

การพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Self-Management Support Model for Stroke Patients Receiving Warfarin through Family Involvement at Yangsisurat Hospital, Maha Sarakham Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วิทยา ดุลยเกียรติ¹ กัลยาณี ประทุมทอง¹ ฌณพร วงษ์อินตา¹ กาญจนา จันทะนุย์¹

Wiyada Dulayakiat¹ Kullayanee Pratumtong¹ Lapanaporn Wonginta¹ Kanjana Chanthanui¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาแบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง และประเมินผลรูปแบบดำเนินการวิจัยเดือนกรกฎาคม 2566-กันยายน พ.ศ.2567 โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer และแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรเครือข่าย 25 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพริน 40 ราย และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว 40 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินความพึงพอใจและแนวคำถามสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล 2) การเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเอง 3) การกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน 4) การสนับสนุนการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน และ 6) การติดตาม ประเมินผล และประสานการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มจาก 28.60 ± 4.52 เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มจาก 30.15 ± 4.20 เป็น 42.20 ± 3.12 คะแนน สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มจากร้อยละ 55.00 เป็นร้อยละ 80.00 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มจากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 95.00 และการมาตรวจตามนัดเพิ่มจากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 97.50 และภาวะแทรกซ้อนจากยาแอสไพรินลดจากร้อยละ 30.00 เหลือร้อยละ 7.50 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.46 ± 0.40 และ 4.50 ± 0.36 คะแนน ตามลำดับ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, แอสไพริน, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Abstract

This action research aimed to study the situation and existing problems, develop a self-management support model, and evaluate the model. The study was conducted from July 2023 to September 2024, applying the Kemmis and McTaggart action research process (two cycles) in conjunction with Creer's self-management concepts and Glasgow's self-management support concepts. Participants included 25 multidisciplinary team members and network personnel, 40 stroke patients receiving warfarin, and 40 primary caregivers or family members, all selected via purposive sampling. Research instruments included the self-management support model, a self-management behavior assessment form, a family participation assessment form, a clinical outcome and complication record form, a satisfaction assessment form, and interview/focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

¹ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The results revealed that the developed model comprised six components: 1) individual assessment of patients and families; 2) enhancement of self-management knowledge and skills; 3) collaborative goal setting and care planning; 4) support for decision-making and implementation; 5) monitoring of risks and complications; and 6) follow-up, evaluation, and coordination of continuing care. Following the implementation of the model... Patients' self-management behavior scores increased from 28.60 ± 4.52 to 38.75 ± 3.08 (statistically significant, $p < .001$), and family participation scores rose from 30.15 ± 4.20 to 42.20 ± 3.12 . The proportion of patients with INR levels within the target range increased from 55.00% to 80.00%; medication adherence improved from 77.50% to 95.00%; appointment attendance rose from 85.00% to 97.50%; and warfarin-related complications decreased from 30.00% to 7.50%. Patients and their families expressed the highest level of satisfaction with the model, with mean scores of 4.46 ± 0.40 and 4.50 ± 0.36 , respectively.

Keywords : Self-management, stroke, warfarin, family participation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความพิการ และการพึ่งพิงในระยะยาว ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ¹ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางกลุ่มมีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยเฉพาะยาวาร์ฟาริน (Warfarin) เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ อย่างไรก็ตาม ยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีช่วงการรักษาแคบและมีความแปรปรวนในการตอบสนองระหว่างบุคคล รวมทั้งมีปฏิกิริยากับยา อาหาร และสมุนไพรหลายชนิด ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน^{2,3} การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษา โดยติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือดที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ หากฤทธิ์ของยามากเกินไปหรือค่า INR สูงกว่าช่วงเป้าหมาย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก เช่น เลือดออกใน

ทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding: GI bleeding) และภาวะเลือดออกในสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ในทางตรงกันข้าม หากฤทธิ์ของยาไม่เพียงพอหรือค่า INR ต่ำกว่าช่วงเป้าหมาย อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง^{2,3} ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง รู้จักค่า INR ของตนเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อฤทธิ์ของยา เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และสามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากข้อมูลของโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำนวน 74, 82 และ 91 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 52.44, 53.85 และ 65.25 ตามลำดับ แม้ผลการควบคุม INR มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย รวมทั้งยังพบปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การขาดนัด การจัดการอาหารและยาที่ไม่เหมาะสม

และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟาริน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นช่องว่างของระบบการดูแล โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ

จัดการตนเองในชีวิตประจำวันและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในประเทศไทยที่พบว่า การจัดการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามค่า INR อย่างเป็นระบบ มีส่วนช่วยให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น^{2,3}

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer อธิบายว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมและจัดการภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย (Goal Selection) การรวบรวมข้อมูล (Information Collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) การตัดสินใจ (Decision Making) การลงมือปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนหรือประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง (Self-reaction)⁴ กระบวนการดังกล่าวเหมาะสำหรับนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมหลายด้านอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การติดตามและรับรู้ค่า INR ของตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การควบคุมอาหารและสมุนไพร การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินกระบวนการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพอย่างเป็นระบบ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ตามหลัก 5A's จึงถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย 1) Assess การประเมินปัญหา ความรู้ พฤติกรรม ความพร้อม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง 2) Advise การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3) Agree การกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ 4) Assist การช่วยเหลือเสริมทักษะ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาหรือ

อุปสรรคในการดูแลตนเอง และ 5) Arrange การจัดระบบติดตามและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁵ กระบวนการดังกล่าวช่วยปรับบทบาทของพยาบาลจากการเป็นเพียงผู้ให้ความรู้มาเป็นผู้ประเมิน ผู้สนับสนุน ผู้ร่วมวางแผนและผู้ประสานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยมุ่งที่ผู้ป่วยเพียงบุคคลเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านร่างกาย การรู้คิด ความจำ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดยา เตือนการรับประทานยา ดูแลด้านอาหารและสมุนไพร สังเกตอาการผิดปกติ บันทึกข้อมูลสุขภาพ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และประสานกับบุคลากรสุขภาพ การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การวางแผน และการติดตามผล จึงช่วยเสริมกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตจริง^{4,5}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁴ เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ตามหลัก 5A's เป็นกรอบการสนับสนุนของพยาบาล และนำการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแล⁵ โดยพัฒนารูปแบบให้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างความรู้และทักษะ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา การติดตามค่า INR การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงการจัดระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาแอสไพรินได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย ลดการขาดนัด ลดภาวะแทรกซ้อนจากยา และเกิดความต่อเนื่องใน

การดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงนำมาสู่การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคามในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart⁶ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 2 วนรอบ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁴ เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ตามหลัก 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange เป็นกรอบการสนับสนุนของพยาบาล

โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแล สนับสนุนการใช้ยา การควบคุมอาหาร การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง⁵

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพริน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และพยาบาลชุมชนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รวมทั้งพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 25 คน เกณฑ์คัดเข้า เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างสีสุราชหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเวลาที่ทำเนิการวิจัย ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพริน ไม่น้อยกว่า 1 ปี สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด เกณฑ์คัดออก ย้าย ลาออก หรือเปลี่ยนหน้าที่จนไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในระหว่างดำเนินการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่กำหนดได้และขอถอนตัวจากการวิจัย
- 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินและมารับบริการที่คลินิกแอสไพริน โรงพยาบาลอย่างสีสุราช ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน จำนวน 40 คน คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพริน อย่างน้อย 3 เดือน มารับบริการและติดตามการรักษาที่คลินิกแอสไพริน ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีโทรศัพท์หรือช่องทางการสื่อสารที่สามารถใช้ในการติดตามระหว่างการรักษาได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอย่างสีสุราชหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือภาวะวิกฤตที่ทำให้ไม่สามารถเข้า

ร่วมกิจกรรมตามรูปแบบได้ มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือการสื่อสารอย่างรุนแรง และไม่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถร่วมให้ข้อมูลหรือร่วมดำเนินกิจกรรมได้ ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่จึงไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ แพทย์ยุติการรักษาด้วยยาแวนาร์ฟารินหรือเปลี่ยนเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดอื่นในระหว่างการวิจัยหรือขอถอนตัวจากการวิจัย 3) ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว จำนวน 40 คน เกณฑ์คัดเข้า เป็นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักที่ผู้ป่วยระบุว่าบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การจัดหรือเตือนการรับประทานยา การจัดหาอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือการประสานกับบุคลากรสุขภาพสามารถสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การวางแผนการดูแล และการติดตามผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนด มีโทรศัพท์หรือช่องทางการสื่อสารที่สามารถติดต่อได้ สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยต่อได้ในระหว่างดำเนินการวิจัย ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่หรือไม่สามารถติดต่อเพื่อติดตามได้ มีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยประยุกต์วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ เดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน โรงพยาบาลยางสีสุราชเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบเดิม โดยดำเนินการดังนี้ 1) **ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลย้อนหลัง** จากเวช

ระเบียน ทะเบียนคลินิกแวนาร์ฟารินและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน ลักษณะทั่วไปและโรคร่วม ค่า International Normalized Ratio (INR) และสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย การมาตรวจตามนัดและการขาดนัด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตลอดจนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาแวนาร์ฟาริน ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding: GI bleeding) ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) 2) **ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม** ตั้งแต่การรับบริการที่คลินิกแวนาร์ฟาริน การประเมินอาการและค่า INR การสั่งยาและปรับขนาดยา การให้ความรู้เรื่องการใช้ยา อาหาร และสมุนไพร การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การนัดติดตาม การประสานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการในเครือข่าย รวมถึงการติดตามผู้ป่วยที่บ้านโดยวิเคราะห้บทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในแต่ละขั้นตอน 3) **ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว** ครอบคลุมการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การรับรู้และติดตามค่า INR การจัดการด้านอาหารและสมุนไพร การสังเกตอาการผิดปกติ การตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหา การมาตรวจตามนัด รวมถึงบทบาทของครอบครัวในการจัดการยา เตือนการรับประทานยา ดูแลอาหาร พามาตรวจตามนัด และประสานกับบุคลากรสุขภาพ

4) **สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง** ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และข้อจำกัดของการดูแล เช่น ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา รับประทานยาไม่ถูกขนาด ไม่ทราบค่า INR ของตนเอง ไม่ทราบอาหารหรือสมุนไพรที่มีผลต่อยา ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน การขาดนัด รวมถึงปัญหาผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล

หลังจากนั้นวิเคราะห์ช่องว่างของระบบเดิม (Gap Analysis) โดยนำข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน การประเมินผู้ป่วย การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ร่วมกัน และคืนข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาสำคัญ เป้าหมายของการพัฒนาและผลลัพธ์ที่ต้องการ ผลจากระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยารวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยางสีสุราช

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับยารวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566–กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยการพัฒนาแบบประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow เป็นกรอบในการดำเนินงานของพยาบาล และทีมสหวิชาชีพโดยให้ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแล ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566–มีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของระบบจากระยะที่ 1 มาคืนข้อมูลและประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อร่วมกันออกแบบและทดลองใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยพัฒนาองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล โดยประเมินค่า INR ประวัติการใช้ยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาการผิดปกติ ปฏิกิริยาเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน การรับประทานอาหารและสมุนไพร ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรู้คิดและความจำ รวมถึงความพร้อมและศักยภาพของผู้ดูแลหลัก เพื่อให้สามารถกำหนดปัญหาและความต้องการเฉพาะราย 2) พัฒนาการเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเอง โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ

ครอบครัวร่วมกัน ครอบคลุมความสำคัญของยารวาร์ฟาริน วิธีรับประทานยา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ความหมายและเป้าหมายของค่า INR อาหารและสมุนไพรที่มีผลต่อฤทธิ์ยา การสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงการตัดสินใจมารับบริการก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ พร้อมพัฒนาสื่อหรือคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว 3) พัฒนาการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างพยาบาลผู้ป่วย และครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การรับประทานยาให้ถูกต้องและตรงเวลา การใช้กลองยา การกำหนดผู้รับผิดชอบจัดยา การควบคุมอาหาร การบันทึกอาการผิดปกติ การติดตามค่า INR และการมาตรวจตามนัด 4) พัฒนาแนวทางการช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลติดตามผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์หรือช่องทางการสื่อสารที่กำหนด เช่น โดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทบทวนการรับประทานยา สอบถามปัญหาด้านอาหารและสมุนไพร ประเมินอาการผิดปกติ ให้คำปรึกษา แก้ไขอุปสรรค และเตือนการตรวจ INR และการมาตรวจตามนัด โดยเพิ่มความถี่ในการติดตามในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 5) พัฒนาแนวทางเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงจากยารวาร์ฟาริน โดยจำแนกผู้ป่วยตามค่า INR อาการ และปัจจัยเสี่ยง กำหนดแนวทางการติดตามและการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร รวมทั้งกำหนดแนวทางการดูแลเมื่อพบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือด ปัสสาวะปนเลือด ภาวะเลือดออกในสมอง อาการสงสัยลิ่มเลือดอุดตันหรือ Embolic stroke และภาวะผิดปกติอื่นที่เกี่ยวข้องกับยารวาร์ฟาริน 6) พัฒนาแนวทางติดตามและประสานการดูแลต่อเนื่อง โดยกำหนดบทบาทพยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแล เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย

และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงประสานหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อร่วมติดตามในรายที่จำเป็น

เมื่อสิ้นสุดวงจรรอบที่ 1 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ผู้ป่วยบางรายยังไม่เข้าใจความหมายของค่า INR และวิธีปฏิบัติเมื่อค่า INR ผิดปกติ การจดจำขนาดยาและวันรับประทานยายังคลาดเคลื่อน ผู้ดูแลบางรายไม่ได้มารับคำแนะนำพร้อมผู้ป่วย การควบคุมอาหารและสมุนไพรยังไม่สม่ำเสมอ การติดตามระหว่างนัดยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การกำหนดบทบาทของสมาชิกครอบครัวยังไม่ชัดเจนในบางราย รวมถึงระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดและผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมายยังไม่เป็นระบบเดียวกัน จึงนำข้อค้นพบดังกล่าวเข้าสู่การพัฒนาในวงจรรอบที่ 2

วงจรรอบที่ 2 เดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลและข้อค้นพบจากวงจรรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความชัดเจน สะดวกต่อการปฏิบัติ และตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ประกอบด้วย 1) ปรับแนวทางการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นระบบเดียวกัน โดยเพิ่มการประเมินความสามารถในการจัดการยา ความจำ การรู้คิด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความพร้อมของผู้ดูแล 2) ปรับเนื้อหาและสื่อการให้ความรู้ให้กระชับ เข้าใจง่ายและเหมาะกับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับผู้ดูแลที่สามารถใช้สมาร์ตโฟนได้ เช่น คลิปวิดีโอสั้น พร้อมเน้นการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับขนาดยา ค่า INR อาหารและสมุนไพร อาการเตือนของภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน 3) กำหนดบทบาทของผู้ดูแลหลักให้ชัดเจนในแต่ละครอบครัว เช่น การจัดยา การรับประทานยา ผู้ควบคุมอาหาร ผู้สังเกตอาการผิดปกติ ผู้บันทึกข้อมูล 4) ปรับระบบติดตามผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง โดยเพิ่มความถี่ในการติดตามผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย มีประวัติขาดนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือเคยเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งกำหนดช่องทางปรึกษา

พยาบาลเมื่อเกิดปัญหาระหว่างนัดโดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ 4) พัฒนาระบบแจ้งเตือนและติดตามนัด โดยกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและประสานครอบครัวหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อค้นหาสาเหตุและนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบการดูแลโดยเร็ว จากนั้นนำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลการดำเนินงาน และประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและจัดทำเป็นรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยประเมินผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ครอบคลุมการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการดูแล ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและระบบบริการ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ โดยด้านกระบวนการดูแล ประเมินความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามรูปแบบ

ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและระบบบริการ ประเมินคะแนนพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วย สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย การมาตรวจตามนัด รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะเลือดออกที่เฝ้ารวัง ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดหรือรอยฟกช้ำผิดปกติ ปัสสาวะปนเลือด ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding: GI bleeding) และ ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) ส่วนภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ประเมินจากอาการและเหตุการณ์ที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) และภาวะผิดปกติอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวฉบับสมบูรณ์ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ด้านผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้องของเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หลังจากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ได้รับยาแอสไพริน ขนาดยาที่ได้รับ ค่า INR ผู้ดูแลหลัก และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย 2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพริน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 6 กระบวนการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยประยุกต์ให้ครอบคลุมพฤติกรรมสำคัญ ได้แก่ การรับประทานยา การติดตามค่า INR การจัดการอาหารและสมุนไพร การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำตอบเป็น

มาตรฐานค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำเท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมมาก กำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมากที่สุด 3.41–4.20 ระดับมาก 2.61–3.40 ระดับปานกลาง 1.81–2.60 ระดับน้อย และ 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด 3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการช่วยจัดยาและเตือนรับประทานยา การดูแลด้านอาหารและสมุนไพร การติดตามค่า INR การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การร่วมตัดสินใจ และการประสานกับบุคลากรสุขภาพ ใช้มาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 10–50 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระดับสูง 4) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษา ใช้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและทะเบียนคลินิกวารสารฟาริน ได้แก่ ค่า INR และสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย การมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาแอสไพริน 5) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากยาแอสไพริน ใช้บันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดหรือรอยฟกช้ำ ผิดปกติ ปัสสาวะปนเลือด เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือ Embolic stroke รวมถึงเหตุการณ์ผิดปกติอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาแอสไพริน 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบบริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความสะดวกในการรับบริการ ความชัดเจนของคำแนะนำ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว ความต่อเนื่องของการติดตามการประสานงาน และความมั่นใจด้านความปลอดภัย

ในการใช้ยารวาร์ฟาริน เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ฟังพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ฟังพอใจมากที่สุด (7) แนวคำถาม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแล การใช้ยา การติดตามค่า INR บทบาทของครอบครัว ความเหมาะสมของรูปแบบ ความต่อเนื่องของการดูแล ปัญหาระหว่างการนำรูปแบบไปใช้ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และแนวคำถามการสนทนากลุ่มเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ได้ค่า CVI 0.92, 0.90, 0.93 ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยารวาร์ฟาริน และผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88, 0.86, 0.91 สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความครอบคลุมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์

การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการสะท้อนผลในแต่ละวงรอบ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และนำผลมาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 13/2566 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยารวาร์ฟาริน จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยารวาร์ฟารินของโรงพยาบาลยางสีสุราชร่วมกับข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสถานการณ์ผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยารวาร์ฟารินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 มีผู้ป่วยจำนวน 74, 82 และ 91 ราย ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า International Normalized Ratio (INR) อยู่ในช่วงเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 52.44, 53.85 และ 65.25 ตามลำดับ แม้สัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมค่า INR ได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมายซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อทั้งภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน 2) ประเด็นด้านความปลอดภัยจากการใช้ยารวาร์ฟารินที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดหรือรอยฟกช้ำ ผิดปกติ ปัสสาวะปนเลือด เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง รวมถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) และเหตุการณ์ผิดปกติอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้ยารวาร์ฟาริน สะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมค่า INR และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติเป็นประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มนี้

3) ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย พบข้อจำกัดในการจัดการตนเองหลายประการ ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การลืมรับประทานยา การจดจำขนาดยาหรือวันรับประทานยาคาดเคลื่อน ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบความหมายและช่วงเป้าหมายของค่า INR รวมทั้งมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับอาหาร สมุนไพรและยาที่มีผลต่อฤทธิ์ของยาลวาร์ฟาริน นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการสังเกตและตัดสินใจเมื่อเกิดอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงปัญหาการมาตรวจไม่ตรงนัดและความไม่ต่อเนื่องในการติดตามระหว่างนัด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะการตัดสินใจ และการติดตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ความจำ การรู้คิดและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวในการจัดและเตือนการรับประทานยา ดูแลอาหารและสมุนไพร สังเกตอาการผิดปกติ บันทึกข้อมูลสุขภาพ และพามาตรวจตามนัด อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลบางรายยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาลวาร์ฟารินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างเพียงพอ บทบาทของผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวยังไม่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพยังมีข้อจำกัด 5) ด้านระบบการดูแลและความต่อเนื่องของบริการ ระบบการดูแลเดิมมีการให้บริการและติดตามผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟาริน

แต่การเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิก ผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายบริการสุขภาพยังไม่เป็นระบบเดียวกัน การติดตามผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย ผู้ป่วยขาดนัด หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมทั้งยังไม่มีกำหนดบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ประสานการดูแลที่ชัดเจนในทุกขั้นตอน

โดยสรุป ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบช่องว่างสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 2) การมีส่วนร่วมและบทบาทของครอบครัวยังไม่เป็นระบบ และ 3) ระบบติดตามและประสานการดูแลระหว่างคลินิก ครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายยังขาดความต่อเนื่อง ข้อค้นพบดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะพัฒนาต่อไป

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาลวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการพัฒนาารูปแบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างพยาบาล/ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์ประกอบ ดัง

ตารางที่ 1 รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาลวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบของรูปแบบ	พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพ	บุคลากร รพ.สต.	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
1. การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล	ประเมินค่า INR การใช้ยาอาหาร/สมุนไพร อาการผิดปกติ ความเสี่ยงต่อภาวะ แทรกซ้อน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรู้คิด ความจำและ	ประเมินบริบทที่บ้าน การใช้ยา การสนับสนุน จากครอบครัว ปัญหาการเดินทางและการ	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหาร ค่า INR อาการผิดปกติ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วย พฤติกรรมการใช้ยา อาหาร อาการผิดปกติ และความพร้อมในการช่วยดูแล

ตารางที่ 1 รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบของรูปแบบ	พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพ	บุคลากร รพ.สต.	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
	ความพร้อมของผู้ดูแล พร้อม จำแนกระดับความเสี่ยง	เข้าถึงบริการ พร้อม ส่งข้อมูลกลับรพ.		
2. การเสริมสร้างความรู้ และทักษะการจัดการ ตนเอง	ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องยา แอสไพริน ความหมายและ เป้าหมายของค่า INR การ ปฏิบัติเมื่อลืมยา อาหารและ สมุนไพรที่มีผลต่อยา และ สัญญาณเตือนของภาวะ เลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน โดยใช้สื่อที่เหมาะสม	ทบทวนความรู้และ การปฏิบัติที่บ้าน ตรวจสอบความเข้าใจ และเสริมความรู้ใน ประเด็น ที่ยังไม่ ถูกต้อง	เรียนรู้และทำความเข้าใจการ ใช้ยา ค่า INR อาหาร อาการผิดปกติ และวิธีปฏิบัติเมื่อเกิด ปัญหา	เรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยจัด ยา ดูแลอาหาร สังเกตอาการ และ ช่วยตัดสินใจเมื่อเกิด ความผิดปกติ
3. การกำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกัน	ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมาย เช่น รับประทานยาถูกต้อง ค่า INR อยู่ในเป้าหมาย การมาตรวจ ตามนัดและไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อน พร้อมจัดทำแผนการ ดูแลรายบุคคล	สนับสนุนให้แผนการ ดูแลสอดคล้องกับ บริบทของผู้ป่วย ครอบครัว/ชุมชน	ร่วมกำหนดเป้าหมาย และเลือกวิธีปฏิบัติที่ สามารถทำได้จริงใน ชีวิตประจำวัน	ร่วมกำหนดบทบาท ในการช่วยดูแล เช่น ผู้จัดยา เตือนการ รับประทานยา ผู้ดูแล อาหาร ผู้พามาตรวจ และผู้ สังเกตอาการผิดปกติ
4. การสนับสนุนการ ตัดสินใจและการลงมือ ปฏิบัติ	ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการ ใช้ยา อาหาร การมาตามนัด และการ ดูแลเมื่อมีอาการผิดปกติ พร้อม จัดช่องทางให้บริการระหว่าง นัด	ติดตามทางโทรศัพท์ หรือเยี่ยมบ้าน ช่วยแก้ไขปัญหาใน พื้นที่ และประสาน รพ. เมื่อพบ ความผิดปกติ	รับประทานยาตามแผน ควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงยาหรือ สมุนไพรที่มีผลต่อแอสไพริน บันทึกข้อมูล และติดต่อบุคลากร สุขภาพเมื่อมีปัญหา	ช่วยจัดและเตือนยา ควบคุมอาหาร สังเกต การปฏิบัติตัว สนับสนุนให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผน และ ช่วยติดต่อทีมสุขภาพ เมื่อจำเป็น
5. การเฝ้าระวังความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน	ติดตามค่า INR และจำแนก ระดับความเสี่ยง เฝ้าระวัง เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือด ปัสสาวะปนเลือด เลือดออกใน ทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออก ในสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน พร้อมปรึกษาแพทย์หรือ เภสัชกรตามเกณฑ์	เฝ้าระวังอาการ ผิดปกติในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเสี่ยง สูง ขาดนัด หรือค่า INR นอกเป้าหมาย และประสาน ส่งต่อเมื่อพบ สัญญาณอันตราย	สังเกตอาการผิดปกติ ของตนเอง รับรู้ค่า INR และตัดสินใจ มารับบริการ เมื่อมีสัญญาณเตือน โดยไม่ปรับหรือหยุดยา ด้วยตนเอง	ช่วยสังเกตอาการ เลือดออก อาการทาง ระบบประสาท หรือ อาการสงสัย ลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยพาผู้ป่วยมา รับการรักษา อย่างเหมาะสม
6. การติดตาม ประเมินผล และประสานการดูแล ต่อเนื่อง	พยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแล ติดตามค่า INR พฤติกรรมการ ใช้ยา การมาตามนัดและ ภาวะแทรกซ้อน ทบทวน ผลลัพธ์และปรับแผนร่วมกับ	ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และผู้ขาดนัด ส่ งข้อมูลกลับรพ. และร่วมติดตาม ความก้าวหน้า	ทบทวนผลการปฏิบัติ ของตนเองจากค่า INR อาการ และการมาตาม นัด พร้อมปรับ พฤติกรรมตามผลลัพธ์	ร่วมประเมินผลการ ดูแล สะท้อนปัญหา และอุปสรรค ช่วยติดตามนัด และร่วมปรับแผนการ ดูแล

ตารางที่ 1 รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบของรูปแบบ	พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพ	บุคลากร รพ.สต.	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
	ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และ ครอบครัว	ของการดูแล		กับผู้ป่วยและทีม สุขภาพ

จากตารางจะเห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ตั้งแต่การประเมิน ให้คำแนะนำ ร่วมกำหนดเป้าหมาย ช่วยแก้ไขปัญา และจัดระบบติดตามต่อเนื่อง บุคลากร รพ.สต. ทำหน้าที่เป็น กลไก เชื่อมต่อการดูแลสู่บ้านและชุมชน ขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ ดำเนิน กระบวนการจัดการตนเอง และครอบครัวเป็น ส่วนในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถ จัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาแอสไพรินและเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีอายุเฉลี่ย 68.65 ± 8.72 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 49 ปี และสูงสุด 86 ปี กลุ่มอายุที่ พบมากที่สุดคือ 70-79 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 37.50 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.00 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม โดยโรคที่พบมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาคือโรคหัวใจหรือภาวะหัวใจเต้นผิด จังหวะ จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 ไขมัน ในเลือดสูง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และโรคเบาหวาน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ป่วยมีระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรค

หลอดเลือดสมองเฉลี่ย 3.20 ± 2.10 ปี และได้รับยา แอสไพรินเฉลี่ย 3.05 ± 1.84 ปี

ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีค่า INR อยู่ในช่วง เป้าหมาย ขณะที่ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีค่า INR ต่ำกว่าช่วงเป้าหมาย และ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีค่า INR สูงกว่าช่วงเป้าหมาย โดยมีค่า INR เฉลี่ย 2.34 ± 0.78 ด้านการดูแลในครอบครัว ผู้ป่วย ทั้ง 40 รายมีผู้ดูแลหลัก โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็น คู่สมรส จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ ญาติหรือบุคคลอื่น จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50

3.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการเปรียบเทียบ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ได้รับยาแอสไพริน จำนวน 40 ราย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบใน ทุกข้อ โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 28.60 ± 4.52 คะแนน เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน และแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พบว่า ภายหลัง การใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการ ตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองมีการ เปลี่ยนแปลงที่เด่น ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจค่า INR ของตนเอง การรับประทานยาแอสไพรินอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่ม เลือดอุดตัน และการตัดสินใจขอคำปรึกษาหรือมารับ บริการเมื่อมีความผิดปกติ สำหรับคะแนนพฤติกรรมการ จัดการตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 28.60 ± 4.52 คะแนน เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน แตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.84, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับการสนับสนุนตามรูปแบบผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น

3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวจำนวน 40 ราย พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ทั้งการจัดและเตือนการรับประทานยา การดูแลอาหารและสมุนไพร การติดตามค่า INR การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การร่วมตัดสินใจ และการประสานกับบุคลากรสุขภาพ คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยรวมเพิ่มจาก 30.15 ± 4.20 คะแนนก่อนใช้รูปแบบ เป็น 42.20 ± 3.12 คะแนนหลังใช้รูปแบบ โดยคะแนนเฉลี่ยต่อข้อเพิ่มจาก 3.02 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เป็น 4.22 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลดังกล่าวสะท้อนว่าหลังพัฒนารูปแบบครอบครัวไม่ได้มีบทบาทเพียงช่วยเหลือทั่วไป แต่มีส่วนร่วมในการจัดการยา การเฝ้าระวังความเสี่ยง การ

ตัดสินใจ และการติดตามการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมากขึ้น

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษา ภายหลังใช้รูปแบบ พบแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มจาก 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 เป็น 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำหรือสูงกว่าช่วงเป้าหมายลดลง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มจากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 95.00 และอัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มจากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 97.50 ขณะที่การขาดนัดลดลงจากร้อยละ 15.00 เหลือร้อยละ 2.50 ด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา วาร์ฟาริน พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.00 ภายหลังใช้รูปแบบลดเหลือ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.50 โดยไม่พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง หรือ Embolic stroke ภายหลังใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษาก่อนและหลังใช้รูปแบบ ($n = 40$)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ n (%)	หลังใช้รูปแบบ n (%)
ค่า INR		
อยู่ในช่วงเป้าหมาย	22 (55.00)	32 (80.00)
ต่ำกว่าช่วงเป้าหมาย	10 (25.00)	5 (12.50)
สูงกว่าช่วงเป้าหมาย	8 (20.00)	3 (7.50)
ความต่อเนื่องในการรักษา		
รับประทานยาสม่ำเสมอ	31 (77.50)	38 (95.00)
มาตรวจตามนัด	34 (85.00)	39 (97.50)
ขาดนัด	6 (15.00)	1 (2.50)
ภาวะแทรกซ้อนจากยา วาร์ฟาริน		
เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ	12 (30.00)	3 (7.50)
เลือดออกตามไรฟัน	4 (10.00)	1 (2.50)
จุดจ้ำเลือด/รอยฟกช้ำผิดปกติ	3 (7.50)	1 (2.50)
ปัสสาวะปนเลือด	2 (5.00)	1 (2.50)
เลือดออกในทางเดินอาหาร (GI bleeding)	1 (2.50)	0 (0.00)
ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke)	1 (2.50)	0 (0.00)
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน/Embolic stroke	1 (2.50)	0 (0.00)

จากตารางโดยสรุป ภายหลังจากใช้รูปแบบ ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้มากขึ้น มีความสม่ำเสมอในการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น ขณะที่การขาดนัดและภาวะแทรกซ้อนจากยาตัวฟารินลดลง

3.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแล ภายหลังจากใช้รูปแบบ ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจำนวน 40 ราย และผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวจำนวน 40 ราย ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย 4.46 ± 0.40 คะแนน และครอบครัวมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.50 ± 0.36 คะแนน โดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 4.48 ± 0.38 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการประเมินรูปแบบแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่า INR และมาตรวจตามนัดได้มากขึ้น ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนจากยาตัวฟารินและการขาดนัดลดลง อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบที่เชื่อมโยงบทบาทของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วย และครอบครัว ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล การเสริมสร้างความรู้และทักษะการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การสนับสนุนการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการติดตามและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้ ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นภายหลังจากใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก 28.60 ± 4.52 คะแนน เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเด่น ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจค่า INR การรับประทานยาตัว

ฟารินอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน และการตัดสินใจขอคำปรึกษาหรือมารับบริการเมื่อเกิดความผิดปกติ ผลดังกล่าวอธิบายได้จากรูปแบบที่ไม่ได้มุ่งเพียงการให้ความรู้ แต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวคิดของ Creer⁴ ขณะเดียวกันพยาบาลและทีมสหวิชาชีพใช้แนวคิด 5A's ของ Glasgow⁵ ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร สุนทรารักษ์ (2566)² ที่พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินโดยทีมสหวิชาชีพ ใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณี พบว่าหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีความรู้ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจสูงขึ้น รวมทั้งเกิดระบบที่มีแนวปฏิบัติร่วม การจำแนกผู้ป่วยตามค่า INR และคู่มือการจัดการตนเองอย่างชัดเจน และศิรินาฏ เนิ่งนอง และคณะ (2567)³ ที่พบว่าหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลด้าน INR ดีขึ้นด้วย ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ Yildirim และ Bayik Temel (2020)⁸ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยพยาบาลที่บ้านในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น มีจำนวนค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการรักษาดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและขยายจากสถานบริการไปสู่ชีวิตประจำวันมีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นและเป็นกลไกสำคัญของการจัดการตนเอง ภายหลังจากใช้รูปแบบ คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มจาก 30.15 ± 4.20 คะแนน เป็น 42.20 ± 3.12 คะแนน โดยครอบครัวมีบทบาทเพิ่มขึ้นในทุกด้าน สามารถอธิบายได้ การมอบบทบาทแก่ครอบครัวอย่างชัดเจน จะช่วยเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดยา การเตือนเวลา การสังเกต

อาการ และการมาตรวจตามนัด รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จึงเปลี่ยนบทบาทครอบครัวจาก “ผู้ช่วยเหลือทั่วไป” ให้เป็น “หุ้นส่วนในการดูแล” ซึ่งร่วมกำหนด เป้าหมาย วางแผน ติดตาม และประเมินผลการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim และ Bayik Temel (2020)⁸ ที่แสดงให้เห็นว่าการมีระบบ สนับสนุนผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านช่วยเพิ่มพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านการรักษาและยัง สนับสนุนแนวคิดว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะในคลินิก แต่ควรมีระบบ สนับสนุนในการดำเนินชีวิตจริงผู้ป่วย

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องใน การรักษามีแนวโน้มดีขึ้น ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การมาตรวจ ตามนัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินลดลง ผลลัพธ์ ดังกล่าวน่าจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของรูปแบบ หลายส่วนร่วมกัน ทั้งการประเมินความเสี่ยงเป็น รายบุคคล การให้ความรู้และฝึกทักษะ การกำหนด ผู้รับผิดชอบในการจัดยา การติดตามค่า INR การเฝ้า ระวังอาการผิดปกติ การติดตามทางโทรศัพท์ การ ติดตามผู้ขาดนัด และการเชื่อมต่อกับบุคลากร รพ. สด. ทำให้สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขก่อนพัฒนา ไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง สอดคล้องกับ วิ สิษฐ์ วิจิตรโกสม (2566)⁷ ซึ่งพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน จังหวัดอุดรธานี โดยพัฒนาทั้งระบบเครือข่าย การเข้าถึงบริการ ระบบ ข้อมูล การติดตามผลการรักษา และการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง พบว่าสัดส่วนค่า INR เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีระบบเครือข่ายและการ ติดตามต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่ม คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน และ การศึกษาของ ศิรินาฏ เนืองนอง และคณะ (2567)³ พบว่าการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน

แบบมีส่วนร่วมทำให้ค่า INR และค่าเฉลี่ยการผ่าน เกณฑ์ TIR ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ อรชร สุนทรารักษ์ (2566)² พบว่าการดูแลแบบสห วิชาชีพพร้อมกับการจัดการตนเองช่วยให้เกิดระบบการ ติดตามที่ชัดเจน และผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงที่ ให้ผลดีต่อการรักษา และสอดคล้องกับ Sakunrag และคณะ (2020)⁹ ซึ่งพบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถใช้เป็นทางเลือกของการจัดการยาด้านการ แข็งตัวของเลือด และมีแนวโน้มลดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์

ในด้านผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ผลดังกล่าวเกิดจาก รูปแบบมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากพัฒนาขึ้นจาก ข้อมูลสถานการณ์จริง ผู้ป่วยและครอบครัวจึงได้รับ บริการที่มีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น มี ช่องทางขอคำปรึกษาระหว่างนัด และรับรู้บทบาท ของตนเองในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับ อรชร สุนทรารักษ์ (2566)² ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาระบบดูแลแบบสหวิชาชีพ และศิรินาฏ เนืองนอง และคณะ (2567)³ ที่พบว่า ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นหลัง การพัฒนาระบบ โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ ฟารินให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่ควรมุ่งเพียงการควบคุมค่า INR หรือการให้ความรู้เรื่องยาเท่านั้น แต่ควร จัดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองที่เชื่อมโยง ผู้ป่วย ครอบครัวพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในรพ. และรพ.สต. ให้ทำงานร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยเป็น ผู้จัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน พยาบาลเป็นผู้ประเมินและประสานการดูแล และ เครือข่ายสุขภาพเป็นกลไกติดตามต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งช่วยให้การจัดการตนเองสามารถเกิดขึ้นจริงใน ชีวิตประจำวันและสนับสนุนความปลอดภัยจากการ ใช้ยาวาร์ฟารินอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(10):973–1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.
- 2.อรชร สุนทรารักษ์ (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินแบบสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. *วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม*, 1(2), 63–73.
- 3.ศิรินาฏ เนืองนอง และคณะ (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. *วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 9(3), 30–39.
- 4.Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of Self-Regulation*. San Diego, CA: Academic Press; 2000. p. 601–629.
- 5.Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. *Health Promot Int.* 2006;21(3):245–255. doi:10.1093/heapro/dal017.
- 6.Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
- 7.วิสิษฐ์ วิจิตรโกสุม (2566). การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ปัจจัยทำนายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผลการ รักษาและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 10(3), e267772.
- 8.Yildirim, J. G., & Bayik Temel, A. (2020). The effect of nurse home-support program on self-management of patients receiving oral anticoagulation (warfarin) therapy. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 13–22. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2020.19020>.
- 9.Sakunrag, I., Danwilai, K., Dilokthornsakul, P., Chaiyakunapruk, N., & Dhippayom, T. (2020). Clinical outcomes of telephone service for patients on warfarin: A systematic review and meta-analysis. *Telemedicine and e-Health*, 26(12), 1507–1521. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0268>.