) ที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 ในสถานบริการผู้ป่วยนอกที่สถาบันโรคผิวหนังเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้



พยาบาลสามารถเข้าใจและสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยในหลายมิติของการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่เกิดจากภาวะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจและเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างมีศักยภาพนั้นจึงเน้นที่การให้ความรู้ การสร้างความมั่นคงทางจิตใจ และการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

มโนทัศน์ที่ 1: ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน

ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน: ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับโรคผิวหนังเรื้อรังที่ทำให้เจ็บปวดและเสี่ยงติดเชื้อ ส่งผลกระทบทั้งกายและใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์

แบบแผนการเปลี่ยนผ่าน: ผู้ป่วยอยู่ในช่วงเริ่มต้นปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการพักผ่อน

คุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน: ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการแต่ยังขาดความเข้าใจ ทำให้วิตกกังวล ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ รู้สึกแตกต่างจากเดิมและยังไม่ยอมรับสภาพโรค

มโนทัศน์ที่ 2: เจาะลึกของการเปลี่ยนผ่าน

ปัจจัยส่วนบุคคล: อายุ 86 ปี ขาดความรู้และรายได้น้อย ส่งผลให้การเข้าถึงการรักษาเป็นไปได้ยาก ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและวิตกกังวล

ปัจจัยชุมชน: มีญาติที่ให้ความช่วยเหลือได้บ้าง และสิทธิบัตรทองที่โรงพยาบาลบางใหญ่

มโนทัศน์ที่ 3: รูปแบบการตอบสนอง

กระบวนการปรับตัว: ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์ ขาดความมั่นใจ และทักษะในการรับมือกับโรค

ผลลัพธ์การตอบสนอง: ยังไม่สามารถจัดการกับอาการและยอมรับสภาพลักษณะใหม่ของตนเองได้

มโนทัศน์ที่ 4: การบำบัดทางการพยาบาล

การประเมินความพร้อม: ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัว

การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีดูแลตนเอง

การเสริมบทบาทการดูแล: ให้ความรู้การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว และติดตามผลการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิ

การนำแนวคิดเหล่านี้มาช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถเข้าใจสถานการณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น⁸⁻¹⁵

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ลำดับความสำคัญสูง

1. เสี่ยงต่อการลุกลามของโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการเดินทาง เนื่องจากสถาบันโรคผิวหนังไม่มีรพพยาบาลสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้รถแท็กซี่ในการส่งต่อ

2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีแผลเปิดขนาดใหญ่ (30% BSA) และมีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนัง
3. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนังจากผลการตรวจ Gram stain, Aerobic culture และ Hemoculture พบการติดเชื้อแบคทีเรีย
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากมีแผลขนาดใหญ่และมีภาวะขาดน้ำ
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการคัน แสบร้อน ปวดบริเวณผิวหนัง/บริเวณแผลและตุ่มน้ำทั่วร่างกาย เนื่องจากมีแผลและตุ่มน้ำ

ลำดับความสำคัญรอง

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค และปัจจุบันป่วยเป็นโรคตุ่มน้ำพองใส
2. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องเข้าสู่สังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีแผลเป็นจำนวนมาก

การดูแลรักษาเบื้องต้นในระหว่างรอการส่งตัวผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีแผลเปิดทั่วร่างกาย และมีภาวะแทรกซ้อนนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันอาการทรุดลง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง^{3, 4, 17, 18} โดยเฉพาะในกรณีนี้ ที่ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทองอยู่ที่โรงพยาบาลบางใหญ่ (หัตถิยาภูมิ) อาจมีข้อจำกัดในการดูแล ซึ่งต้องส่งไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (หัตถิยาภูมิ) ที่มีศักยภาพมากกว่า การส่งต่อผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้าย เนื่องจากสถาบันโรคผิวหนังไม่มีโรงพยาบาลสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้รถแท็กซี่ ซึ่งขาดระบบรองรับทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ทำแผล หรือยาแก้ปวด สถานการณ์นี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการลุกลามของโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการเดินทาง การจัดการการส่งต่อผู้ป่วยจึงต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการสังเกตอาการระหว่างการเดินทาง นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณาและปรับปรุงกระบวนการส่งต่อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

ผลการศึกษา

สรุปผลการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2 โดยใช้ Meleis' Transition Theory และ Triage Theory สร้างผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

1.1 ด้านร่างกาย

- พื้นที่ผื่นผิวหนังบนร่างกาย (BSA) ลดลงจาก 30% เหลือ 25% โดยพบตุ่มน้ำใหม่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย แผลที่มีอยู่เริ่มแห้งดีและเกิดสะเก็ดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ลำตัว แขน และขา

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีแผลในปากซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ผิวหนังในบริเวณที่มีอาการเริ่มเข้าสู่กระบวนการสมานตัวและไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มเติม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนน SOS Score ลดลงจาก 3 เหลือ 2 คะแนน

- ระดับความปวดลดลงจาก 7/10 เหลือ 2/10 (วัดโดย Numerical Pain Rating Scale, NRS) ความต้องการใช้ยาแก้ปวดลดลงจากการใช้ Paracetamol 500 มก. ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เหลือเพียงใช้เฉพาะเวลาทำแผล

- การทำกิจวัตรประจำวัน คะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้น 40% ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

- ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ประเมินโดยการสอบถามและตรวจร่างกาย)

1.2 ด้านจิตสังคม

- คุณภาพชีวิต คะแนน Skindex-29 เพิ่มขึ้น 60%

- คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 85% เป็น 90% (วัดโดยแบบสอบถาม 5 ระดับ)

- ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงสามารถปรับตัวได้ดีในมิติทางจิตสังคม (วัดโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการสัมภาษณ์)

- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในทุกกระบวนการรักษาและการดูแลตนเอง ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงวันสิ้นสุดการศึกษา

2. ผลลัพธ์ด้านองค์กรและวิชาชีพ

2.1 พัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนครอบคลุม และนำไปใช้ได้จริงในงานบริการผู้ป่วยนอก การนำ Meleis' Transition Theory ช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถออกแบบการดูแลที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งในมิติทางร่างกายและจิตสังคม

2.2 การใช้ Triage Theory เป็นเครื่องมือสำคัญในการ จัดลำดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานบริการที่ไม่มีห้องฉุกเฉิน ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลดีต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

2.3 แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาจากการศึกษานี้สามารถนำไปปรับใช้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และใช้เป็นกรอบในการพัฒนางานพยาบาลและการวิจัย สำหรับโรคอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบูรณาการ Transition Theory ของ Meleis และ Triage Theory ในการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสที่มีความรุนแรงระดับ 1-2 โดยมีการปรับปรุงในหลายด้านที่สำคัญ

ผลการศึกษา

1. การควบคุมโรค: การใช้ Triage Theory ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญและวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การลุกลามของโรคลดลง รวมถึงลดระดับความปวดและความต้องการใช้ยาแก้ปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. คุณภาพชีวิต: การประเมินโดยใช้ Barthel ADL Index และ Skindex-29 พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้น 40% และ 60% ตามลำดับ แสดงถึงการปรับตัวที่ดีขึ้นทั้งในมิติทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถที่เพิ่มขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน

การนำ Transition Theory มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2 ช่วยสนับสนุนการควบคุมโรค ลดความรุนแรงของอาการ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านการฟื้นฟูร่างกาย การพัฒนาทักษะการปรับตัว และการดูแลตนเองในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาความมั่นใจในบทบาทและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ของจันทรวดี สพานทอง (2562) และ สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2565) การปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยของ จิตภา ปิกุลงาม (2565) และ วิรัตน์ นิลสวัสดิ์ (2565)

การใช้ Triage Theory ในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น สถาบันโรคผิวหนัง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยและลดความแออัดในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วชรดิolk และคณะ (2552) ซึ่งพบว่าการใช้ Triage Theory ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดข้อผิดพลาดในการจัดการผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน

แม้ Transition Theory และ Triage Theory จะเหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส งานบริการผู้ป่วยนอก แต่การประยุกต์ใช้ทฤษฎีอื่นอาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในบางมิติขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ Roy's Adaptation Model: เน้นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองในระยะยาว แต่อาจไม่ครอบคลุมการจัดการอาการเจ็บปวด Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเรียนรู้และเพิ่มทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง แต่อาจไม่ครอบคลุมการสนับสนุนด้านจิตใจ Holistic Nursing Theory: ครอบคลุมการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างสมดุลในชีวิต แต่อาจไม่ชัดเจน ในการจัดการภาวะแทรกซ้อน

สรุปการบูรณาการ Transition Theory และ Triage Theory แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2 ทั้งในด้านการควบคุมโรค การเพิ่มคุณภาพชีวิต และการจัดการทรัพยากร

ในระบบบริการสุขภาพ การศึกษานี้สามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและยั่งยืน
ในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะทาง

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับนโยบาย

1.1 พัฒนาระบบ Triage และ Transition การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนโดยการใช้
แบบประเมินที่ครอบคลุม ทั้งด้านความรุนแรงของโรคและความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จะช่วยให้การดูแล
มีความต่อเนื่องและมาตรฐานเดียวกันได้

1.2 ระบบส่งต่อและ Telemedicine 1) จัดตั้งฐานข้อมูลกลางและระบบการส่งต่อข้อมูลที่ครบ
วงจรระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อลดภาระการซักประวัติซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการเชื่อมต่อข้อมูล
ผู้ป่วย 2) การจัดหาและประสานงานกับหน่วยงานที่มีโรงพยาบาลที่พร้อมใช้งาน หรือการพัฒนาการส่งต่อ
3) ส่งเสริมการใช้ Telemedicine เพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้คำปรึกษาและติดตามผลการดูแลได้ทันที

1.3 Clinical Decision Support System (CDSS) และการวิจัย สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก
ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยได้ทันทีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล การสนับสนุนทุนวิจัยจะเปิดโอกาส
ในการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ประยุกต์ใช้ Triage และ Transition Theory เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยในระยะยาว

1.4 การพัฒนาบุคลากรรอบรม Triage และ Transition Theory ในหลักสูตรการศึกษา รวมถึง
การจัดอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้บุคลากรสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะได้จริง

2. ระดับปฏิบัติการ

2.1 ประยุกต์ใช้ SOS score การประเมินผู้ป่วย และการประเมินด้านจิตสังคมตาม Transition
Theory จะช่วยให้บุคลากรสามารถจัดลำดับความสำคัญและเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2.2 ให้ความรู้และเสริมสร้าง Self-efficacy ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล
ตนเอง โดยเฉพาะการให้คำแนะนำในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และการสร้างทีมสหวิชาชีพจะทำให้การดูแลครอบคลุม
และครอบคลุมมิติต่าง ๆ ของสุขภาพผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

2.3 การติดตามผู้ป่วยผ่าน Telemedicine จะช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแล
ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การบันทึกข้อมูลอย่างมีระบบจะทำให้สามารถนำข้อมูล
มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายทั้งในด้านจำนวนและบริบท เช่น
โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป และทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้ Transition Theory หรือ
Triage Theory เพียงทฤษฎีเดียว เพื่อประเมินว่าผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีใดมากที่สุด

2. การศึกษานี้บูรณาการทั้งสองทฤษฎี การประเมินผลลัพธ์โดยแยกวิเคราะห์บทบาทของแต่ละทฤษฎีเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การใช้ Transition Theory เน้นการปรับตัวและการดูแลในระยะยาว และ การใช้ Triage Theory เน้นการจัดลำดับความสำคัญในระยะเฉียบพลัน ควรพิจารณาว่าผลลัพธ์ในด้านใดที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากแต่ละทฤษฎี

3. ควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยบูรณาการ Triage Theory และ Transition Theory เพื่อเป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ทั้งในแง่ของการจัดลำดับความสำคัญและการสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วย

4. นอกจาก SOS Score ควรพิจารณาการใช้เครื่องมือประเมินอื่นๆ เช่น Pemphigus Disease Area Index (PDAI) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และ Dermatology Life Quality Index (DLQI) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

5. ประเมินผลลัพธ์จากทฤษฎี ควรเพิ่มการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบเพื่อระบุว่าแนวทางที่ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้ Triage Theory หรือ Transition Theory หรือปัจจัยอื่นเพื่อช่วยพัฒนาทฤษฎีหรือปรับใช้ให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบรายกรณีในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสระดับความรุนแรง 1-2 ที่งานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง โดยมีผู้ป่วยเพียงรายเดียว ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่ครอบคลุมหรือประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหรือบริบทอื่นได้อย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เช่น SOS Score, Barthel ADL Index, และ Skindex-29 ยังไม่ได้รับการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ในบริบทของโรคตุ่มน้ำพองใสในประเทศไทย อีกทั้งไม่ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการศึกษา

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์อาจมีอคติ (Bias) เนื่องจากการเลือกและการตีความข้อมูลขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้วิจัย ซึ่งเป็นข้อจำกัดโดยทั่วไปของการศึกษารายกรณี

เอกสารอ้างอิง

1. Kridin K, Zelber-Sagi S, Khamaisi M, Cohen AD, Bergman R. Remarkable differences in the epidemiology of pemphigus among two ethnic populations in the same geographic region. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016;75(5):925-30.
2. Zhao L, et al. The global incidence rate of pemphigus vulgaris: a systematic review and meta-analysis. *Dermatology (Basel)*. 2023.
3. พลิชฐ์ เงามาม, ดุษฎี โยเหลา, นริศรา พึ่งโพธิ์สถ. การศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคตุ่มน้ำพองใสของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส. *Journal of Behavioral Science for Development* . 2560;9(2). Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JBSD/article/view/83560>.



4. สมใจ ฉันทวรลักษณ์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส สถาบันโรคผิวหนัง. Journal of The Department of Medical Services. 2564;46(1):228-36.
5. Pietkiewicz P, Gornowicz-Porowska J, Bartkiewicz P, Bowszyc-Dmochowska M, Dmochowski M. Reviewing putative industrial triggering in pemphigus: cluster of pemphigus in the area near the wastewater treatment plant. Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii. 2017;34(3):185-91.
6. เวชระเบียนและสถิติ สถาบันโรคผิวหนัง. In: กระทรวงสาธารณสุข สก, editor. 2566.
7. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา; 2562. p. 9-10.
8. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. PL Chinn (Ed), Nursing research methodology: Issues and implementation. 1986:237-57.
9. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1994;26(2):119-27.
10. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in nursing science. 2000;23(1):12-28.
11. จันทรวดี สพานทอง, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, ทิพนาส ชินวงศ์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2019;26(3):32-41.
12. พิกุลงาม จ, อีระรังสิกุล น, สนั่นเรืองศักดิ์ ศ. ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2022;30(3):60 - 72.
13. สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, จริญญา สายะสถิตย์, จิตาภา ตั้งปัญญาวงศ์, ทศนีย์ สุดาสุด, ญดาพร ประสิทธิ์ปภาดา, ขนิษฐา ก้อนคำ. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2022;33(1):167-82.
14. ภาสิกา กิมหงษ์. ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาสิกา กิมหงษ์. กรุงเทพฯ: สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย; 2023.
15. อรรถวิทย์ จันทรศิริ ปพ, ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส. ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่ายในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2023;31(4):24-34.



16. นพ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์. MOPH ED. Triage. 1, editor. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี; 2561.
17. บุญยมาศ น้ำกลั่น, สุขุม เจียมตน, วลัยอร ปรัชญพฤทธิ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำปองใส . Journal of The Department of Medical Services . 2561;43(2):51-55.
18. พรณทิพย์ ยี่มวาสนา. ผลของโปรแกรมให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำปองใส. สถาบันโรคผิวหนัง. 2566. Available from: <https://www.iod.go.th/wp-content/uploads/2023/08/manuscript-Pantip2566.pdf>.



การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย: กรณีศึกษา Nursing care for metastatic lung cancer: Case study

จันทร์เพ็ญ ปีติพัฒนะไมซ์*

Chanphen Pitipattanacosit*

E-mail: talpimploy@gmail.com

(Received: November 29, 2024 / Revised: December 25, 2024 / Accepted: 30 December, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย และศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมในการพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเฉพาะรายกรณี (Case Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย: ศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย ระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม 2566 ถึง 15 มีนาคม 2567 ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) ภาวะหายใจลำบาก 2) ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 3) ภาวะทุพโภชนาการ 4) ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน 5) ความวิตกกังวล และ 6) ความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าอาการปวดลดลง จาก 8/10 เป็น 4/10 ค่า Oxygen saturation เพิ่มขึ้นจาก 92% เป็น 95% การรับประทานอาหารดีขึ้นจาก น้อยกว่า 1/4 เป็น 1/2 ของปริมาณปกติ ความวิตกกังวลลดลง และครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บทบาทของพยาบาลมีการแสดงออกพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การจัดการความปวด การเคารพการตัดสินใจปฏิเสธการใส่สาย NG tube และการแจ้งข่าวร้าย ช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปและข้อเสนอแนะ: การบูรณาการ การดูแลแบบองค์รวมร่วมกับบทบาทพยาบาลที่มีจริยธรรมที่เหมาะสม นำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพ ควรมีการส่งเสริมระบบสนับสนุนพฤติกรรมจริยธรรมพยาบาลทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน และองค์กร เช่น การจัดอบรม การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการสร้างระบบปรึกษาด้านจริยธรรม

คำสำคัญ: มะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย, การพยาบาลแบบองค์รวม, พฤติกรรมจริยธรรม, การดูแลแบบประคับประคอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



Abstract

Purpose : To evaluate problems and needs, plan holistic nursing care for patients with metastatic lung cancer, and explore strategies to promote ethical nursing behaviors.

Study Design : A case study

Materials and Methods: This study involved an 81-year-old Thai female diagnosed with metastatic lung cancer, admitted to the inpatient department of Phra Chom Klao Hospital, Phetchaburi Province, from October 20, 2023, to March 15, 2024. Data collection included reviewing medical records, conducting patient interviews, and performing assessments using pain and quality of life evaluation tools. Data were analyzed using the nursing process.

Main findings: The patient presented with six primary issues: 1) dyspnea, 2) tissue hypoxia, 3) malnutrition, 4) risk of complications, 5) anxiety, and 6) need for continuous home care. Following holistic nursing care integrated with palliative interventions, the patient demonstrated significant improvements: pain scores decreased from 8/10 to 4/10, oxygen saturation increased from 92% to 95%, nutritional intake improved from less than 1/4 to 1/2 of normal portions, anxiety levels reduced, and family readiness for home-based care enhanced. Nurses exhibited ethical behavior in critical scenarios such as pain management, respecting the patient's refusal of NG tube insertion, and delivering bad news, which positively impacted the quality of care and satisfaction among the patient and family.

Conclusion and Recommendations: Integrating holistic nursing care with ethical practices significantly enhances the quality of care. To sustain this approach, it is recommended to develop support systems for ethical nursing behaviors at individual, departmental, and organizational levels. These could include training programs, practice guideline development, and the establishment of ethics consultation systems.

Keywords: Metastatic lung cancer, Holistic nursing care, Ethical behavior, Palliative care

Professional Nurse, Phra Chom Klao Hospital, Phetchaburi Province



บทนำ

มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก โดยพบว่า คนไทยป่วยเป็นมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คน เสียชีวิตประมาณ 83,000 คน และมะเร็งปอดพบเป็นอันดับ 2¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยในระยะที่มีการแพร่กระจายแล้ว ส่งผลให้มีอัตราการรอดชีวิตต่ำและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะท้าย ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายมักเผชิญกับอาการที่ซับซ้อนและรุนแรง ทั้งอาการหายใจลำบาก ปวด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย² นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมักประสบปัญหาด้านการดูแล ทั้งการจัดการอาการ การเผชิญความเครียด และภาระค่าใช้จ่าย การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงต้องครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ในปัจจุบัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้เปลี่ยนจากการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มากขึ้น³ จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่ตึกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี⁴ พบการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจาก 13 ราย ในปี 2565 เป็น 26 ราย ในปี 2566 และ 39 ราย ในปี 2567 จากสถิติที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นแนวโน้มที่น่าสนใจต่อการวางแผนระบบบริการสุขภาพเพื่อความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ยังพบข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการการปรับปรุงคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยมีประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่บางคนที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นโอกาสในการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากรเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมและการเคารพสิทธิผู้ป่วย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการสื่อสารเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการรบกวน และการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ กรณีศึกษานี้มุ่งนำเสนอการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการจัดการอาการทางกาย การดูแลด้านจิตสังคม และการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมในการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายให้ได้มาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง



วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการวางแผนการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายแบบองค์รวม
2. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิด แสดงให้เห็นความเชื่อมโยง 3 มิติ 1. การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ 2. การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิต 3. การพยาบาลตามหลักจริยธรรมที่เคารพสิทธิผู้ป่วย ดังนี้

1. การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) Watson's Theory of Human Caring เน้นการดูแลที่เชื่อมโยงกายและจิตใจ โดยมองมนุษย์เป็นองค์รวมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง⁵ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย

2. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) WHO Framework for Palliative Care (2020) กำหนดหลักการสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการดูแลครอบครัว

3. การพยาบาลตามหลักจริยธรรม (Ethical Nursing Care) นำเสนอหลักจริยธรรมพื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ การเคารพในบุคคล การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย และความยุติธรรม⁷ ได้ประยุกต์หลักการนี้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยเน้นการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย การรักษาความลับ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ไม่มีญาติ จำนวน 1 ราย รับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งแบบบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์ต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมจากตัวผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 2) แบบประเมินความเจ็บปวด 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4) แบบบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ศึกษาได้แก่ ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ร่วมกับการศึกษาเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร



ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทยวัยสูงอายุ 81 ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ เคยทำงาน เอกชน รายได้ พอมีเงินเก็บ การวินิจฉัยโรค มะเร็งปอดระยะกระจาย

อาการสำคัญ: เหนื่อย หายใจลำบาก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน:

หกเดือนก่อน มีอาการหายใจไม่สะดวก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัย จากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่า เป็นมะเร็งปอด โดยพบก้อน จำนวน 2 ก้อน ขนาด 3.7x3.8x4.4 เซนติเมตร และขนาด 3.7x3.3x3.0 เซนติเมตร และมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบางส่วน จึงส่งตัวไปรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สามเดือนต่อมา ระหว่างรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีอาการหายใจไม่สะดวกรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

หนึ่งเดือนต่อมา มีอาการหายใจไม่สะดวกและอ่อนเพลียมาก จึงมาโรงพยาบาล ตรวจเลือดพบว่า ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ (Hematocrit: Hct = 24%) แพทย์ให้นอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ให้เม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Packed Red Cell: PRC) 1 unit อาการอ่อนเพลียดีขึ้น ค่า Hct เพิ่มขึ้นเป็น 31% อาการอ่อนเพลียทุเลา ส่งปรึกษาหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care unit) เพื่อร่วมวางแผนการดูแล แบบประคับประคอง และประเมินการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน พร้อมกับส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม เยี่ยมอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นจึงจำหน่ายกลับบ้าน

หนึ่งวันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ปวดบริเวณหน้าอก จึงมาพบแพทย์

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัว รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลราษุรี ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี สุบบุหรี่และดื่มสุรา

การตรวจร่างกาย

ลักษณะทั่วไป: หญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่างค่อนข้างผอม ผิวขาว หน้าตาไม่สดชื่น ท่าทางอ่อนเพลีย

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท พุทคุ้ยถามตอบรู้เรื่องดี การแสดงออกของอารมณ์ได้ปกติ ทำตามคำสั่งได้ ผิวขาวเหลือง ค่อนข้างซีด ผิวมีรอยแห้งเหี่ยวตามวัย เล็บตัดสั้น สะอาดดี ฝ่ามือฝ่าเท้า ต่อมมน้ำเหลืองที่คอพบโต 2 ข้าง ทรวงอก มีการเคลื่อนไหวและการขยายตัวของทรวงอกไม่เท่ากัน ข้างซ้ายขยายน้อยกว่าข้างขวา และขยาย



ได้น้อยในขณะหายใจเข้า มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation ทั้งสองข้าง เสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที ปลายมือปลายเท้า ค่อนข้างซีด กล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างบวมเล็กน้อย กดบวมเล็กน้อย

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography Scan): ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แสดงถึงการแพร่กระจายของมะเร็งปอด (CA lung) ไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ เยื่อช่องท้อง (Peritoneum): มีก้อนเนื้อขนาดใหญ่ 8.0x5.2x10.1 ซม. บริเวณช่องท้องด้านบนซ้าย พร้อมกับการหนาตัวของเยื่อช่องท้อง ตับ (Liver): พบก้อนเนื้อหลายก้อนขนาด 6.2x7.7x3.9 ซม.

ม้าม (Spleen): พบก้อนเนื้อขนาดเล็ก 1.7x1.1 ซม. ต่อมหมวกไต (Adrenal glands): พบก้อนเนื้อหลายก้อนในต่อมหมวกไตทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลือง: พบต่อมน้ำเหลืองโตและตายจำนวนมากในบริเวณต่าง ๆ ของช่องท้อง (gastrohepatic, left paraaortic, aortocaval, celiac, peripancreatic, periportal, retrocaval, mesenteric และ bilateral common iliac nodes) ถุงน้ำดี: มีผนังถุงน้ำดีหนาตัวและมีนิ่วขนาด 1.5 ซม. ไต: พบถุงน้ำในไตทั้งสองข้างเล็กน้อย (Mild bilateral hydronephrosis, Multiple renal cortical cyst, Bosniak I category) กระดูก: มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนเอวเล็กน้อย (Mild lumbar spondylosis)

การวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญและข้อมูลสนับสนุน

การวินิจฉัยข้อที่ 1 มีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็งปอด

S: มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดบริเวณหน้าอก มีอาการหายใจไม่สะดวกรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

O: อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที (ปกติ 16-20 ครั้ง/นาที) ทรวงอกมีการเคลื่อนไหว และการขยายตัวไม่เท่ากัน ฟังปอดพบเสียง Wheezing และ Crepitation ทั้งสองข้าง

O: พบก้อนมะเร็งในปอดขนาด 3.7x3.8x4.4 ซม. และ 3.7x3.3x3.0 ซม.

การวินิจฉัยข้อที่ 2 มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงต่ำ

S: มีอาการอ่อนเพลีย หน้าตาไม่สดชื่น

O: ค่า Hematocrit (Hct) = 24% (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ) ซีฟจร 108 ครั้ง/นาที ผิวค่อนข้างซีด ปลายมือปลายเท้าค่อนข้างซีด

การวินิจฉัยข้อที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

Subjective Data: มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด

Objective Data: รูปร่างค่อนข้างผอม ผิวมีรอยแห้งเหี่ยว พบก้อนมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะหลายตำแหน่ง รวมถึงเยื่อช่องท้องและตับ



การวินิจฉัยข้อที่ 4 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการแพร่กระจายของมะเร็ง

Objective Data: พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะหลายตำแหน่ง ก้อนที่เยื่อช่องท้องขนาด 8.0x5.2x10.1 ซม. ก้อนที่ตับขนาด 6.2x7.7x3.9 ซม. ก้อนที่ม้ามขนาด 1.7x1.1 ซม. ก้อนที่ต่อมหมวกไตทั้งสองข้าง ต่อม้ำเหลืองโตและตายหลายตำแหน่ง

การวินิจฉัยข้อที่ 5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

Subjective Data: สถานภาพโสด อายุ 81 ปี (มีความกังวลเรื่องผู้ดูแล)

Objective Data: หน้าตาไม่สดชื่น ท่าทางอ่อนเพลีย ได้รับการส่งปรึกษาหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การวินิจฉัยข้อที่ 6 การเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

Objective Data: มีการส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ในการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก เพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหายใจลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพื่อบรรเทาภาวะหายใจลำบากและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน โดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา และติดตาม O2 saturation สอนเทคนิคการหายใจแบบ pursed-lip breathing และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา และติดตามอาการหลังให้เลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงนุช จิตราวัชร, สุรพร ธนศิลป์ และนพมาศ พัดทอง.⁸ “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด”

พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิสามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ดูแลภาวะทุพโภชนาการ โดยประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพิ่มโปรตีนและพลังงาน ให้อาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานได้ ประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะ



3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติ ป้องกันการติดเชื้อโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ จัดการความปวดตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง

4. การจัดการความวิตกกังวล โดยประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการด้านจิตใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดี รับฟังด้วยความเข้าใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและแผนการดูแล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อวางแผนด้านสังคม จากงานวิจัยของ เพ็ญศรี จาประไพ, บุญสืบ โสโสม และสุนันทา เตโช¹ ศึกษารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การทำงานเป็นทีม ความมุ่งมั่น และความเข้มแข็งของเครือข่าย

5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว สอนและฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็น จัดเตรียมอุปกรณ์และเอกสารการดูแล ประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านวางแผนการติดตามและประเมินผล สอดคล้องกับ กรมการแพทย์¹⁰ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า การดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว ภายใต้การจัดสิ่งแวดล้อมเหมือนบ้านหลังที่สอง มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้าน

การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ (26-30 ครั้ง/นาที) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการหายใจลำบาก ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้

บทบาทพยาบาลในการแสดงออกพฤติกรรมจริยธรรม

สถานการณ์ที่ 1: การจัดการความปวด

บริบท: ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรง (Pain score 8/10) แต่แสดงความกังวลเรื่องการให้ยา Morphine เนื่องจากกลัวการเสพติด

การแสดงออกพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล: พยาบาลตระหนักถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รับฟังความกังวลโดยไม่ด่วนตัดสิน ให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยความเข้าใจ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกวิธีจัดการความปวด

ตัวอย่างการปฏิบัติ: “คุณป้าคะ พยาบาลเห็นว่าคุณป้าดูทรมานจากอาการปวดมาก ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะว่าเป็นอย่างไรบ้าง”



"คุณป้าคะพยาบาลขอให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา Morphine เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการบรรเทาปวด จะช่วยให้คุณป้าทุกข์ทรมานน้อยลง เป็นทางเลือกทางหนึ่งในการบรรเทาอาการปวด"

นอกจากการใช้ยา เรามีวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยบรรเทาปวดร่วมด้วย เช่น การนวด การประคบ หรือการฝึกหายใจ เรามาคุยกันนะคะ คุณป้าสนใจวิธีไหนก่อนคะ"

สถานการณ์ที่ 2: การปฏิเสธการใส่สาย NG tube

บริบท: ผู้ป่วยขอใช้สิทธิตามมาตรา 12 ปฏิเสธการใส่สาย NG tube แต่ครอบครัวมีความกังวลอยากให้ใส่สายอาหาร

การแสดงออกพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล: ตระหนักถึงสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย เข้าใจความกังวลของครอบครัว รักษาสมดุลระหว่างการเคารพเจตจำนงผู้ป่วยและการดูแลครอบครัว สื่อสารด้วยความละเอียดอ่อน

ตัวอย่างการปฏิบัติ: "เรามาช่วยกันมองหาทางเลือกที่ดีที่สุดนะคะ คุณป้ามีสิทธิที่จะตัดสินใจ และครอบครัวก็มีความรักความห่วงใย เราหาวิธีที่จะช่วยให้คุณป้าได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยที่ไม่ต้องใส่สาย NG tube ค่ะ"

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
ทางเลือกที่ 1: การปรับอาหารให้เหมาะสมกับการรับประทานทางปาก	- เคารพเจตจำนงของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการใส่สาย NG tube - ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้รสชาติอาหารได้ - รักษาความรู้สึกปกติในการรับประทานอาหาร - ลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย - เพิ่มคุณภาพชีวิตในแง่ความสุขจากการรับประทานอาหาร	- อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ - มีความเสี่ยงต่อการสำลัก - ใช้เวลานานในการรับประทาน - ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดขณะรับประทาน - อาจเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่าย - ต้องปรับเปลี่ยนเมนูอาหารบ่อยตามความต้องการผู้ป่วย



ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
ทางเลือกที่ 2: การใช้เทคนิคการ จัดการอาหาร แบบ ประคับประคอง	- ปรับตามสภาพและความต้องการของผู้ป่วย - มีความยืดหยุ่นในการดูแล - สามารถปรับเปลี่ยนตามอาการของผู้ป่วย - เน้นความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก - ลดความกดดันเรื่องการรับประทานอาหาร - ครอบครัวรู้สึกผ่อนคลายในการดูแลมากขึ้น	- อาจไม่ได้รับสารอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน - ต้องมีการประเมินและปรับแผนบ่อยครั้ง - ผู้ดูแลต้องมีทักษะในการสังเกตอาการ - อาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ - ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ - อาจมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย
ทางเลือกที่ 3: การใส่สาย NG Tube	- ให้อาหารและน้ำได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย - สามารถให้ยาได้อย่างต่อเนื่อง - ป้องกันการสำลักในผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก - สามารถติดตามปริมาณอาหารที่ได้รับอย่างแม่นยำ	- รู้สึกไม่สุขสบาย ระคายเคืองจมูกและคอ - เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่จมูกและหลอดอาหาร - เสี่ยงต่อการสำลักหากตำแหน่งสายเลื่อน - รู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกในการพูดคุย

สถานการณ์ที่ 3: การแจ้งข่าวร้าย

บริบท: ผล CT scan แสดงการลุกลามของโรคมะเร็ง

การแสดงออกพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล: ประเมินความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลเลือกจังหวัดและสถานที่ที่เหมาะสม ใช้เวลาในการรับรู้และแสดงความรู้สึก และแสดงความเห็นอกเห็นใจ

การปฏิบัติ: “คุณป้าคะ วันนี้ผล CT scan มาแล้ว ไม่ทราบว่าคุณป้าอยากทราบผลการตรวจไหมคะ” “คุณป้าเข้าใจเกี่ยวกับอาการของตัวเองตอนนี้อย่างไรบ้างคะ” “มีอะไรที่คุณป้ากังวลเป็นพิเศษไหมคะ” “ทีมพยาบาลและทีมแพทย์จะดูแลคุณป้าอย่างดีที่สุดค่ะ” “คุณป้าสามารถปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลาค่ะ” “อยากให้พยาบาลอธิบายส่วนไหนเพิ่มเติมไหมคะ”



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี มะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการจัดการอาการหายใจลำบากและความปวด ซึ่งส่งผลให้ค่า PPS score ดีขึ้นจาก 50% เป็น 60% สอดคล้องกับการศึกษาของ Temel et al¹¹. ที่พบว่า การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากการบูรณาการการดูแลหลายด้าน ได้แก่ การจัดการอาการทางกาย โดยเฉพาะภาวะหายใจลำบากที่เป็นอาการหลัก มีการใช้ยา ร่วมกับการจัดท่าและเทคนิคการหายใจที่เหมาะสม ส่งผลให้อัตราการหายใจลดลงจาก 30 ครั้งต่อนาที เป็น 26 ครั้งต่อนาที นอกจากนี้ การดูแลด้านโภชนาการและการให้เลือด ช่วยแก้ไขภาวะซีดและทุพโภชนาการ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังเพิ่มขึ้น ที่สำคัญคือการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการสอนทักษะที่จำเป็น การประเมินความพร้อม และการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างเป็นระบบ ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ในชุมชนช่วยสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การศึกษานี้เน้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการจัดการอาการทางกาย เช่น ความปวด หรือการหายใจลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Holistic Care มาใช้ตามแนวทางของ Ferrell, B. R., & Coyle, N.¹² (2008) พยาบาลให้การดูแลโดยการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยการจัดท่านอน ศีรษะสูง สอนเทคนิคการหายใจ และการให้ออกซิเจน ส่งผลให้อาการดีขึ้น ด้านจิตใจมีการประเมินความวิตกกังวล และให้การดูแลด้วยการรับฟัง ให้กำลังใจ และให้ข้อมูลที่จำเป็น ด้านสังคมมีการประเมินความพร้อมของครอบครัว และสอนทักษะการดูแล รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนด้านจิตวิญญาณมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อการดูแลแบบองค์รวมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ และครอบครัวมีความพร้อมในการดูแล



3. หลักจริยธรรมในการดูแล

การดูแลผู้ป่วยรายนี้พยาบาลได้นำหลักจริยธรรมของพยาบาล ตามแนวคิดของ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F.¹³ (2013) มาประยุกต์ใช้ 4 ประการ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจทางการพยาบาล ในด้านการเคารพสิทธิของบุคคล มีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา รวมถึงการทำ Advance Care Planning เพื่อวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ด้านการทำประโยชน์ มีการจัดการอาการรบกวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการดูแลภาวะหายใจลำบากและความวิตกกังวล มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม ในด้านการไม่ทำอันตราย มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเฝ้าระวังความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการติดตามผลข้างเคียงจากการรักษา ส่วนด้านความยุติธรรม มีการจัดสรรทรัพยากรและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็น ทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การนำหลักจริยธรรมมาใช้อย่างครอบคลุมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การศึกษาในบริบทคนไทย โดยเฉพาะความเชื่อเรื่องการตายดีที่ผู้ป่วยควรได้อยู่ท่ามกลางครอบครัว ในบรรยากาศที่คุ้นเคย ซึ่งระบบการดูแลนี้ช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ตามค่านิยมเรื่องความกตัญญู ซึ่งการดูแลของพยาบาลสะท้อนถึงการปรับตัวของระบบสาธารณสุขที่เข้าใจบริบทสังคมไทย โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน มีทีมสหวิชาชีพคอยให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดความกังวลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันยังเอื้อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีของสังคมไทยที่มีความเอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน นอกจากนี้ ระบบดังกล่าวยังตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้สามารถปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา และประเพณีต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ความสำเร็จนี้แสดงให้เห็นว่าการผสมผสานระหว่างการแพทย์สมัยใหม่กับการเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมไทยสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชญ์ตรี จาปประไพ และคณะ (2564) พบว่าความสำเร็จของการดูแลแบบไร้รอยต่อในเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธเลิศลักษณ์มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมไทยหลายประการ

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Advanced CA Lung Stage 4 with liver and lymph node metastasis สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้ การประเมินปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย พบว่าอาการปวดลดลงจากระดับ 8/10 เหลือ 4/10 หลังได้รับการจัดการความปวดแบบผสมผสานสามารถ



ภาวะหายใจลำบากดีขึ้นหลังได้รับการจัดท่าและให้ออกซิเจน Oxygen saturation เพิ่มขึ้นจาก 92% เป็น 95% ควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะระบายน้ำได้ การรับประทานอาหารดีขึ้น จาการรับประทานได้น้อยกว่า 1/4 ของปริมาณปกติ เป็น 1/2 ของปริมาณปกติ

ด้านจิตใจ ความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับและเข้าใจการพยากรณ์โรคมมากขึ้น การนอนหลับพักผ่อนได้

ด้านสังคม ครอบครัวมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนด้านสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย

ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความสงบทางจิตใจมากขึ้น สามารถยอมรับและเข้าใจความเจ็บป่วย ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อและศาสนา

การส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมในการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งปอดระยะสุดท้ายพยาบาล ต้องมีความไวทางจริยธรรม พยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อประเด็นจริยธรรมได้เหมาะสม มีความสามารถในการตัดสินใจทางจริยธรรม เคารพการตัดสินใจปฏิเสธการใส่ NG tube ตามมาตรา 12 มีการสื่อสารเชิงจริยธรรม สื่อสารประเด็นอ่อนไหวได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรม มีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับการมีจริยธรรมในการพยาบาล นำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม มีการประสานงานกับทีม Palliative care อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล มีการจัด Family meeting เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

การออกแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเฉพาะรายกรณี (Case Study) เพียงรายเดียว ทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงหรือสรุปอ้างอิงในวงกว้างได้

การประเมินผลลัพธ์ เช่น คุณภาพชีวิต ควรใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรม

1. การพัฒนาระดับบุคคล จัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านจริยธรรม พัฒนาระบบพี่เลี้ยงด้านจริยธรรม ส่งเสริมการสะท้อนคิดทางจริยธรรม ฝึกทักษะการสื่อสารในประเด็นอ่อนไหว



2. การพัฒนาระดับหน่วยงาน จัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมระดับหน่วยงาน พัฒนาแนวปฏิบัติ
ด้านจริยธรรม สร้างระบบปรึกษาด้านจริยธรรม จัด Ethics Round และ Ethics Conference

3. การพัฒนาระดับองค์กร กำหนดนโยบายด้านจริยธรรม สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นจริยธรรม
พัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางจริยธรรม ส่งเสริมการวิจัยด้านจริยธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ในการดำเนินการศึกษา
กรณีศึกษา เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. กรมการแพทย์เผยคนไทยป่วยมะเร็งรายใหม่ปีละ 1.4 แสนคน
เสียชีวิต 8.3 หมื่นคน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2024/02/29679>
2. สุขชาติ รุ่งแจ้ง, รัชนิ นามจันทร์. การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม. วารสารพยาบาล
โรคหัวใจและทรวงอก. 2559; 27(2): 1-11.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายแบบ
ประคับประคองตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dtam.moph.go.th/>
4. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า. (2567). สถิติผู้ป่วย ตึกผู้ป่วยอายุรกรรม ประจำปี 2567 [ข้อมูลเชิงสถิติ].
ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ, โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
5. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Rev. ed. Boulder: University
Press of Colorado; 2008.
6. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 May
15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. กานต์รวี โบราณมูล, พัชรรัตน์ อันสีแก้ว. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะท้าย: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566; 20(2): 45-52.
8. นงนุช จิตราชิต, สุริพร ธนศิลป์, นพมาศ พัดทอง. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติ
สมาธิต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2558.



9. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(6):1101-12.
10. กรมการแพทย์. Home PC Happy everywhere: การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dms.go.th/backend//Content>
11. Temel, J. S., et al. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine, 363(8): 733-742.
12. Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2008). Textbook of palliative Nursing. 3rd Edition. Oxford University Press.
13. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). Principles of Biomedical Ethics. 7th Edition.



ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก

The result of Palliative care for terminally ill patients in Plapak district community

อัคนีวรุท วงศ์ชมพู*

Ackneewut Wongchompoo*

E-mail: taowongchompoo@gmail.com

(Received : November 13, 2024 / Revised : 13 December, 2024 / Accepted : December 31, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 29 คน ผู้ดูแลหลัก 29 คน และทีมสหวิชาชีพ 16 คน ในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ลักษณะทั่วไป ด้วยร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลความแตกต่างของคะแนนความรู้และระดับความรู้ของผู้ดูแลหลัก คะแนนความรู้ และระดับความรู้ของทีมสหวิชาชีพ คะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) คะแนน Palliative care outcome scale (POS) คะแนนการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ผลคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) คะแนนประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) คะแนนประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) , Palliative care outcome scale (POS) คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เช่น ปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ลดลง 9Q, 8Q ลดลง ส่วนผลคะแนนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ มีระดับความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก

การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ อันจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน; ทีมสหวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม



Abstract

This study aimed to study the results of using the palliative care model in the community of Plapak District, Nakhonphanom Province. It was an action research on 29 terminally ill patients, 29 primary caregivers, and 16 multidisciplinary teams during January-March 2024. Purposive sampling was used to compare one group before and after the experiment. General characteristics were analyzed by percentages, and the results of the comparison of knowledge scores and knowledge levels of primary caregivers and multidisciplinary teams were analyzed using mean and standard deviation statistics. Palliative care Performance Scale (PPS), Palliative care outcome scale (POS), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) distress assessment scores, depression screening results (2Q), depression assessment scores (9Q), and suicide assessment scores (8Q) were analyzed using mean and standard deviation statistics. Paired t-test at a statistical significance level of 0.05.

The results revealed that PPS and POS scores decreased, indicating a reduction in various distressing symptoms and both physical and psychological suffering among patients. Symptoms such as pain, drowsiness, fatigue, weakness, nausea, depression, anxiety, loss of appetite, shortness of breath 9Q and 8Q were alleviated. Meanwhile, the knowledge scores and knowledge levels of primary caregivers and the multidisciplinary team significantly improved, with a P-value < 0.05. Both the families and the multidisciplinary team expressed high levels of satisfaction with the care provided.

An appropriate care model tailored to terminally ill patients allow for problem-specific interventions, leading to improved quality of life. It is recommended to further develop the palliative care model for terminally ill patients and use it as a framework for communication within multidisciplinary teams to ensure sustainability.

Keywords: terminally ill patients; community-based palliative care model; multidisciplinary team

*Registered Nurse, Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province



บทนำ

จากสถานการณ์ทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 78.00 ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง¹ ในปี ค.ศ. 2011 พบว่า มีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.40 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6.00 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25.00 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69.00 โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.47 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.59 โรคไต ร้อยละ 2.02 โรคตับแข็ง ร้อยละ 1.07 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.65 และอื่น ๆ² สำหรับประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข³ ปีงบประมาณ 2562 พบว่า เป็นผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 33.65 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93²

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลปลาปาก ให้บริการดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่ 50,282 คน (ข้อมูลกลางปี 2565) มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม Clinical Palliative Care for Community Nurse ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดูแล 1 คน จากข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอำเภอปลาปาก พบว่า มีอัตราป่วยรายใหม่ในปี 2563-2565 คือ 157.69, 217.30 และ 126.92 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีอัตราตาย 115.38, 136.00 และ 84.61 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ สำหรับปี 2565 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 69 คน เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 17.39 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 82.60 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 81.15 ภาวะหัวใจล้มเหลว 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.24 ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.34 และโรคอื่น ๆ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.24 ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 81.15 จากการประเมินตามแบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment

System (ESAS) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) 20-30% ปี 2563-2565 ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ยังพบอาการรบกวนที่พบบ่อย ดังนี้ อาการปวด ร้อยละ 36.82, 37.70 และ 34.39 เหนื่อย อ่อนเพลีย ร้อยละ 87.39, 84.12 และ 85.65 คลื่นไส้ ร้อยละ 5.35, 5.72 และ 4.84 ซึมเศร้า ร้อยละ 4.62, 5.32 และ 3.62 วิดกกังวล ร้อยละ 6.23, 4.10 และ 4.21 ง่วงซึมสับสนสับสน ร้อยละ 86.23, 76.20 และ 85.57 เบื่ออาหาร ร้อยละ 82.32, 7.36 และ 85.67 รู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ ร้อยละ 4.36, 7.54 และ 7.55 เหนื่อยหอบ ร้อยละ 24.25, 19.56 และ 18.83 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังมีอาการที่สามารถจัดการได้ด้วยด้วยรูปแบบการดูแลประคับประคอง เช่น ยังมีอาการปวดและเหนื่อย ซึ่งแสดงว่ายังมีความจำเป็นต้องปรับปรุงการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เดิมการวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพแบ่งหน้าที่ยังไม่ชัดเจน การเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเป็นวิชาชีพพยาบาลทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ในส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาลมีภาวะเครียดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลงไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้⁴⁻⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่และเครือข่ายชุมชนที่ทำงานร่วมกันยังมีไม่ถึงร้อยละ 90⁷ อย่างไรก็ตามการดูแลแบบประคับประคองที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลปลาปาก พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุฉุกเฉิน งานบริการด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวมและพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอ มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านนี้ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่าง ๆ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการเข้ารักษาตัว ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ICD10 z515) โดยแพทย์เจ้าของไข้ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลปลาปาก จะได้รับลงทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ก่อนกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน

มีการประสานทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการจะนัดเดือนละ 1 ครั้ง กรณีผู้ป่วยมีปัญหาความต้องการเร่งด่วนให้ญาติประสานการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถจัดการปัญหานั้นได้ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมและทีมสหวิชาชีพจะลงเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้คำแนะนำการดูแลแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกส่งมาให้กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ผ่านกลุ่มเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นจะนำข้อมูลให้แพทย์โรงพยาบาลปากปลาทองยืนยันการวินิจฉัยเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แล้วดำเนินการเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่ ในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงาน ดูแลงานการพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนของโรงพยาบาลปากปลาทอง ทำหน้าที่การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นผู้ประสานการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งชุมชน

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก
2. ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบกลุ่มเดียวคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรครองด้วยรหัส z515 จากแพทย์โรงพยาบาลปากปลาทอง และยังรับการดูแลต่อที่บ้าน ในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 29 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลหลักที่รับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 29 คน



กลุ่มที่ 3 ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในโรงพยาบาลปลาปาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอปลาปาก คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจวางแผนดูแลผู้ป่วย โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

1.2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative care Performance Scale for Adult Suandok (PPS-Adult Suandok) มีการให้ค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0-100

1.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลรามารัตติ ระดับการวัดแต่ละอาการจะแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

1.4 แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q) ของกรม สุขภาพจิต ประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม ถ้าคำตอบ คือ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ คือ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ หมายถึง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่มีอาการใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันที่ถาม โดยทุกข้อมีคำตอบให้เลือก คือ ถ้าไม่มีอาการเลยมี 0 คะแนน เป็นบางวันใน 1-7 วัน 1 คะแนน เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน เป็นทุกวัน 3 คะแนน ถ้าคะแนนรวมที่ได้ 0-6 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน ซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง กรณีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ต่อ แบบคำถาม 8Q ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ถ้าคะแนนรวมทุกข้อ คือ 0 คะแนน แสดงว่าไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ในปัจจุบัน 1-8 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย 9-16 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันในระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ในระดับรุนแรง

1.5 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale) ฉบับแปลภาษาไทย โดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฉบับใช้ถามผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 ถ้าค่าคะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ค่าคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ

1.6 แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการสอบถามผู้ดูแลหลักที่บ้าน ประกอบด้วย คำถามถูกผิด 21 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงเนื้อหาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล ของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการแปลผลดังนี้ คือ ค่าคะแนน 0-6 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย ค่าคะแนน 7-13 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และค่าคะแนน 14-21 มีความรู้ในระดับมาก

1.7 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 นำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ มีค่าคะแนน 1-5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ 3 คะแนน เฉย ๆ 4 คะแนน พึงพอใจ 5 คะแนน มีความพึงพอใจมาก

1.8 แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการสอบถามทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย คำถามถูกผิด 21 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยอ้างอิงเนื้อหาจากเอกสารประกอบการอบรม Clinical Palliative Care for Community Nurse ของศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการแปลผลดังนี้ คือ ค่าคะแนน 0-6 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย ค่าคะแนน 7-13 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และค่าคะแนน 14-21 มีความรู้ในระดับมาก

1.9 แบบประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา วิชาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยหัวข้อที่ให้ประเมิน 6 ข้อ ประกอบด้วย โครงสร้างการทำงานการสนับสนุนทางวิชาการ การประสานงาน ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การประเมินผลการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

มีค่าคะแนน 1-5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ 3 คะแนนเฉย ๆ 4 คะแนน พึงพอใจ 5 คะแนน มีความพึงพอใจมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแลของศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ้างอิงเนื้อหาจากคู่มือและดำเนินการตามขั้นตอน^๑

2.2 เอกสารประกอบการอบรม Clinical palliative care for Community Nurse จัดทำโดย ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น^๑

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักนั้น ได้นำไปทดสอบกับผู้ที่เคยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson procedure โดยใช้สูตร KR20 มีค่าเท่ากับ 0.846

2. แบบทดสอบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ ได้นำไปทดสอบกับสหวิชาชีพที่เคยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคองจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson procedure โดยใช้สูตร KR20 มีค่าเท่ากับ 0.897

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล PPS-Adult, POS, ESAS, 2Q, 9Q, 8Q เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานแล้ว

4. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ของผู้ดูแลหลัก ของสหวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 1 คน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยหลัก มีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย เตรียมความรู้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลหลักและชี้แจงการประสานงานทีมสหวิชาชีพ ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยวงจรที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

- ประชุมทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน

- เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting)

- อบรมทีมสหวิชาชีพ

- เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

1. การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ด้วยแบบบันทึก
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน PPS-Adult Suandok

3. ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการด้วยแบบประเมิน ESAS

4. ประเมินโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q

5. สัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ
ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

6. ประเมินด้วยแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง POS

7. ประเมินความรู้ผู้ดูแลหลักด้วยแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล

8. ให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลักและมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล

9. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความต้องการและการทำ

พินัยกรรมชีวิต (Living will)

ดำเนินการเหมือนครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ไม่ได้ประเมิน POS และไม่ได้มอบ
คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและบันทึกผล

- ประเมินความรู้ที่ทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการให้การอบรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล

- ประชุมทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินการปัญหา

และอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปปรับปรุงการดำเนินการในวงจรที่ 2

การดำเนินการวิจัยวงจรที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนใหม่ (Re-planning)

- ประชุมทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการเยี่ยมบ้านในวงจรที่ 1 มาใช้ปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น

- เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Re-acting)

- เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 ห่างกัน 2 สัปดาห์

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ดำเนินการเหมือนครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ไม่ได้ ประเมิน POS และไม่ได้มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ดำเนินการเหมือนครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ไม่ได้มอบ คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล มีการประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและบันทึกผล (Re-observing)

ประเมินผลความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ในพื้นที่อำเภอปลาปาก หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Re-reflecting)

ประชุมทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคและ
ความสำเร็จที่เกิดขึ้น แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ การวินิจฉัยโรค และลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้วยร้อยละ
2. คะแนนและระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ทีมสหวิชาชีพ จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างผลประเมินคะแนนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างผลประเมินคะแนน PPS-Adult Suandok, POS, ESAS, 2Q, 9Q, 8Q จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 4 ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครพนม เลขที่ REC 141/66 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
ให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักของการเข้าร่วม
การวิจัย และตามขั้นตอนการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกเฉพาะที่เกี่ยวข้องและถือเป็นความลับ
การนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 62.1 นอกนั้นเป็นเพศชาย มีอายุ >70 ปี อายุ 50-59 ปี อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.80,
34.50, 10.40 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มียารายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทป่วยเป็นโรคมะเร็งที่พบมาก
คือ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม จำนวน 9, 6 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.0, 20.7 และ
17.20 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น บุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 62.10 ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจส่วนใหญ่
คือ ตัวผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 55.20 (ดังตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ การวินิจฉัยโรค (n = 29)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	37.90
หญิง	18	62.10
อายุ (ปี)		
30-39	1	3.50
40-49	2	6.90
50-59	10	34.50
60-69	3	10.40
70 ปีขึ้นไป	13	44.80
การศึกษา		
ประถมศึกษา	22	75.90
มัธยมศึกษา	7	24.10
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.30
สมรส	16	55.20
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	34.50
รายได้ (บาท/เดือน)		
1,001-<5,000	12	41.40
5,001-10,000	8	27.60
10,001-15,000	2	6.90
15,001-20,000	2	6.90
>20,000	5	17.20
สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ	25	86.20
ประกันสังคม/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.80



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิในการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ การวินิจฉัยโรค (n = 29) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	6	20.70
พ่อ แม่	1	3.50
บุตร หลาน	18	62.10
พี่ น้อง	3	10.30
อื่นๆ	1	3.50
ผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจ		
ตัวผู้ป่วยเอง	16	55.20
คู่สมรส	2	6.90
บุตร หลาน	10	34.50
พี่ น้อง	1	3.50
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งท่อน้ำดี	9	31.00
มะเร็งเต้านม	5	17.20
มะเร็งตับ	1	3.50
มะเร็งถุงน้ำดี	1	3.50
มะเร็งลำไส้ใหญ่	6	20.70
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	3.50
มะเร็งปอด	2	6.90
มะเร็งรังไข่	1	3.50
มะเร็งหลอดอาหาร	1	3.50
มะเร็งหลังโพรงจมูก	1	3.50
โรคอื่น	1	3.50



ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.5 มีอายุ 40-49 ปี 50-59 ปี และน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.5 20.7 และ 17.2 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับมัธยมศึกษา และส่วนใหญ่มีรายได้ ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข วิชาชีพละ 1 คน (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=29)

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	34.50
หญิง	19	65.50
อายุ (ปี)		
<30	5	17.20
30-39	2	6.90
40-49	10	34.50
50-59	6	20.70
60-69	4	13.80
70ปีขึ้นไป	2	6.90
การศึกษา		
ประถมศึกษา	10	34.50
มัธยมศึกษา	15	51.70
อนุปริญญา	1	3.50
ปริญญาตรี	3	10.30
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.30
สมรส	26	89.70



ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=29) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
1,001-<5,000	12	41.40
5,001-10,000	10	34.50
10,001-15,000	2	6.90
15,001-20,000	2	6.90
>20,000	3	10.30
สหสาขาวิชาชีพ		
แพทย์	2	12.50
เภสัชกร	1	6.30
พยาบาลวิชาชีพ	10	66.30
นักกายภาพบำบัด	1	6.30
แพทย์แผนไทย	1	6.30
นักวิชาการสาธารณสุข	1	6.30

ผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ มีผลระดับคะแนนความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก (ดังตารางที่3)

ตารางที่ 3 คะแนนระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ (n=29)

คะแนนความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
ผู้ดูแลหลัก (n=29)	ทีมสหวิชาชีพ (n=16)	
Mean±SD	mean±SD	
10.83±4.17	4.69±4.64	พึงพอใจมาก
5.69±4.17	18.25±4.12	พึงพอใจ

ผลคะแนนความรู้และระดับความรู้ของผู้ดูแลหลัก หลังให้ความรู้ มีความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 16.93 ± 1.25 ($P\text{-value} = 0.001$) และระดับความรู้หลังให้ความรู้ เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 3.00 ± 0.00 ($P\text{-value} = 0.001$) ผลประเมินคะแนนความรู้ของทีมสหวิชาชีพหลังอบรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 19.13 ± 1.36 ($P\text{-value} = 0.001$) และระดับความรู้หลังอบรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเป็น 3.00 ± 0.00 ($P\text{-value} < 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างผลประเมินคะแนนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ ($n=29$)

คะแนน	Before	After	Mean diff	P-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
ผู้ดูแลหลัก				
ความรู้	13.17 $\pm$ 1.77	16.93 $\pm$ 1.25	-13.253	0.001*
ระดับความรู้	2.48 $\pm$ 0.51	3.00 $\pm$ 0.00	-5.477	0.001*
ทีมสหวิชาชีพ				
ความรู้	15.44 $\pm$ 1.82	19.13 $\pm$ 1.36	-16.891	0.001*
ระดับความรู้	2.75 $\pm$ 0.45	3.00 $\pm$ 0.00	-2.236	<0.05*

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ผลการประเมินคะแนนหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 คะแนนลดลงเฉลี่ย PPS เป็น 63.79 ± 11.77 ($P\text{-value} < 0.001$), POS 9.34 ± 2.85 ($P\text{-value} < 0.001$), ESAS; ปวด 1.86 ± 1.12 ($P\text{-value} = 0.001$), ง่วงซึม 0.90 ± 1.69 ($P\text{-value} = 0.054$) เหนื่อย อ่อนเพลีย 4.03 ± 2.51 ($P\text{-value} = 0.319$), คลื่นไส้ 0.38 ± 0.82 ($P\text{-value} < 0.05$), ซึมเศร้า 0.86 ± 1.32 ($P\text{-value} < 0.001$), วิดกกังวล 1.00 ± 1.10 ($P\text{-value} < 0.001$), เบื่ออาหาร 3.66 ± 3.38 ($P\text{-value} < 0.05$) เหนื่อยหอบ 0.55 ± 1.37 ($P\text{-value} < 0.05$), 9Q 0.31 ± 0.17 ($P\text{-value} < 0.001$), 8Q 0.00 ± 0.00 ($P\text{-value} = 0.083$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลการประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) ลดลง แสดงว่าความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยลดลง แต่ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) มีค่าคะแนนต่ำลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ คะแนน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ลดลง แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ทั้งอาการปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ 9Q, 8Q ลดลง ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย (ดังตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 (n=29)

การประเมินการเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 4	Mean diff	P-value
	Mean±SD	Mean±SD		
PPS	78.28±8.89	63.79±11.77	-9.959	<0.001**
POS	18.83±4.74	9.34±2.85	-14.758	<0.001**
ESAS				
ปวด	5.55±2.54	1.86±1.12	-7.664	0.001**
ง่วงซึม	1.69±2.26	0.90±1.69	-2.007	0.054
เหนื่อยเพลีย	4.55±2.19	4.03±2.51	-1.014	0.319
คลื่นไส้	1.55±2.58	0.38±0.82	-2.822	<0.05*
ซึมเศร้า	2.97±2.14	0.86±1.32	-6.673	<0.001**
วิตกกังวล	4.34±2.62	1.00±1.10	-8.754	<0.001**
เบื่ออาหาร	4.24±3.46	3.66±3.38	-0.993	0.329
เหนื่อยหอบ	1.41±2.92	0.55±1.37	-2.306	<0.05*
9Q	5.00±4.50	0.31±0.17	-5.217	<0.001**
8Q	0.21±0.620	0.00±0.00	-1.797	0.083

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

จากผลจากการใช้รูปแบบการดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ได้พบว่าสามารถลดอาการรบกวนต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยลงได้ ผู้ดูแลหลักและทีมสหสาขามีความรู้ระดับความรู้และทักษะสามารถเพิ่มขึ้น ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่มีมาก ไม่สามารถนำมาศึกษาได้หมด จึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้ มาศึกษานำร่อง เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ และทักษะสามารถนำไปพัฒนางานร่วมกันต่อไปได้ ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้วยระยะเวลาในการศึกษา เพียง 3 เดือน แต่ผลลัพธ์การนำไปใช้ของรูปแบบการดูแลนี้มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น แม้จะยังไม่ครอบคลุมถึงผลกระทบในระยะยาว แต่การใช้รูปแบบการดูแลนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์



ที่ดีขึ้นได้⁴⁻⁶ สามารถช่วยสนับสนุนการใช้รูปแบบการดูแลในบริบทชุมชนนี้ นำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ โดยเฉพาะในชุมชนขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัดและสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในบริบทในชุมชนอื่น ๆ ได้ ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการศึกษาในระยะยาว เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแม้ว่าผลลัพธ์คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ลดลง เฉลี่ยเป็น 63.79 ± 11.77 (P-value < 0.001) แต่ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) มีค่าคะแนนลดลงเฉลี่ยเป็น 9.34 ± 2.85 (P-value < 0.001) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ทั้งอาการปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลหลักและทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ และระดับความรู้เพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจถึงมาก⁴⁻⁶ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทชุมชนที่หลากหลายและเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและใช้สื่อสารในทีมสหวิชาชีพอันจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางวรัทยา ราชบัณฑิตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet].1999. Retrieved October 28,2023 [cited 10 Nov 10]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.



2. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์;2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย.2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM
3. กระทรวงสาธารณสุข.Health data center; HDC service จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง[อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. นุชจรินทร์ ไชยสัจ. ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย. 2566]; 15(3),45-54. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/195906/136165>
5. Rakchate R. และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย จังหวัดลำปาง. APHEIT Journal of Nursing and Health. [อินเทอร์เน็ต].2022 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]; 1;4(2): e2782 เข้าถึงได้จาก: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/download/2782/2214/>
6. วรรัตน์ มีครองธรรม. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. Public Health Policy and Laws Journal. 2017 May 21;3(2):135-47. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-2/06-Warrarat%20Meekrongtham.pdf
7. นูรดีนี แมะเร๊ะ และคณะ. ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/17360?mode=full>
8. ศูนย์การุณรักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.karunruk.org/operational-guidelines-for-hospital-palliative-care-program/>



คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงาน บทความวิชาการ ความรู้ ความคิด และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้สนใจทุกท่าน ร่วมส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ สาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ตีพิมพ์ ทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (ฉบับมกราคม - มิถุนายน และฉบับกรกฎาคม - ธันวาคม)

ประเภทของบทความ

1. **บทบรรณาธิการ (Editorial)** เป็นบทความสั้น ๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการ เห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ
2. **บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Report)** ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคคลโดยรวม
3. **นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่น ๆ จัดทำขึ้น ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 1.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 1.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว. ขอบขวา 1 นิ้ว
- 1.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16



2. การเรียงลำดับเนื้อหา

2.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดขวาใต้ชื่อเรื่อง
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทคัดย่อ
- E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทคัดย่อต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

2.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

2.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

2.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

2.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



2.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

2.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

3. รูปภาพและตาราง

- ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ

4. การเตรียมเอกสารอ้างอิง

- ให้ใช้การอ้างอิงตามระบบ Vancouver โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>



วารสารสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHON PHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ
3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน

ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

1. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ที่อยู่ 356 ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
2. ผู้ประสานงาน : นางสาวเบญจมาศ วันนาพ้อ หมายเลขโทรศัพท์ 09 8832 4449
นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช หมายเลขโทรศัพท์ 08 1616 5497
นางสาวพัชรินทร์ วงดา หมายเลขโทรศัพท์ 09 3413 0698



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHONPHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

356 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

โทรศัพท์: 042-520146, 042-512446

Email: journal.nkp@gmail.com

LINE OA วารสาร :

