



โรงพยาบาลกระบี่
Krabi Hospital

ISSN 2985-1947 (Online)

กระบี่เวชสาร

KRABI MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568
VOL.8 NO.1 JANUARY - JUNE 2025



72nd
YEAR'S
ANNIVERSARY

www.Krabihospital.go.th



โรงพยาบาลกระบี่
Krabi Hospital

กระบี่เวชสาร KRABI MADICAL JOURNAL

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2568

ISSN 2985-1947 (Online)

www.krabihospital.go.th

เจ้าของ โรงพยาบาลกระบี่

ที่ปรึกษา

นายสมบุรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

คณะกรรมการอำนวยการ

นายสุรัตน์ ตันติทวีวรกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลกระบี่
นางนงลักษณ์ ลีลาสุวานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
นายวสิน เทียนกิ่งแก้ว	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
นายดำรงห์ ประคิตะวาที	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
นายธีรศักดิ์ อุดมศรี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลกระบี่
นางลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวผ่องพรรณ ธนอมศรีมงคล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นายพันธุ์ศักดิ์ สังข์สัพพันธ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นายสัญญา สุระ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสุธาสินี ธีระพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่

บรรณาธิการ

นางศุภมาส พันธุ์ชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลกระบี่
---------------------	-------------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

นางสาวผ่องพรรณ ธนอมศรีมงคล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นายสัญญา สุระ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นายปฐม สกกลกิตติวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นายประวิตร แยมพงษ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
นายบุญเรือง ขาวนวล	อาจารย์	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
นายไพสิฐ บุญยะกวี	วิทยาการชำนาญการ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรตรัง
นายเคเซนทร์ บุญรอด	ทันตแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลสะเดา
นางสาวศิริสุข วรรณศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นายอาทิตย์ บุญรอดชู	อาจารย์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นางสาวกานตินันท์ เพ็ญสุพรรณ	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสุธาสินี ธีระพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นางอรพรรณ บริพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่

คณะกรรมการอำนวยการ

นางสาวโสภา วังบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลกระบี่
นายวรพงศ์ เรืองสงค์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาววรรณพร สายนัย	เภสัชกรปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวอัจจิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
นายอนันต์ เครือยศ	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	โรงพยาบาลกระบี่
นางฤติชา หมวดทอง	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	โรงพยาบาลกระบี่
นางสาวนรินทร์ ชุนรักษา	บรรณารักษ์	โรงพยาบาลกระบี่

จัดรูปเล่ม นางอรพรรณ บริพันธ์

ออกแบบปก นางอรพรรณ บริพันธ์

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกในเอน มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

บทความนิพนธ์ต้นฉบับจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) และการตีพิมพ์บทความจะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการ เป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลกระบี่ สุวัจชัย อนันธิกุลชัย	1
การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการระงับปวดระหว่างยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม กับยา Ketorolac 30 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ภัทรลัญญา ไต่ะหมาด	15
อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มา คลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา ศุภกาญจน์ เพชรป่าพะยอม	29
ผลการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน (MOPH ED Triage) ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ วิภาสกร สุนโท	45
การประยุกต์สลิ้นเพื่อปรับปรุงการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ อมรรพรรณ คำมา, อรอนงค์ วิชัยคำ, กุลวดี อภิชาติบุตร	59
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ สรเรณีย์ แก้ววิเศษ	73
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ วิรุทธ สนธิเมือง	89
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ วลัยรัตน์ สิทธิมนต์, นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ	103
การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านนอกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง กนิษฐา ช้างนิล, รุจิรดา ชูช่วย, บุญรมย์ รอดชุม, บุญเรือง ขาวนวล, สุดตมา สุวรรณมณี, ชไมพร ทองเพชร	115

สารบัญ

รายงานผู้ป่วย

การถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินโดยไม่หยุดยา
สุพิชฌาย์ ตั้งพิบูลธรรม 129

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานก่อนเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบที่บ้าน:กรณีศึกษา 2 ราย
ศิริดา สังข์ทอง 137

ปกิณกะ

ภัยเงียบจากความสะดวกสบาย
ศุภมาส พันธุ์ชัย 151

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

155

บทบรรณาธิการ

วารสารกระบี่เวชสารของเราได้ดำเนินการเผยแพร่บทความ งานวิจัยต่างๆอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ในรูปแบบออนไลน์ โดยรักษามาตรฐานของวารสาร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งผู้ลงบทความ และผู้อ่านวารสารของเรา ในปีนี้ได้มีการส่งเสริมให้บุคลากรทำงานวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างแพร่หลายจากนโยบายของเขตและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากร และนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับการเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่จะนำไปต่อยอดสู่การพัฒนาด้านต่างๆในการดูแลผู้ป่วยของประเทศเราต่อไป

ในเล่มนี้จะมีทั้งงานวิจัยและกรณีศึกษา จากหลากหลายแขนงของบุคลากรทั้งในเขตและนอกเขตจังหวัดที่ทำให้กองบรรณาธิการรู้สึกยินดีในการเติบโตของขึ้นวารสารและหวังว่าเราจะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยผลักดันเครือข่ายของเราให้พัฒนาไปด้วยกัน

แพทย์หญิงศุภมาส พันธุ์ชัย

บรรณาธิการ



เว็บไซต์ วารสารกระบี่เวชสาร

อุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่คลอดในโรงพยาบาลกระบี่

สุวัจชัย อนันธิกุลชัย*

(Received : May 1, 2025; Revised : June 13, 2025; Accepted : June 15, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่คลอดโรงพยาบาลกระบี่ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์และมีการบันทึกในโปรแกรม Hosxp มีความสมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียนทุกรายจำนวนทั้งสิ้น 151 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนและการจัดลำดับของข้อความ นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ตอนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูลเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของมารดาและทารกใช้ Pearson's Product Moment Correlation

ผลการศึกษา : 1) อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร้อยละ 3.54 มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.9 ตั้งครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 44.37 มีอายุครรภ์ที่ 33 – 37 สัปดาห์ ร้อยละ 55.3 ฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 81.6 BMI มากกว่า 30 Kg/m² ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่ผ่าท้องคลอด ร้อยละ 71.7 เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 19.7 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.9 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.6 เป็นหอบหืด ร้อยละ 3.3 และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 2.0

2) ผลกระทบต่อมารดาพบว่าภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 53.64 เกิด Severe Hypertension ร้อยละ 9.9 Eclampsia ร้อยละ 1.3 HELLP Syndrome, Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), Pulmonary Edema และ Asthma ร้อยละ 3.3 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.2 ตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.0 รกลอกตัวก่อนกำหนด ร้อยละ 4.6 เกิด Acute Respiratory failure ร้อยละ 1.3 และมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์แต่ไม่รุนแรงร้อยละ 13.2

3) ผลกระทบต่อทารกพบ preterm และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.8 ทารกโตช้าในครรภ์และมีภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 3.3 และเสียชีวิตในครรภ์ ร้อยละ 2.0

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย อายุของมารดา ลำดับของการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย และมารดาที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับสูง ส่วนอายุครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง

สรุปภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังประเมินความเสี่ยงล่วงหน้าเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง, อุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์

* นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่, e-Mail: Dr.suwatchai.KBH@gmail.com

The incident and consequences of a mother's severe preeclampsia pregnancy at Krabi Hospital

Suwatchai Anantigulchai*

(Received : May 1, 2025; Revised : June 13, 2025; Accepted : June 15, 2025)

Abstract

The purpose of this research was to study the incident and consequences of a mother's severe preeclampsia pregnancy at Krabi Hospital. The sample group is a medical record of mother's severe preeclampsia among October 1, 2022 to March 31, 2024. More than 28 weeks of gestation and recorded in the Hosxp program. The data was collected using the group's data recording form which was verified by 3 qualified people; check the accuracy of the content, clarity and sequence of the questions. The information obtained were updated according to the recommendations of the experts, then tested with the similar to the sample group. Reliability of the tools was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding values of 0.90 respectively. Data were analyzed using descriptive, frequency statistics, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation.

Study results : 1) The incidence of mothers with severe preeclampsia is 3.54%, 50.9% aged 31-40 years old, 44.37% of 3th pregnancy, 55.3% gestational age 33-37 weeks, 81.6% more than 5 time, 51.3% BMI > 30kg/m², 71.7% Caesarean section, 19.7% DM in pregnancy, 9.9% severe hypertension, 6.6% , 3.3% Asthma and 2.0% UTI

2) The complication of mother's severe preeclampsia were 53.64%, 9.9% severe HT, 1.3% Eclampsia, 3.3% HELLP Syndrome, Disseminated Intravascular Coagulation(DIC), Pulmonary Edema and Asthma, 7.2% preterm labor, 2.0% post-partum hemorrhage, 4.6% abruptio placenta and 1.3% Acute Respiratory failure

3) The complication of babies were 13.8% preterm birth, 3.3% IUGR and fetal hypoxia, 2.0% Still birth

4) Factors associated with the most common complication of severe preeclampsia include the mother's age, pregnancy, BMI and comorbidities were high level

Conclusion: Severe preeclampsia is an obstetric emergency that has a serious impact on the mother and babies. Pre-monitoring and risk assessment are required to prevent serious complication.

Keyword : severe preeclampsia, The incident and consequences of pregnancy

*Medical Physician, Professional Level, Krabi hospital,, e-Mail: Dr.suwatchai.KBH@gmail.com

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงและเป็นสาเหตุการตายของมารดา รวมถึงส่งผลแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการฝังตัวของรก (placental implantation with abnormal trophoblastic invasion of uterine vessels) การปรับตัวที่ไม่สมดุลของระบบภูมิคุ้มกันของมารดาและทารก (maternal-fetal immune maladaptation) การปรับตัวที่ไม่สมดุลของมารดาต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (maternal maladaptation to cardiovascular or inflammatory changes of normal pregnancy) และปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) ทำให้มีความผิดปกติของเยื่อหลอดเลือดและการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้มีความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (1,2)

สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่นในปีพ.ศ. 2561 ภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรงร้อยละ 0.08(3) มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด น้ำท่วมปอด ตกเลือดหลังคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไต เกิดภาวะไตวาย ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้า ทารกคลอดก่อนกำหนด มีภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตในครรภ์ (1,2,3,4) ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มตามหลักเกณฑ์ของวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (American college of obstetric and gynecology : ACOG ในปี 2013)(1)ประกอบด้วย

1. Chronic hypertension คือความดันโลหิตสูงซึ่งพบก่อนการตั้งครรภ์ หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือภาวะความดันโลหิตสูงยังคงอยู่นานกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด
2. Gestational hypertension (Transient hypertension) คือความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งพบเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) และ ความดันโลหิตจะลดลงเป็นปกติเมื่อติดตามหลังคลอด 12 สัปดาห์
3. Preeclampsia and Eclampsia syndrome คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะชักซึ่งหาสาเหตุอื่นไม่พบในผู้ป่วย Preeclampsia
4. Superimposed preeclampsia คือ ภาวะpreeclampsia ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังอยู่เดิม

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลจังหวัดแห่งเดียวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์ทั้งภาวะปกติและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ให้คำปรึกษาและประสานการดูแลกับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกระบี่มีมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรงเข้ารับการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารกจำนวน 43 รายจากผู้คลอดทั้งหมด 3541 รายคิดเป็นร้อยละ 1.2 ในปี พ.ศ. 2565 และ 92 รายจากผู้คลอดทั้งหมด 2768 รายคิดเป็นร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภาวะนี้ ต่อมารดาและทารกในครรภ์และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดโรงพยาบาลกระบี่

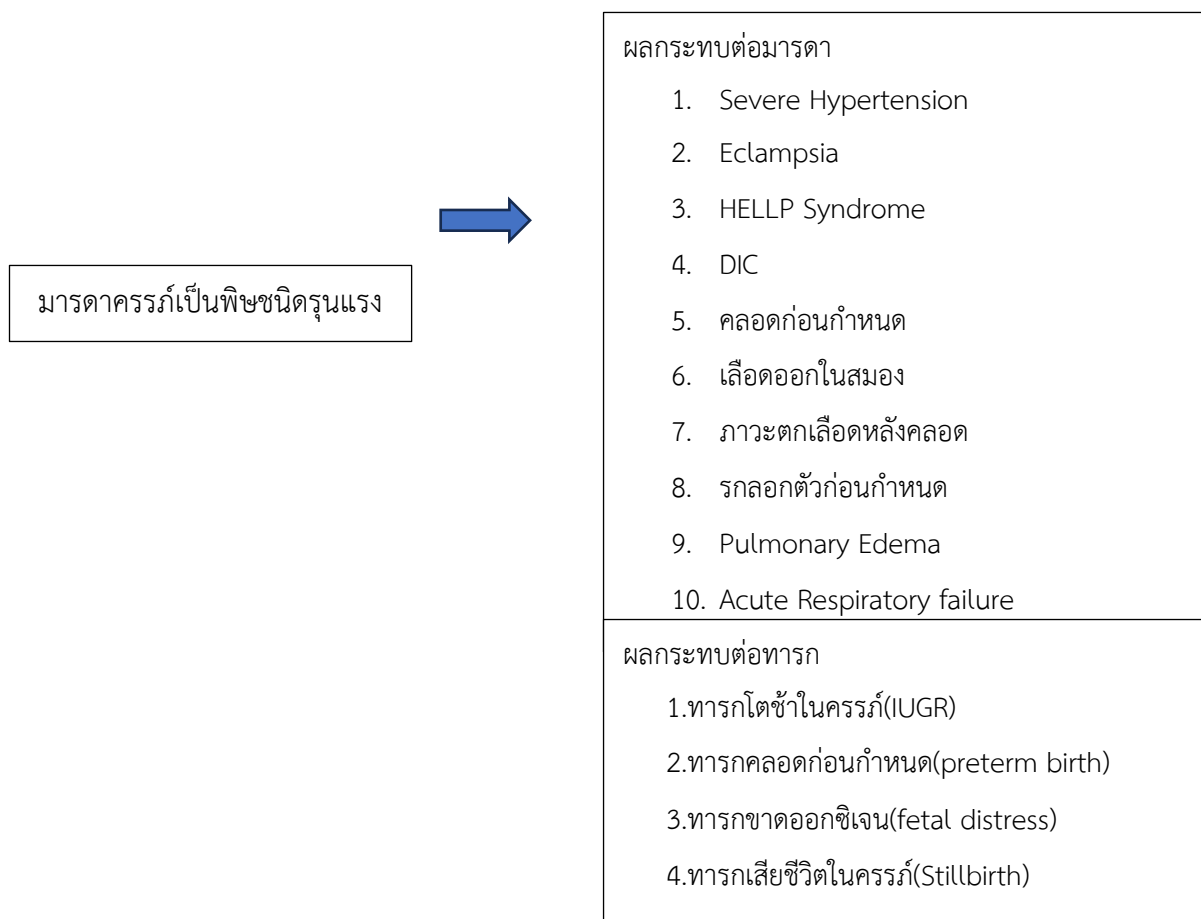
คำถามการวิจัย

1. อุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดโรงพยาบาลกระบี่เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาอุบัติการณ์ผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลกระบี่ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์และบันทึกในโปรแกรม Hosxp มีความสมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียน

กรอบแนวคิดการวิจัย



คำจำกัดความ

1. ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (pre-eclampsia with severe feature) คือการที่มีภาวะ preeclampsia ร่วมกับอาการหรืออาการแสดงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1.1 Systolic blood pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic blood Pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

1.2 เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

1.3 ค่าการทำงานของตับผิดปกติ AST, ALT เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าและ มีอาการ severe persistent right upper quadrant หรือ epigastric pain ที่ไม่ตอบสนองต่อยาและไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่นเกิด

1.4 ค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม

1.5 pulmonary edema

1.6 ปวดศีรษะ (new onset, unresponsive to medication)

1.7 สายตาพร่ามัว (visual symptoms)

2. อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง หมายถึง จำนวนครั้งของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567 จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

3. ผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง หมายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งอาจมีตั้งแต่ภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยไปจนถึงภาวะที่อันตรายถึงชีวิตดังนี้

ผลกระทบต่อมารดา

1. Severe Hypertension: หมายถึง ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท

2. ภาวะชัก(Eclampsia)

3. HELLP Syndrome

4. Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)

5. คลอดก่อนกำหนด

6. เลือดออกในสมอง

7. ภาวะตกเลือดหลังคลอด

8. รกลอกตัวก่อนกำหนด

9. Pulmonary Edema

10. Acute Respiratory failure

ผลกระทบต่อทารก

1. ทารกโตช้าในครรภ์(IUGR)

2. ทารกคลอดก่อนกำหนด(preterm birth)

3. ทารกขาดออกซิเจน(fetal distress)

4. ทารกเสียชีวิตในครรภ์(Stillbirth)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง(Retrospective Chart Review: RCR) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดโรงพยาบาลกระบี่ โดยมีขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1. กำหนดคำถามวิจัย: อุบัติการณ์และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลกระบี่เป็นอย่างไร
2. กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย: มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
3. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้
 - 3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว
 - 3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ช่องทางคลอด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
 - 3.3 ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ โดยเก็บข้อมูล Severe Hypertension Eclampsia HELLP Syndrome DIC คลอดก่อนกำหนด เลือดออกในสมอง ภาวะตกเลือดหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด Pulmonary Edema Acute Respiratory failure
 - 3.4 ภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์ โดยเก็บข้อมูลน้ำหนักทารกแรกคลอด APGAR Score ทารกโตช้าในครรภ์ (IUGR) คลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ขาดออกซิเจน (fetal distress) และเสียชีวิตในครรภ์ (Stillbirth)
4. จัดทำโครงร่างการวิจัย
5. ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
6. ทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่หลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
7. ค้นหาเวชระเบียน: มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่มาคลอดในโรงพยาบาลกระบี่ จากโปรแกรม hosxp รพ.กระบี่ หลังผ่านการอนุมัติให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่
8. ทำการทบทวนและบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
9. การเก็บรวบรวมข้อมูล: รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตามเครื่องมือที่พัฒนาไว้
10. วิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ตามวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม
11. รายงานผลการศึกษา: เขียนรายงานผลการศึกษาที่ชัดเจน ครบถ้วน และสื่อความหมายได้
12. เผยแพร่ผลงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลกระบี่ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 และบันทึกในโปรแกรม Hosxp จำนวนทั้งสิ้น 161 ราย มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์และมีการบันทึกในโปรแกรม Hosxp มีความสมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียนได้จำนวนทั้งสิ้น 151 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

คัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ มีการบันทึกอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาในโปรแกรม HosXP สมบูรณ์ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2567 มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ มีการบันทึกอาการและการดูแลรักษาไม่สมบูรณ์ มีการส่งต่อไปรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลสูงกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ประกอบด้วย อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ช่องทางคลอด
2. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ โดยเก็บข้อมูล Severe Hypertension Eclampsia HELLP Syndrome DIC คลอดก่อนกำหนด เลือดออกในสมอง ภาวะตกเลือดหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด Pulmonary Edema Acute Respiratory failure และมารดาเสียชีวิต
3. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์ โดยเก็บข้อมูลน้ำหนักทารกแรกคลอด APGAR Score ทารกโตช้าในครรภ์ (IUGR) คลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ขาดออกซิเจน (fetal distress) และเสียชีวิตในครรภ์ (Stillbirth)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อคำถาม การจัดลำดับของข้อคำถาม นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index=CVI) ได้เท่ากับ 0.95 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ตอนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ทำการทบทวนเวชระเบียนจากโปรแกรม Hosxp ของโรงพยาบาลหลังได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. นำแบบบันทึกที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics analysis) ใช้ตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอายุ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และบอกถึงผลของการตั้งครรภ์ที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารกของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

2. ใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Pearson' s Product Moment Correlation ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ COA 088/2567 ผู้วิจัยดำเนินการตามระเบียบและขั้นตอนการทำวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงเรื่องสิทธิประโยชน์ การไม่ทำอันตราย การปกปิดข้อมูล และการรักษาความลับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 151)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
อายุ			2.62	.700
<20 ปี	8	5.3		
20 – 30 ปี	54	35.8		
31 – 40 ปี	77	50.9		
>41 ปี	12	7.94		
ลำดับการตั้งครรภ์			2.21	.797
ครรภ์แรก	35	23.18		
ครรภ์ที่ 2	49	32.45		
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	67	44.37		
อายุครรภ์			2.22	.631
28 – 32 wks	17	11.2		
33 – 37 wks	84	55.3		
38 – 41 wks	50	32.9		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 151) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
การฝากครรภ์			2.79	.485
ไม่ได้ฝากครรภ์	5	3.3		
< 5 ครั้ง	22	14.5		
> 5 ครั้ง	124	81.6		
ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)(Kg/m ²)			2.36	.742
< 25	24	15.8		
25 – 30	49	32.2		
> 30	78	51.3		
ช่องทางคลอด			1.72	.450
ทางช่องคลอด	42	27.6		
ผ่าตัดคลอด	109	71.7		
โรคร่วม			4.42	2.111
เบาหวาน	30	19.7		
ความดันโลหิตสูง	15	9.9		
UTI	3	2.0		
Asthma	5	3.3		
ใช้สารเสพติด	10	6.6		
ไม่มี	88	57.9		

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 151 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.9 มีการตั้งครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 44.37 มีอายุครรภ์ที่ 33 – 37 สัปดาห์ ร้อยละ 55.3 มีการฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 81.6 มี BMI มากกว่า 30 Kg/m² ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่ผ่าท้องคลอด ร้อยละ 71.7 โรคร่วมที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 19.7 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.9 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.6 เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 3.3 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

2.อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 4554 ราย

อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
pre-eclampsia with severe feature	161	3.54
เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	81	50.31
Refer out	10	6.21

จากตารางที่ 2 พบมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 161 รายจากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 4554 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.54 มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.31 และส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลสูงกว่าร้อยละ 6.21

3.ผลของการตั้งครรภ์ต่อมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ตารางที่ 3 ผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ผลกระทบต่อมารดา	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
ผลกระทบต่อมารดา			9.58	4.292
มารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่รุนแรง	81	53.64		
Severe Hypertension	15	9.9		
Eclampsia	2	1.3		
HELLP Syndrome	5	3.3		
Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)	5	3.3		
คลอดก่อนกำหนด	11	7.2		
เลือดออกในสมอง	1	.7		
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	3	2.0		
รกลอกตัวก่อนกำหนด	7	4.6		
Pulmonary Edema	5	3.3		
Acute Respiratory failure	2	1.3		
เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์แต่ไม่รุนแรง	20	13.2		
Asthma	5	3.3		
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	70	46.1		

จากตารางที่ 3 ผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 53.64 เกิด Severe Hypertension ร้อยละ 9.9 Eclampsia ร้อยละ 1.3 HELLP Syndrome, Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), Pulmonary Edema และ Asthma ร้อยละ 3.3 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 7.2 ตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 2.0 รกลอกตัวก่อนกำหนดร้อยละ 4.6 เกิด Acute Respiratory failure ร้อยละ 1.3 มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์แต่ไม่รุนแรงร้อยละ 13.2

4.ผลต่อการรกคลอดของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ตารางที่ 4 ผลกระทบต่อการรกของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (N=151)

ผลกระทบต่อการรก	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
ผลกระทบต่อการรก			4.36	1.241
ทารกโตช้าในครรภ์(IUGR)	5	3.3		
ทารกคลอดก่อนกำหนด(preterm birth)	21	13.8		
ทารกขาดออกซิเจน(fetal distress)	5	3.3		
ทารกเสียชีวิตในครรภ์(Stillbirth)	3	2.0		
ไม่มีผลกระทบ	117	77		

จากตารางที่ 4 ผลกระทบต่อการรกของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงประกอบด้วย preterm และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.8 ทารกโตช้าในครรภ์และทารกขาดออกซิเจนร้อยละ 3.3 และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ร้อยละ 2.0

5.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - value	การแปลผล
อายุ	.826**	.000	สูง
ลำดับการตั้งครรภ์	.917**	.000	สูง
ดัชนีมวลกาย	.928**	.000	สูง
อายุครรภ์	.774**	.000	ปานกลาง
โรคร่วม	.968**	.000	สูง

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 5 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอยู่ในระดับสูงประกอบด้วย อายุของมารดา ลำดับของการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย และมารดาที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับสูงส่วนอายุครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเป็นภาวะที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดยมักเกิดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ตั้งครรภ์แรก เป็นโรคอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าส่วนใหญ่มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์โดยพบมากสุดในอายุครรภ์ที่ 33 -37 สัปดาห์ถึงร้อยละ 55.3 มีการฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้งร้อยละ 81.6 มี BMI มากกว่า 30 kg/m² ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดร้อยละ 71.7 จากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจะแตกต่างกันไปตามประชากรและปัจจัยเสี่ยงโดยทั่วไปจะพบประมาณร้อยละ 2 - 8 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบอุบัติการณ์ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงถึงร้อยละ 3.54 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลกระบี่ในช่วงที่ทำการศึกษา ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงทางด้านมารดาส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก มีอายุน้อยกว่า 20 ปีหรือมากกว่า 40 ปี มีภาวะอ้วน BMI มากกว่า 30 kg/m² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(8,9,10)

ด้านผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงส่งผลกระทบต่อมารดาอย่างรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเช่น เกิดผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ เกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้ไตทำงานผิดปกติ เกิดไตวายเฉียบพลัน เกิดภาวะตับวาย ระดับเอนไซม์ตับสูงขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะ HELLP Syndrome ผลกระทบต่อระบบประสาทเกิดอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำเสี่ยงต่อการตกเลือดอย่างรุนแรง เกิดภาวะ DIC ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ รกลอกตัวก่อนกำหนดซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายทั้งแม่และทารกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบมารดาเกิดภาวะ HELLP Syndrome 5 ราย Severe Hypertension 15 ราย Eclampsia 2 รายมีภาวะ DIC 5 ราย เลือดออกในสมอง 1 ราย Pulmonary Edema 5 ราย Acute Respiratory failure 2 ราย ตกเลือดหลังคลอด 3 ราย รกลอกตัวก่อนกำหนด 7 ราย

ผลกระทบต่อทารกในมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก เนื่องจากภาวะนี้ทำให้การไหลเวียนไปยังรกลดลง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์บกพร่อง ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เพียงพอทำให้เจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อคลอด คลอดก่อนกำหนดจากการเร่งคลอดเพื่อรักษาชีวิตของมารดาและทารก ทารกที่คลอดออกมาเสี่ยงต่อปัญหาการหายใจ (Respiratory Distress Syndrome-RDS) อวัยวะต่างๆยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ เกิดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะสมองพิการหรือพัฒนาการผิดปกติในอนาคตได้ เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด อาจทำให้ทารก เสียชีวิตในครรภ์ได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบอุบัติการณ์ทารก เสียชีวิตในครรภ์ 3 รายจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน ทารกโตช้าในครรภ์(IUGR) มีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ช่วยให้ทราบถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปสู่การเฝ้าระวังและป้องกันในกลุ่มเสี่ยงสูง
2. ช่วยให้แพทย์และบุคลากรพัฒนาการวินิจฉัยและแนวทางการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น
3. ปรับปรุงแนวทางการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก
4. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก
5. พัฒนาแนวทางป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษในอนาคตเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ
6. สนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์คุณภาพ
7. เพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วย

- 4.ปรับปรุงแนวทางการฝากครรภ์และติดตามอาการอาการของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
- 5.พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์และวิจัยต่อยอดโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย
- 6.ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของมารดาและทารก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น กลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม พฤติกรรมการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน
- 2.ศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรมและชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของยีนและโปรตีนที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
- 3.ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอด
- 4.ติดตามพัฒนาการของทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
- 5.ศึกษาประสิทธิภาพของแนวทางการป้องกันและรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษให้มีความครอบคลุมทั้งด้านค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e1–e25.
3. Kongwattanakul K, Saksiriwuttho P, Chaiyarach S, Thepsuthammarat K. Incidence, characteristics, maternal complications and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HELLP syndrome. *J Womens Health*. 2018;10:371–7.
4. Legesse AY, Berhe Y, Mohammed SA, Teka H, Goba G. Prevalence and determinants of maternal and perinatal outcome of preeclampsia at a tertiary hospital in Ethiopia. *Ethiop J Reprod Health*. 2019;11(4):1–8.
5. Lisonkova S, Bone JN, Muraca GM, Razaz N, Wang LQ, Sabr Y, et al. Incidence and risk factors for severe preeclampsia, HELLP syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(5):538.e1–538.e19.

6. Mayrink J, Souza RT, Feitosa FE, Rocha Filho EA, Leite DF, Vettorazzi J, et al. Incidence and risk factors for preeclampsia in a cohort of healthy nulliparous pregnant women: a nested case-control study. *Sci Rep*. 2019;9:9517–26.
7. Zhuang C, Gao J, Liu J, Wang X, He J, Sun J, et al. Risk factors and potential protective factors of pregnancy-induced hypertension in China: A cross-sectional study. *J Clin Hypertens*. 2019;21(5):618–23.
8. สิริยา กิติโยดม. การศึกษาภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 2557;29(3):129–38.
9. พนิดา เหลือล้น, วรพงศ์ ภู่งศ์. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในหญิงไทย. *J Med Assoc Thai*. 2553;93(6):661–6.
10. กิตติพงษ์ เทือกประเสริฐ. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลหนองคาย. *Health Sci Clin Res*. 2565;37:1–9.
11. รัฐิญา เพียรพิเศษ, บุรยา พัฒนจินดากุล, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และผลของการตั้งครรภ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในโรงพยาบาลศิริราช. *Thai J Obstet Gynaecol*. 2560;25:26–34.
12. วันเมษา บรรจงศิลป์. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*. 2563;7(1):5–15.

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการระงับปวดระหว่างยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม กับยา Ketorolac 30 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

ภัทรลีญา ไช้หมาด*

(Received : April 28, 2025; Revised : May 28, 2025; Accepted : June 4, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการระงับปวด ที่ 6 ชั่วโมงและภายใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง หลังได้รับยา Ketorolac 15 มิลลิกรัมกับยา Ketorolac 30 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือด

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาโดยการสุ่มในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลังทั้งหมด 130 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ได้ยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม จำนวน 65 คนกับ กลุ่มที่ได้ยา Ketorolac 30 มิลลิกรัม จำนวน 65คน โดยยาจะฉีดเข้าเส้นเลือดครั้งแรกในห้องผ่าตัดและฉีดทุก 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ที่เวลา 0,6,12,18 ชั่วโมงหลังผ่าตัด)ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินคะแนนความปวด (Visual analog scale) ที่เวลา 6,12,18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และจะได้รับยาพาราเซตามอลหรือ Opioids เมื่อคะแนนความปวดมากกว่า 5 คะแนน บันทึกข้อมูลความปวด ผลข้างเคียงยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าทางสถิติ โดยถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, อายุครรภ์, จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์, ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด, ปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัด, น้ำหนักทารกแรกเกิด, คะแนนความปวดหลังผ่าตัด ชั่วโมงที่ 6,12,18, และ 24 ทั้งขณะพักและเคลื่อนไหวร่างกายและคะแนนความปวดเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยที่ได้ยาแก้ปวดพาราเซตามอลหรือ Opioidsเพิ่มเติมในทั้งสองกลุ่ม

สรุป: ยา Ketorolac ขนาด 15 มิลลิกรัมสามารถใช้ระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังได้

คำสำคัญ : Ketorolac, ผ่าตัดคลอด, ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง, การระงับปวด

* วิทยาลัยแพทย์, โรงพยาบาลกระบี่, E-mail: pattaraleeya@gmail.com

Comparative study of the efficacy of Ketorolac 15mg and 30mg in postoperative pain after cesarean section under spinal anesthesia : A randomized controlled trial

Pattaraleeya Thomard*

(Received : April 28, 2025; Revised : May 28, 2025; Accepted : June 4, 2025)

Abstract

Objectives: To compare the efficacy of parenteral ketorolac 15mg and 30mg in postoperative pain management at 6 hours and within 24 hours after cesarean section under spinal anesthesia

Methods: This randomized controlled trial included 130 patients undergoing cesarean section under spinal anesthesia. Patients were divided into two groups: group A (n=65) received parenteral ketorolac 15mg and group B (n=65) received ketorolac 30mg. Pain scores were assessed using the Visual Analog Scale (VAS) at 6, 12, 18, and 24 hours postoperatively. If pain score more than 5, patient will received Tramadol or opioids injection. Patients demographics data, newborn , and side effects were also recorded. Statistical analytic with significant level at $p < 0.05$

Results: There were no significant differences in demographic characteristics, surgical characteristics, and pain scores between the two groups. Additionally, there were no significant differences in the mean pain scores within the first 24 hours postoperatively. No tramadol or opioids required in both groups.

Conclusions: Ketorolac 15mg can be use for postoperative cesarean section pain management.

Keyword : Ketorolac, Cesarean section, Postoperative pain, Spinal anesthesia

* Anesthesiologist, Krabi Hospital, E-mail: pattaraleeya@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลก (World health organization) แนะนำว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมควรอยู่ที่ 10-15% แต่ประเทศไทยอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึง 30-40% โดยสาเหตุที่ต้องผ่าตัดเช่น ทารกท่าผิดปกติ มารดาอ้วนเชิงกรานแคบ มารดามีภาวะแทรกซ้อนหรือมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อนและเมื่อพบทวนสถิติผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลกระบี่ย้อนหลัง 5 ปี (ปีพ.ศ. 2563-2567) พบว่ามีผู้ป่วยรับการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยปีละประมาณ 2,000 คน หรือคิดเป็นประมาณ 50% ของผู้ป่วยที่มาคลอดทั้งหมด ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบหรือแบบฉีดยาชาทางไขสันหลังขึ้นกับผู้ป่วยและวิสัญญีแพทย์พิจารณา โดยการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาไขสันหลังจะช่วยลดความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจยากในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ได้ ควบคุมความปวดระหว่างผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงเป็นวิธีระงับความรู้สึกที่แนะนำมากกว่าในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอด

อย่างไรก็ตามเมื่อเย็บแผลหลังคลอด ผู้ป่วยจะเริ่มมีความปวดหลังผ่าตัด โดยความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรใน 24 ชั่วโมงแรก จัดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง เป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากการบาดเจ็บและการอักเสบของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดในปัจจุบันใช้วิธีการแก้ปวดแบบผสมผสาน (Multimodal analgesia) โดยการใช้ยามากกว่าหนึ่งกลุ่มร่วมกัน เพื่อหวังผลในการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพจากกลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันและหวังผลเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาตัวใดตัวหนึ่ง ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาล ระเบียบที่ระงับความรู้สึกด้วยวิธีการฉีดยาชาไขสันหลัง (Spinal anesthesia/Subarachnoid anesthesia) วิสัญญีแพทย์จะให้ยามอร์ฟีนร่วมกับยาชา 0.5% Heavy Marcaine ฉีดเข้าไขสันหลังด้วย (Intrathecal Morphine) เพื่อหวังผลลดความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดย opioids ถือเป็นยาแก้ปวดหลักสำหรับระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ส่วนยาแก้ปวดแบบฉีดยากลุ่มอื่น เช่น NSAIDs ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนขึ้นกับวิสัญญีแพทย์และแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้เป็นรายๆ

ในวิธีการแก้ปวดแบบผสมผสาน (Multimodal analgesia) ยา Ketorolac (Ketorolac Tromethamine) มักถูกใช้ร่วมกับยา Opioids เนื่องจากเป็นยากกลุ่ม NSAIDs สามารถใช้ระงับปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงในระยะสั้นได้ (ไม่เกิน 5 วัน ในผู้ใหญ่) Ketorolac มีฤทธิ์ลดปวด ลดไข้ และต้านการอักเสบจากการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase ที่มีหน้าที่สร้าง prostaglandin และไม่มีฤทธิ์กดการหายใจ ยา Ketorolac สามารถใช้ได้ทั้งฉีดเข้าเส้นเลือดและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยขนาดยาฉีดแบบ Multiple dose (ทั้งกรณีฉีดเข้ากล้ามเนื้อและฉีดเข้าเส้นเลือด) ในผู้ใหญ่ต่ำกว่า 65 ปี ไม่ควรเกิน 120 มิลลิกรัม/วัน (ฉีด 30 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง) และในผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี หรือมีการทำงานของไตบกพร่องหรือน้ำหนักน้อยกว่า 50 กิโลกรัม ไม่ควรเกิน 60 มิลลิกรัม/วัน (ฉีด 15 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง) มีการใช้ Ketorolac ขนาดต่ำ โดยปริมาณยาที่ต่ำที่สุดของยา ketorolac ที่มีการศึกษาว่ามีประสิทธิผลในการระงับปวดในผู้ใหญ่คือ 10 และ 15 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือด (1,-5) เนื่องจากยามี Ceiling effect คือขนาดยาที่เพิ่มขึ้นไม่ได้เพิ่มประสิทธิผลในการระงับปวด โดยขนาดยาที่ใช้ประจำที่โรงพยาบาลกระบี่คือ ketorolac 15 และ 30 มิลลิกรัม ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในด้านประสิทธิผลของการระงับปวดระหว่าง ketorolac 15 และ 30 มิลลิกรัม ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการระงับปวดระหว่างยา Ketorolac 15 มิลลิกรัมกับยา ketorolac 30 มิลลิกรัมในการระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาชาไขสันหลัง เพื่อให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพสูงสุดและมีความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความปวด (Visual analog scale) ที่ 6 ชั่วโมงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง หลังได้รับยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม หรือ 30 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือด
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความปวดเฉลี่ย (Visual analog scale) ที่ 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังหลังได้รับยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม หรือ 30 มิลลิกรัม
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยา Opioids รวม ที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

สมมติฐาน

ยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม และ ketorolac 30 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือด ไม่มีความแตกต่างกันในประสิทธิผลการระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยทางคลินิกประเภทการสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized controlled trial) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลังในโรงพยาบาลกระบี่ โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 65 คนเท่ากัน ด้วยวิธีสุ่มเป็นบล็อกด้วยคอมพิวเตอร์ (Block randomized method) ได้แก่ กลุ่มที่ได้ ketorolac 15 มิลลิกรัม และกลุ่มที่ได้ Ketorolac 30 มิลลิกรัม โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินคะแนนความปวดหลังผ่าตัด (Visual analog scale) ที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนความปวดมากกว่า 5 คะแนน จะได้รับยา Tramadol 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดเพื่อลดปวด

ระเบียบวิธีวิจัย

วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลจะขอความยินยอมจากผู้ป่วยโดยอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยและให้ลงในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเพศ อายุ น้ำหนักเป็นกิโลกรัม ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร โรคหัวใจ ประวัติภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และยาใช้ประจำ ทบทวนเวชระเบียนเพื่อดูผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล หลังจากผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด จะมีการติดเครื่องวัดสัญญาณชีพตามมาตรฐานซึ่งประกอบด้วย ค่าความดันโลหิต (Noninvasive blood pressure) อัตราการเต้นของชีพจร (pulse rate), คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ก่อนเริ่มฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จะให้น้ำเกลือ (Balanced salt solution : Normal saline หรือ ACETAR) ทางเส้นเลือด 500 มิลลิลิตร จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายและให้การระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าไขสันหลังด้วยยา 0.5% Heavy Marcaine 2.2 ml + Morphine 0.2 mg เข็มเบอร์ 25/27G, level L3-4 median or paramedian approach, และนอนหงายทันทีหลังฉีดยาชาเสร็จ ทดสอบระดับการชาถึงระดับ T4-6 (pinprick sensation) และให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดต่อจนกระทั่งสัญญาณชีพปกติ บันทึกค่าความดันโลหิต (SBP/DBP) อัตราการเต้นของชีพจร ก่อนทำระหว่างทำและหลังทำการระงับความรู้สึก (Spinal anesthesia) ทุก 5 นาที เมื่อสูติแพทย์เริ่มเย็บปิดผิวหนังหน้าท้อง วิสัญญีแพทย์หรือพยาบาลจะให้ยา Ketorolac 15

หรือ 30 มิลลิกรัมทางเส้นเลือดตามกลุ่มที่ผู้ป่วยสุ่มได้ (Ketorolac ฉีดเข้าเส้นเลือดซ้ำๆ ไม่น้อยกว่า 15 วินาที) และผู้ป่วยจะได้ยาขนาดเดิม ทุก 6 ชั่วโมงทางเส้นเลือดจนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (4 dose) ในกรณีที่ผู้ป่วยปวดและคะแนนความปวดมากกว่า 5 คะแนน (Visual analog scale) ผู้ป่วยจะได้รับยา Tramadol 50 มิลลิกรัมทางเส้นเลือดเพื่อลดปวด (ฉีดซ้ำๆ ไม่น้อยกว่า 1 นาที) หลังผ่าตัดเสร็จจะเก็บข้อมูลความปวดของผู้ป่วยเป็น Visual analog scale ขณะนอนพักและขณะขยับตัวที่เวลา 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยหลังฉีดยาจะเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาและติดตามตลอดการใช้ยา ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก หน้าบวม ตัวบวม ผื่นแดงนูนทั่วตัว ปวดท้อง เลือดออกทางเดินอาหาร ง่วงซึมปลุกยาก หรือมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลังทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์อายุ 18-45 ปี
2. อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ และตั้งครรภ์เดี่ยว
3. ASA status 2-3
4. น้ำหนักมากกว่า 50 กิโลกรัม

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

1. การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy)
2. มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ต้องฉีดยาอินซูลิน (GDMA2)
3. มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) หรือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
4. ครรภ์แฝด
5. มีโรคประจำตัว โรคหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ
6. มีประวัติโรคหืด (Asthma) หรือต้องพ่นยาขยายหลอดลมเป็นประจำ
7. มีประวัติเลือดออกทางเดินอาหารหรือแผลในกระเพาะอาหาร
8. มีประวัติภาวะไตเสื่อม โรคไตเรื้อรัง หรือ ภาวะไตทำงานผิดปกติ
9. มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม Opioids หรือยาชา Marcaine
10. มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม NSAIDs
11. มีประวัติเลือดออกในสมอง หรืออยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย
12. มีประวัติกำลังใช้ยา Aspirin (ASA) หรือ NSAIDs ตัวอื่นอยู่ หรือยา Probenecid
13. มีประวัติภาวะตับอักเสบ โรคตับเรื้อรัง หรือ ภาวะตับทำงานผิดปกติ

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัด เช่น มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะมดลูกไม่แข็งตัว หรือมีภาวะชักหลังผ่าตัด
2. ทารก Preterm น้ำหนักน้อยกว่า 1800 กรัม หรือมีภาวะผิดปกติต้องเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เช่น มีภาวะหายใจเหนื่อย มีโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

จากการศึกษาของ วัชรารณ อนวัชกุล(6) พบว่าค่า visual analog scores (VAS) ในกลุ่ม ketorolac 30 mg ที่ 6 ชั่วโมง พบว่าได้มีเฉลี่ย 6.2 ± 1.78 จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่าในกลุ่ม ketorolac 15 mg จะให้ค่าต่างกันไม่เกิน 1 คะแนน โดยยอมรับความคลาดเคลื่อน (margin) 0.10 จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

โดยกำหนดให้

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ คือ ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ 0.842

$$n = \frac{(r+1)\sigma^2(Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2}{r(\Delta - d)^2}$$

$$= \frac{(1+1)1.78^2(0.84 + 1.96)^2}{1(1 - 0.10)^2}$$

$$= 61.3 / \text{กลุ่ม}$$

จากผลการคำนวณจะต้องใช้จำนวนตัวอย่างต่อกลุ่ม 61.3 คน โดยผู้วิจัยกำหนด loss to follow-up ที่ร้อยละ 5 ทำให้จำนวนตัวอย่างต่อกลุ่มอย่างน้อย 65 คนต่อกลุ่มและใช้วิธีการสุ่มแบบ Random mixed-block randomization โดยคอมพิวเตอร์ เพื่อสร้างการสุ่มแบบบล็อกให้มีความสมดุลระหว่างสองกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและลงข้อมูลผู้ป่วยในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (Case record form) ซึ่งประกอบด้วย

ข้อมูลส่วนตัว : อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, อายุครรภ์, เหตุที่มาผ่าตัดคลอด, การผ่าตัดคลอดครั้งที่เท่าไร

ข้อมูลระหว่างผ่าตัด : ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ขนาดยาและเวลาที่ฉีดยา Ketorolac การเสียเลือดและการให้ปริมาณสารน้ำระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลหลังผ่าตัด : คะแนนความปวด (Visual analog scale) ขณะพักและขณะขยับที่ 6, 12, 18, 24 ชั่วโมง และผลข้างเคียงของยา Ketorolac ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก หน้าบวม ตัวบวม ผื่นแดงนูนทั่วตัว ความดันโลหิตต่ำหรือสูงผิดปกติ ปวดท้องเลือดออกทางเดินอาหาร ง่วงซึมปลุกยาก, การใช้ยา Tramadol เพื่อแก้ปวดภายใน 24 ชั่วโมง, ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (คัน คลื่นไส้ อาเจียน ตกเลือดหลังคลอด) ปริมาณปัสสาวะ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนของทารก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (case record form) โดยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา แสดง จำนวนค่าเฉลี่ย (mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (median) และพิสัย (range) หรือความถี่ (frequency) และร้อยละ (percent)

- 2) สถิติในการเปรียบเทียบตัวแปรไม่ต่อเนื่องใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆของตัวแปรอิสระและในตัวแปรที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้สถิติ independent student t-test หรือ Mann-Whitney U-test
- 3) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวด (Visual analog scale) ขณะพักและขณะขยับที่ 6,12,18,24 ชั่วโมงโดยการวิเคราะห์ Linear Mixed Effects Model
- 4) ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี COA 144/2567 เลขที่โครงการวิจัย REC 67-0135

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของยา ketorolac ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลังทั้งหมด 130 คน โดยสุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นอิสระแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับยา Ketorolac 15 มิลลิกรัมจำนวน 65 คน กับกลุ่มที่ได้รับยา Ketorolac 30 มิลลิกรัม จำนวน 65 คน พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติของข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดระหว่างประชากรสองกลุ่ม($P\text{-value} > 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระหว่างผ่าตัด (Patient demographics data and intra-operatives variable)

	K15 (n=65)	K30 (n=65)	p-value
อายุ (ปี)	28.27 ± 5.74	29.78 ± 4.97	0.112
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	77.43 ± 13.70	76.43 ± 14.87	0.689
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	158.27 ± 6.11	158.66 ± 5.27	0.701
Body Mass Index (kg/m ²)	30.89 ± 5.15	30.31 ± 5.36	0.525
Parity			
primiparous	19 (29.23%)	19 (29.23%)	1.000
multiparous	46 (70.77%)	46 (70.77%)	
Gestational age (weeks)	38.49 ± 1.67	38.12 ± 1.03	0.133
มาผ่าตัดคลอดเนื่องจาก			0.128
Previous C/S	33 (50.77%)	30 (46.15%)	
Non-vertex position	2 (3.08%)	4 (6.15%)	
Cephalopelvic disproportion	11 (16.92%)	8 (12.31%)	
Unfavorable cervix	0 (0)	3 (4.62%)	
Prolong Latent phase	3 (4.62)	6 (9.23%)	
Prolong PROM	1 (1.54%)	4 (6.15%)	
Prolong active phase	11 (16.92%)	3 (4.62%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระหว่างผ่าตัด (Patient demographics data and intra-operatives variable) (ต่อ)

	K15 (n=65)	K30 (n=65)	p-value
Near post-term	3 (4.62%)	5 (7.69%)	
Others	1 (1.54%)	2 (3.08%)	
ครั้งนี้ผ่าตัดครั้งที่			
1	31(47.69)	34(52.31)	0.599
≥2	34(52.31)	31(47.69)	
Repeat cesarean delivery	34	31	
Tubal resection			0.553
Yes	19 (29.23%)	16 (24.62%)	
No	46 (70.77%)	49 (75.38%)	
Estimated blood loss (mL)	393.07 ± 106.02	362.30 ± 94.38	0.082
Urine output (mL)	60 (40, 100)	50 (40, 80)	0.136
Crystalloid total (mL)	1511.53 ± 313.71	1430 ± 209.50	
น้ำหนักแรกเกิดทารก(grams)	3206.46 ± 405.31	3113.23 ± 417.91	0.199

ผลการศึกษาคะแนนความปวดของผู้ป่วย (visual analog scale) หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ขณะพัก (At rest) ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ที่ 4 เวลา ได้แก่ หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง, หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง, หลังผ่าตัด 18 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญของคะแนนความปวดขณะพักระหว่างสองกลุ่ม (P-value > 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ที่ 4 ช่วงเวลาขณะพัก (At rest)

	K15 (n=65)	K30 (n=65)	Mean difference (95%CI)	p-value
Pain score at rest 6 hr	2.03±0.63	2.00±0.53	0.03(-0.17, 0.23)	0.781
Pain score at rest 12 hr	2.24±0.64	2.32±0.56	-0.07(-0.28, 0.13)	0.486
Pain score at rest 18 hr	2.36±0.65	2.44±0.61	-0.07(-0.29, 0.14)	0.489
Pain score at rest 24 hr	2.27±0.78	2.44±0.64	-0.17(-0.42, 0.08)	0.126

ผลการศึกษาคะแนนความปวดของผู้ป่วย (visual analog scale) หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย (At movement) ที่ 4 เวลา ได้แก่ หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง, หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง, หลังผ่าตัด 18 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญของคะแนนความปวดขณะพักระหว่างสองกลุ่ม (P-value > 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ที่ 4 ช่วงเวลาขณะเคลื่อนไหวร่างกาย (At movement)

	K15 (n=65)	K30 (n=65)	Mean difference (95%CI)	p-value
Pain score at movement 6 hr	2.35±0.83	2.58±0.95	-0.23(-0.54, 0.08)	0.108
Pain score at movement 12 hr	2.66±0.81	2.87±0.78	-0.22(-0.49, 0.06)	0.134
Pain score at movement 18 hr	2.69±0.71	2.86±0.72	-0.17(-0.41, 0.08)	0.239
Pain score at movement 24 hr	2.64±0.96	2.80±0.79	-0.15(-0.45, 0.15)	0.284

และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติของคะแนนความปวดเฉลี่ย (Visual analog scale) ที่ 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตลอดด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง หลังได้รับยา Ketorolac 15 มิลลิกรัม หรือ 30 มิลลิกรัม โดยคะแนนความปวดเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงขณะพักเท่ากับ 2.23 และ 2.30 ตามลำดับ, P-value 0.471 และคะแนนความปวดเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงขณะเคลื่อนไหวร่างกายเท่ากับ 2.59 และ 2.78 ตามลำดับ P-value 0.191

หลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก ไม่มีผู้ป่วยที่ให้คะแนนความปวดมากกว่า 5 คะแนน จึงไม่มีการให้ยา Opioids เพิ่มเติม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปริมาณยา Opioids ที่ใช้หลังผ่าตัดใน 6,24 ชั่วโมงแรก

	K15 (n=65)	K30 (n=65)	p-value
Opioid consumption in first 6hr	0±0	0±0	NA
Opioid consumption in first 24hr	0±0	0±0	NA

และจากการศึกษาไม่พบผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา Ketorolacในการวิจัยนี้ อาการคัน อาการคลื่นไส้อาเจียน ปริมาณปัสสาวะรวมใน 24 ชั่วโมงแรก ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปริมาณปัสสาวะ,อาการคัน,อาการคลื่นไส้อาเจียน,ระยะเวลานอนโรงพยาบาล

	K15 (n=65)	K30 (n=65)	p-value
Urine output in first 24 hour (mL)	1303.07 ± 203.84	1345.38 ± 239.09	0.279
Nausea/Vomitingที่ต้องใช้ยาแก้			0.344
Yes	4 (6.15%)	7 (10.77%)	
No	61 (93.85%)	58 (89.23%)	
Itching ที่ต้องใช้ยาแก้			0.496
Yes	0 (0)	2 (3.08)	
No	65 (100)	63 (96.92)	
Length of hospital stay (day)	3.06±0.24	3.09±0.29	0.514

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้เลือกใช้ยา Ketorolac เนื่องจากเป็นยา NSAIDs ชนิดฉีดที่มีใช้ในโรงพยาบาลและราคาถูกกว่ายา Parecoxib โดยสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (The American Academy of Pediatrics : AAP) ให้ใช้ยาตัวนี้ได้ ในหญิงให้นมบุตร⁽⁷⁻⁸⁾ (AAP Classification: Category 3 : Compatible) โดยให้อย่างระมัดระวังเนื่องจากข้อมูลยังจำกัด ในการศึกษาในมนุษย์ ยานี้พบในน้ำนมแม่ได้แต่ในปริมาณน้อย โดยยามีค่า RID (Relative Infant Dose) ต่ำ^(8,3) (RID : 0.16-0.4%) และในช่วงวันแรกหลังผ่าตัดยังมีปริมาณน้ำนมน้อย(Colostrum) ยาจึงผ่านไปยังทารกน้อยมาก⁽³⁾ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจำกัดให้ Ketorolac เฉพาะใน 18 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ที่เวลา 0,6,12,18 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง โดยยาจะช่วยลดปวดได้ถึง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ปริมาณยาที่ผ่านทางน้ำนมไปยังทารกจึงน้อยมาก ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจำกัดให้ Ketorolac เฉพาะใน 18 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ที่เวลา 0,6,12,18 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง โดยยาจะช่วยลดปวดได้ถึง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ปริมาณยาที่ผ่านทางน้ำนมไปยังทารกจึงน้อยมาก ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในมารดาที่อายุครรภ์ครบกำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเท่านั้น และ จากการศึกษาของ Wischnik A (1989)⁽⁹⁾ และคณะ ได้ทำการศึกษาระดับปริมาณยาKetorolacในน้ำนม หลังมารดากินยา ketorolac พบว่ามีปริมาณยาKetorolac ในน้ำนมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (อัตราส่วนระหว่างน้ำนมแม่กับความเข้มข้นของKetorolacในเลือดอยู่ระหว่าง 0.015 ถึง 0.037)

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (P >0.01) ทั้งในด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระหว่างผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านผลข้างเคียงระหว่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีผู้ป่วยมีภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและการใช้ยา Ketorolac 15 มิลลิกรัมอาจช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากใช้ในขนาดที่น้อยกว่า

และจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ายา Ketorolac 15 มิลลิกรัมและ 30 มิลลิกรัมมีประสิทธิภาพในการระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาเข้าไขสันหลังเท่ากัน (P value >0.01) โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคะแนนความปวดทั้งขณะพักและขณะเคลื่อนไหวไม่ต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทุกช่วงเวลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Motov S (2016)⁽³⁾ และคณะ ที่ทำการศึกษาระดับประสิทธิผลของยาระงับปวดระหว่าง Ketorolac 10,15 และ 30 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยที่ผ่าท้องฉุกเฉินและมีความปวดเฉียบพลันระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน) จำนวนทั้งหมด 240 คน (กลุ่มละ 80คน) พบว่าคะแนนความปวดที่ลดลงหลังฉีดยาไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม, และ ketorolac 10 มิลลิกรัมสามารถระงับปวดได้เพียงพอเทียบเท่ากับ Ketorolac 15 และ 30 มิลลิกรัม (ceiling dose) และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Duttchen K. M (2017)⁽¹⁾ และคณะได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาระหว่าง Ketorolac 15 และ 30 มิลลิกรัม ในการระงับปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวนทั้งหมด 50 คน (กลุ่มละ 25 คน) พบว่าketorolac 30 มิลลิกรัมไม่ได้ระงับปวดได้เหนือกว่า ketorolac 15 มิลลิกรัม และจากการศึกษาของ Eidinejad L (2020)⁽²⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาระหว่าง Ketorolac 10,20 และ 30 มิลลิกรัม ในการระงับปวดผู้ป่วยที่ปวดจากนิ้วในไตที่ผ่าที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 165 คน (กลุ่มละ 55 คน) พบว่าประสิทธิผลในการลดปวดจากนิ้วในไตที่ 30 นาทีหลังฉีดยา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ และปริมาณการใช้ opioids ที่ 30-60 นาที ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ไม่มีผู้ป่วยที่ขอยาแก้ปวดทรมานหรือ opioids เพิ่มเติมในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ซึ่งแสดงว่ายา Ketorolac แบบฉีดเข้าเส้นเลือดสามารถลดปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาเข้าไขสันหลังได้เพียงพอ (Pain score < 5) ลดการใช้ยา opioidsได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Kasemsin P (2017)⁽¹⁰⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาระงับปวดระหว่าง Ketorolac 30 มิลลิกรัม กับ Meperidine 50 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดและได้ยามอร์ฟีนทางไขสันหลัง จำนวน 580 คน (Ketorolac n = 297,Meperidine n=283) พบว่า Ketorolac

มีประสิทธิภาพลดปวดหลังผ่าตัดคลอดได้ไม่ต่างกับ Meperidine และในการศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบของ Yurashevich.M (2020)⁽¹¹⁾ และคณะ พบว่าประสิทธิภาพของยาาระงับปวดระหว่าง Ketorolac 15 มิลลิกรัม กับ Ketorolac 30 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดบุตรและได้มอร์ฟีนทางไขสันหลังจำนวน 1,349 คน (15 mg Ketorolac n=999, 30 mg n=350) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของปริมาณยา Opioids ที่ใช้หลังผ่าตัดระหว่างสองกลุ่ม ที่ 6 ชั่วโมง, 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

ดังนั้นการใช้ยา Ketorolac 15 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดมีประสิทธิภาพไม่ต่างกับยา ketorolac 30 มิลลิกรัม ในการระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง อาจช่วยลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงจากยาและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ยาKetorolac ขนาด 15 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดมีประสิทธิภาพในการระงับปวดหลังผ่าตัดคลอด ด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลังได้เทียบเท่ายาKetorolac ขนาด 30 มิลลิกรัม โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านผลข้างเคียงและคะแนนความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 ทั้งขณะพักและเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งช่วยให้แพทย์และพยาบาลสามารถเลือกขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดและช่วยลดความเสี่ยงของ ผลข้างเคียงจากยาที่มีขนาดสูง โดยการใช้ยา Ketorolac ขนาด 15 มิลลิกรัมเป็นทางเลือกในการระงับปวดหลังผ่าตัดคลอด ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใช้ (Multimodals analgesia) แทนการใช้ยาขนาด 30 มิลลิกรัมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษายังไม่มาก เป็นการวิจัยที่จำกัด เฉพาะที่โรงพยาบาลกระบี่ และยา ketorolac เป็นยาเสริมในการระงับปวด(ยาหลักคือมอร์ฟีนทางช่องไขสันหลัง) และการศึกษาไม่ได้ประเมินผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการศึกษาด้านการติดตามค่าไต(Creatinine) ดังนั้นควรเพิ่มจำนวน ประชากรเพื่อยืนยันผลการวิจัยนี้และประเมินผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการศึกษาเพิ่มเติม

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะอาการปวดบริเวณช่องท้องหลังผ่าตัด เนื่องจากยา Ketorolac จัดอยู่ในกลุ่มยา NSAIDs ได้มีการนำมาใช้ระงับปวดหลังผ่าตัดต่างๆในการรักษาแบบผสมผสาน (Multimodals analgesia) เพื่อช่วยลดการใช้ยา opioids ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มประชากรที่ศึกษาและตำแหน่งที่ปวด เช่น กลุ่มผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, การผ่าตัดกระดูก, การผ่าตัดทางเดินอาหารหรือระบบทางเดินปัสสาวะ และหูดอก เพื่อลดปริมาณการใช้ opioids ลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยา ลดปริมาณการใช้ยาขนาดสูง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวไว โดยใช้ยาKetorolac ในขนาดต่ำที่ยังมี ประสิทธิภาพเพียงพอในการระงับปวด

เอกสารอ้างอิง

- 1.American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. 1994;93:137–50.
- 2.Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury: Thomson Learning; 2000. p.308.
- 3.Choo V, Lewis S. Ketorolac doses reduced. Lancet. 1993;342(8863):109.

4. Chow SC, Shao J, Wang H. Sample size calculations in clinical research. 2nd ed. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC; 2003. p.59.
5. Cohen SE, Desai JB, Ratner EF, Riley ET, Halpern J. Ketorolac and spinal morphine for postcesarean analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 1996;5:14–8.
6. Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001;108:776–89.
7. De Oliveira GS Jr, Agarwal D, Benzon HT. Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesth Analg*. 2012;114(2):424–33.
8. Duttchen KM, Lo A, Walker A, McLuckie D, De Guzman C, Roman-Smith H, et al. Intraoperative ketorolac dose of 15mg versus the standard 30mg on early postoperative pain after spine surgery: A randomized, blinded, non-inferiority trial. *J Clin Anesth*. 2017;41:11–5.
9. Eidinejad L, Bahreini M, Ahmadi A, Yazdchi M, Thiruganasambandamoorthy V, Mirfazaelian H. Comparison of intravenous ketorolac at three doses for treating renal colic in the emergency department: A noninferiority randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2021;28(7):768–75.
10. Forestell B, Sabbineni M, Sharif S, Chao J, Eltorki M. Comparative effectiveness of ketorolac dosing strategies for emergency department patients with acute pain. *Ann Emerg Med*. 2023;82(5):615–23.
11. Hozo SP, Djulbegovic B, Hozo I. Estimating the mean and variance from the median, range, and the size of a sample. *BMC Med Res Methodol*. 2005;5:13.
12. Kasemsin P, Suwannarurk K, Pongrojpraw D, Chanthasenont A, Lertvutivivat S, Pattaraarchachai J, et al. Effect of intravenous ketorolac on postoperative pain after cesarean section: A randomized double-blinded controlled trial. *J Med Assoc Thai*. 2017;100(Suppl.5):S168–74.
13. National Institute of Child Health and Human Development. Ketorolac. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®)*. 2024.
14. Kulo A, van de Velde M, van Calsteren K, Smits A, de Hoon J, Verbesselt R. Pharmacokinetics of intravenous ketorolac following caesarean delivery. *Int J Obstet Anesth*. 2012;21:334–8.
15. Lefchak B, Morgan D, Finch M, Madhok M, Raschka M. Ketorolac dose ceiling effect for pediatric headache in the emergency department. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2024;29(5):494–500.
16. Macario A, Lipman AG. Ketorolac in the era of cyclo-oxygenase-2 selective nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a systematic review of efficacy, side effects, and regulatory issues. *Pain Med*. 2001;2(4):336–51.
17. Motov S, Yasavolian M, Likourezos A, Pushkar I, Hossain R, Drapkin J, et al. Comparison of intravenous ketorolac at three single-dose regimens for treating acute pain in the emergency department: A randomized controlled trial. *Ann Emerg Med*. 2017;70(2):177–84.
18. Rathmell JP, Viscomi CM, Ashburn MA. Management of non-obstetric pain during pregnancy and lactation. *Anesth Analg*. 1997;85(5):1074–87.
19. Soleyman-Zomalan E, Motov S, Likourezos A, Cohen V, Pushkar I, Fromm C. Patterns of ketorolac dosing by emergency physicians. *World J Emerg Med*. 2017;8(1):43–6.

20. Wischnik A, Manth SM, Lloyd J, Bullingham R, Thompson JS. The excretion of ketorolac tromethamine into breast milk after multiple oral dosing. *Eur J Clin Pharmacol.* 1989;36(5):521–5.
21. Yurashevich M, Pedro C, Fuller M, Habib AS. Intra-operative ketorolac 15mg versus 30mg for analgesia following cesarean delivery: a retrospective study. *Int J Obstet Anesth.* 2020;44:116–21.
22. อนวัชกุล ว. ประสิทธิภาพของยาคีโตนาล็อกเปรียบเทียบกับมอร์ฟินในการระงับอาการปวดแผลหลังผ่าตัดคลอดด้วยวิธีดมยาสลบ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.* 2562;27(3):240–8.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา

ศุภกาญจน์ เพชรป่าพะยอม *

(Received : March 11, 2025; Revised : April 10, 2025; Accepted : April 12, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์คือข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ปัจจัยสัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาพักฟื้นของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงาและได้รับการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบและตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้เครื่องมือทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Mann-Whitney U test และ Fisher's exact test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ใช้ในการทดสอบที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าอุบัติการณ์การตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงาอยู่ที่ 28 ต่ออัตราการคลอด 1,000 ราย (ปี พ.ศ. 2566) เข้าเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 91 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 99 ราย กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 28 ปี กลุ่มศึกษาให้ประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 97.8 ประวัติที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 41.8 จำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ยตั้งแต่ 3 ครั้ง พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติร้อยละ 30 คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 18.7 ประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือใช้กัญชากระท่อมร้อยละ 85.7 คนในครอบครัวใช้สารเสพติดร้อยละ 67 มารดาและทารกหลังคลอดพักฟื้นนานกว่าปกติแบบมีนัยสำคัญ

สรุป: อุบัติการณ์การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้งเป็นต้นไป พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล ประวัติใช้สารเสพติดหรือสูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือใช้กัญชากระท่อม คนในครอบครัวใช้สารเสพติด

คำสำคัญ : อุบัติการณ์, สารเมทแอมเฟตามีน, หญิงตั้งครรภ์, ปัจจัยสัมพันธ์

* นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลพังงา, Email: Suppagan_petch@hotmail.com

Prevalence and associated factors of urine methamphetamine positive in maternal labor pain at delivery room of Phangnga hospital

Suppagan Petchphapayom *

(Received : March 11, 2025; Revised : April 10, 2025; Accepted : April 12, 2025)

Abstract

The purpose of this research was to study the prevalence and factors associated with urine methamphetamine positivity among pregnant women in labor and to compare maternal and neonatal outcomes between methamphetamine-positive and negative groups. This retrospective cohort study analyzed data from pregnant women who presented at the labor room at Phangnga Hospital between 1 October 2019 and 1 October 2023. Medical chart reviews tracked patients with urine methamphetamine tests. Demographics, history of prenatal care substance use history, clinical manifestations, and clinical outcomes of both mothers and newborns were compared between urine methamphetamine-positive and negative groups. Comparisons were made using the Mann-Whitney U test and Fisher's exact test.

The results revealed that the prevalence of urine methamphetamine-positive was 28 per 1,000 labor cases. Among 190 pregnant women tested, 91 were urine methamphetamine positive and 99 were negative. Median age was 28 years. The positive group had later initiation of antenatal care GA 22 weeks, history of no antenatal care 41.8%, multipara, exhibited more mood abnormalities 30%, birth before arrival 18.7%, history of substance used 98%, associated factors such as smoker drinker cannabis-kratom used 85.7 %, family members use drugs 67%. The positive group longer hospital stays for both newborns and mothers 4 days than negative group.

Conclusion: The prevalence of methamphetamine used is on rise. Associated factors with detection include no antenatal care, multipara, abnormal behavior and emotions, birth before arrival, substances use, family members using substances.

Keyword : Prevalence of urine methamphetamine positive in maternal labor pain, Associated factors of urine methamphetamine positive in maternal labor pain.

* Expert Docter, Phangnga hospital, Email: Suppagan_petch@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญปัญหายาเสพติดมาช้านาน โดยสภาพปัญหาเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย เศรษฐฐานะ การศึกษา และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย⁽¹⁾ รายงานการใช้สารเสพติด ชนิดเมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ร้อยละ 65.59 และสารอื่นๆอยู่ที่ร้อยละ 34.05 หากจำแนกตามชนิดสารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการ บำบัดรักษามากที่สุดที่สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติพระบรมราชชนนี(สบยช)กรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2566⁽²⁾ คือ ยาบ้า (Methamphetamine) ร้อยละ 38.95 เฮโรอีนร้อยละ 17.67 สุราร้อยละ 15.61 และอื่นๆ และในปัจจุบันพบการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์⁽³⁻⁸⁾ อีกทั้งส่งผลต่อสมรรถภาพ การเจริญเติบโตและความผิดปกติของทารกทั้งภายในและภายนอกได้แก่ ปากแหว่งเพดานโหว่ โครงสร้างหัวใจและ กระโหลกศีรษะผิดปกติ⁽⁷⁻¹⁴⁾ เป็นต้น หากนิยามความหมายของสารเสพติด⁽¹⁵⁾ คือสารที่ไม่ใช่อาหารแต่มีผลกระทบต่อการ ทำงานของร่างกายและจิตใจ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทตามการออกฤทธิ์ ได้แก่ 1) สารกระตุ้นประสาท เช่น บุหรี่ โคเคน ยาบ้า ไอซ์ กระท่อม 2) สารกดประสาท เช่น เหล้า เฮโรอีน 3) สารหลอนประสาท เช่น ยาอี ยาเค 4) สารที่ออกฤทธิ์ ผสมผสาน เช่น กัญชา และจากการทบทวนงานวิจัยย้อนหลังในประเทศไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มีค่อนข้างจำกัด โดยข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 1.7 -6.4 ต่ออัตราการคลอด 1000 คน^(2-5,16) และหากทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดชนิด เมทแอมเฟตามีนในปัจจุบันก็มีค่อนข้างจำกัดเช่นกัน สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิง ตั้งครรภ์ในงานวิจัยในอดีต ได้แก่ ประวัติการฝากครรภ์^(3,8) ประวัติคนในครอบครัวใช้สารเสพติด⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ภาวะซึมเศร้าในหญิง ตั้งครรภ์⁽⁴⁻⁵⁾ เป็นต้น สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศได้รายงานพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิง ตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 5-20⁽²⁰⁻²¹⁾ และการรายงานส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยชัดเจน เนื่องจากไม่ได้จำแนกชนิดของสารเสพติด จึงเป็นที่มาของการทำงานวิจัย

สำหรับโรงพยาบาลพังงาเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดูแลผู้ป่วยระดับตติยภูมิ ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงทั้งในเครือข่ายและนอกเขตบริการ รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและพื้นที่จังหวัดข้างเคียง ได้เล็งเห็นปัญหาหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติดเป็นวาระที่ต้องแก้ไข เนื่องจาก ขณะปฏิบัติงานพบหญิงตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์ร่วมกับใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยตรวจพบ 1 รายใน ปี พ.ศ. 2562 และ 10 รายในปี พ.ศ. 2563 อาจเนื่องจากการคัดกรองยังไม่ีระบบที่ชัดเจน แต่คาดการณ์ว่ามี แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการบางรายมีพฤติกรรมผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิต หากซักประวัติเพิ่มเติมโดยละเอียดมักได้ประวัติการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะชนิดยาบ้าและยาไอซ์ สำหรับประวัติที่มักพบสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ คลอดบุตรก่อนถึงโรงพยาบาล สูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดได้แก่ กัญชา กระท่อม ความดันโลหิตสูงผิดปกติในอายุครรภ์น้อย หรือการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถอธิบายจากการดำเนินโรคโดยทั่วไป สำหรับทารกที่เกิดจากมารดาในกลุ่มนี้พบทารกคลอด ก่อนกำหนด ทารกตัวเล็กกว่าเกณฑ์ และมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกคลอดในอัตราที่สูงขึ้น บางรายเสียชีวิตจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

สำหรับในอดีตยังไม่มี การเก็บบันทึกและรายงานพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนจึงไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ทำให้เริ่มมีการตรวจคัดกรองการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น ทางผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาเหล่านี้ จึงนำมาสู่การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์

ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เก็บสถิติ พัฒนาเครื่องมือในการสืบค้นผู้ป่วย
ลดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมทั้งวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร
ณ โรงพยาบาลพังงา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร
ณ โรงพยาบาลพังงา

ขอบเขตงานวิจัย

ศึกษาข้อมูลเวชทะเบียนย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร
ณ โรงพยาบาลพังงา ร่วมกับมีประวัติการส่งตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 -
1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรวบรวมผ่านระบบห้องตรวจปฏิบัติการและได้รับการลงรหัสวินิจฉัยโรค
หลัก ICD 10 (version 2014)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทบทวนเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์
ที่มาคลอดบุตรและได้รับการตรวจ
สารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

ข้อมูลที่เก็บบันทึกดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว
2. ข้อมูลการตั้งครรภ์
3. ข้อมูลการตรวจพบหรือไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
4. ปัจจัยสัมพันธ์ในการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่
 - ไม่ฝากครรภ์
 - พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติ ได้แก่ ก้าวร้าวหรือฉุนเฉียว หรือง่วงซึม อื่นๆ
 - คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล
 - ประวัติใช้สารเสพติดหรือพบการใช้ในท้องก่อนหรือสูบบุหรี่หรือกัญชากระท่อมหรือติ่มสุรา
 - บุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวใช้สารเสพติด
5. ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด
6. การดูแลหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. กำหนดหัวข้อวิจัยโดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากทฤษฎีเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. ขอรับการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพังงา
3. ขออนุญาตใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยตามคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงา
4. จัดทำเครื่องมือที่จะใช้บันทึกข้อมูลในการวิจัย
5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงาร่วมกับมีประวัติการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 - 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566
6. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผล
7. เผยแพร่ผลงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณแบบเฉพาะเจาะจงคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงาและมีการส่งตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 - 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.6 โดยกำหนดค่า power เท่ากับ 90% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 65 ราย ในกลุ่มศึกษา และ 136 ราย ในกลุ่มเปรียบเทียบ

สำหรับประชากรที่นำมาวิเคราะห์ในงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรวบรวมผ่านระบบห้องตรวจปฏิบัติการและได้รับการลงรหัสวินิจฉัยโรคหลัก ICD 10 (version 2014) จำนวน 190 คน ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของประชากรที่เกิดขึ้นจริงในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงาและอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการส่งตรวจสารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
3. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในช่วง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 - 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566
4. ตั้งครรภ์ท้องเดียว

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้คลอดบุตร
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
4. ไม่ได้ตั้งครรภ์เดี่ยว

คำนิยามประชากร

หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลบวกจะเป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 91 คน

- หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลลบเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 99 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรงพยาบาลพังงา

รายละเอียดการเก็บบันทึกดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว
2. ข้อมูลการตั้งครรภ์
3. ข้อมูลการตรวจพบหรือไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
4. ปัจจัยสัมพันธ์ในการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่
 - ไม่ฝากครรภ์
 - พฤติกรรมและอารมย์ผิดปกติ ได้แก่ ก้าวร้าวหรือฉุนเฉียวหรือง่วงซึม อื่นๆ
 - คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล
 - ประวัติใช้สารเสพติดหรือพบการใช้ในท้องก่อนหรือสูบบุหรี่หรือกัญชากระท่อมหรือติ่มสุรา
 - บุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวใช้สารเสพติด
5. ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด
6. การดูแลหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลพังงา
2. เริ่มเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ในข้อมูลเชิงปริมาณ การวัดค่ากลางและการกระจายตัวนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) ในข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบโดยใช้วิธีการทดสอบทางสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรแบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) และหลายตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ใช้ในการทดสอบที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการโรงพยาบาลพังงา เลขที่ 058/2566 ในการวิจัยได้ดำเนินการตามระเบียบการวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ การไม่ทำอันตราย การปกปิดข้อมูล การรักษาความลับของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดชื่อและมีหมายเลขลำดับประจำแฟ้มเวชระเบียนเพื่อการสืบค้นวิจัย โดยเวชระเบียนดังกล่าวไม่เผยแพร่ข้อมูลต่อผู้อื่น เพื่อเคารพในข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นการศึกษาย้อนหลังจึงไม่เกิดอันตรายหรือผลเสียแก่ผู้ป่วย สำหรับผลการวิเคราะห์วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมของข้อมูล

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา

	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2566
1. หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน ในปีสภาวะ; จำนวน (คน)	1	10	26	28	26
2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร; จำนวน (คน)	1,187	1,027	982	1,036	935
3. อุบัติการณ์ / 1,000 เคสคลอด	0.8	9.7	26.4	27	27.8

จากตารางที่ 1 อุบัติการณ์การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงาอยู่ที่ 28 ต่ออัตราการคลอด 1,000 ราย (ปี พ.ศ. 2566) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562- 2566

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปีสภาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง 190	ตรวจพบ 91	ตรวจไม่พบ 99	
1. อายุเฉลี่ย; (ปี) ค่ามัธยฐาน (IQR)	28 (24,32)	28 (24,31)	28 (23.5,32)	0.875
2. เชื้อชาติ; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.066
2.1 ไทย	182 (95.8)	90 (98.9)	92 (92.9)	
2.2 ต่างชาติ	8 (4.2)	1 (1.1)	7 (7.1)	
3. สถานภาพ; จำนวน (คน) (ร้อยละ)				0.087
3.1 แม่เลี้ยงเดี่ยว/หย่าร้าง	42 (22.1)	25 (27.5)	17(17.2)	
3.2 แต่งงาน	148 (77.9)	66 (72.5)	82 (82.8)	
4. ระดับการศึกษา ; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.364
4.1 ไม่ได้ศึกษา	3 (1.6)	1 (1.1)	2 (2.0)	
4.2 ต่ำกว่าปริญญาตรี	181 (95.3)	89 (97.8)	92 (92.9)	
4.3 ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีเป็นต้นไป	6 (3.2)	1 (1.1)	5 (5.1)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง 190	ตรวจพบ 91	ตรวจไม่พบ 99	
5. จำนวนครั้งการตั้งครรภ์; (ครั้ง) ค่ามัธยฐาน (IQR)	3 (2,4)	3 (2,4)	2 (2,4)	0.029
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.396
5.1 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1	25 (13.2)	15 (15.2)	10 (11)	
5.2 ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 2 ท้อง เป็นต้นไป	165 (86.8)	84 (84.8)	81 (89)	

a เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Fisher's exact test,

b เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Mann – Whitney U test

* ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์) (median, IQR)

จากตารางที่ 2 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 28 ปี เชื้อชาติไทยและต่างชาติ 182 ราย และ 8 รายตามลำดับ โดยมีสถานภาพสมรสร้อยละ 77.9 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 95.3 และกลุ่มศึกษามีค่ามัธยฐานจำนวนการตั้งครรภ์อยู่ที่ 3 ครั้ง ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 ข้อมูลการตั้งครรภ์ ณ ห้องคลอด

ข้อมูลการตั้งครรภ์	ตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง 190	ตรวจพบ 91	ตรวจไม่พบ 99	
1. ฝากครรภ์; จำนวน(คน) (ร้อยละ)	138 (72.6)	53 (58.2)	85 (85.9)	<0.001
2. อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ (สัปดาห์) ค่ามัธยฐาน(IQR)	19 (11,28)	22 (12,30)	18 (10,25)	0.241
3. อายุครรภ์ ; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.006
3.1 อายุครรภ์ก่อนกำหนด (GA < 37 สัปดาห์)	164 (86.3)	72 (79.1)	92 (92.9)	
3.2 อายุครรภ์ครบกำหนด (GA > 37 สัปดาห์)	26 (13.7)	19 (20.9)	7 (7.1)	
4. ระยะการคลอด; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.003
4.1 ระยะก่อนทารกคลอด	168 (88.4)	74 (81.3)	94 (94.9)	
4.2 คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล	22 (11.6)	17 (18.7)	5 (5.1)	

a เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Fisher's exact test,

b เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Mann – Whitney U test

* ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์) (median, IQR)

จากตารางที่ 3 กลุ่มศึกษามีประวัติฝากครรภ์ร้อยละ 58.2 ($P < 0.001$) คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ร้อยละ 79.1 และคลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 18.7 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ และค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์อยู่ที่ 22 สัปดาห์

ตารางที่ 4 ปัจจัยสัมพันธ์ในการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน

ประวัติ	ตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง	ตรวจพบ	ตรวจไม่พบ	
	190	91	99	
1. หญิงตั้งครรภ์ให้ประวัติใช้ยาบ้า; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				<0.001
1.1 ไม่ใช่	93 (48.9)	1 (1.1)	92 (92.9)	
1.2 ใช่	96 (50.5)	89 (97.8)	7 (7.1)	
2. ปัจจัยสัมพันธ์ในการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีน; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				
2.1 ไม่ฝากครรภ์; จำนวน(คน) (ร้อยละ)	52 (27.4)	38 (41.8)	14 (14.1)	<0.001
2.2 พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติ; จำนวน(คน) (ร้อยละ)	27 (14.2)	27 (29.6)	0 (0)	<0.001
- หงุดหงิด วุ่นวาย กระสับกระส่าย	20 (10.5)	20 (22)	0 (0)	<0.001
- ไม่ให้ความร่วมมือ	3 (1.6)	3 (3.3)	0 (0)	0.108
- ร้องไห้ไม่มีสาเหตุ	5 (2.6)	5 (5.5)	0 (0)	0.024
- มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	1 (0.5)	1 (1.1)	0 (0)	0.479
- ง่วงซึม อ่อนเพลีย หลับเยอะ	7 (3.7)	7 (7.7)	0 (0)	0.005
2.3 คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล	22 (11.6)	17 (18.7)	5 (5.1)	0.003
2.4 ประวัติสูบบุหรี่หรือกัญชากระท่อมหรือติ่มสุรา	90 (47.4)	78 (85.7)	12 (12.1)	<0.001
2.5 คนในครอบครัวใช้สารเสพติด	67 (35.3)	61 (67)	6 (6.1)	<0.001
- สามีใช้สารเสพติด	72 (83.7)	70 (85.4)	2 (50)	0.122

a เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Fisher's exact test,

b เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Mann – Whitney U test

* ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์) (median, IQR)

จากตารางที่ 4 พบกลุ่มศึกษาให้ประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 97.8 และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในกลุ่มศึกษาได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 41.8 พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติร้อยละ 29.6 (โดยเฉพาะพฤติกรรมหงุดหงิด กระสับกระส่าย ร้องไห้ไม่ทราบสาเหตุ ง่วงซึม อ่อนเพลีย หลับเยอะ) คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 18.7 ให้ประวัติสูบบุหรี่หรือกัญชากระท่อมหรือติ่มสุราร้อยละ 85.7 และประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัวร้อยละ 67 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ โดยเฉพาะสามีพบสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 85.4

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	การตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง	ตรวจพบ	ตรวจไม่พบ	
	190	91	99	
1. หญิงตั้งครรภ์; จำนวน(คน) (ร้อยละ)	100 (52.6)	53 (58.2)	47 (47.5)	0.138
1.1 ระดับความเข้มข้นเลือด; (Hct) (ค่าเฉลี่ย)	35 (29.2,38)	32 (28,36)	36 (33,39)	< 0.001
1.2 ได้รับสารประกอบเลือด; จำนวน(คน) (ร้อยละ)	37 (19.5)	30 (33)	7 (7.1)	<0.001
2. ทารกแรกคลอด; จำนวน(คน) (ร้อยละ)	48 (25.3)	24 (26.4)	24 (24.2)	0.736

^a เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Fisher's exact test,

^b เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Mann – Whitney U test

* ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์) (median, IQR)

จากตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบขณะตั้งครรภ์ได้แก่ภาวะซีด ซึ่งความเข้มข้นเลือดของกลุ่มศึกษาอยู่ที่ 32 เปอร์เซนต์ และได้รับส่วนประกอบของเลือดร้อยละ 33 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกคลอดระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 การดูแลหลังคลอด

การดูแลหลังคลอด	การตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง	ตรวจพบ	ตรวจไม่พบ	
	190	91	99	
1. หญิงตั้งครรภ์				
1.1 หอผู้ป่วย; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.608
- ตึกผู้ป่วยหลังคลอด	187 (98.4)	89 (97.8)	98 (99)	
- ตึกผู้ป่วยหนัก (ICU)	3 (1.6)	2 (2.2)	1 (1)	
1.2 จำนวนวันพักฟื้นหลังคลอด (วัน); ค่ามัธยฐาน (IQR)	3 (3,4)	4 (3,5)	3 (2,4)	<0.001
1.3 จำนวนวันที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (วัน); ค่ามัธยฐาน (IQR)	0 (0,3)	3 (2,4)	NA	<0.001
1.4 งดการให้นมบุตร; จำนวน (คน) (ร้อยละ)	92 (48.4)	92 (100)	NA	<0.001
2. ทารกแรกคลอด				
2.1 หอผู้ป่วย; จำนวน(คน) (ร้อยละ)				0.121
- ตึกผู้ป่วยหลังคลอด	126 (66.3)	54 (59.3)	72 (72.7)	
- ตึกผู้ป่วยหนัก (NICU)	59 (31.1)	35 (38.5)	24 (24.2)	
- ทารกเสียชีวิต	5 (2.6)	2 (2.2)	3 (3)	
2.2 น้ำหนักทารกแรกคลอด; (กรัม) ค่าเฉลี่ย (IQR)	2935 (2598.8,3237.5)	2900 (2555,3175)	2980 (2660,3320)	0.064
2.3 ใช้ออกซิเจน(oxygen); จำนวน(คน) (ร้อยละ)	59 (31.1)	36 (39.6)	23 (23.2)	0.015
2.4 วันพักฟื้น; (วัน) ค่ามัธยฐาน (IQR)	3 (2,5)	4 (3,6)	3 (2,4)	<0.001

ตารางที่ 6 การดูแลหลังคลอด (ต่อ)

การดูแลหลังคลอด	การตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (คน)			P-value
	กลุ่มตัวอย่าง	ตรวจพบ	ตรวจไม่พบ	
	190	91	99	
2.5 จำนวนวันที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (วัน) ค่ามัธยฐาน (IQR)	1 (1,3)	4 (3,5)	NA	<0.001
2.6 คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score)				
- นาทีก่อนที่ 1; ค่ามัธยฐาน (IQR)	9 (9,9)	9 (9,9)	9 (9,9)	0.532
- นาทีก่อนที่ 5; ค่ามัธยฐาน (IQR)	10 (9,10)	10 (9,10)	10 (9,10)	0.906
- นาทีก่อนที่ 10; ค่ามัธยฐาน (IQR)	10 (10,10)	10 (10,10)	10 (10,10)	0.565

a เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Fisher's exact test

b เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Mann – Whitney U test

* ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์) (median, IQR)

จากตารางที่ 6 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักฟื้นที่ตึกหลังคลอด ระยะเวลาพักฟื้นในกลุ่มศึกษาใช้เวลานานกว่ากลุ่มเปรียบเทียบคือ 4 วัน และตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะหลังคลอดนาน 3 วัน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ สำหรับทารกแรกคลอดที่เกิดจากกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลโดยดนมแม่ร้อยละ 100 พักฟื้นที่ตึกหลังคลอดร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 59.3 และดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกคลอดร้อยละ 38.5 ทารกจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนร้อยละ 39.6 และพักฟื้นหลังคลอดนาน 4 วัน หากตรวจติดตามปัสสาวะในทารกแรกคลอดที่เกิดจากกลุ่มศึกษาพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะทารกเฉลี่ย 4 วัน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ ด้านคะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score) ณ นาทีก่อนที่ 1, 5 และ 10 ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2562 – 2566 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ การตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้ง พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล ให้ประวัติการใช้สารเสพติดหรือสูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือกัญชาหรือกระท่อม ประวัติคนใกล้ชิดใช้สารเสพติด

อภิปรายผล

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญปัญหาเสพติดมาช้านาน โดยสภาพปัญหาเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย เศรษฐฐานะ การศึกษา และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ปัจจุบันพบการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นเช่นกัน โดยงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัดและจากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 1.7-6.4 ต่ออัตราการคลอด 1000 คน^(2-5,16) ซึ่งมีผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งส่งผลต่อสติปัญญาและความผิดปกติของทารก วิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาอุบัติการณ์การตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังกา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 28 ต่ออัตราการคลอด 1,000 ราย (ข้อมูลปี พ.ศ. 2566) และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 - 2566 แต่ข้อจำกัดในการศึกษาอุบัติการณ์ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้แก่ แนวทางในการคัดเลือกร่วมประชากรเพื่อคัดกรองการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด อีกทั้งต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการ

ทดสอบ ทำให้ประชากรที่ได้อาจไม่ครบถ้วน ข้อมูลที่ได้บางส่วนอาจขาดหาย กลุ่มประชากรไม่ตรงตามเป้าหมายงานวิจัย อุตการณ์ที่แท้จริงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่แท้จริงของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ได้ แต่สามารถเป็นแนวทางเพื่อศึกษาต่อเกี่ยวกับการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ในอนาคตได้ สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 190 ราย แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจำนวน 91 ราย และตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจำนวน 99 ราย ด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 28 ปี ในด้านการศึกษา ศาสนา สถานภาพ และรายได้ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านการฝากครรภ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างฝากครรภ์เพียงร้อยละ 72.6 และกลุ่มศึกษามีประวัติฝากครรภ์เพียงร้อยละ 58.2 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($P < 0.001$) ประวัติการฝากครรภ์จึงสามารถนำมาใช้คัดกรองการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ได้ ซึ่งผลเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยก่อนหน้านี้(3,8) แต่ในด้านของอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์และความสม่ำเสมอของการฝากครรภ์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ

จากข้อมูลพบว่าปัจจัยสัมพันธ์ในการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประวัติไม่ฝากครรภ์ พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ร้องไห้ หรือวังวุ่นผิดปกติ ประวัติการคลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติดหรือกัญชากระท่อมหรือสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ประวัติคนในครอบครัวใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่งานวิจัยไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 27.4 มีอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติร้อยละ 14.2 คลอดทารกก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 8.9 ให้ประวัติใช้สารเสพติดหรือกัญชากระท่อมหรือสูบบุหรี่หรือดื่มสุราร้อยละ 47.4 คนในครอบครัวใช้สารเสพติดร้อยละ 35.3 แต่หากวิเคราะห์ในกลุ่มศึกษาพบว่าประวัติไม่ฝากครรภ์ พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติ ประวัติใช้สารเสพติดหรือกัญชากระท่อมหรือสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา หรือคนในครอบครัวใช้สารเสพติดมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($P < 0.001$) โดยเฉพาะสามัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 85.4 ประวัติเหล่านี้จึงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยสัมพันธ์ที่สามารถช่วยคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้(17-19) และจากงานวิจัยพบว่ากลุ่มศึกษามีค่ามัธยฐานจำนวนการตั้งครรภ์อยู่ที่ 3 ครั้ง ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ในด้านภาวะแทรกซ้อนพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 52.6 หากจำแนกภาวะแทรกซ้อนพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มศึกษาคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 79 พบภาวะซีดขณะตั้งครรภ์มีค่ามัธยฐานของความเข้มข้นเลือดอยู่ที่ 32 เปอร์เซ็นต์ และจำเป็นต้องได้รับเลือดร้อยละ 33 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ ($P < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อมูลดังกล่าวใกล้เคียงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้(4,5) ส่วนเหตุผลที่สนับสนุนภาวะซีดรุนแรงขึ้นได้แก่การไม่ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ช้าหรือฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ได้รับยาบำรุงเลือดไม่ต่อเนื่องและเพียงพอ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของหญิงตั้งครรภ์ใน ไตรมาสที่ 3 มักทำให้เกิดภาวะซีดได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จึงมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกคลอดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ

ด้านการดูแลหลังคลอดพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาพักฟื้นหลังคลอดประมาณ 3 วัน แต่กลุ่มศึกษาใช้ระยะเวลาพักฟื้นหลังคลอดนานกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่ามัธยฐานเฉลี่ย 4 วัน บางรายยาวนานถึง 6 วันและจำนวนวันในการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะหลังคลอดเฉลี่ย 3 วัน บางรายยาวนานถึง 4 วัน ($P < 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับข้อมูลของทารกแรกคลอดพบว่าทารกที่เกิดจากกลุ่มศึกษาต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลหลังคลอดนานขึ้นเฉลี่ย 4 วัน บางรายยาวนานถึง 6 วันและตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของทารกหลังคลอดเฉลี่ย 4 วัน บางรายยาวนานถึง 5 วัน และได้รับการดูแลโดยดนมแม่ร้อยละ 100 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญกับทารกที่เกิดจากกลุ่มเปรียบเทียบ

สรุป

พบว่าอุบัติการณ์การตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงามีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2566 ประวัติที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติไม่ฝากครรภ์ การตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้ง พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ ประวัติการใช้สารเสพติดหรือสูบบุหรี่หรือกัญชากระเทียมหรือดื่มสุรา ประวัติคนใกล้ชิดใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มศึกษาพบคลอดก่อนกำหนด ภาวะช็อคและได้รับเลือดขณะตั้งครรภ์ ให้การดูแลพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้นทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอดเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน จากข้อมูลงานวิจัยข้างต้นทำให้ทราบว่า การตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และได้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาเครื่องมือในการสืบค้นหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ อีกทั้งเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในเครือข่ายโรงพยาบาลพังงาต่อไป ทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับบริบทการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอดที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะต้องอาศัยการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพซึ่งได้แก่ ทีมจิตเวช ทีมกุมารแพทย์ ทีมสังคมสงเคราะห์ และอาจมีบางรายที่ต้องปรึกษาเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกับทีมอายุรกรรมเพื่อการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุมถึงการพัฒนาคูณภาพชีวิตหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด การนำผลงานวิจัยไปใช้จะทำให้การพัฒนาแนวทางการดูแลครอบคลุมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

สำหรับการวิจัยครั้งนี้อาจยังมีข้อจำกัดในหลายบริบท เนื่องจากงานวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง ส่งผลให้มีความล่าช้าในการสืบค้น เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล อาจมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และจำนวนประชากรที่ได้ อาจจะไม่เพียงพอต่อการคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนงานวิจัยได้สมบูรณ์ แต่นักวิจัยได้คัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกรายตามเกณฑ์คัดเข้าและออกของกลุ่มตัวอย่างภายใต้ขีดจำกัดของเวลา เพื่อให้สามารถนำงานผลวิจัยไปใช้พัฒนาแนวทางการงานวิจัยในอนาคตได้

สำหรับการหาอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่แท้จริงอาจยังทำได้ไม่สมบูรณ์เช่นกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านจริยธรรมการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งเครื่องมือในการสืบค้นกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และงานวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ยังมีค่อนข้างจำกัด จึงไม่สามารถตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดได้ หากต้องการทราบอุบัติการณ์การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ที่แท้จริงควรมีการศึกษาแบบดำเนินไปข้างหน้า (Prospective Cohort) เพื่อความครบถ้วนและสามารถสร้างเป็นเครื่องมือในการสืบค้นหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์ได้อย่างแม่นยำ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานบำบัดและรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(สยช)กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2566). 10 อันดับโรคแรกสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในยาเสพติด ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [URL ไม่ระบุ]
- 2 . Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. J Med Assoc Thai. 2005;88:1506-13.
- 3 . Techatraisak K, Udnan C, Chabbang O, Boriboonhirunsarn D, Piya-Anant M. Pregnancy Outcomes in Methamphetamine Abuse Mothers. Siriraj Med J. 2007;59:290-3.
- 4 . Waiketkarn A. Obstetrical and Neonatal outcomes in maternal exposure to methamphetamine during pregnancy. Mahasarakham Hos J. 2021;18:2.
- 5 . Phupong V, Darojn D. Amphetamine abuse in pregnancy: the impact on obstetric outcome. Arch Gynecol Obstet. 2007;276:167-70.
- 6 . Wouldes T, LaGasse L, Sheridan J, Lester B. Maternal methamphetamine use during pregnancy and child outcome: what do we know?. NZMJ. 2004;117:1206:11758716.
- 7 . Premchit S, Orungrote N, Prommas P, Smachat B, Bhamarapratana K, Suwannarurk K. Maternal and Neonatal Complications of Methamphetamine Use during Pregnancy. Hindawi Obstetrics and Gynecology International. 2021;8814168:6.
- 8 . Chaiverapundech J. Kanchanabat S. Prenatal Methamphetamine Exposure and Neonatal Outcomes. Vajira Med J. 2016;60(1):53-64.
- 9 . Ladhani NN, Shah SP, Murphy KE. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011;205 (219):1-7.
- 10 . Linda L. LaGasse, Ph.D.a, Trecia Wouldes, Ph.D.b, Elana Newman, Ph.D.c, Lynne M. Smith, MDd, et al. Prenatal methamphetamine exposure and neonatal neurobehavioral outcome in the USA and New Zealand. Neurotoxicol Teratol. 2011; 33(1):166–175.
- 11 . Marylou B, Vincent C. Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. Pediatrics. 2013;131:1009–24.
- 12 . ทิพย์อุษา จันทร์ทองศรี. ผลกระทบจากการเสพยาเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในครรภ์แรกเกิด โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. OPEN ACCESS SAKON NAKHON PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230717133205_976338236.pdf
- 13 . Chawprang N. Neonatal outcomes and factors affecting severity of amphetamine withdrawal symptoms in antenatal maternal amphetamine used. เชียงรายเวชสาร : CHIANGRAI MEDICAL JOURNAL[อินเทอร์เน็ต]. ก.ย. 2565 [เข้าถึงได้เมื่อ 20 มี.ค. 2568];14(2).เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/User/Downloads/P118-130+7.9.65%20(4).pdf

14.กนิษฐา ไทยกล้า. ความรู้สารเสพติดเบื้องต้น. เชียงใหม่:ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2543 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:

<https://www.rihes.cmu.ac.th/rihes2010/th/add/filesPDF/1277798002sub.pdf>

15.นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์, นางอัจฉรา วิไลสกุลยง, นางจอมขวัญ รุ่งโชติ, นางระเบียบ โตแก้ว, นางอรพิน หนันขัติ, นางสาวอัจฉรา ชำนาญพจน์ และคณะ. แนวทางการดำเนินงานยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข. บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชวิ้ง จำกัด; 2559. หน้าที่ 6

16.ดวงพร แสงสุวรรณ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. ความชุกของการใช้เมทแอมเฟตามีนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี. วารสารพยาบาลทหารบก Journal of The Royal Thai Army Nurses[อินเทอร์เน็ต]. ม.ค-เม.ย 2567 [เข้าถึงได้เมื่อ 20 มี.ค. 2568];25(1). เข้าถึงได้จาก:

https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/OkAzQgTWed31936.pdf

17. Sattagornpornprom N , Wannasewok K, Bussaratid S, Ruangvutilert P. Validity of CAGE-AID Questionnaire in Screening for Amphetamine Dependence or Abuse in Pregnancy. Psychiatr Assoc Thailand J. 2013;58(4):385-394

18. Saysukanun P ,Thephamongkhoh K ,Tiengladdawong P ,Pooliam J , Sae Chua P , Inkasung W. Screening the risk factors for methamphetamine use in pregnant women not receiving prenatal care. J. Obstet. Gynaecol. 2021;14901:1-7.

19. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดวงพร แสงสุวรรณ, อัญชลี อ้วนแก้ว, กัตติกา วังทะพันธ์. การใช้เมทแอมเฟตามีนและความเครียดในหญิงตั้งครรภ์. Udonthani Hospital Medical Journal [อินเทอร์เน็ต]. ก.ย.-ธ.ค. 2566 [เข้าถึงได้เมื่อ 20 มี.ค. 2568];31(3). เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/267035/182197>

20. Jeffrey C. Substance abuse in pregnancy. A bigger problem than your think. Postgrade Med [Internet]. 1997;102:135-7,140-5,149-50.

21. Mary K. Sharon F. Derek A. Substance Use in Pregnancy. NIH [Internet]. 2023 [cited 2025 March 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542330/>

ผลการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน (MOPH ED Triage) ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่

วิภากร สุนโท*

(Received : March 28, 2025; Revised : May 16, 2025; Accepted : May 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการคัดกรอง ระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ได้รับการรักษาพยาบาล กับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับ และความพึงพอใจต่อการรับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 28 คน และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 375 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ one sample t-test ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.6 ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินเร่งด่วน ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการประเมินอาการโดยเฉลี่ยภายใน 2 นาที 6 นาที 7 นาที 11 นาที และ 16 นาที ตามลำดับ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินเร่งด่วน ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยภายใน 9 นาที 25 นาที 38 นาที 48 นาที และ 35 นาที ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินเร่งด่วน ใช้เวลามากกว่าเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด (ทันที 10 นาที และ 30 นาที ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลาน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่า 60 นาที และ 1 ชั่วโมงขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 75.2 รองลงมามีความพึงพอใจปานกลาง และน้อย ร้อยละ 21.6 และ 3.2

คำสำคัญ : การคัดกรอง, ระดับความเร่งด่วน, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่, E-mail : ensornsoontho@gmail.com

Results of Patients Triage according to MOPH ED Triage of Professional Nurses in Accident and Emergency Department, Krabi Hospital

Wiphaksorn Soontho*

(Received : March 28, 2025; Revised : May 16, 2025; Accepted : May 28, 2025)

Abstract

The objective of this cross-sectional research was to study the results of using patient according to MOPH ED Triage of professional nurses, duration of triage, duration of medical treatment, comparison of the duration of medical treatment with patient triage criteria at each level and satisfaction with accident and emergency services. The samples consisted of 1) 28 accident and emergency professional nurses and 2) 375 patients who got medical care at emergency and accident department. Data was collected by questionnaire and triage record form and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics include: one sample t-test. The research found that most professional nurses had good level results to MOPH ED Triage at 78.6%. In triage of critical emergency, very urgent emergency, urgent emergency, non-urgent emergency and general patients had their symptoms assessed within an average of 2 minutes, 6 minutes, 7 minutes, 11 minutes, and 16 minutes, respectively. Critical emergency, very urgent emergency, urgent emergency patients, non-urgent emergency and general patients received medical treatment within an average of 9 minutes, 25 minutes, 38 minutes, 48 minutes, and 35 minutes, respectively. In this case, critical emergency, very urgent emergency, and urgent emergency patients take longer than the specified time limit. (immediately, 10 minutes, and 30 minutes, respectively) by statistically significant ($p < 0.001$). For urgent emergency and general patients takes less time than the specified criteria (less than 60 minutes and 1 hour or more) by statistically significant ($p < 0.01$). The service recipients were highly satisfied with the medical treatment services at 75.2%, followed by moderately and slightly satisfied at 21.6 and 3.2%, respectively.

Keyword : triage, level of emergency severity, accident and emergency patients

* Professional Nurse, Krabi Hospital, E-mail : ensornsoontho@gmail.com

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือการบาดเจ็บฉุกเฉิน มีแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันทุกประเภทตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีลักษณะงานเป็นงานเร่งด่วน ฉับไว และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของแพทย์และพยาบาล¹ เปนด่านแรกที่ให้บริการแก่ผู้ให้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันที่ต้องการการช่วยเหลือ เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัย⁽¹⁾ ต้องมีระบบการคัดกรองผู้ป่วย (Triage) ที่มีความละเอียด เที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษา ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง⁽²⁾ ลดระยะเวลารอนโรงพยาบาล และลดความแออัดในพื้นที่การรักษา แต่ถ้ระบบการคัดกรองมีความคลาดเคลื่อนมาก จะส่งผลทำให้ภาระงานของ หน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มากเกินไปเกินความจำเป็น รวมถึงระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาเกิดความล่าช้า และส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁾

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ คัดกรองผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้อย่างรวดเร็วแม่นยำ⁽³⁾ การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-triage) จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จากการที่ผู้ป่วยต้องรอตรวจเป็นเวลานาน⁽⁴⁾ หากผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า ก็จะมีผลกระทบต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย⁽⁵⁾ ระบบการคัดกรองที่มีความละเอียด เที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน⁽²⁾ ทั้งนี้ การคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการประเมินจากพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย (Triage nurse) แล้วให้การดูแลช่วยเหลือโดยเร็วตามระดับความรุนแรง⁽⁶⁾ ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในการคัดกรองผู้ป่วยคือ การคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด ไม่ตรงกับความเป็นจริง การตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลต้องอาศัยทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ปัญหาความรุนแรงและซับซ้อนของอาการเจ็บป่วยแต่ละรายที่มาในแต่ละสถานการณ อาจมีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที⁽⁷⁾

โรงพยาบาลกระบี่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 447 เตียง มีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยในปี 2563 – 2567 มีผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 47,769 คน 41,028 คน และ 39,703 คน 46,773 คน และ 48,243 คน ในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผ่านมา พบว่า ผู้มารับบริการเกิดความไม่พึงพอใจถึงร้อยละ 22.0 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในเรื่องการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตัว⁽⁸⁾ ทั้งนี้ ยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระยะเวลาในการรับบริการในผู้ป่วยแต่ละประเภท อีกทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุต่างๆ และผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเหนื่อยล้าจากภาระงานมากเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยและญาติฟ้องร้อง เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยแต่ละประเภทนาน ระยะเวลาส่งต่อผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น ซึ่งทางโรงพยาบาลกระบี่ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และได้ใช้ระบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ปัญหาในระยะหนึ่งแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงได้ทำการศึกษาผลการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อนำผลในการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วย มาพิจารณาปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมและดียิ่งขึ้นต่อไปทำให้เริ่มมีการตรวจคัดกรองการใช้สารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น ทางผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาเหล่านี้ จึงนำมาสู่การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพังงา เพื่อนำข้อมูลมา

วิเคราะห์ เก็บสถิติ พัฒนาเครื่องมือในการสืบค้นผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมทั้งวางแผน การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาระยะเวลาในการคัดกรอง ระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล และการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ได้รับการ รักษาพยาบาล กับเกณฑ์ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยในแต่ละระดับ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการรับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้รับบริการ

นิยามศัพท์

การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง การแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้ามารับการบริการที่งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดแยกผู้ป่วย ตามแนวทาง MOPH ED Triage ที่แบ่งความรุนแรง เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) ระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ระดับ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Semi-urgent) ระดับ 5 ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgent)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) โดยการศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระยะเวลารักษาพยาบาลผู้ป่วย กับเกณฑ์การรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละระดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ ทั้งหมด 28 คน การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ มานานอย่างน้อย 1 ปี และยินดีร่วมมือใน การศึกษา และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ลาออกในช่วงที่ทำการศึกษา หรือย้ายหน่วยงาน

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งในปี 2566 มีผู้มารับบริการที่แผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ จำนวนทั้งสิ้น 46,773 คน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamana⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ ในปี 2566 ซึ่งมีจำนวน 46,773 คน

$$\begin{aligned} e &= \text{ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้กำหนดให้} = 0.04 \\ &= \frac{46,773}{1+ 46,773 (0.04)^2} = 355.2 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้ควรใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 356 คนเป็นอย่างต่ำ ซึ่งผู้วิจัยได้เพื่อความไม่สมบูรณ์จากการเก็บข้อมูลไปอีก 30 ตัวอย่าง ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ที่ใช้เป็นขนาดตัวอย่างจำนวน 375 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบคำถามได้ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะจะไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือไม่ได้ข้อมูลตามความเป็นจริง
3. ยินดีร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มารับการตรวจตามนัด / ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้วจากคลินิกพิเศษต่าง ๆ และผู้มาใช้บริการทำหัตถการ เช่น นัดทำแผล ฉีดยา ผ่าฝี
2. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก / รุนแรง ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ไม่มีสัญญาณชีพ (V/S) หรือไม่รู้สีกตัว (N/S)
3. ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาโดยรถฉุกเฉิน หรือได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยแบ่งช่วงการสุ่มครั้งละ 5 คน คือ ถ้าสุ่มตัวอย่างแรกที่ได้รับบริการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินในแต่ละวัน เป็นรายชื่อลำดับที่ 2 ก็จะได้หน่วยตัวอย่างถัดไป คือ $2+5 = 7$, $7+5 = 12$, $12+5 = 17$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) จำนวนแบบละ 12 ข้อ ประเมินโดยการให้คะแนนในแต่ละรายการคือ ถ้าตอบว่าน้อย ให้ 0 คะแนน ปานกลาง ให้ 1 คะแนน และมาก ให้ 2 คะแนน จะมีคะแนน 0 – 24 คะแนน แบ่งผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบระดับความเร่งด่วนออกเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนที่ได้ คือ

ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) คะแนนระหว่าง 0 – 13 คะแนน

ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 - 79) คะแนนระหว่าง 14 – 18 คะแนน

ดี (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนนระหว่าง 19 – 24 คะแนน

2. แบบสอบถามการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) จำนวน 13 ข้อ ประเมินโดยการให้คะแนนในแต่ละรายการคือ ถ้าตอบว่าพอใจน้อย ให้ 0 คะแนน ปานกลาง

ให้ 1 คะแนน และมาก ให้ 2 คะแนน จะมีคะแนน 0 – 26 คะแนน แบ่งความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ออกเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนที่ได้ คือ

น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) คะแนนระหว่าง 0 – 15 คะแนน

ปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60 - 79) คะแนนระหว่าง 16 – 20 คะแนน

มาก (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนนระหว่าง 21 – 26 คะแนน

นอกจากนี้ ได้แบ่งความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินออกเป็นด้าน ๆ คือ ด้านการให้บริการ ด้านบุคลากร และด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ตามคะแนนรวมของแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79) และมาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

4.แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ วันที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผลการตรวจคัดกรองเป็นผู้ป่วยประเภท เวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับอาการเจ็บป่วย เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล พบแพทย์ เวลาที่เสร็จจากการให้บริการที่ ER และการดำเนินการต่อหลังจากพบแพทย์ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด และให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 9 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านการพยาบาล และด้านการวิจัย) และพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการคัดกรองดังกล่าว จะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) โดยมีค่า IOC = 0.92 แล้วนำแบบวัดดังกล่าวไปตรวจสอบความเชื่อถือได้ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage = 0.75 และแบบวัดความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน = 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรมแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การคัดกรองตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ เก็บข้อมูลโดยให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนข้อมูลทั่วไป ผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ตามข้อเท็จจริง
2. การให้บริการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เก็บข้อมูลโดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งในส่วนข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เก็บข้อมูลโดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้บันทึกข้อเท็จจริงตามประเด็นที่กำหนด

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2567 ถึงสิงหาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ one sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามเอกสาร เลขที่ COA 043/2567 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2567 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยเคร่งครัด ด้วยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ตอบสอบถาม ถามผู้วิจัยได้ถ้ามีข้อสงสัย ตลอดจนให้การตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในรูปแบบของผลการวิจัยในภาพรวม คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล แสดงถึงการยอมรับ ให้เกียรติและมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ลักษณะทางด้านประชากรของพยาบาลผู้ให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.9 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 46.4 โดยเฉลี่ยมีอายุ 33.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.6 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน โดยปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมานาน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 71.4 โดยเฉลี่ยปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมานาน 9.4 ปี

ลักษณะทางด้านประชากรของผู้รับบริการ พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 26.7 รองลงมา มีอายุ 40 – 49 ปี 30 – 39 ปี ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และ 50 – 59 ปี ร้อยละ 21.6, 19.7, 18.7 และ 13.3 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 42.6 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.3 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.9 รองลงมา มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษา อนุปริญญา/ปวส. และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 23.5, 18.7, 16.0, 3.2 และ 7.7 ตามลำดับ สำหรับในเรื่องอาชีพนั้นพบว่า มีอาชีพต่าง ๆ ที่หลากหลาย ที่พบมากที่สุดได้แก่ รับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 33.3 และ 20.3 ทั้งนี้ ร้อยละ 56.3 เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล

ลักษณะการรับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้รับบริการ พบว่า เวรที่ผู้ป่วยมารับบริการ คือ เวรบาย ร้อยละ 44.0 รองลงมา คือ เวรเช้า และเวรดึก ร้อยละ 41.9 และ 14.0 ตามลำดับ วันที่ผู้ป่วยมารับบริการ เป็นวันราชการ ร้อยละ 66.4 จากการคัดแยกผู้รับบริการดังกล่าว พบระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ฉุกเฉินวิกฤต และเป็นผู้ป่วยทั่วไป ร้อยละ 32.5, 13.6, 4.5 และ 2.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ หลังจากรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้ว ผู้รับบริการ ร้อยละ 58.4 เป็นผู้ป่วยที่สามารถกลับบ้านได้ รองลงมา เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล รับไว้สังเกตอาการ และส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ร้อยละ 28.8, 9.1 และ 1.3 ตามลำดับ

ผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า มีผลการใช้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.6 ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 17.8 และ 3.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage	จำนวน (N = 28)	ร้อยละ (100.0)
ต่ำ (0 – 13 คะแนน)	1	3.6
ปานกลาง (14 – 18 คะแนน)	5	17.8
ดี (19 – 24 คะแนน)	22	78.6
$\mu = 21.0$ $\sigma = 3.1$ Min = 12 Max = 24		

เมื่อพิจารณาผลการใช้การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละประเด็น พบว่า มีผลการใช้ในแต่ละประเด็นต่าง ๆ ในระดับมาก ตั้งแต่ร้อยละ 75.0 ขึ้นไป ยกเว้นเรื่องลดความไม่พอใจหรือลดการร้องเรียนได้ และมีความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วย มีผลการใช้ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 และ 21.4 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คัดกรองรายประเด็น (N = 28)

รายการ	มาก	ปานกลาง	น้อย
มีประโยชน์ต่องานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	27 (96.4)	1 (3.6)	0 (0.0)
สามารถนำไปปฏิบัติได้	26 (92.9)	2 (7.1)	0 (0.0)
มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	24 (85.7)	4 (14.3)	0 (0.0)
ง่ายต่อการปฏิบัติ	24 (85.7)	4 (14.3)	0 (0.0)
เห็นด้วยต่อวิธีคัดกรองตาม MOPH ED Triage	2 (85.7)	4 (14.3)	0 (0.0)
สามารถคัดกรองประเภทผู้ป่วยได้ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	24 (85.7)	4 (14.3)	0 (0.0)
ระยะเวลาที่ใช้ในการคัดกรองมีความเหมาะสม	21 (75.0)	7 (25.0)	0 (0.0)
มีความเหมาะสม	21 (75.0)	7 (25.0)	0 (0.0)
เหมาะสมต่อการใช้คัดกรองผู้ป่วยในทุกประเภท	21 (75.0)	7 (25.0)	0 (0.0)
ลดการเสียชีวิต หรือความรุนแรง หรือความพิการได้	21 (75.0)	6 (21.5)	1 (3.5)
ลดความไม่พอใจหรือลดการร้องเรียนได้	14 (50.0)	13 (46.5)	1 (3.5)
มีความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วย	6 (21.4)	8 (28.6)	14 (50.0)

ระยะเวลาที่ได้รับการคัดกรอง และระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ระยะเวลาที่ได้รับการคัดกรอง

- **ระยะเวลาที่ได้รับการคัดกรอง** เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลได้คัดกรองตาม MOPH ED Triage แก่ผู้ป่วยแต่ละประเภท ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับการคัดกรองภายในเวลาเฉลี่ย 2 นาที สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการคัดกรองภายในเวลาเฉลี่ย 6 นาที 7 นาที 11 นาที และ 16 นาที ตามลำดับ

- **ระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล** เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรองแล้วก็จะส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อให้การรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับการรักษาพยาบาลในเวลาโดยเฉลี่ยที่ 9 นาที สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยภายในเวลา 25 นาที 38 นาที 50 นาที และ 35 นาที ตามลำดับ

- **ระยะเวลาที่รับบริการทั้งหมด** เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แล้วได้รับบริการต่าง ๆ ใช้เวลาจนถึงสิ้นสุดการรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ใช้เวลาทั้งหมดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 42 นาที สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลาทั้งหมดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 59 นาที, 2 ชั่วโมง 11 นาที, 1 ชั่วโมง 32 นาที และ 1 ชั่วโมง 8 นาที ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ได้รับการคัดกรอง ได้รับการรักษา พยาบาล และรับบริการทั้งหมด) ของผู้รับบริการ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

การรับบริการ	n	ระยะเวลาในการรับบริการ (ชั่วโมง : นาที)			
		$\bar{X}$	SD	Min	Max
ได้รับการประเมิน					
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	17	0.02	0.04	0.01	0.18
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก	122	0.06	0.09	0.00	1.02
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	175	0.07	0.08	0.00	0.52
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน	51	0.11	0.16	0.01	1.32
ผู้ป่วยทั่วไป	10	0.11	0.14	0.01	0.45
ได้รับการช่วยเหลือ					
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	17	0.09	0.07	0.03	0.26
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก	122	0.25	0.29	0.03	2.47
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	175	0.38	0.33	0.04	2.47
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน	51	0.50	0.51	0.03	3.30
ผู้ป่วยทั่วไป	10	0.35	0.33	0.11	2.05
รับบริการทั้งหมด					
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	17	1.42	1.02	0.44	5.15
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก	122	1.59	1.05	0.19	6.07
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	175	2.11	1.18	0.12	6.06
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน	51	1.33	1.07	0.08	5.52
ผู้ป่วยทั่วไป	10	1.20	1.30	0.14	5.03

การเปรียบเทียบระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล กับเกณฑ์ระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล อ่างใน สุราษฎร์ธานี, นุสร, ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม¹¹ ได้กำหนดเกณฑ์ระยะเวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วย/ได้พบแพทย์ให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภท ไว้ดังนี้ ระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต ให้การช่วยเหลือทันที ระดับ 2 ผู้ป่วยเร่งด่วน ช่วยเหลือภายใน 10 นาที ระดับ 3 ผู้ป่วยรีบด่วน ช่วยเหลือภายใน 30 นาที ระดับ 4 ผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน ช่วยเหลือภายใน 60 นาที และระดับ 5 ผู้ป่วยไม่รีบด่วน ช่วยเหลือภายในเวลามากกว่า 60 นาที ซึ่งเมื่อเทียบกับผู้ป่วยตามแนวทางการคัดแยกตาม MOPH ED Triage เทียบกันได้ในแต่ละระดับ คือ ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ระดับ 5 ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เวลาช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาช่วยเหลือผู้ป่วย / ได้พบแพทย์ให้การรักษาพยาบาล กับเกณฑ์การคัดแยกในแต่ละระดับ ตามที่กล่าว

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาล กับเกณฑ์ระยะเวลาได้รับการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ ได้รับการรักษาพยาบาลภายในเวลา ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ใช้เวลามากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คือใช้เวลา 9 นาที (เกณฑ์คือ ทันที) 25 นาที (เกณฑ์คือ 10 นาที) และ 38 นาที (เกณฑ์คือ 30 นาที) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 48 นาที (เกณฑ์ 60 นาที) ผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 35 นาที (เกณฑ์ 1 ชั่วโมงขึ้นไป) ใช้เวลาน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาการรักษายาบาลผู้ป่วย กับเกณฑ์การรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละระดับ

ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์ที่กำหนด (ชั่วโมง : นาที)	n	ระยะเวลาช่วยเหลือผู้ป่วย (ชั่วโมง : นาที)				t	p-value
			$\bar{X}$	SD	Min	Max		
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	ทันที	17	0.09	0.07	0.03	0.26	4.908	<0.001
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก	0.10	122	0.25	0.29	0.03	2.47	9.660	<0.001
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	0.30	175	0.38	0.33	0.04	2.47	15.211	<0.001
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน	0.60	51	0.50	0.51	0.03	3.30	7.032	<0.001
ผู้ป่วยทั่วไป	1:00 ขึ้นไป	10	0.35	0.33	0.11	2.05	3.320	0.009

ความพึงพอใจต่อการรับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้รับบริการ

จากการคัดกรองและให้บริการรักษายาบาลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบความพึงพอใจในภาพรวมว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 75.2 รองลงมา มีความพึงพอใจปานกลาง และน้อย ร้อยละ 21.6 และ 3.2 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการรับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการให้บริการ ด้านบุคลากร และด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 74.1, 65.1 และ 88.5 รายละเอียดดังตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละประเด็น ของแต่ละด้าน พบว่า

- ด้านการให้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจมากในแต่ละประเด็นเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในเรื่องระยะเวลาการรอคอยที่ได้พบแพทย์ และความสะดวกรวดเร็วต่อการบริการที่ได้รับ มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 54.9 และ 40.5 ตามลำดับ

- ด้านบุคลากร พบว่า มีความพึงพอใจมาก ในแต่ละประเด็นเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นเรื่องความเพียงพอของบุคลากร มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 58.4
- ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ พบว่า มีความพึงพอใจมากเป็นส่วนใหญ่ในทุกประเด็น

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของผู้รับบริการ ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n = 375)	ร้อยละ (100.0)
ภาพรวม		
น้อย (0 – 15 คะแนน)	12	3.2
ปานกลาง (16 – 20 คะแนน)	81	21.6
มาก (21 – 26 คะแนน)	282	75.2
$\bar{X} = 22.2$ SD = 2.9 Min = 9 Max = 26		
ด้านการให้บริการ		
น้อย (0 – 5 คะแนน)	18	4.8
ปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	79	21.1
มาก (8 – 10 คะแนน)	278	74.1
$\bar{X} = 8.3$ SD = 1.4 Min = 1 Max = 10		
ด้านบุคลากร		
น้อย (0 – 6 คะแนน)	11	2.9
ปานกลาง (7 – 9 คะแนน)	120	32.0
มาก (10 – 12 คะแนน)	244	65.1
$\bar{X} = 10.1$ SD = 1.6 Min = 5 Max = 12		
ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์		
น้อย (0 – 1 คะแนน)	1	0.3
ปานกลาง (2 คะแนน)	42	11.2
มาก (3 – 4 คะแนน)	332	88.5
$\bar{X} = 3.7$ SD = 0.6 Min = 1 Max = 4		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (MOPH ED Triage) ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ มีผลการใช้อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ และในการคัดแยกผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินเร่งด่วน ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการประเมินอาการโดยเฉลี่ยในผู้ป่วยแต่ละประเภท อยู่ระหว่าง 2 – 16 นาที ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยภายใน 9 นาที 25 นาที 38 นาที 48 นาที และ 35 นาที ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินเร่งด่วน ใช้เวลามากกว่าเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด

(ทันที 10 นาที และ 30 นาที ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลาน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่า 60 นาที และ 1 ชั่วโมงขึ้นไป) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน พบว่า มีผลการใช้อยู่ในระดับดี โดยมีประเด็นต่างๆ เกือบทุกประเด็นอยู่ในระดับดี ซึ่งเมื่อพิจารณาอายุของพยาบาล พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 เล็กน้อย มีอายุมากกว่า 50 ปี และปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉลี่ย 9.4 ปี ซึ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วยมาก เพราะในการคัดแยกผู้ป่วย พยาบาลทุกคนต้องทำหน้าที่ในการคัดแยก ดังนั้น ผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนดังกล่าวยังอยู่ในระดับดี

ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป ได้รับการคัดแยกโดยเฉลี่ยตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเมื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ได้รับบริการทันที ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าการให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้มารับบริการมาก ผู้ป่วยบางคนที่มีการหนักในแต่ละเวรจะมีพยาบาลทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย 2 คน ซึ่งก็ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดแยกทันทีที่มา สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการคัดแยกภายในเวลาเฉลี่ย 2 นาที ก็ถือว่าไม่ช้ามากนัก อย่างไรก็ตามก็ควรได้รับการคัดแยกทันทีในผู้ป่วยทุกประเภท ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก และฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยภายใน 9 นาที 25 นาที 38 นาที ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ ทั้งนี้ ก็เกิดจากในลักษณะเดียวกันที่เหมือนการเรื่องการคัดแยกผู้ป่วย คือ การให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้มารับบริการมาก และมีผู้ป่วยอาการหนัก แต่ละเวรจะมีแพทย์ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 1 - 2 คน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก และฉุกเฉินเร่งด่วน ก็ต้องใช้เวลาในการรักษาพอสมควร ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยดังกล่าวควรต้องให้การรักษาโดยด่วน ตามเกณฑ์กำหนดสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้การรักษาพยาบาลทันที ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก และฉุกเฉินเร่งด่วน ให้การรักษาภายในเวลา 10 นาที และ 30 นาที ตามลำดับ แต่ในทางปฏิบัติแม้ผู้ป่วยจะไม่ได้พบแพทย์ทันที หรือตามเกณฑ์ที่กำหนด พยาบาลซึ่งทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยก็จะรายงานแพทย์ทันทีที่ทำการคัดแยก และแพทย์ก็จะสั่งการรักษาโดยเบื้องต้นไปก่อน แล้วรีบมาดูผู้ป่วย เรื่องดังกล่าวนี้ก็ได้มีการจัดการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสถานการณ์ แต่ก็ยังเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาให้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ วิมลธาดา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน พบว่า ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมายื่นบัตรตรวจถึงผู้ป่วยเข้ารับการรับการรักษาจากแพทย์ ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน แตกต่างจากการศึกษาของ จิราพร ทองพัฒน์⁽¹¹⁾; และศิริพร บุญช่วย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ /น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

นอกจากนี้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการคัดกรองและการรักษาพยาบาลโดยรวม และในแต่ละด้าน ในระดับมาก ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทันที/เร่งด่วนในการดูแลความเจ็บป่วยของร่างกาย ต้องการความสะดวกรวดเร็ว ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และเกิดความปลอดภัย⁽¹³⁾ ถ้าหากความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการตอบสนองเพียงบางอย่าง ผู้ป่วยก็จะไม่พึงพอใจหรือพึงพอใจน้อย การให้บริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระบี่ แม้ส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยมาก หรือมากเป็นบางช่วง การให้บริการผู้มารับบริการก็คำนึงถึงความรวดเร็ว ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ให้บริการที่คำนึงถึงความจำเป็นเร่งด่วนของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แม้การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยบางครั้งไม่รวดเร็ว แต่ก็คำนึงถึงความเร่งด่วน ปลอดภัยเป็นสำคัญ โดยแพทย์จะรับรายงานจากพยาบาล และสั่งการรักษาไปก่อนตามความจำเป็น แล้วพิจารณาให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนความความเร่งด่วนเป็นสำคัญ อีกทั้ง โรงพยาบาลได้มีนโยบายให้ผู้ให้บริการให้บริการด้วยอัธยาศัยที่ดี ดุจญาติมิตร และมีคุณภาพ ดังนั้น ผู้ป่วย

จึงมีความพึงพอใจมากเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นบางเรื่องที่มีข้อจำกัด เช่น เรื่องจำนวนบุคลากร รอคอยนาน และเรื่องความสะดวกรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองพัฒน์⁽¹¹⁾ ; ศิริพร บุญช่วย⁽¹²⁾ ; พักตร์ศิริ เกื้อกุล⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน มีความพึงพอใจมากเป็นส่วนใหญ่

สรุปผลการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน (MOPH ED Triage) ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ มีผลการใช้อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ และในการคัดแยกผู้ป่วย ในแต่ละประเภท ได้รับการประเมินอาการโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2 – 16 นาที ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยภายในเวลา 9 นาที 25 นาที 38 นาที 48 นาที และ 35 นาที ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก ฉุกเฉินเร่งด่วน ใช้เวลามากกว่าเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ใช้เวลาน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาลในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ควรคัดแยกผู้ป่วย และให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วนมาก และฉุกเฉินเร่งด่วน ให้รวดเร็วขึ้น และสร้างความพึงพอใจต่อการให้บริการรักษาพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรปรับปรุงและพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ ให้ดียิ่งขึ้น ในเรื่องเวลาให้มีความรวดเร็วมากขึ้น เพิ่มความพึงพอใจ / ลดการร้องเรียน และความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วย
2. ปรับปรุงการให้บริการคัดแยกผู้ป่วยให้รวดเร็ว และให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ให้รวดเร็วมากขึ้น ซึ่งใช้เวลามากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
3. ควรปรับปรุงการให้บริการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ ให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องระยะเวลารอคอยที่ได้พบแพทย์ ความสะดวกรวดเร็วต่อบริการที่ได้รับ และความเพียงพอของบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการให้บริการต่าง ๆ ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อจะได้รูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เยาวลักษณ์ ผุยหัวโตน, จุไรพร กนกวิจิตร. การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. รายงานวิจัย; 2563.
2. กัลยารัตน์ หล้าธรรม. คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ใน: การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 2560; 2560. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. ชนิดาภา ไกรธสอน. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2565;30(1):69–81.

4. สุวสันต์ บุญยะรัตน์. ความแม่นยำของระบบการคัดกรองผู้ป่วยด้วยดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉินเทียบกับเกณฑ์คัดแยกและมาตรฐานความเจ็บพลันแคนาดา ในผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/245664/171807>

5. วิพุธ เล้าสุขศรี, ปาริชาติ ชิวปรีชา, นุริยันธ์ สาเมาะ, ญาณิศา ไทยมิตร, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. การทำนายโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยระบบการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย และ Trauma and Injury Severity Score (TRISS) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CMMJ_MedCMJ/article/download/253938/171448

6. ศศิวิมล พงษ์นิลละอากรณ. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพะเยา [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.

7. Gerdtz MF, Bucknall TK. Why we do the things we do: Applying clinical decision-making framework to triage practice. *Accid Emerg Nurs*. 2013;7:50–7.

8. โรงพยาบาลกระบี่. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2563–2567. กระบี่: โรงพยาบาลกระบี่; 2567.

9. Yamanae T. *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill Inc; 1967.

10. สุรางค์ วิมลธาดา. ผลของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ระยะเวลารอคอย และการรับรู้บทบาทการคัดแยกผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกระบี่. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(3):50–64.

11. จิราพร ทองพัฒน์. ผลการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพนม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.go.th/research/file/20240421181634-52_2567จิราพร%20ทองพัฒน์

12. ศิริพร บุญช่วย. ผลการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำทับ. รายงานวิจัย; 2567.

13. Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the Emergency Department: Nurses and patients perceptions. *J Nurs Adm*. 1999;29(1):43–50.

14. พัทธศรี เกื้อกุล. ผลการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนภลัย. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561;2(2):35–45.

15. Newberry L. *Emergency Nursing: Principle and Practice*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2013.

16. สุไรยา รามาน, นุสรา ชนากานต์, เกิดกลิ่นหอม. เอกสารการอบรม Triage [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OBS/admin/knownledges_files/31_65_1.pdf

การประยุกต์สื่อนเพื่อปรับปรุงการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

อมรรณ คำมา*

อรอนงค์ วิชัยคำ**

กุลวดี อภิชาติบุตร***

(Received : March 18, 2025; Revised : May 16, 2025; Accepted : May 28, 2025)

บทคัดย่อ

การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Development study) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยประยุกต์สื่อน กลุ่มประชากรในการศึกษาคือ บุคลากร จำนวน 19 คน และกิจกรรมที่เกี่ยวกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 ในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการประยุกต์สื่อนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย และแบบบันทึกสำหรับปริมาณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมหลังปรับปรุงการจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า

1. กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 ภายหลังปรับปรุงโดยใช้แนวคิดสื่อนประกอบไปด้วย 6 กิจกรรมหลักและ 14 กิจกรรมย่อย ซึ่งกิจกรรมย่อยจำนวน 22 กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง

2. เวลามาตรฐานในกระบวนการจำหน่ายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 ก่อนปรับปรุง เท่ากับ 225.17 นาที เวลามาตรฐานในกระบวนการจำหน่ายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 ภายหลังปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายโดยใช้แนวคิดสื่อนเท่ากับ 120.23 นาที เวลาลดลงทั้งสิ้น 104.94 นาที

จากการดำเนินการส่งผลให้ความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 90 ส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 85 จากผลสำเร็จของการดำเนินการ ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ได้นำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลในปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดสื่อนในกลุ่มโรคอื่นต่อไป

คำสำคัญ : กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดสื่อน ,หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

*นักศึกษาปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: amornwan_kha@cmu.ac.th

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: orn-anong.w@cmu.ac.th

***อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, kulwadee.a@cmu.ac.th

Application of Lean Thinking to Improve Patient Discharge Process in Male Orthopedics Ward 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

*Amornwan Khamma **

*Orn-Anong Wichaikhum***

*Kulwadee Abhicharttibutra****

(Received : March 18, 2025; Revised : May 16, 2025; Accepted : May 28, 2025)

Abstract

An effective patient discharge process contributes to increased patient satisfaction, ensures appropriate and continuous care, and enhances hospital management efficiency. This development study aimed to improve the inpatient discharge process in Male Orthopedic Ward 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, through the application of Lean Thinking. The study population consisted of 19 staff members and activities related to the discharge process in the ward, conducted between April and June 2024. Data collection tools included a set of questions addressing problems, obstacles, and suggestions regarding the application of Lean to improve the discharge process, as well as a log sheet for recording the time spent on each activity post-implementation. Descriptive statistics, such as frequency and percentage, were used for data analysis. The results were as follows:

1. The improved discharge process using Lean methodology comprised 6 main activities and 14 sub-activities, compared to 22 sub-activities before the improvement.

2. The standard discharge time before the improvement was 225.17 minutes. After applying Lean principles, the standard time was reduced to 120.23 minutes—a total reduction of 104.94 minutes.

The implementation led to an increase in staff satisfaction from 75% to 90%, and patient satisfaction rose from 60% to 85%. Based on the success of the intervention, hospital and nursing administrators have adopted the study results as a basis for improving discharge processes in other disease groups using Lean Thinking.

Keyword : Patient Discharge Process, Lean thinking, Orthopedics Ward

*Master's degree student, Chiang Mai University, , E-mail: amornwan_kha@cmu.ac.th

** Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, E-mail: orn-anong.w@cmu.ac.th

*** Instructor, Faculty of Nursing Chiang Mai University, kulwadee.a@cmu.ac.th

บทนำ

การบริการมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การบริการที่ดีหรือการบริการที่มีคุณภาพ เป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ อันประกอบไปด้วยเกณฑ์ต่างๆหลายประการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น⁽¹⁾

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้นถือได้ว่าเป็นการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจะกลับบ้าน ถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญที่ผู้รับบริการมีความคาดหวังในคุณภาพการบริการที่ดี ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีความปลอดภัยสูงสุด กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วย่อมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ เพิ่มคุณค่าการบริการและยังส่งผลต่อการให้บริการในการรับผู้ป่วยใหม่ได้รวดเร็วขึ้นและเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาลมากขึ้น⁽²⁾ ปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการจำหน่ายได้แก่ ขั้นตอนกระบวนการจำหน่ายที่ซ้ำซ้อน ลำช้า การลืมนัดนัดคืนอุปกรณ์ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ต้นทุนบริการที่สูงขึ้น และความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลงได้อีกด้วย รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อ จำนวนผู้ป่วยที่จะสามารถเข้ารับการรักษาจะลดลง อัตราการครองเตียงสูง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาลำช้า ส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย⁽³⁾ ดังนั้นในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยควรเป็นกระบวนการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว เป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่ามีความสิ้นเปลือง ลดความสูญเสียในกระบวนการ การประยุกต์ใช้แนวคิดในการจัดการกระบวนการจำหน่ายจะช่วยให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือลูกค้าได้ทันทั่วทั้ง มีคุณค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽⁴⁾

แนวคิดการประยุกต์บูรณาการแนวคิดกิจกรรมและวิธีการสร้างคุณค่าให้กับสินค้า กระบวนการและการบริการอย่างเหมาะสมยั่งยืน ลดการสูญเสียและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งด้านคุณภาพและราคาและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ระบบอยู่เสมอ⁽⁵⁾ แนวคิดการเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้เครื่องมือ วิธีการและกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในกระบวนการทำงานเพื่อกำจัดความสูญเสียและก่อให้เกิดการสร้างคุณค่าเพิ่มแก่สินค้าหรือบริการอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้บริการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการและให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมนั้นจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเต็มใจพัฒนาและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽⁶⁾ แนวคิดการถือได้ว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยในระบบการจัดการเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาจัดกระบวนการทำงานในโรงพยาบาลได้ ซึ่งจะสามารถช่วยให้โรงพยาบาลปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในด้านการช่วยทำให้ข้อผิดพลาดต่างๆลดลง อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและยังทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยชายอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับอุบัติเหตุและมีพยาธิสภาพทางออร์โธปิดิกส์ รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีจากแผนกรังสีรักษา โดยมีกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ 1) เอ็นไขว้เข้านด้านหน้าได้รับบาดเจ็บ (ACL injury) 2) มะเร็งของกระดูก (Osteosarcoma) 3) โรคข้อสะโพกหัก (Hip Fracture) 4) โรคกระดูกต้นขาและกระดูกหน้าแข้งหัก (Fracture femur & both bone of leg) 5) มะเร็งที่มารักษาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีจากแผนกรังสีรักษา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ได้รับการฟื้นฟูสภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพ จากการศึกษากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 พบว่ามีกระบวนการหลักในการจำหน่ายผู้ป่วย 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) ขั้นตอนในการรับคำสั่งการจำหน่าย 2) การแจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษาจำหน่าย 3) ขั้นตอนการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วย 4) การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบคอมพิวเตอร์และให้ญาติไปติดต่อศูนย์ประสานสิทธิ์และชำระค่ารักษาพยาบาล 5) ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 6) ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษากรณีศึกษา

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 พบว่า ขั้นตอนการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยมีความล่าช้า เนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติที่เห็นชัดเจน ทำให้บ่อยครั้งที่พยาบาลทำกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในขั้นตอนนี้ไม่ครบถ้วน เกิดข้อผิดพลาดและใช้เวลานาน เกิดการลืมนัด คืบอุปกรณ์รวมทั้ง มีการเบิกอุปกรณ์ เช่น ไม้ค้ำยันผู้ป่วยช้าช้อน เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการจำหน่ายชื่อผู้ป่วยออกจากระบบคอมพิวเตอร์แล้ว มาพบในภายหลังว่า ขั้นตอนในการสรุปเวชระเบียนการคืนยาและอุปกรณ์ไม่สมบูรณ์ ทำให้ต้องเสียเวลาในการแก้ไขเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์โดยการยื่นคำร้องในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้หน่วยเวชระเบียนทำการนำชื่อผู้ป่วยกลับเข้ามาในระบบคอมพิวเตอร์อีกครั้ง (Reverse discharge) เพื่อทำการแก้ไขข้อผิดพลาดจากพยาบาลในการลืมนัด คืบอุปกรณ์ ยกเลิกยา ยกเลิกอุปกรณ์ที่เบิกมา หรือคิดค่ารักษาพยาบาลผิด ซึ่งส่งผลให้กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยล่าช้ามากขึ้น ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับบ้านได้ภายในวัน ในปี 2564 จากสถิติ จากข้อมูลจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มีการยื่นคำร้องในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้หน่วยเวชระเบียนทำการนำชื่อผู้ป่วยกลับเข้ามาในระบบคอมพิวเตอร์อีกครั้งเพื่อแก้ไขการลืมนัด คืบอุปกรณ์ ยกเลิกยา ยกเลิกอุปกรณ์รวมถึงแก้ไขการคิดค่าบริการที่ผิดพลาด เป็นจำนวน 33 ครั้ง คิดเป็น 10.75%⁽⁸⁾ ในปี 2565 จากสถิติข้อมูลจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ มีการยื่นคำร้องในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้หน่วยเวชระเบียนทำการนำชื่อผู้ป่วยกลับเข้ามาในระบบคอมพิวเตอร์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขการลืมนัด คืบอุปกรณ์ ยกเลิกยา ยกเลิกอุปกรณ์รวมถึงแก้ไขการคิดค่าบริการที่ผิดพลาด เป็นจำนวน 30 ครั้ง คิดเป็น 8.98%⁽⁹⁾ ในปีพ.ศ. 2564-2565 พบว่าระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยในระดับมากที่สุด คิดเป็น 60% และ 50% ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้คือมากกว่า 80% โดยจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีความไม่ประทับใจด้านการให้บริการในการจำหน่ายที่ล่าช้า ขั้นตอนต่างรอนาน ในปี 2564-2565 จำนวน 10 ราย และ 22 ราย ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 เกิดความล่าช้าในทุกกระบวนการ รวมทั้งเกิดข้อผิดพลาดทำให้เกิดความล่าช้าในการทำงานและผู้ป่วยกลับบ้านได้ล่าช้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการจำหน่ายของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 จึงควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิดในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิด
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนาคุณภาพการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ก่อนและหลังดำเนินการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการใช้นำแนวคิดในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา(development study) เพื่อปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยใช้แนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา มี 2 กลุ่มคือ

- 1.บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ จำนวน 19 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 11 คน, ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 5 คน, พนักงานช่วยทางการพยาบาลจำนวน 3 คน
- 2.กิจกรรมในการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 ในช่วงเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2567 จำนวน 30 คน เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ เดือนเมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2567 โดย 1) เป็นกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประเภทอาการทุเลา ในผู้ป่วยกลุ่มที่กระดูกหักจากอุบัติเหตุ 2) เป็นกิจกรรมการจำหน่ายผู้ป่วย ที่ญาติสามารถมารับผู้ป่วยกลับบ้านเองได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ในการศึกษาค้างนี้มีกำหนดขนาดตัวอย่างทำได้โดยการจับเวลาเบื้องต้น 5 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาทีและจับเวลาเบื้องต้น 10 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 นาที หาค่าพิสัยของเวลาที่จับได้ หาค่าเฉลี่ยของเวลาที่จับได้ แล้วนำค่าพิสัยมาหารด้วยค่าเฉลี่ย นำค่าที่ได้มาเทียบตารางมาตรฐาน เพื่อหาจำนวนครั้งที่ต้องจับเวลา โดยการเทียบกับตารางของบาร์นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ⁽¹¹⁾ ทั้งระยะก่อนปรับปรุงและหลังการปรับปรุง ในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกิจกรรมของกระบวนการจำหน่าย กิจกรรมละ 30 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการประยุกต์แนวคิดในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย และ3) แบบบันทึกสำหรับปริมาณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมหลังปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้ศึกษาดูตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโดยนำเครื่องมือประกอบด้วย แผนภูมิการจำหน่ายผู้ป่วย และแบบบันทึกการระบุคุณค่าของกิจกรรมในการจำหน่าย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย และแบบการเก็บข้อมูลเวลาในแต่ละกิจกรรมของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการวัดการใช้ภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถามและแนวคำถาม

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

1.นาฬิกาจับเวลาที่มีเวลาบอกเป็นนาฬิกาที่ 2 เรือนนำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยผู้ศึกษาทำการเทียบเวลาให้ตรงกับสถาบันมาตรวิทยาแห่งประเทศไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่เวลา 08.00 น. ณ ตำแหน่งเดียวกันเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งต้องมีความตรงกันของเวลาทั้งสามวัน

2.ผู้สังเกตสองท่านหาความเที่ยงของการสังเกต โดยสังเกตการทำกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในเวลาเดียวกันตามตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมและแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน

10 ครั้ง จากนั้นจะนำข้อมูลเวลาที่บันทึกของทั้งสองคนมาตรวจสอบความถูกต้องและตรงกันของเวลาในการบันทึกข้อมูล ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.9

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาดำเนินการ จำนวน 3 เดือนตั้งแต่เมษายน ถึง มิถุนายน 2567 ดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการศึกษา รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการศึกษารวบรวมกระบวนการกำหนดผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 และนำมาเขียนแผนภาพการไหลของกระบวนการกำหนดผู้ป่วยตามความเป็นจริงในปัจจุบันและจัดลำดับของกิจกรรมผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้ศึกษานำแผนภาพการไหลของกระบวนการกำหนดผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาแล้วมาจัดทำตารางอธิบายลักษณะกิจกรรมในกระบวนการกำหนด และจัดทำแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ศึกษาเตรียมผู้ช่วยศึกษา 1 ท่านเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลเวลา โดยพิจารณาเลือกพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และผู้ศึกษาอธิบายรายละเอียดของเครื่องมือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสังเกตการจับเวลาและการบันทึกเวลาในกิจกรรมกระบวนการกำหนดผู้ป่วย

ระยะก่อนการปรับปรุง

1. จัดประชุมทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกำหนด และนำเสนอปัญหาและเครื่องมือในการปรับปรุงกระบวนการกำหนด และการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการปรับปรุง

2. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษาเก็บเวลาในการทำกิจกรรมในกระบวนการกำหนดผู้ป่วยก่อนการปรับปรุงโดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยทำการจับเวลากิจกรรมละ 5 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาที และจับเวลากิจกรรมละ 10 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที และนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมจำนวน 30 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลเวลาจนครบ 30 ครั้ง ในแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำข้อมูลเวลาที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณหาเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมก่อนการปรับปรุงและเวลาเพื่อการทำงาน (allowances) เท่ากับร้อยละ 4 โดยใช้เกณฑ์การคิดเวลาเพื่อการทำงานของวันชัย ริจิรวนิช⁽¹²⁾

ระยะปรับปรุง

1. จัดประชุมทีมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดในการนำมาปรับปรุงกระบวนการกำหนดและนำข้อมูลที่ได้ก่อนการปรับปรุงกระบวนการกำหนดผู้ป่วยมาวิเคราะห์คุณค่าของกิจกรรมทั้งหมดตามหลักการแนวคิด

2. ผู้ศึกษาจัดประชุมทีมบุคลากรร่วมกันนำเสนอแนวปฏิบัติปรับปรุงกระบวนการกำหนดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โดยใช้แนวคิดและนำไปเขียนแผนภาพกระบวนการกำหนดหลังปรับปรุงและแบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมของกระบวนการกำหนดหลังปรับปรุงใหม่

3. นำกระบวนการกำหนดผู้ป่วยหลังปรับปรุงมาทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน

4. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษาทำการศึกษาข้อมูลรอบเวลาในกระบวนการกำหนดผู้ป่วยหลังการปรับปรุงต่อโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จับเวลาแบบต่อเนื่องและบันทึกเวลาในกระบวนการกำหนดผู้ป่วยหลังการปรับปรุงตามเครื่องมือ

ที่ได้จัดทำไว้แล้ว ในแต่ละกิจกรรมจนครบจำนวน 30 ครั้ง นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณเวลามาตรฐานของแต่ละกิจกรรมเหมือนระยะก่อนการปรับปรุง

ระยะหลังการปรับปรุง

1. ผู้ศึกษาจัดประชุมทีมบุคลากรเพื่อนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้หลังการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนและสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย
2. ผู้ศึกษานำเสนอแนวปฏิบัติ เพื่อประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่หลังประยุกต์ใช้แนวคิดลีนในการปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและข้อมูลของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และค่าความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นนาที่ในระยะก่อนการปรับปรุงและระยะหลังการปรับปรุง โดยใช้แนวคิดแบบลีน
3. ข้อมูลปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้จากการประชุมกลุ่มร่วมกันกับบุคลากรในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 นำมาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Study code : 2566-EXP103 อนุมัติ ณ วันที่ 3 มกราคม พ.ศ.2567 มีผลถึงวันที่ 2 มกราคม พ.ศ.2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ บุคลากรมีจำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.68 มีช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51-60 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุดและส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 มากกว่า 5 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68

ส่วนที่ 2 กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เปรียบเทียบก่อนปรับปรุงและหลังการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมย่อยของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น เชียงใหม่ ในระยะก่อนและหลังปรับปรุง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุง
1. การรับคำสั่งจำหน่าย	1.1 ตรวจสอบคำสั่งจำหน่ายและรับคำสั่งจำหน่ายของแพทย์	1.1 ตรวจสอบคำสั่งจำหน่าย รับคำสั่งและสะแกนคำสั่งจำหน่าย
2. การแจ้งผู้ป่วยและญาติ	2.1 แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการจำหน่ายและสอบถามความต้องการก่อนจำหน่าย	2.1 แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการจำหน่ายและสอบถามความต้องการก่อนจำหน่าย
3. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วย	3.1 ตรวจสอบการเบิกยากลับบ้านลงในระบบคอมพิวเตอร์ของแพทย์ 3.2 แจ้งแพทย์เบิกยากลับบ้านในระบบคอมพิวเตอร์และรอแพทย์เบิกยา (กรณีแพทย์ไม่ได้เบิกยา) 3.3 ตรวจสอบและกดยอมรับยา กลับบ้านในระบบ E-Kardex 3.4 สแกนคำสั่งการจำหน่าย 3.5 คิดเงินค่ารักษาพยาบาล 3.6 สรุป ENR ในระบบคอมพิวเตอร์และนัดหมายผู้ป่วย พิมพ์ใบสรุปการรักษา 3.7 สรุปเวชระเบียนในแฟ้มผู้ป่วย 3.8 ยกเลิกยาผู้ป่วยทั้งที่ใช้ในระบบคอมพิวเตอร์ 3.9 เขียนใบคืนอุปกรณ์และยาต่างๆ ของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ 3.10 พิมพ์ใบบันทึกการให้ยา 3.11 ดำเนินการคืนยาและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ไม่ได้ใช้	3.1 ตรวจสอบการเบิกยากลับบ้าน และกดยอมรับยาและกด Plan D/C ในระบบ E-Kardex 3.2 แจ้งแพทย์เบิกยากลับบ้านในระบบคอมพิวเตอร์และรอแพทย์เบิกยา (กรณีแพทย์ไม่ได้เบิกยา) 3.3 สรุป ENR ในระบบคอมพิวเตอร์และนัดหมายผู้ป่วย ปรีณใบสรุปการรักษา 3.4 สรุปเวชระเบียนในแฟ้มผู้ป่วย 3.5 เขียนใบคืนยาและอุปกรณ์และดำเนินการคืนยาและอุปกรณ์และเจ้าหน้าที่รอรับยากลับบ้าน 3.6 พิมพ์ใบบันทึกการให้ยา
4. การจำหน่ายผู้ป่วยในระบบ	4.1 ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสารการคืนอุปกรณ์ และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบคอมพิวเตอร์ 4.2 ให้ญาตินำแฟ้มประวัติผู้ป่วยไปตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลที่ศูนย์ประสานสิทธิ์ 4.3 แจ้งให้ญาติไปชำระค่ารักษาพยาบาลที่ศูนย์รับเงิน 4.4 เจ้าหน้าที่รับยากลับบ้านที่ห้องยา 4.5 ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินและยากลับบ้าน	4.2 โทรประสานศูนย์ประสานสิทธิ์/งานคลังตรวจสอบการรักษา 4.3 แจ้งญาติชำระค่ารักษาพยาบาลโดยการโอนผ่านบัญชี/สะแกนจ่าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมย่อยของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในระยะก่อนและหลังปรับปรุง (ต่อ)

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อยก่อนการปรับปรุง	กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุง
5. การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	5.1 การทำหัตถการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 5.2 ให้คำแนะนำ ใบนัด ยากลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ	5.1 ตรวจสอบการชำระเงิน ทำหัตถการที่จำเป็น ให้คำแนะนำยาและใบนัด
6. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	6.1 ประสานหน่วยรับส่งผู้ป่วยผ่านระบบ Wheel B และรอเจ้าหน้าที่เปลมารับผู้ป่วย 6.2 บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในสมุดจำหน่าย	6.1 ประสานหน่วยรับส่งผู้ป่วยผ่านระบบ Wheel B และรอเจ้าหน้าที่เปลมารับผู้ป่วย 6.2 บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในสมุดจำหน่าย
รวมกิจกรรม	22 กิจกรรม	14 กิจกรรม

จากตารางพบว่า กระบวนการหลักยังคงประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก แต่กิจกรรมย่อยลดลงจาก 22 กิจกรรม เป็น 14 กิจกรรมย่อย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นนาทีในระยะก่อนการปรับปรุงและระยะหลังการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดแบบลีน

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลรอบเวลามาตรฐานในแต่ละกิจกรรมของกระบวนการจำหน่ายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ก่อนปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)	หลังปรับปรุง เวลามาตรฐาน (นาที)
1. การรับคำสั่งจำหน่าย	1. การตรวจสอบคำสั่งจำหน่ายและการรับคำสั่งจำหน่าย (เพิ่มการสแกนคำสั่งจำหน่ายหลังปรับปรุง)	1.56	2.83
	รวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมหลักที่ 1	1.56	2.83
2. การแจ้งผู้ป่วยและญาติ	2.1 แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการจำหน่ายและสอบถามความต้องการของผู้ป่วย	1.90	1.60
	รวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมหลักที่ 2	1.90	1.60
3. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยของแพทย์	3.1 ตรวจสอบการเบิกยากลับบ้านในระบบคอมพิวเตอร์ (เพิ่มการกดยอมรับยาและกด Plan D/C ในระบบ E-Kardex หลังปรับปรุง)	0.88	1.81
	3.2 แจ้งแพทย์เบิกยากลับบ้านในระบบคอมพิวเตอร์และรอแพทย์เบิกยา	1.22	0.99
	3.3 ตรวจสอบและกดยอมรับยากลับบ้านในระบบ E-Kardex	1.14	0.00
	3.4 สแกนคำสั่งการจำหน่าย	1.41	0.00
	3.5 คิดเงินค่ารักษาพยาบาล	3.54	0.00
	3.6 สรุป ENR ในระบบคอมพิวเตอร์และนัดหมายผู้ป่วยและพิมพ์ใบสรุปการรักษา	26.63	20.73
	3.7 สรุปเวชระเบียนในแฟ้มผู้ป่วย	19.39	18.89
	3.8 ยกเลิกยาผู้ป่วยที่งดใช้ในระบบ	1.15	0.00

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลรอบเวลามาตรฐานในแต่ละกิจกรรมของกระบวนการจำหน่ายในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (ต่อ)

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง
		เวลามาตรฐาน (นาท)	เวลามาตรฐาน (นาท)
4. การจำหน่ายผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์	3.9 เขียนใบคินอุปกรณ์และยาต่างๆ	1.36	14.15
	3.10 พิมพ์ใบบันทึกการให้ยา	1.28	1.16
	3.11 ดำเนินการคืนยาและอุปกรณ์ต่างๆที่ไม่ได้ใช้	27.43	0.00
	รวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมหลักที่ 3	85.43	57.73
	4.1 ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสารการคืนอุปกรณ์ก่อนการจำหน่ายและจำหน่ายชื่อผู้ป่วยออกจากกระบบ	0.86	1.31
	4.2 ให้ญาตินำแฟ้มประวัติผู้ป่วยไปตรวจสอบคำรักษาพยาบาลที่ศูนย์ประสานสิทธิ์	33.18	0.98
	4.3 แจ้งให้ญาติไปชำระคำรักษาพยาบาล	24.41	2.94
	4.4 เจ้าหน้าที่รับยากลับบ้านที่ห้องยา	12.91	0.00
	4.5 ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินและยา	0.97	0.00
	รวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมหลักที่ 4	72.33	5.23
5. การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	5.1 การทำหัตถการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (เพิ่มการตรวจสอบการชำระเงินและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน หลังการปรับปรุง)	1.47	3.93
	5.2 ให้คำแนะนำ โบนัด ยากลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ	2.61	0.00
	รวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมหลักที่ 5	4.08	3.93
6. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	6.1 ประสานหน่วยรับส่งผู้ป่วยผ่านระบบ Wheel B และ รอเจ้าหน้าที่เปลมารับผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย	59.18	48.12
	6.2 บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในสมุดจำหน่าย	0.69	0.79
	รวมเวลามาตรฐานของกิจกรรมหลักที่ 6	59.87	48.91
รวมเวลามาตรฐาน(นาท)		225.17	120.23

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 รูปแบบกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หลังการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีน

กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีกระบวนการก่อนการปรับปรุงประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก และประกอบด้วยกิจกรรมย่อยทั้งหมด 22 กิจกรรมย่อย แต่ภายหลังการปรับปรุงกระบวนการโดยใช้แนวคิดลีน กิจกรรมหลักยังคงมี 6 กิจกรรมหลักแต่กิจกรรมย่อยหลังการปรับปรุงลดลงเหลือ 14 กิจกรรมย่อย จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิดลีนในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายโดยการขั้นตอนการระบุสายธารแห่งคุณค่า ทำให้สามารถมองเห็นกิจกรรมต่างๆในกระบวนการจำหน่ายได้อย่างชัดเจน

การศึกษาในครั้งนี้ในการปรับลดกิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย ได้มีการนำเครื่องมือต่างๆและเทคนิคต่างๆตามแนวคิดลีนมาใช้โดยก่อนการนำเครื่องมือต่างๆมาใช้นั้น ผู้วิจัยได้ได้มีการนิเทศให้ความรู้แก่บุคลากรเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิดลีน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดลีนและให้เกิดความร่วมมือสู่การนำแนวคิดลีนลงสู่การปฏิบัติในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย (lean training) และหลังจากนั้นมีการนำเครื่องมือในการจัดการที่เหมาะสมมาใช้ในการกระบวนการปรับปรุงได้แก่ การระดมสมอง (brainstorming) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิเคราะห์ร่วมกันการใช้เทคนิคอี ซี อาร์ เอส (ECRS: Eliminate Combine Re-arrange and Simplify) ซึ่งเป็นหลักการที่สามารถใช้ในการเริ่มต้นลดความสูญเปล่าในกระบวนการและปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน ช่วยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ช่วยรวมขั้นตอนที่สามารถทำพร้อมกันได้ อีกทั้งยังปรับเรียงลำดับกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยทำให้กระบวนการง่ายขึ้นเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความรวดเร็ว⁽¹³⁾ การใช้กระบวนการแก้ปัญหาด้วยพีดีซีเอ (PDCA) การเขียนแผนผังสายธารแห่งคุณค่า (Value Stream Mapping) แผนภูมิกระบวนการไหลของขั้นตอนต่างๆในกระบวนการจำหน่าย (flow process chart) กิจกรรม 5 ส การทำงานเป็นทีม รวมถึงการรวบรวมข้อมูลด้วยเช็คชีท (check sheet) ซึ่งการนำเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ทำให้ช่วยลดกิจกรรมย่อยของกระบวนการจำหน่ายส่งผลทำให้ระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 ลดลงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในกระบวนการคือ การที่บุคลากรให้ความร่วมมือในการปรับปรุงกระบวนการและบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดลีนและการนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงกระบวนการได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้สามารถร่วมกันวิเคราะห์กระบวนการจำหน่าย หาความสูญเปล่าในกระบวนการและกำจัดความสูญเปล่าเหล่านั้นออกไปได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่หลังการปรับปรุงโดยใช้แนวคิดลีน

จากผลการศึกษาเวลามาตรฐานที่ใช้ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 พบว่าในกระบวนการจำหน่ายก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐานรวม 225.17 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 120.23 นาที เวลาลดลงทั้งสิ้น 104.94 นาที

กิจกรรมหลักที่ 1 การรับคำสั่งจำหน่าย ก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 1.56 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 2.83 นาทีโดยรวมเวลามาตรฐานเพิ่มขึ้น 1.27 นาที

กิจกรรมหลักที่ 2 การแจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการจำหน่าย ก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 1.90 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 1.60 นาทีโดยรวมเวลามาตรฐานลดลง 0.30 นาทีในกิจกรรมหลักที่ 2 ถึงแม้เวลามาตรฐานหลังการปรับปรุงกระบวนการจะลดลงเพียงเล็กน้อย แต่ในการปรับปรุงกระบวนการในกิจกรรมหลักที่ 2 ได้มีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดในกิจกรรมโดยการปรับปรุงทำให้ง่ายและรวดเร็วขึ้นด้วย (simplify)

กิจกรรมหลักที่ 3 การสรุปเวชระเบียนของผู้ป่วย ก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 85.43 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 57.73 นาที โดยรวมเวลามาตรฐานลดลง 27.70 โดยใช้เทคนิคการกำหนดให้มีเอกสารตรวจสอบความสมบูรณ์ของการจำหน่ายผู้ป่วย (check sheet) สำหรับติดหน้าชาร์ตผู้ป่วยที่จำหน่าย เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของการทำเอกสารการจำหน่ายของผู้ป่วยทั้งส่วนของแพทย์และพยาบาล ใช้เทคนิคการรวม (combine) โดยรวมกิจกรรมย่อยที่มีความต่อเนื่องกันเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความสับสนไหลของกระบวนการและลดระยะเวลาความสูญเปล่าของกระบวนการที่ทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน

กิจกรรมหลักที่ 4 การจำหน่ายผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ ก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 72.33 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 5.23 นาที โดยรวมเวลามาตรฐานลดลง 67.10 นาที เนื่องจากมีการพัฒนาได้โดยใช้เทคนิคทำให้ง่ายขึ้น (simplify) โดยเปลี่ยนจากการให้ญาตินำแฟ้มประวัติผู้ป่วยไปตรวจสอบคำรักษาพยาบาลที่ศูนย์ประสานสิทธิ์ เป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล (team leader) ให้ทำหน้าที่ประสานศูนย์ประสานสิทธิ์ขอให้ดำเนินการตรวจสอบค่า

รักษายาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติแบบออนไลน์ในระบบคอมพิวเตอร์แทน รวมทั้งใช้เทคนิคการจัดใหม่ (rearrange) และทำให้ง่ายขึ้น (simplify) ในกระบวนการ โดยมีการประสานการเงินขอจัดทำแนวทางการชำระเงินโดยการชำระผ่านบัญชีธนาคาร หรือ QR Code บนหอผู้ป่วยได้เลยโดยที่ญาติไม่ต้องลงไปชำระเงินที่ศูนย์รับเงิน ส่งผลให้ช่วยลดระยะเวลาการชำระเงิน และทำให้มีความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

กิจกรรมหลักที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 4.08 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 3.93 นาที โดยรวมเวลามาตรฐานลดลง 0.15 นาที เนื่องจากกิจกรรมย่อยในกิจกรรมหลักที่ 5 มีการคงไว้ เพียงแต่ใช้เทคนิคการรวมกัน (combine) โดยรวมกิจกรรมที่ 4.5 ตรวจสอบใบเสร็จรับเงินและยา กิจกรรมย่อยที่ 5.1 การทำหัตถการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและ 5.2 ให้คำแนะนำ โบนัด ยากลับบ้าน แก่ผู้ป่วยและญาติ เข้าด้วยกันทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม

กิจกรรมหลักที่ 6 การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ก่อนปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 59.87 นาที หลังปรับปรุงใช้เวลามาตรฐาน 48.91 นาทีโดยรวมเวลามาตรฐานลดลง 10.96 นาที เนื่องจาก มีการปรับปรุง ระยะเวลารอคอยโดยปรับเปลี่ยนการประสานหน่วยรับส่งผู้ป่วยในระบบ Wheel-B ล่วงหน้าตั้งแต่พยาบาลมีการจำหน่ายชื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และวางแผนสำรองคือการใช้เทคนิคจัดทำมาตรฐานการทำงาน (standardized work) การส่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยแทนหากมีระยะเวลารอคอยนานเกินกว่า 30 นาที โดยให้เสมียนวอร์ดหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ในเวรนั้นๆทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยแทน

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์แนวคิดสลินในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำให้กิจกรรมในกระบวนการจำหน่ายลดลงและระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยลดลงเช่นกันและสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพในองค์กร

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติงาน บุคลากรในหอผู้ป่วยควรนำกระบวนการจำหน่ายหลังการปรับปรุงไปใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์และช่วยลดภาระงานและเกิดความรวดเร็วในการจำหน่ายผู้ป่วย และควรประยุกต์แนวคิดสลินไปใช้ในการพัฒนากระบวนการทำงานอื่นๆในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความสูญเปล่าในการทำงาน มีความรวดเร็วขึ้นโดยที่คุณภาพของงานคงเดิมหรือดีขึ้น

2.ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่การวางแผนกลยุทธ์และระบบการจัดการในกระบวนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดสลินมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรตระหนักและเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดสลินไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากระบวนการทำงานต่างๆในหอผู้ป่วยของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายในหอผู้ป่วยโดยศึกษาครอบคลุมในทุกกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่มีทีมแพทย์สหสาขาในการดูแลและในแต่ละประเภทของการจำหน่ายเช่น ผู้ป่วยส่งต่อ

2.ศึกษาการประยุกต์แนวคิดสลินในกระบวนการอื่นๆในหอผู้ป่วยที่ใช้เวลามากและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการประยุกต์ใช้แนวคิดสลินในกระบวนการอื่นๆเช่น การติดต่อสิทธิบัตร การชำระเงินค่ารักษายาบาล

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- 2.โกศล ดีศีลธรรม. Lean enterprise: ปัจจัยมุ่งสู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. เข้าถึงจาก: <http://www.thailandindustrial.com>
- 3.ตรีเพ็ชร อำเมือง. คู่มือ-เทคนิคการให้บริการด้วยใจ. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- 4.เกียรติจร โฆมานะสิน. Lean: วิถีแห่งการสร้างความคุ้มค่าองค์กรที่เป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2550.
5. Womack J, Jones DT. Part I: lean principles. In: Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation. New York: Simon & Schuster; 2003. <https://doi.org/10.1038/sj.jors.2600967>
- 6.ราตรี นาคกลัด. การพัฒนาระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อโดยประยุกต์แนวคิดลีน โรงพยาบาลสิชล จังหวัด นครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
- 7.เกรบัน ม. Lean hospitals ปรับปรุงคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วยและความพึงพอใจของพนักงาน [Lean hospitals: Improving quality, patient safety, and employee engagement]. วิทยา สุฤทธดำรง, ผู้แปล. กรุงเทพฯ: อี.ไอ. สแควร์; 2555.
- 8.โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. สถิติเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่; 2564.
- 9.โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. สถิติเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่; 2565.
- 10.โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. สถิติเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย ปี 2564–2565. เชียงใหม่: โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่.
- 11.คมสัน จิระภัทรศิลป์. การศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. เข้าถึงจาก: http://www.ptonline.org/imglib/staff/file/komson_000822.pdf
- 12.วันชัย ริจิรวนิช. การศึกษาการทำงาน: หลักการและกรณีศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
13. ประเสริฐ อัครประณพงค์. การลดความสูญเสีย ด้วยหลักการ ECRS [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. เข้าถึงจาก: <https://cpico.wordpress.com/2009/11/29>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

สรสรเสริญ แก้ววิเศษ*

(Received : February 18, 2025; Revised : May 28, 2025; Accepted : June 4, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ อายุ 20 -60 ปี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับดี ($M=26.02$, $S.D.=2.91$) ปัจจัยนำด้านเจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($p\text{-value} < 0.001$ และ 0.037) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.3 (95% CI OR: 1.54-4.68) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 94.6 (95% CI OR: 3.27-8.65) การรับรู้อุปสรรคที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 73.88 (95% CI OR: 0.83-3.28) และการรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโรคที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 85.1 (95% CI OR: 0.17-0.97)

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง, E- mail : sansern2515@hotmail.co.th

Factors Associated with Dengue Hemorrhagic Prevention and control Behaviors among People in HuaiYung Sub District, Nuea Khlong District, Krabi Province

*Sansern Kaewwisate**

(Received : February 18, 2025; Revised : May 28, 2025; Accepted : June 4, 2025)

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study : 1) the level of dengue fever prevention and control behavior among residents in Huai Yung Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province. 2) Factors associated with dengue fever prevention and control behavior among residents in Huai Yung Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province.

The study population consists of residents living in Huai Yung Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province, aged 20–60 years. The sample group includes 252 participants. The research instrument used is a questionnaire. Data analysis is conducted using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values. Analyze the relationship between predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with dengue fever prevention and control behavior using multiple logistic regression analysis.

The research results indicate that the dengue fever prevention and control behavior of residents in Huai Yung Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province, is at a good level ($M = 26.02$, $S.D. = 2.91$). The leading factors were attitude, perceived risk opportunities, and perceived obstacles. The perception of severity in dengue prevention and control had a statistically significant relationship with dengue prevention and control behavior ($p\text{-value} < 0.001$ and 0.037). The sample group with good attitude had dengue prevention and control behavior at 83.3 percent (95% CI OR: 1.54-4.68), good perception of risk opportunity had dengue prevention and control behavior at 94.6 percent (95% CI OR: 3.27-8.65), good perception of barrier had dengue prevention and control behavior at 73.88 percent (95% CI OR: 0.83-3.28), and good perception of severity in disease prevention had dengue prevention and control behavior at 85.1 percent (95% CI OR: 0.17-0.97).

Keyword : Dengue fever prevention and control, Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing factors

* Public health academic expert, Nuea Khlong District Public Health Office , E- mail : sansern2515@hotmail.co.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทยมายาวนาน โดยมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค คือ ยุง และการขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองของผู้ป่วย จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ประเทศไทยมีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ดังนี้ อัตราป่วย 79.64, 129.52 , 195.02, 107.27, และ 14.89 ต่อแสนประชากรและพบอัตราป่วยตายร้อยละ 0.12, 0.13, 0.11, 0.07 และ 0.06 ตามลำดับ การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกรายภาค ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 45,145 ราย อัตราป่วย 68.22 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 29 ราย ภาคที่มีอัตราป่วยประชากรแสนคนสูงสุดคือ ภาคเหนือ (118.93) รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง (83.73) ภาคใต้ (40.62) และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (32.34)¹

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกระบี่พบอัตราป่วย ตั้งแต่ ปี 2561 – 2565 ดังนี้ อัตราป่วย 114.51, 64.03, 21.68, 13.85 และ 75.30 ต่อประชากรแสนคน ปีพ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.28 เป็นผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการ DF, DHF,DSS ร้อยละ 52.46 และร้อยละ 2.0 อำเภอที่พบอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คืออำเภอเมือง อัตราป่วย 148.14 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคืออำเภอเหนือคลอง อัตราป่วย 125.22 ต่อประชากรแสนคน อำเภอคลองท่อม อำเภออ่าวลึก และอำเภอเกาะลันตา 73.02,38.92 และ 27.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾ โรคไข้เลือดออกอำเภอเหนือคลองตั้งแต่ปี 2561 - 2565 พบว่า อัตราป่วย 87.05, 20.46,10.96, 4.64 และ125.22 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือตำบลคลองเขม่า อัตราป่วยเท่ากับ 371.80 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือตำบล ตลิ่งชันตำบลห้วยยูง, ตำบลปากสัย, ตำบลคลองขนาน, ตำบลเหนือคลอง, ตำบลเกาะศรีบอยา, ตำบลโคกยาง, อัตราป่วยเท่ากับ 288.67, 118.53, 71.23, 70.81, 68.45, 56.2, 28.84 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾

จากการสำรวจข้อมูลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง ด้านการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ กิจกรรมการเฝ้าระวังในระยะก่อนเกิดการระบาดของโรค การควบคุมโรคในช่วงการเกิดโรค โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำร่วมกับประชาชน พบว่าตำบลห้วยยูง สถานการณ์อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี 2561-2565 มีอัตราป่วยเท่ากับ 38.42, 26.6, 93.77, 67.42 และ 118.53 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีสถานการณ์การระบาดต่อเนื่องทุกปี มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดซ้ำซากในพื้นที่เดิม เมื่อเปรียบเทียบกับตำบลอื่นๆ ในอำเภอเหนือคลองที่พบปี เว้นปี หรือปีเว้นสองปี การดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ พบว่าประชาชนที่อาศัยในชุมชนยังไม่มี ความเข้าใจในการใช้มาตรการควบคุมยุงโดยการบริหารจัดการแบบสมเหตุสมผล โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนรวมทั้งชุมชน เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดแมลง โดยการจัดการสภาพแวดล้อมและการใช้ชีววิธี เช่น การปล่อยปลากินลูกน้ำยุง⁽³⁾ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

แนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter⁽⁴⁾ ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพว่าสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม จะต้องมียุทธศาสตร์ในหลายมิติ นอกจากความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และค่านิยมแล้ว การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการดำเนินงานหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมทักษะปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

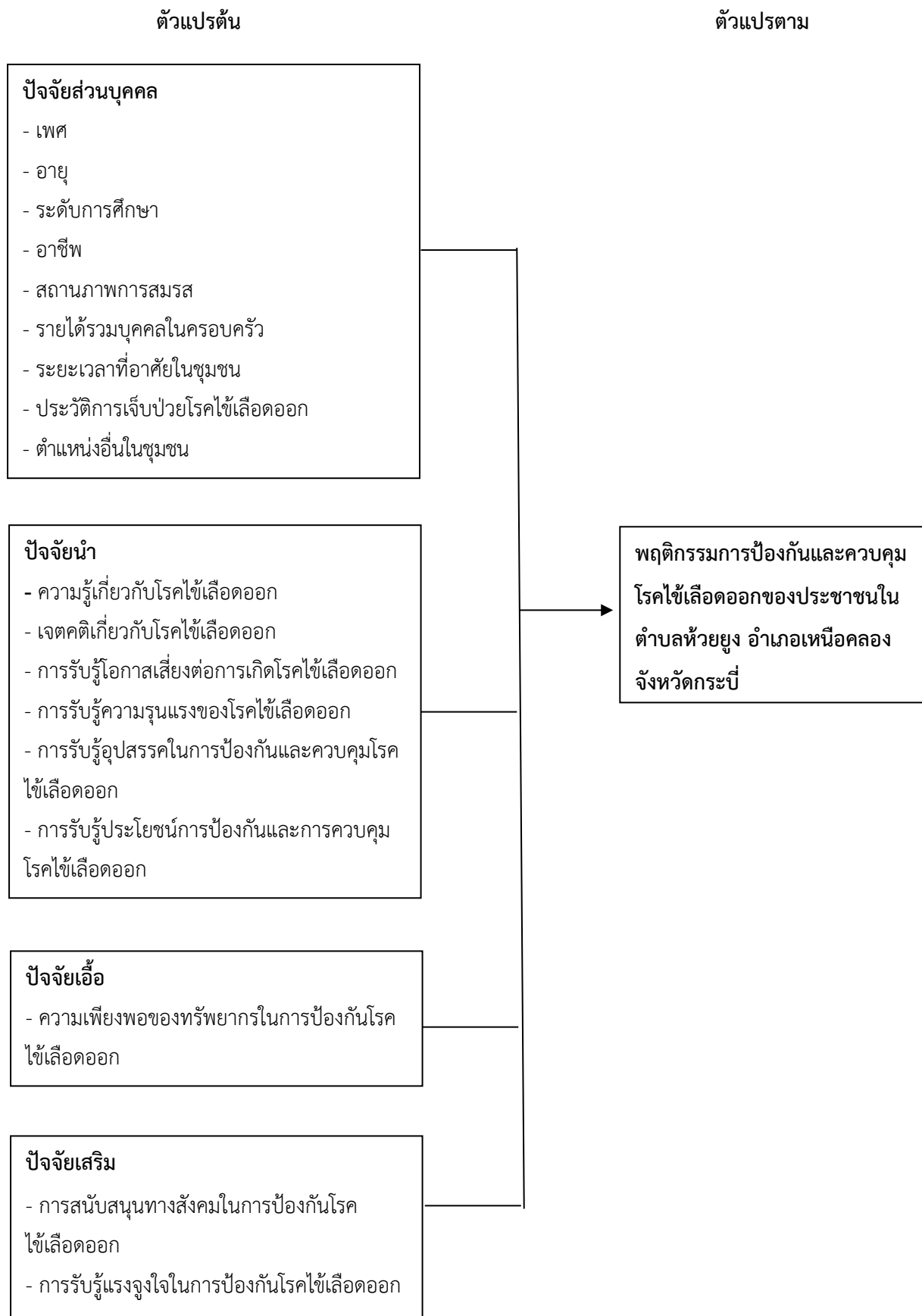
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

สมมติฐานวิจัย

1. พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้นำแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ในระยะที่ 4 ซึ่งอธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมี ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ สามารถสรุปกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากร คือ ประชาชน แต่ละหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จำนวน 2,114 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วนในกรณีที่ทราบประชากร Daniel⁽⁵⁾ จำนวน 252 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านให้เป็นสัดส่วนโดยการเทียบบัญชีไตรยางศ์ได้จำนวนหลังคาเรือนแต่ละหมู่บ้าน และวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละครัวเรือนจะใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random) โดยจับฉลากบ้านเลขที่ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่แทนที่ในแต่ละหมู่บ้านจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง อายุ 20-60 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจากแนวคิดของ ธนัญญา แสงคุ้ม⁶ โดยศึกษาเพิ่มเติมจากตำรา เอกสาร บทความ วิชาการ มีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้ แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ แบ่งเป็นใช่ และ ไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์และการวิเคราะห์คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายการให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม⁽⁷⁾ ดังนี้ ระดับความรู้สูง (16 คะแนนขึ้นไป) ระดับความรู้ปานกลาง (12 -15 คะแนน) ระดับความรู้ต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

แบบสอบถามด้านเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 3 หน่วย คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ การแปลความหมายระดับเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม⁷ ดังนี้ เจตคติระดับสูง (24 คะแนนขึ้นไป) เจตคติระดับปานกลาง (18 – 23 คะแนน) เจตคติระดับต่ำ (ต่ำกว่า 18 คะแนน)

แบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 28 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 7 ข้อ ,การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 3 หน่วย คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย การแปลความหมายระดับการรับรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม⁽⁷⁾ ดังนี้ การรับรู้ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป) การรับรู้ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน) การรับรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบ มี และ ไม่มี การแปลความหมายระดับความเพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม⁷ ดังนี้ การรับรู้ระดับมาก (8 คะแนนขึ้นไป) การรับรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) การรับรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และการได้รับแรงจูงใจ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 3 หน่วย คือ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง ไม่เคยได้รับ การแปลความหมายระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม⁷ ดังนี้ ระดับสูง (24 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (18 – 23 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 18 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 3 หน่วย คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติตามการแปลความหมายระดับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม⁷ ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง (24 คะแนนขึ้นไป) พฤติกรรมการป้องกันระดับปานกลาง (18 – 23 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันระดับต่ำ (ต่ำกว่า 18 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.76 – 1.00 ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม กับประชากร จำนวน 30 คน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ด้วยวิธีการของครูเตอร์และริชาร์ดสัน (Kreuter – Richardson : KR-20) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80 แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อโรคไข้เลือดออก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70 แบบสอบถามปัจจัยเสริมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1.ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของแบบสอบถามให้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทราบ และเข้าใจในการดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขต้องเป็นบุคคลที่สามารถเขียนหนังสือได้และมีความคล่องแคล่วในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมและมีคุณสมบัติการอ่าน และเขียนหนังสือคล่องแคล่ว จำนวน 6 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนของครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละบุคคล 30 นาที
3. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องแล้วนำไปลงรหัสเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งอภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชน

ในตำบลห้วยยูง อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่ ใช้สถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รหัสโครงการ KBO-IRB 2024/024.2407 เลขที่เอกสารรับรองหมายเลข KBO-IRB 2024/27.1311 รับรองเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2567 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถามได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อ และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 252)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	22.6
หญิง	195	77.4
อายุ(ปี)		
20-29 ปี	9	3.6
30-39 ปี	45	17.9
40-49 ปี	112	44.4
50-60 ปี	86	34.1
(Mean = 45.48 , S.D.= 8.21, Median= 46.0, Min= 20.0, Max= 60.0)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	79	31.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	23.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	79	29.4
อนุปริญญา	9	3.6
ปริญญาตรี	32	12.7
อาชีพ		
รับจ้าง	67	26.6
ค้าขาย	12	4.8
ธุรกิจส่วนตัว	30	11.9
เกษตรกร	143	56.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	18	7.2
สมรส	210	83.3
หม้าย/หย่า/แยก		
รายได้ของบุคคลในครอบครัว		
น้อยกว่า 10,000	157	62.3
10,000 – 30,000	90	35.7
มากกว่า 30,000	5	2.0
(Mean = 12,286.90, S.D.= 7,978.40, Median= 10,000, Min= 1,500, Max= 50,000)		
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน		
1-10 ปี	5	2.0
11-20 ปี	46	18.3
21-30 ปี	71	28.2
มากกว่า 30 ปี	130	51.6
(Mean = 37.58, S.D.= 13.73, Median= 40.0, Min= 2, Max= 60.0)		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัวในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา		
ไม่ป่วย	220	87.3
ป่วย	32	12.7
ตำแหน่งอื่นในชุมชน		
ไม่มี	239	94.8
มี	13	5.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 292 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.4 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 รายได้ของบุคคลในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.3 ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนมากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.6 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัวในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 87.3 กลุ่มตัวอย่างไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 94.8

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง (n= 252)

ปัจจัยนำ	ระดับ (จำนวน และร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	185 (73.4)	61(24.2)	6 (2.4)	15.62	1.80
2. เจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก	208 (82.5)	43(17.1)	1(0.4)	24.45	2.42
3.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	225 (89.3)	27 (10.7)	-	18.68	1.97
4.การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	201 (79.8)	50 (19.8)	1 (0.4)	17.03	2.31
5.การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	177 (70.2)	73 (29.0)	2 (0.8)	17.04	1.92
6.การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	241 (95.6)	11 (4.4)	-	20.13	1.11

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงอันดับแรก ร้อยละ 95.6 รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 89.3 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความคิดเห็นระดับสูงเป็นอันดับสุดท้าย ร้อยละ 70.2

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง (n= 252)

ปัจจัย	ระดับ (จำนวน และร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
ปัจจัยเอื้อ					
ความเพียงพอของทรัพยากร	239 (94.8)	8 (3.2)	5 (2.0)	8.84	1.29
ปัจจัยเสริม					
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	247 (98)	5 (2.0)		29.13	1.78
การได้รับแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	248 (98.4)	2 (0.8)	2 (0.8)	28.34	1.85
พฤติกรรม					
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	222 (88.1)	27 (10.7)	3 (1.2)	26.02	2.91

ตาราง 3 แสดงปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง ปัจจัยเอื้อ ความเพียงพอของทรัพยากร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.8 ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98 และ 98.4 ตามลำดับ ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.1 ระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 10.7 และ 1.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ (n=252)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนตัวอย่าง	พฤติกรรม		p- value	OR	95% CI OR	
		จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
เพศ				0.921			
ชาย	57	50	22.5		0.955	0.387	2.356
หญิง	195	172	77.5		ref		
อายุ (ปี)				0.184			
20-29 ปี	9	9	4.1		0.0	0.0	0.0
30-39 ปี	45	40	18.1		0.6	0.197	1.725
40-49 ปี	112	102	46.2		0.5	0.194	1.077
50-60 ปี	86	70	31.7		ref		
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	79	71	32.0	.672	ref		
มัธยมศึกษา	132	114	51.4		1.401	.579	3.392
อนุ/ปริญญาตรี	41	37	16.7		.959	.271	3.397
อาชีพ				.228			
เกษตรกร	143	123	55.7		ref		
รับจ้าง	66	62	28.1		.397	.130	1.211
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	42	36	16.3		1.025	.383	2.745
สถานภาพสมรส				.801			
โสด	18	15	6.8		ref		
สมรส	210	186	83.8		.645	.174	2.392
หม้าย/หย่า/แยก	24	21	9.5		.714	.126	4.037
รายได้ของบุคคลในครอบครัว				.659			
น้อยกว่า10,000 บาท	157	137	61.7		ref		
10,000 – 30,000 บาท	90	80	36.0		.856	.382	1.920
มากกว่า 30,000 บาท	5	5	2.3				
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน				.008			
≤ 10 ปี	5	5	2.3		ref		
> 10 ปี	247	217	97.7		0.45	0.21	0.75
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว 5ปี ที่ผ่านมา				.005			
ป่วย	32	28	12.6		ref		
ไม่ป่วย	220	194	87.4		0.52	0.35	0.83

ตารางที่ 4 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ (n=252) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนตัวอย่าง	พฤติกรรม		p- value	OR	95% CI OR	
		จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
ตำแหน่งอื่นในชุมชน				0.921			
ไม่มี	239	211	95.0	.691	ref		
มี	13	11	5.0		1.370	.289	6.503

ตาราง 4 คุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน พบว่าระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน และ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (p-value = 0.008 และ 0.005) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร้อยละ 97.7 การอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี มีโอกาสที่จะป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่า ผู้ที่อาศัยในชุมชน น้อยกว่า 10 ปี 0.5 เท่า (95% CI OR: 0.21-0.75) ด้านประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว 5ปี ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูง ร้อยละ 87.4 (95% CI OR: 0.35-0.83)

ตารางที่ 5 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ปัจจัย	พฤติกรรม		p- value	OR	95% CI OR	
	จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
ปัจจัยนำ						
ความรู้			0.201			
สูง	162	73.0		ref		
ปานกลาง/ต่ำ	60	27.0		1.57	0.95	2.01
เจตคติ			<.001**			
ดี	186	83.8		ref		
ปานกลาง/ปรับปรุง	35	15.8		3.16	1.54	4.68
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			<.001**			
ดี	210	94.6		ref		
ปานกลาง/ปรับปรุง	12	5.4		5.25	3.27	8.65
การรับรู้ความรุนแรง			.037*			
ดี	189	85.1		ref		
ปานกลาง/ปรับปรุง	33	14.9		0.41	0.17	0.97

ตารางที่ 5 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรม		p- value	OR	95% CI OR	
	จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
ปัจจัยนำ						
การรับรู้อุปสรรค			.001**			
ดี	164	73.88		ref		
ปานกลาง/ปรับปรุง	58	26.13		1.19	0.83	3.28
การรับรู้ประโยชน์		.602				.602
ดี	220	99.1		.136		
ปานกลาง/ปรับปรุง	2	0.9		ref		
ปัจจัยเอื้อ						
ความเพียงพอของทรัพยากร		.202				
มาก	214	96.4		ref		
ปานกลาง/ปรับปรุง	8	3.61		2.36	0.61	9.1
ปัจจัยเสริม						
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม		.406				
มาก	217	97.7		ref		
ปานกลาง/น้อย	5	2.3		.138		
การได้รับแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		.431				
มาก	218	98.20		ref		
ปานกลาง/น้อย	4	1.81		2.52	0.25	25.1

ตาราง 5 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่าความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ความเพียงพอของทรัพยากร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > .05) ปัจจัยนำ ด้านเจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (p-value < 0.001 และ 0.037) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.3 (95% CI OR: 1.54-4.68) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 94.6 (95% CI OR: 3.27-8.65) การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโรคที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 85.1 (95% CI OR: 0.17-0.97) และการรับรู้อุปสรรคที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 73.88 (95% CI OR: 0.83-3.28)

อภิปรายผล

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 252 คน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลห้วยยูง พบว่าประชาชนมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ประชาชนอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอจากหน่วยงานสาธารณสุข หรือสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ การดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่นรณรงค์ “3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค” ได้แก่ เก็บบ้าน เก็บขยะ และเก็บน้ำ ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ด้านเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.4 และ 82.5 การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.6, 89.3, 79.3 และ 70.2 ตามลำดับ) เนื่องจากพื้นที่เคยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาก่อน ทำให้ประชาชนมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผลกระทบของโรค ทำให้เกิดความตระหนักและเพิ่มความสนใจในการป้องกัน ด้านเจตคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันโรคการทำจิตอาสาทุกเดือน โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการใช้ทรายอะเบท การรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เช่น อาการที่รุนแรง หรือกรณีที่มีเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวสอดคล้องกับการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกตามการศึกษาของหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์⁽⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกในระดับสูง เฉลี่ย 16.03 (SD=3.04) คิดเป็นร้อยละ 56.82 เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เป็นป่าพรุ ซึ่งมีความเสี่ยงในการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และเป็นพื้นที่ที่เคยพบผู้ป่วยไข้เลือดออก ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมีการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ คำสี⁽⁹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี พบว่าประชาชนมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี เนื่องจากกระบวนการตื่นตัวของชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพนิมิต มีการกระตุ้นทั้งการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ข่าวสารความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในตำบลห้วยยูง พบว่าปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลห้วยยูง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของบุคคลในครอบครัว และสถานภาพทางสังคมในชุมชน ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลห้วยยูง คือ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน และ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา (p-value = 0.008 และ 0.005) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนมากกว่า 10 ปี ขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 97.7 การอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี มีโอกาสที่จะป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่า ผู้ที่อาศัยในชุมชน น้อยกว่า 10 ปี 0.5 เท่า เนื่องมาจากการรับรู้และความคุ้นเคยกับปัญหาในพื้นที่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลานานมีแนวโน้มที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้น ประกอบกับประสบการณ์ตรงกับโรค เกิดความตื่นตัวและระมัดระวัง เมื่อมีคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมาก่อนจะมีความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธนัญญา เล้งคุ้ย⁽⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลห้วยยูง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่า ด้านเจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความ

รุนแรง เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($p\text{-value} < 0.001$ และ 0.037) อาจเนื่องมาจากประชาชนที่มีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น เชื่อว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นสิ่งสำคัญและสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคได้ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวก ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง หากประชาชนตระหนักว่าตนเองและครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้เลือดออกสูง ก็จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าเจตคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้อุปสรรค ประชาชนมองว่าการป้องกันโรคทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก หรือไม่สิ้นเปลืองทรัพยากร ก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติตามมาตรการป้องกันมากขึ้น ในส่วนการรับรู้ความรุนแรงอันตรายของโรคมักเกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงหรือข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด เช่น การเห็นเพื่อนบ้านหรือญาติป่วยหนักจากไข้เลือดออกอันตรายร้ายแรง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต ก็จะให้ความสำคัญกับการป้องกันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และชนิดา มัททวงกร และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จ.สมุทรสาคร แตกต่างกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ต.ระแหง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี เช่นเดียวกับสุชาติเดช เจริญไชย และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง อ.เมือง จ.นนทบุรี ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยเอื้อ ความเพียงพอของทรัพยากร ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าปัจจัยเอื้อไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ควรใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมกับพฤติกรรมและปัจจัยของประชาชนในพื้นที่
- 2.การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนการใช้มาตรการเชิงรุก เช่น การประกาศเขตปลอดลูกน้ำ ยุงลายในแต่ละหมู่บ้าน การกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค การจัดตั้งกลุ่มในชุมชนเพื่อดูแลความสะอาดและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1 ควรศึกษาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพรวมถึงผลกระทบของนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในระดับชุมชนและนโยบายสาธารณสุข
- 2 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์หรือวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3 ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานท้องถิ่นในการส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักโรคติดต่อเฝ้าระวัง โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/52ab50e89451c62ec1aa2fa08bb17ec.pdf>.
- 2.คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center: HDC. (2566).
- 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง. รายงานสรุปข้อมูลงานระบาดวิทยา 2566. เอกสารเย็บเล่ม; 2566. กระป๋อง:
- 4.Green L. W. & Kreuter M. W. Health Program Planning: an Education and Ecological Approach. New York: Mc Graw Hill, 2005.
- 5.Daniel W.W. Biostatistics: Basic concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Son; 2010.
- 6.ธัญญา เล้งคูด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา: 2563.
- 7.Bloom, B. s. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay. 1975
- 8.หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลศรีเมือง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10 (2562); 1512-1513.
- 9.ศิริพันธ์ คำสี. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลปากน้ำ อำเภอบางกล่ำ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 25(2): 1-11.
- 10.บุญประจักษ์ จันทรวิน, วิทยา ศรีแก้ว และวัลลภา ดิษสระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนวัยทำงานอำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(4): 72-86.
- 11.ชนิดา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อำพร สิทธิจิต และอรรณพ น้อยสิริวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายใต้ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2560; 18(34): 34-48
- 12.ภาคภูมิ อุณหเลขจิต, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข, เจนจิรา นกข้อง, อมิตา เหมมาเพ็ชร, ณัฐสุดา พักเจริญ, ปวีณา วรวงษ์, ฉัตรพริกา จันทร์สาเก และวนิดา ทมแก้ว. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชุมชนคลองลำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6 และระดับนานาชาติครั้งที่ 1, มหาวิทยาลัยปทุมธานี: 2562.
- 13.สฤณีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ และมาสริน ศุกลักษ์. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(3): 517-527.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

วิรัช สอนธิเมือง*

(Received : April 4, 2025; Revised : May 27, 2025; Accepted : June 4, 2025)

บทคัดย่อ

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและรวดเร็ว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1)ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (2)ศึกษาระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต (3) ประเมินความเสี่ยงการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1)ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในมินิธัญญารักษ์ 30 คน (2)ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 50 คน ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลเกาะลันตา คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงมกราคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเครียด (SPST-20) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (PVSS) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า (1)รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ เป็นรูปแบบการบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติดในแบบแยกหอผู้ป่วยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ (2) ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.17 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.32) อาศัยร่วมกับบิดาและมารดา ร้อยละ 50.00 มีความเครียดในระดับปานกลาง สูง และรุนแรง ร้อยละ 43.33, 46.67 และ 10.00 ตามลำดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลางและระดับดี ร้อยละ 60.00 และ 40.00 (3) ด้านความเสี่ยงการก่อความรุนแรงที่ประเมินโดยผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดพบว่ามีความเสี่ยงระดับน้อย โดยความเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อตนเองร้อยละ 100 และต่อผู้อื่นร้อยละ 76.00 ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด, มินิธัญญารักษ์, เกาะลันตา, ระดับความเครียด, คุณภาพชีวิต, ความเสี่ยงการก่อความรุนแรง,

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่, e-mail: wirayutson@gmail.com

Model of Drug Addiction Patients Care in Koh Lanta District, Krabi Province

*Sansern Kaewwisate**

(Received : April 4, 2025; Revised : May 27, 2025; Accepted : June 4, 2025)

Abstract

Drugs and addictive substances are a major global public health problem with a rapid and severe epidemic. The descriptive research aims to (1) study the care model of drug addicts in Mini-Thanyarak, Koh Lanta Hospital, Krabi Province (2) evaluate quality of life and stress levels, and (3) assess the risk of violence severity among drug addicts who were receiving treatment. The sample size total 80 participants are divided into 2 groups: (1) drug addicts in Mini-Thanyarak group is 30 people (2) 50-person drug addicts' caregivers, including relatives or caregivers, village health volunteers, community leaders, sub-district hospital staff, and drug officers in Koh Lanta Hospital. a purposive sampling. Data were collected from November 2024 - January 2025 using mental health assessment tools, which are the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF-THAI), and the prasri violence severity scale (PVSS). Data were analyzed using descriptive statistical methods.

Results: (1) Mini-Thanyarak drug addiction patients care model is a separate ward-based treatment and rehabilitation model for drug and substance abusers at the community hospital level that is appropriate for the context and problems of the area. (2) All patients were male, with a mean age of 33.17 (10.32) years. 50.00 percent of patients lived with their father and mother. They had moderate, high, and severe stress levels of 43.33, 46.67, and 10.00 percent, respectively. The overall quality of life was moderate and reasonable at 60.00 percent and 40.00 percent. (3) The risk of violence against oneself and others, as assessed by drug addicts' caregivers, the mild level was 100 and 76.00 percent, respectively. The results of this study can be used as a guideline for the care of drug addicts.

Keyword : Drug Addiction Patients Care, Mini-Thanyarak, Koh Lanta District, stress levels, quality of life, risk of violence

*Medical Doctor, Senior Professional Level, Koh Lanta hospital, Krabi Province, e-mail: wirayutson@gmail.com

บทนำ

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยปัญหาจากการใช้ยาและสารเสพติดแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรง จากรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ในปี 2564 พบว่าสถานการณ์การใช้ยาเสพติดทั่วโลกยังคงสูงขึ้น จำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก ในเพศชายอายุตั้งแต่ 15-64 ปี มีการใช้สารเสพติด เทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 17 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดกับช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23 ซึ่งก็วยายังคงเป็นยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด มีผู้ใช้ประมาณ 219 ล้านคน (ร้อยละ 4.3 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก) สำหรับการเสียชีวิตจากการใช้สารเสพติดในปี 2562 อยู่ที่ประมาณ 500,000 ราย โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.5 จากปี 2552⁽¹⁾

ในประเทศไทยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปี 2565 พบปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่การเข้าถึงบริการยังมีน้อยและล่าช้า⁽²⁾ จากรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดพบว่าในปี 2565 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งสิ้น 131,877 คน ซึ่งยาเสพติดหลักที่ใช้คือ ยาบ้า จำนวน 106,502 คน (ร้อยละ 80.76)⁽³⁾ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้เสพยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 1,463 และ 2,783 คน ในปี 2563-2564 เพิ่มเป็น 3,517 คน ในปี 2565⁽⁴⁾ จากปัญหาผู้ใช้สารเสพติดและผู้เสพยาก่อความรุนแรงที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวและคนรอบข้าง นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร⁽⁵⁾ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ทางรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติดจึงให้ความสำคัญต่อการปราบปราม และการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศและจัดระบบบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติด⁽²⁾ เช่น การทำโมเดลการดูแลผู้ติดยาเสพติดแบบชุมชน ล้อมรั้ว (CBTX) การพัฒนามินิธัญญารักษ์ เป็นต้น

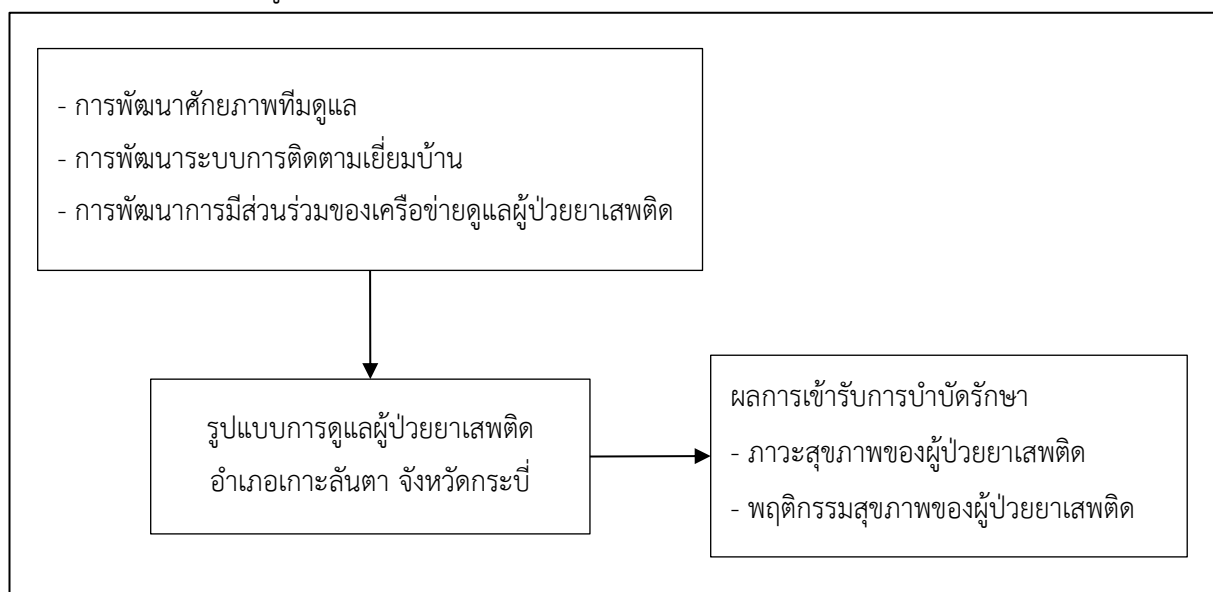
โรงพยาบาลเกาะลันตา อำเภอกะลาตา จังหวัดกระบี่ ตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะที่มีลักษณะภูมิประเทศเฉพาะ เป็นสถานบำบัดยาเสพติดหนึ่งในจังหวัดกระบี่ที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุกประเภทอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 มีการจัดระบบบริการในรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่” ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บริการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ หลังจากการจัดระบบบริการรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ยังไม่มีรายงานข้อมูลและการศึกษาระดับความเครียด ความเสี่ยงก่อความรุนแรง ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการทราบข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วย และต่อการปรับปรุงการให้บริการเป็นอย่างมาก การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษารูปแบบการให้บริการดังกล่าวและผลของการให้บริการต่อผู้ป่วย รวมถึงความเสี่ยงการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกะลาตา จังหวัดกระบี่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่
2. ศึกษาระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่
3. ประเมินความเสี่ยงการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ทบทวนวรรณกรรม และสรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์

ประชากร คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โรงพยาบาลเกาะลันตา

มีเกณฑ์คัดเข้า คือ

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์ ของโรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่
2. เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อสม. แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

3. อายุ 18 ปีขึ้นไป (นับตั้งแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ)

เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ จำนวน 30 คน และ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด รวมจำนวน 50 คน ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 20 คน แกนนำชุมชน 5 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ 10 คน และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โรงพยาบาลเกาะลันตา 5 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยเครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ 1) แบบประเมินความเครียด (SPST-20) ของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยทุกข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient มากกว่า 0.70⁽⁶⁾ และ 2) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของเครื่องมือ เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515⁽⁷⁾ สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเครียดต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินเท่ากับ 0.89⁽⁸⁾

ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม สรุปผลการดำเนินงาน และการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ผ่านมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงมกราคม 2568 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สรุปลักษณะดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลเกาะลันตา และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้ป่วยยาเสพติด

- ดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัยกับกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และรายละเอียดการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด หากได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีการลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

- มีการประชุมชี้แจงรายละเอียดการวิจัยกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และรายละเอียดการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด หากได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีการลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

3. บันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา รายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ที่เป็น Categorical data นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ Continuous data นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) หรือมัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IQR) ขึ้นอยู่กับลักษณะการแจกแจงข้อมูล ซึ่งตรวจสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test
2. ระดับความเครียด คุณภาพชีวิต และความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามโครงการเลขที่ KBO-IRB 2024/29.2511 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

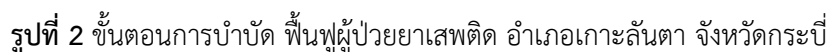
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

มินิธัญญารักษ์ คือ รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดผู้ป่วยในแบบแยกหอผู้ป่วยเฉพาะ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดด้วยการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) หรือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถบำบัดรักษาระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/ Subacute care) ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติดตามระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของสภาพปัญหาของแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ให้ได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วนให้ผู้ป่วยปลอดภัย เมื่ออาการดีขึ้นควรส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) หรือกลับสู่ชุมชน เป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อภายในจังหวัด ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 1 จังหวัด 1 แห่ง ครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง กรมการแพทย์ ให้การสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ จัดอบรมพัฒนาบุคลากรหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงให้ทุกจังหวัด รวมถึงรับส่งต่อกรณีที่เกิดศักยภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเกาะลันตา อำเภอลันตา จังหวัดกระบี่ เป็นสถานบำบัดยาเสพติดหนึ่งในจังหวัดกระบี่ ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุกประเภทอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดระบบบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2566 เป็นต้นมา เป็นการดำเนินงานโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ยึดหลัก "เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย" ชักชวน จูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษา และให้การช่วยเหลือเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมต่อไป สำหรับรูปแบบการดูแลของมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา มีระยะเวลาดูแล 28 วัน สรุปขั้นตอนดังนี้

1. รับเคสจากปกครอง หรือโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดกระบี่ มาที่โรงพยาบาลเกาะลันตา (หาดหลังสวด)
2. ประเมินคัดกรอง ชักประวัติ ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมิณิธญญารักษ์ โรงพยาบาลเกะลันตา เป็นการบำบัดรักษาอยู่ในสถานบำบัด 28 วัน และมีการติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับครอบครัวและชุมชน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งเป็นความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน



กลุ่มสีแดง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยและกำลังแสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง (ผู้ป่วย Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หรือ ประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) เท่ากับ 3 คะแนน

กลุ่มสีส้ม คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย อยู่ในระยะอาการกำเริบ และมี 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ เดินไปเดินมา ไม่หลับไม่นอน พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 2 คะแนน

กลุ่มสีเหลือง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย แต่อยู่ในระยะอาการสงบ หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 1 คะแนน

กลุ่มสีเขียว คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 0 คะแนน

สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยมีนิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 169 คน แบ่งตามระดับความรุนแรงก่อนเข้าบำบัด คือ กลุ่มสีแดง 7 คน (ร้อยละ 4.14) กลุ่มสีส้ม 21 คน (ร้อยละ 12.43) กลุ่มสีเหลือง 79 คน (ร้อยละ 46.75) และกลุ่มสีเขียว 62 คน (ร้อยละ 36.69) ผลการเข้าบำบัดพบว่าผู้ป่วยบำบัดครบตามระยะเวลาที่กำหนด (4 สัปดาห์) 166 คน (ร้อยละ 98.22)

2. ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในนิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

ผู้ป่วยยาเสพติดของนิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน เป็นเพศชายทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 33.17 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.32) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 10 คน (ร้อยละ 33.33) มีสถานภาพโสดสูงสุด 11 คน (ร้อยละ 36.67) อาชีพรับจ้างทั่วไป 10 คน (ร้อยละ 33.33) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา 15 คน (ร้อยละ 50.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในนิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	30	100
อายุ (ปี) ; mean $\pm$ SD	33.17 $\pm$ 10.32	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	4	13.33
ประถมศึกษาตอนปลาย	6	20.00
มัธยมศึกษาที่ตอนต้น	10	33.33
มัธยมศึกษาที่ตอนปลาย	7	23.33
ปริญญาตรี	3	10.00
สถานภาพสมรส		
คู่/สมรส	8	26.67
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง	10	33.33
โสด	11	36.67
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	1	3.33
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	10	33.33
เกษตรกร	9	30.00
ค้าขาย	2	6.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประมง	2	6.67
ธุรกิจส่วนตัว/อิสระ	2	6.67
ว่างงาน	4	13.33
ไม่ระบุ	1	3.33
บุคคลที่อาศัยด้วยกัน		
บิดาและมารดา	15	50.00
บิดาหรือมารดา	4	13.33
คู่สมรส	2	6.67
ญาติ	3	10.00
มารดา และพี่ชาย	2	6.67
มารดา และย่า	1	3.33
มารดา และปู่ ย่า ตา ยาย	1	3.33
บิดาและมารดา, ปู่ ย่า ตา ยาย	1	3.33
อยู่คนเดียว	1	3.33

ระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกะลันตา จังหวัดกระบี่ พบผู้ป่วยมีความเครียดระดับปานกลาง 13 คน (ร้อยละ 43.33) ระดับสูง 14 คน (ร้อยละ 46.67) และระดับรุนแรง 3 คน (ร้อยละ 10.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ของโรงพยาบาลเกะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=30)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-23 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	13	43.33
ระดับสูง (42-61 คะแนน)	14	46.67
ระดับรุนแรง (62 คะแนน ขึ้นไป)	3	10.00

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกะลันตา จังหวัดกระบี่ โดยรวมมีคุณภาพชีวิตกลางๆ 18 คน (ร้อยละ 60.00) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 12 คน (ร้อยละ 40.00) เมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตกลางๆ 20 คน (ร้อยละ 66.67) และ 19 คน (ร้อยละ 63.33) ตามลำดับ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและคุณภาพชีวิตกลางๆ 11 คน (ร้อยละ 36.67) และด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตกลางๆ 18 คน (ร้อยละ 60.00) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ของโรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=30)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน)	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน)	18	60.00
คุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)	12	40.00
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (7-16 คะแนน)	1	3.33
คุณภาพชีวิตกลางๆ (17-26 คะแนน)	20	66.67
คุณภาพชีวิตที่ดี (27-35 คะแนน)	9	30.00
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (6-14 คะแนน)	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ (15-22 คะแนน)	19	63.33
คุณภาพชีวิตที่ดี (23-30 คะแนน)	11	36.67
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (3-7 คะแนน)	11	36.67
คุณภาพชีวิตกลางๆ (8-11 คะแนน)	11	36.67
คุณภาพชีวิตที่ดี (12-15 คะแนน)	8	26.67
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (8-18 คะแนน)	2	6.67
คุณภาพชีวิตกลางๆ (19-29 คะแนน)	18	60.00
คุณภาพชีวิตที่ดี (30-40 คะแนน)	10	33.33

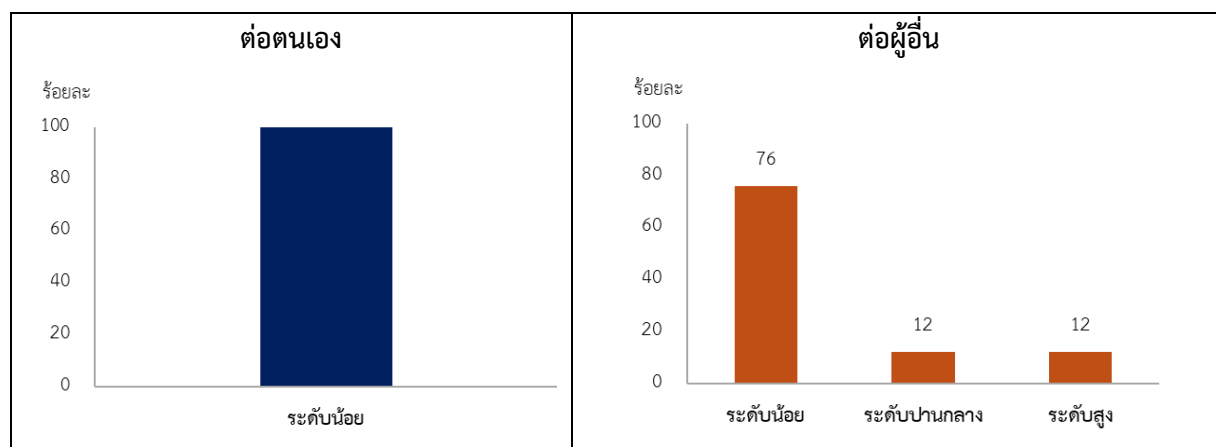
3. ความเสี่ยงการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่

ตารางที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 35 คน (ร้อยละ 70.00) อายุเฉลี่ย 42.54 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.88) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย 10 คน (ร้อยละ 20.00) อสม. 20 คน (ร้อยละ 40.00) แกนนำชุมชน 5 คน (ร้อยละ 10.00) เจ้าหน้าที่รพ.สต. 10 คน (ร้อยละ 20.00) และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด 5 คน (ร้อยละ 10.00)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิศูนย์รักษของโรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	35	70.00
ชาย	15	30.00
อายุ (ปี) ; mean ± SD	42.54 ± 11.88	
กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด		
ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย	10	20.00
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	20	40.00
แกนนำชุมชน	5	10.00
เจ้าหน้าที่รพ.สต.	10	20.00
ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด	5	10.00

จากการประเมินความเสี่ยงการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองอยู่ในระดับน้อย 50 คน (ร้อยละ 100) ด้านความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นอยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน จำนวน 38 คน (ร้อยละ 76.00) ระดับปานกลาง 6 คน (ร้อยละ 12.00) และระดับสูง 6 คน (ร้อยละ 12.00) ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

อภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิศูนย์รักษ โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ ครั้งนี้เป็นการพัฒนาและทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลรัฐรักษ ซึ่งเป็นการไปตามบริบทของพื้นที่ อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ เป็นพื้นที่หมู่เกาะตั้งอยู่ชายฝั่งทะเลอันดามันตะวันตกของประเทศไทย ประกอบด้วยเกาะขนาดต่างๆ รวม 53 เกาะ โดยเป็นเกาะที่มี

ผู้คนอาศัยอยู่ 6 เกาะ⁽⁹⁾ ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเฉพาะ อาจมีความท้าทายและซับซ้อนของปัญหาสุขภาพที่มากกว่าพื้นที่อื่นๆ การมีสถานบริการบำบัดรักษาในพื้นที่จะทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ สามารถลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาเดินทางมารับการบำบัดรักษาได้ ทั้งนี้ การบำบัดรักษาโดยรูปแบบดังกล่าวมีกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสารเสพติด ครอบครัว และชุมชนได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด ส่งผลให้ตัวผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นสามารถกลับเข้าอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข^(2,8) สำหรับปัญหาด้านยาเสพติด เป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่อำเภอเกาะลันตา จากการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาสาธารณสุข ปี 2567 จัดอยู่ในลำดับที่ 1 โดยชุมชนต้องการให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ⁽⁹⁾

จากการประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 43.33 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ เชื้อมงามและคณะ (2567)⁽¹⁰⁾ ที่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.60 ซึ่งความเครียดระดับปานกลางเป็นความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ถือเป็นความเครียดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากมีเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่ทำให้เครียด อาจมีความกลัวหรือรู้สึกวิตกกังวล โดยความเครียดระดับดังกล่าวไม่ส่งผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อร่างกายและการดำเนินชีวิต สามารถกลับสู่สภาวะปกติได้เมื่อได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ฟังเพลง ทำงานอดิเรก พูดคุยกับผู้ที่ไว้ใจ เป็นต้น⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ การศึกษาในครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีความเครียดระดับสูง ถึงร้อยละ 46.67 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาข้างต้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความกลัวหรือความกังวลเกี่ยวกับการเข้าบำบัดในสถานพยาบาล ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยรวม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 60.00 เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของวสุวัตติ์ ธงชัยและเกษราวัลณ์ นิลรวงกูร (2559) ที่พบว่าผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾ สำหรับการประเมินความเสี่ยงการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดโดยผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่นในระดับน้อย การประเมินความรุนแรงดังกล่าวทำให้ทราบระดับความรุนแรงเพื่อติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้⁽¹³⁾

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินงานในระยะยาวเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ควรวางแผนประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และเป็นระยะ
2. ควรมีการติดตามผลของการบำบัดรักษา และป้องกันการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของมินิธัญญารักษ์ ก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัด จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลก่อน-หลังได้ การวิจัยในครั้งถัดไปจึงควรมีการเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้เห็นผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงหลังเข้ารับการบำบัด
2. ขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษาครั้งถัดไปควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย เช่น สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหรือมีกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 15]. Available from: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/world-drug-report-2023>
2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.), โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ "มินิธัญญารักษ์". นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ชิส์เต็มส์ จำกัด; 2566.
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษาปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th/ONCBReports/ViewerPage>
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คนคลั่ง หลอนยา ป่วยจิตเวชพุ่ง ต้นเหตุก่อปัญหารุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2573006>
5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf
6. Phannapa Ruangkit, Sonthaya Maneerat, Yaowaluck Meebunmak. A Study of The Relationships between Mental Health Status and Stress of Nursing Student of Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira). Veridian E-Journal,Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts). 2019 Apr 3;12(1): 1208–25.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/whoqol/-dmh.go.th->
8. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรรณิษฐ์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทนต์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบ ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย 2559;61(3):253-66.
9. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะลันตา. แผนปฏิบัติการสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เกาะลันตา ประจำปีงบประมาณ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://kohlantarhospital.moph.go.th/media/ita_2568/
10. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการ ดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. เกรียงศักดิ์ เชื้ออมาม, อีธรรม วุฒิวัตรชัยแก้ว, บุญสิตา ศิริสรรพ, พาทีศ, ดามาพงศ์, อรรถฤทธิ์ กฤษดาธานนท์. แนวทางการลดความเครียดของผู้ต้องขังกรณีศึกษานักโทษหญิง คติยาเสพติดในเรือนจำกลางนครปฐม. Journal of Roi Kaensarn Academi 2024 Aug 30;9(8):958–73.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/10/แบบประเมินความเครียด-SPST-20-โรงพยาบาลสวนปรุง.pdf>

13. วสวัตต์ รัชชัย, เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร. คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกาย จิต สังคมบำบัด จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;13(2):57-61.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่

วลัยรัตน์ ลิทธิมนต์*

นภชา สิงห์วีระธรรม**

กิตติพร เนาว์สุวรรณ***

(Received : October 10, 2024; Revised : May 14, 2025; Accepted : May 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลองนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ โดยใช้แนวคิดการนำขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศไทย ออสเตรเลีย (NHIMRC, 1999) มาใช้ประกอบด้วย 1) การจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยประเมินผลลัพธ์คืออุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 27 คน ศึกษาระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2567 – กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกการเลื่อนหลุด และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระหว่างอายุ 51 – 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด รวมกันคิดเป็นร้อยละ 74.07 การวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคติดเชื้อในร่างกาย ร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นโรคไตร้อยละ 25.9 และมีจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 6-10 วันร้อยละ 44.4 และมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อ 8.72 วัน หลังใช้แนวปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ผู้ป่วยวิกฤตหน่วยงานอายุรกรรมหญิงมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 1 รายคิดเป็นร้อยละ 3.70 เกิดภาวะแทรกซ้อนการสำลักอาหารมีเพียง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 3.70 และไม่พบผู้ป่วยมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากภาวะแทรกซ้อนการเกิดปอดอักเสบ การกดทับจากเครื่องช่วยหายใจ การเกิดปอดแฟบ และ ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า แนวปฏิบัติง่ายต่อการประเมินเนื่องจากมีการให้ข้อมูลที่ครอบคลุม กระชับรัด สะดวกต่อการใช้ในหน่วยงาน

ดังนั้นโรงพยาบาลกระบี่ และสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย อาจนำแนวปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งผลให้ลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจต่อไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ, ผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลกระบี่, E-mail: Warlairat12@gmail.com

** อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The Effectiveness of Nursing Practice Guidelines on Endotracheal Tube Slippage and Complications. In Critically Ill Department Of Internal Medicine Krabi Hospital

Warlairat Sitthimon *

Noppcha Singweratham**

Kittiporn Nawsuwan***

(Received : October 10, 2024; Revised : May 14, 2025; Accepted : May 28, 2025)

Abstract

This single group post-hoc quasi-experimental research was conducted to study the effectiveness of the nursing practice guidelines on endotracheal tube dislocation and complications in critically ill patients in the Female Internal Medicine Unit, Krabi Hospital. The concept was based on the implementation of the National Health and Medical Research Council of Australia (NHIMRC, 1999) guidelines, consisting of 1) development of nursing practice guidelines, 2) implementation of nursing practice guidelines, and 3) evaluation of the nursing practice guidelines.

The outcomes were the incidence of endotracheal tube dislocation and complications. The sample consisted of 27 patients and was studied from July 2024 to September 2024. The research instruments included the nursing practice guidelines, the dislocation record form, and the complication record form. The content validity was 1.00. Data were analyzed using frequency and percentage. The results showed that female patients were between the ages of 51–60 years and 60 years and older were the most common. Totaling 74.07 percent, the diagnosis from doctors was infectious disease in 33.33 percent, followed by kidney disease in 25.9 percent, and the number of days with endotracheal tube insertion was 6-10 days in 44.4 percent, and the average number of days with endotracheal tube insertion was 8.72 days. After using the guidelines for preventing endotracheal tube slippage, critical patients in the female internal medicine unit had 1 endotracheal tube slippage, accounting for 3.70 percent. There was only 1 complication of food aspiration, accounting for 3.70 percent, and no patients had endotracheal tube slippage due to complications of pneumonia, compression from ventilators, collapsed lungs, and opinions on the use of nursing guidelines for endotracheal tube slippage and complications in critical patients in the female internal medicine unit, Krabi Hospital, found that the guidelines were easy to evaluate because they provided comprehensive, concise, and convenient information for use in the unit.

So Krabi Hospital and health service facilities in the network Practices to prevent endotracheal tube slippage may be introduced. to clinical application or applied in the care of intubated patients Resulting in reducing the rate of tracheal tube slippage and further reducing complications from tracheal intubation.

Keyword : Nursing practice guideline, endotracheal tube slippage, critically ill patients

* Registered Nurse, Krabi Hospital, E-mail: Warlairat12@gmail.com

**Instructor, Faculty of f Public Health, Chiang Mai University.

***Instructor, Department of Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีระบบการหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและมีอัตราการตายสูง ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต วิธีการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในเบื้องต้นคือการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้⁽¹⁾

ในทางปฏิบัติพบว่ายังมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation) เกิดขึ้น ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งผู้ป่วยดึงออกเอง (Self-extubation) เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง เช่น สับสน กระสับกระส่าย ทั้งนี้อาจเกิดจากสาเหตุของความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะขาดออกซิเจน มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง การได้รับยาระงับความรู้สึกที่ไม่เพียงพอ ความปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล⁽¹⁾⁽³⁾ และการเลื่อนหลุดจากอุบัติเหตุขณะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจทางปากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายที่ไหลออกมาได้ เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ง่ายกว่าการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก วิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจและการผูกมัดผู้ป่วย สำหรับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เช่น อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและมีประสบการณ์น้อย⁽²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jinhua Wu et al.⁽³⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศชาย, ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน (Agitation) และผู้ที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวสูง (High Glasgow Coma Score) ด้านอัตรากำลัง ได้แก่ อัตราส่วนของพยาบาลและผู้ป่วย ด้านการพยาบาล ได้แก่ วิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจ การทำกิจกรรมข้างเตียง รวมถึงช่วงเวลาที่มีความเสี่ยง เช่น กลางคืน และระหว่างการเปลี่ยนเวรของพยาบาล ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการดึงท่อช่วยหายใจทั้งสิ้น

ผู้ป่วยที่มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน บางรายอาจมีการถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จโดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องมีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การบาดเจ็บของกล่องเสียง สายเสียงและหลอดลม รวมทั้งเกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีผลทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ระบบหายใจล้มเหลว หายุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ รวมถึงเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และผลกระทบที่เกิดขึ้นที่รุนแรงที่สุดคือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁽⁵⁾

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด คิดเป็นร้อยละ 6.69⁽⁶⁾ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร้อยละ 3.9 – 15.5⁽¹⁾ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหทัย โรงพยาบาลกระบี่ พบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 คิดเป็น 1.67 , 1.94 , 0.98 ครั้ง/1000 ventilator days ตามลำดับ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหทัย โรงพยาบาลกระบี่ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคทางอายุรกรรมที่มีอาการรุนแรงต้องเฝ้าระวังในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจพบอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนพบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 คิดเป็น 3.13 , 8.04 , 6.5 ครั้ง/1000 ventilator days ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูล ให้การพยาบาลโดยไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนจึงได้มีการจัดทำ RCA พบปัจจัย 4 ด้านประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการพยาบาล และด้านผู้ป่วย ดังนั้นในการจัดการปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด CQI ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ 1.การประเมินระดับ

ความรู้สึกตัวโดยใช้เครื่องมือ Glasgow Coma Score 2.การประเมินความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหวน (MAAS (Motor activity assessment scale) 3.ประเมินความปวดโดยใช้ CPOT score ร่วมกับ NRS score 4.การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจโดยทำ FLOW ขั้นตอนการประเมินและการบันทึกร่วมกัน ประชุมให้ข้อมูลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนจนเกิดความเข้าใจตรงกันและนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานร่วมกับการติดตามนิเทศพบว่าหลังใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดผู้ป่วยวิกฤตหน่วยงานอายุรกรรมหญิง มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลงในช่วงเดือนตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566 พบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 3 รายคิดเป็น 0.3ครั้ง/1000ventilator daysเนื่องจากญาติปลดผ้าผูกมือให้ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการไอ(ข้อมูลจากงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกระบี่)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ามีหลากหลายงานวิจัยที่ได้กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ซึ่งไม่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยอายุรกรรมทางเดินหายใจให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและนำไปใช้ได้จริง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

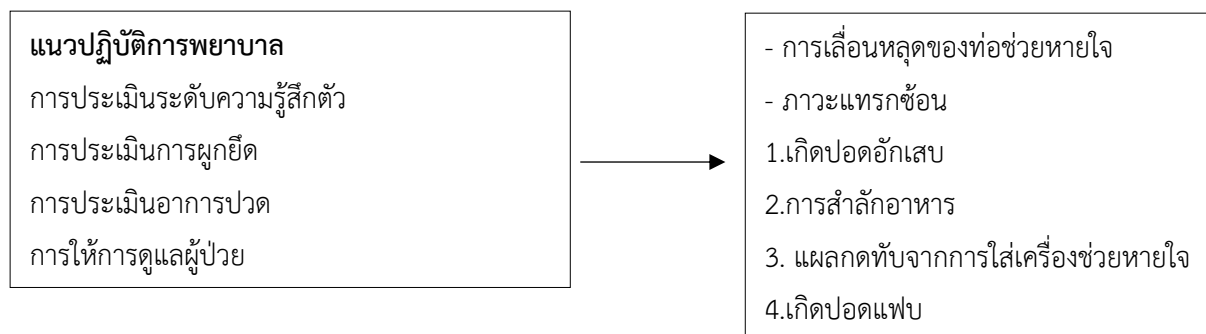
1. เพื่อศึกษาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ หลังใช้แนวปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ หลังใช้แนวปฏิบัติ
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ ไม่เกิดเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
2. หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHIMRC, 1999) มาใช้ประกอบด้วย 1) การจัดทำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ 2) การใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ โดยประเมินผลลัพธ์คืออุบัติการณ์การเกิดท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและภาวะแทรกซ้อน



สรุปการประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้ต่อการรับข้อมูลของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ผลที่เกิดขึ้นหลังการ ใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีการสื่อสารกับพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กิจกรรมการ พยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อเสียของการดึงท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจเหตุผลของ แผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การ ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะ ช่วยลดโอกาสท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

การประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหวโดยใช้ MAAS เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อให้การดูแลโดยการผูกยึดและการให้ยา จากแนวทางการดูแลที่ทางกลุ่มได้พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยจะ ได้รับการผูกยึดเมื่อคะแนน MAAS > 1 คะแนน ซึ่งจากการสังเกตการณ์และสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวทางการ ดูแลพบว่า ในบางกรณีพยาบาลไม่ได้ผูกยึดมือแต่ใส่ถุงมือให้ผู้ป่วย เนื่องผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และในบางเวร เช่น เวร เช้า จะมีอัตราค่าลงพยาบาลมากกว่าเวรอื่น ๆ มีการอนุญาตให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ร่วมกับมีเหตุการณ์ที่ต้องทำกับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงไม่ได้ผูกยึดมือผู้ป่วย ในส่วนของการตรวจดูตำแหน่งผูกยึดทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ จากการมีข้อจำกัดด้านอัตราค่าลงและภาระงาน เนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมทางเดินหายใจมีอัตราพยาบาลต่อผู้ป่วย เท่ากับ 1:1.6 ถึง 1:23 ซึ่งสอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของJinhua Wu et al. ⁽³⁾ ที่กล่าวว่า อัตราค่าลงที่เหมาะสมต่อการดูแล ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ควรเป็น อัตราพยาบาล ผู้ป่วย เท่ากับ 1:1 อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึดและการให้ยา เนื่องจากการปรับระยะเวลาในการตรวจสอบตำแหน่งให้ สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย

การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม นำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ลดโอกาสเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งประกอบด้วย 1) การวัด Cuff Pressure ให้อยู่ในค่ามาตรฐาน จะช่วยป้องกันการรั่วของลมจากทางเดินหายใจ ป้องกันการสำลัก และทำให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ เหมาะสม 2.) การดูดเสมหะตามมาตรฐาน 3.) การยืดตึงท่อช่วยหายใจ ซึ่งตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นมา จะใช้ บุคลากร 2 คน ในการเปลี่ยนพลาสติกยืดตึงท่อช่วยหายใจ แต่จากการเก็บข้อมูลและสอบถามพยาบาลผู้ใช้ แนวทาง พบว่าในกรณีที่ผู้ป่วย GCS= 2T motor power gr.0

ได้รับยา sedative drug ในขนาดสูง MAAS O คะแนน พยาบาลมีการเปลี่ยนพลาสติกเอนโดทราเคียลท่อช่วยหายใจ 1 คน จากข้อจำกัดของอัตรากำลังและภาระ งาน 4.) เลือกอุปกรณ์ในการผูกยึดให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของผู้ป่วยของ หน่วยงาน 5.) การ ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ขณะ และหลังการทำการกิจกรรมการพยาบาล 6.) การทำ Visual Control ระดับ ตำแหน่ง และ 7.) การเปลี่ยน พลาสติกเอนโดทราเคียลทุก 24 ชั่วโมงหรือเมื่อสกปรก/เปื้อนขึ้น จากการนำแนวทางไปใช้ พบว่าไม่เกิด การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์⁽²⁾ เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดตามแนวทางดังกล่าวพบว่า ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดหลังการ ทดลอง (The One Groups only Post-test Design)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย P085-2566 วันที่พิจารณา 7 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหนัก โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – กันยายน 2567 จำนวน 195 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว 8 คะแนนวัดระดับความรู้สึกตัวโดยใช้แบบวัน GCS
2. ระดับคะแนน CPOT >2คะแนน
- 3.ระดับคะแนน MAAS มากกว่า 1 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีประวัติหรือเคยได้รับการวินิจฉัยทางระบบประสาท เช่นโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.เกิดการรั่วของอากาศภายในcuff ของท่อช่วยหายใจ ทำให้ต้องเปลี่ยนท่อช่วยหายใจใหม่

เกณฑ์การยกเลิกและถอนตัวออก

1.ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธความร่วมมือหรือขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยระหว่างการดำเนินเก็บข้อมูลใน หน่วยงานอายุรกรรมหนัก โรงพยาบาลกระบี่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – กันยายน 2567 จำนวน 27 คน คำนวนโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.25 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่ม ตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง⁷ (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8

ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ ได้แก่ 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว ด้วยแบบประเมิน Glasgow Coma Score 2) การประเมินความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหว (MAAS (Motor activity assessment scale) 3) การประเมินความปวดด้วยแบบประเมินความปวด ได้แก่ 1) มาตรวัดความปวดผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต/ไอซียู (Critical care Pain Observation Tool: CPOT) และ 2) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS) และ 4) การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลกระบี่ 1 คน และแพทย์อายุรกรรม 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำไปทดลองกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่าผู้ใช้แนวปฏิบัติคือพยาบาลวิชาชีพเสนอให้ปรับเปลี่ยนประเมินการผูกยึดให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ประชุมกลุ่มร่วมกับหอผู้ป่วยและหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อค้นหาและเลือกสรรประเด็นปัญหาในหอผู้ป่วย
2. ค้นหาข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ และร่วมทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ในการจัดทำแบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน
3. จัดทำแบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
 - 3.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัว ด้วยแบบประเมิน Glasgow Coma Score
 - 3.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหว (MAAS (Motor activity assessment scale)
 - 3.3 การประเมินความปวดด้วยแบบประเมินความปวด ได้แก่ 1) มาตรวัดความปวดผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต/ไอซียู (Critical care Pain Observation Tool: CPOT) และ 2) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS)
 - 3.4 การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่
4. นำร่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเสนอต่อแพทย์อายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยพบว่าให้ปรับแนวทางปฏิบัติในประเด็นการบันทึกให้เข้าใจง่าย ชัดเจนเพิ่มขึ้น
5. นำร่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
6. นำแบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย

ขั้นตอนทดลอง

7. อธิบายการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดกับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย
8. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติดังนี้

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	กิจกรรม
1.การประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้เครื่องมือ Glasgow Coma Score	ประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยหาก Glasgow Coma Score น้อยกว่า 9 คะแนน ต้องให้ข้อมูลญาติ และหาก Glasgow Coma Score มากกว่า 9 คะแนน ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อบอกวัตถุประสงค์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ บอกลักษณะและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และผลที่เกิดขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจ
2.การประเมินความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (MAAS (Motor activity assessment scale)	ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด จากการเกิด Skin compression: แผลถลอก รอยฟกช้ำ , Vascular ischemia: บวม บริเวณผูกยึด ปลายมือม่วงคล้ำ
3.การประเมินอาการปวด	ประเมิน CPOT score ร่วมกับ NRS score เพื่อบริหารจัดการกับอาการรบกวนของผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อการดึงท่อช่วยหายใจ
4. การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	การวัดระดับแรงดันในหลอดลม / การดูดเสมหะ / การป้องกันแผลกดทับ

9. ผู้วิจัยติดตามและประเมินการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ โดยประเมินการปฏิบัติตามแบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.วิเคราะห์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อน 1)เกิดปอดอักเสบ 2) การสำลักอาหาร
- 3)แผลกดทับจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และ 4) การเปิดภาวะเกิดปอดแฟบ

ในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ หลังใช้แนวปฏิบัติโดยใช้สถิติ ความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อให้การพยาบาลและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระหว่าง อายุ 51 – 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด รวมกันคิดเป็นร้อยละ 74.07 การวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคติดเชื้อร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นโรคไตร้อยละ 25.9 และมีจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 6-10 วันร้อยละ 44.4 และมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่ท่อ 8.72 วัน

2. การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ หลังใช้แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ หลังใช้แนวปฏิบัติ

ตัวแปร	จำนวน (n = 27)	ร้อยละ
การเลื่อนหลุด		
หลุด	1	3.70
ไม่หลุด	26	96.30
ภาวะแทรกซ้อน		
เกิดปอดอักเสบ	0	0
การสำลักอาหาร	1	3.70
การกดทับจากเครื่องช่วยหายใจ	0	0
เกิดปอดแฟบ	0	0

จากตารางพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ผู้ป่วยวิกฤตหน่วยงานอายุรกรรมหญิง มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและเกิดภาวะแทรกซ้อนการสำลักอาหารมีเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70

อภิปรายผล

การประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้ต่อการรับข้อมูลของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ผลที่เกิดขึ้นหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีการสื่อสารกับพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กิจกรรมการพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อเสียของการดึงท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจเหตุผลของแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่าการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

การประเมินพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวโดยใช้ MAAS เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อให้การดูแลโดยการผูกยึดและการให้ยา จากแนวทางการดูแลที่ทางกลุ่มได้พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการผูกยึดเมื่อคะแนน MAAS > 1 คะแนน ซึ่งจากการสังเกตการณ์และสอบถามพยาบาลผู้ใช้นี้แนวทางการดูแลพบว่า ในบางกรณีพยาบาลไม่ได้ผูกยึดมือแต่ใส่ถุงมือให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และในบางเวร เช่น เวรเช้า จะมีอัตราค่าล้างพยาบาลมากกว่าเวรอื่น ๆ มีการอนุญาตให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ร่วมกับมีเหตุการณ์ที่ต้องทำกับผู้ป่วย

ตลอดเวลา จึงไม่ได้ผูกยึดมือผู้ป่วย ในส่วนของการตรวจดูตำแหน่งผูกยึดทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ จากการมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและภาระงาน เนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลกระบี่มีอัตราพยาบาล:ผู้ป่วย เท่ากับ 1:1.6 ถึง 1:2.3 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jinhua Wu⁽³⁾ ที่กล่าวว่า อัตรากำลังที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจควรเป็น อัตราพยาบาล:ผู้ป่วย เท่ากับ 1:1 อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึดและการให้อาหาร เนื่องจากมี มีการเปลี่ยนญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการให้ข้อมูลซ้ำทำให้เกิดการปล่อยผ้าผูกมือผู้ป่วย และให้อาหารไม่ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม นำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ลดโอกาสเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งประกอบด้วย 1.) การวัด Cuff Pressure ให้อยู่ในค่ามาตรฐาน จะช่วยป้องกันการรั่วของลมจากทางเดินหายใจ ป้องกันการสำลัก และทำให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 2.) การดูดเสมหะตามมาตรฐาน 3.) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ ซึ่งตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นมา จะใช้บุคลากร 2 คน ในการเปลี่ยนพลาสติกยึดตรึงท่อช่วยหายใจ แต่จากการเก็บข้อมูลและสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวทาง พบว่าในกรณีผู้ป่วย GCS= 2T motor power gr.0 ได้รับยา sedative drug ในขนาดสูง MAAS 0 คะแนน พยาบาลมีการเปลี่ยนพลาสติกยึดตรึงท่อช่วยหายใจ 1 คน จากข้อจำกัดของอัตรากำลังและภาระงาน 4.) เลือกรูปกรณ์ในการผูกยึดให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของผู้ป่วยของหน่วยงาน 5.) การตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ขณะ และหลังการทำการกิจกรรมการพยาบาล 6.) การทำ Visual Control ระบุตำแหน่ง และ 7.) การเปลี่ยน พลาสติกทุก 24 ชั่วโมงหรือเมื่อสกปรก/เปียกชื้น จากการนำแนวทางไปใช้พบว่าไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์⁽²⁾ ที่กล่าวว่าประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดตามแนวทางดังกล่าวพบว่า ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกระบี่ พบว่ามีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ดังนั้นการนำแนวทางปฏิบัติไปประยุกต์ใช้กับ หน่วยงานอายุรกรรมชาย โดยผู้วิจัย ประชุมร่วมกับหน่วยงานดังกล่าว มีการอธิบายที่มาและความสำคัญของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยมีการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในทีมบุคลากรพยาบาล พร้อมทั้งมีการติดตาม นิเทศ ตรวจสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คะแนน MAAS 1-3 คะแนน ต้องมีการผูกยึดมือผู้ป่วย แต่จากการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน MAAS 1-3 คะแนน ในบางกรณีอาจจะยังไม่มีอาการเจ็บในการผูกยึด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อปรับใช้ MAAS ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานต่อไป

2. ในอนาคตอาจมีการพัฒนาในเรื่องการเซ็นใบยินยอมก่อนการผูกยึดผู้ป่วยเพื่อคำนึงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมจิตต์ แสงศรี. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท ที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
- 2.นงลักษณ์ ณ นคร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(2), 31- 44; 2563.
- 3.Jinhua Wu, Zhili Liu, Danqiao Shen, Zebing Luo, Zewei Xiao, Yeling Liu, and Haixing Huang. Prevention of unplanned endotracheal extubation in intensive care unit: An overview of systematic reviews. Nursing Open, 1-12; 2022.
- 4.Alberto,L., Stefano, B.,& Giuseppe, E.(2018) Unplanned Extubations in General Intensive Care Unit : A Nine-Year Retrospective Analysis, Acta Biomedica
5. พัทรี ชูทิพย์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(1), 31-45; 2563.
- 6.Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner.(2007) A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods.
- 7.Cohen, J.(1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 8.นวลจันทร์ อภิวัฒน์เสวี, และพีระพล ประทีปอมรกุล. การศึกษาความชุกของความดันลมในท่อสอดคาท่อลมที่เหมาะสมในห้องฉุกเฉิน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63(4), 263-270; 2562.
- 9.จิรวัฒน์ มุลศาสตร์. การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีการทางกายภาพ (physical restraints) ในโรงพยาบาลทั่วไป แนวทางปฏิบัติและข้อพิจารณาทางคลินิก. สรรพสิทธิเวชสาร, 41(2), 79-89; 2564.
10. ชูติมา เมฆสมุทร, นริสา สะมาแอ, กนกรัตน์ ขานโบ, กาญจนา แซ่ซิ้ม, อารีชา ปาสา, รอสานา อากาชา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ทิพย์ศิริ สหพรพันธ์. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(2), 15-33; 2566.

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านนอกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอลำเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

กนิษฐา ช่างนิล*

รุจิรา ชูช่วย*

บุญรัมย์ รอดชุม**

บุญเรือง ขาวนวล***

สุดตมา สุวรรณณี****

ชไมพร ทองเพชร****

(Received : April 17, 2025; Revised : June 12, 2025; Accepted : June 15, 2025)

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพพระยาว เป็นนโยบายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำเขาชัยสน และจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดำเนินการครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินระบบการจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ในชุมชนบ้านนอกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอลำเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการกับกลุ่มแกนนำชุมชนจำนวน 25 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน ซึ่งคัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย การดำเนินการใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test และ Paired Sample T-Test

ผลการวิจัย พบว่า หลังดำเนินการการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแกนนำชุมชนก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อค้นพบสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ควรเสริมพลังและสร้างกระบวนการติดตาม และประเมินผล อย่างต่อเนื่อง และควรสร้างกระบวนการสะท้อนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่อง และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : สุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว การมีส่วนร่วมของชุมชน

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

****อาจารย์ สุตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้รับผิดชอบบทความ บุญเรือง ขาวนวล boonruang@tsu.ac.th

Development of Community-Based Participatory Model for Elderly Health Care in Ban Ok Khao, Khao Chaison Sub-district, Khao Chaison District, Phatthalung Province

*Kanitta Changnin**
*Ruchirada ChuChuai**
*Boonrom Rodchum***
*Boonruang Khaonuan****
*Suttama Suwanmanee*****
*Chamaiporn Thongphet******

(Received : April 17, 2025; Revised : June 12, 2025; Accepted : June 15, 2025)

Abstract

Long term care was a policy of the Khao Chaison District Health Board and requires continuous community participation in the care of the elderly. This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach, with the objectives of promoting and developing the participation of community leaders in elderly health care, evaluating the management system for elderly care by community leaders, and assessing the health behaviors of the elderly, including dietary habits and exercise, in Ban Ok Khao Community, Khao Chaison Sub-district, Khao Chaison District, Phatthalung Province. The research was conducted with 25 community leaders and 44 elderly individuals selected through simple random sampling. The study was carried out over a period of three months, from December 2024 to January 2025. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics including the wilcoxon signed-rank test and paired sample t-test.

The results showed that the participation of community leaders in elderly health care significantly improved after the intervention ($p = 0.025$). Additionally, elderly care provided by community leaders also showed a statistically significant improvement ($p = 0.001$). Regarding the health behaviors of the elderly, both dietary behavior and exercise significantly improved ($p < 0.001$). The key findings were that community participation was a crucial factor in promoting healthy behaviors among the elderly. Therefore, health teams from hospitals should empower community leaders and establish continuous monitoring, evaluation, and reflective learning processes to ensure sustainable elderly care systems and improved quality of life for the elderly.

Keyword : Elderly health, Long-term elderly care, Community participation

* Student, Bachelor of Public Health Program, Community Public Health Major, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

**Register Nurse, Community Health Center, Khao Chaison Hospital, Phatthalung Province

***Assistant Professor, Bachelor of Public Health Program, Community Public Health Major, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

****Lecturer, Bachelor of Public Health Program, Community Public Health Major, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

Corresponding author: Boonruang Khaonuan boonruang@tsu.ac.th

บทนำ

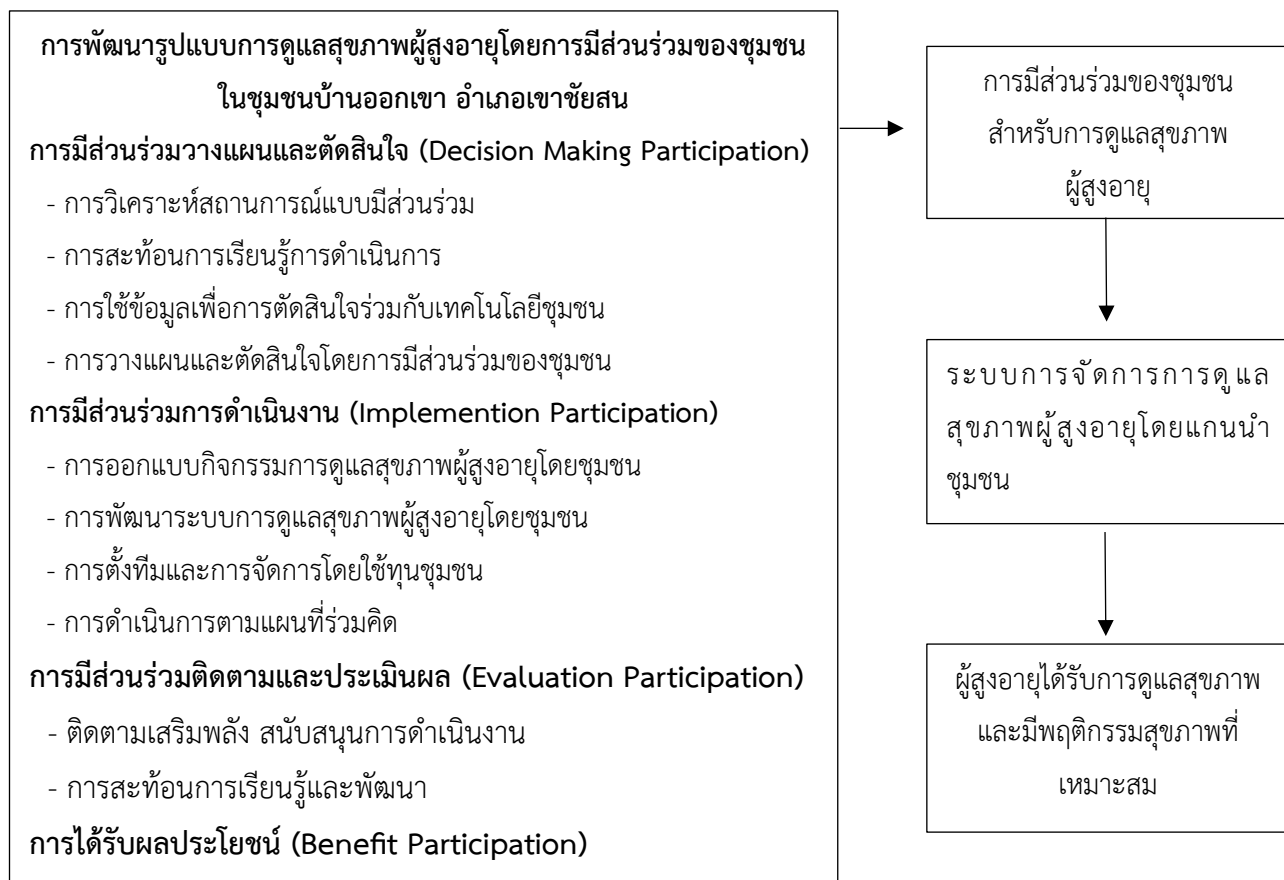
ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2564 โดยมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยในปี 2567 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.36 ทั้งนี้ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ กำหนดเกณฑ์ว่าสังคมใดมีประชากรสูงอายุ มากกว่าร้อยละ 20 จัดเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์⁽¹⁻³⁾ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 12 ในปี 2563- 2566 มีอัตราผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 15.20, 15.70, 16.20 และ 16.24 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสังคมสูงวัยและคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ สำหรับจังหวัดพัทลุง ตั้งแต่ปี 2563 - 2567 มีสถิติผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 21.50, 22.10, 21.50, 21.20 และ 22.64 ตามลำดับ⁵ จัดเป็นสังคมสูงวัยสมบูรณ์ ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ การวางแผนเชิงนโยบายทั้งในด้านเศรษฐกิจ สาธารณสุข และสวัสดิการสังคม การรองรับสังคมสูงวัยจำเป็นต้องมีระบบดูแล สุขภาพระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ที่มีคุณภาพ² ทั้งนี้ ปัญหาที่พบมากในวัยผู้สูงอายุ ได้แก่ การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของประเทศเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีมากขึ้นเร็วกว่าวัยแรงงานทำให้วัยแรงงานต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกด้วย^{1,6}

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงมีอยู่ ทั้งจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ภาวการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ เชิงคุณภาพ ทั้งนี้ การรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่ จำเป็น⁽⁷⁻¹⁰⁾ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาชัยสน มีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยในตำบลเขาชัยสน โดยเฉพาะชุมชนบ้านออกเขา เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในพื้นที่ ซึ่งโรงพยาบาลเขาชัยสนกำหนด ตรวจคัดกรองสุขภาพและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทุกปี ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมได้ เช่น ในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายน้อย บางรายมารับยา โรคประจำตัวตามนัดยังขาดความต่อเนื่อง บางรายมีการรับประทานยาผิดวิธี และบางรายไม่มีผู้ดูแล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และการควบคุมโรค จากการศึกษาของพัชรินทร์ อ่อนน้อม⁽¹¹⁾ และอรรรณพ นิยมเดชา สุเมษย์ หนกหลัง⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้อง ยังในการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพทั้งครอบครัว แกนนำชุมชน และหน่วยบริการ สุขภาพ จากเหตุและปัจจัยดังกล่าว ทีมผู้วิจัย จึงมีความสนใจในการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวของชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
2. ประเมินระบบการจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชนในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
3. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านออกเขา ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการ การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มประชากรโดยคัดเลือกชุมชน หมู่ที่ 3 บ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง โดยมีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 156 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มแกนนำชุมชน ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง รวม 25 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเขาชัยสน เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขาชัยสน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน แกนนำชุมชนและปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน มาจากการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดของประชากรของแดเนียล (Daniel, 1995)⁶ คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากหยิบแบบไม่ใส่คืน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 แบ่งการดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการ วางแผน ดำเนินงาน ติดตามและประเมินผล และขั้นสะท้อนข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการและวางแผน (Planning) ใช้เวลา 1 เดือน โดยศึกษาบริบทชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มแกนนำในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนา ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ สำหรับการวางแผนการดำเนินการโดยจัดเวทีประชุมแกนนำชุมชนโดยประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อพัฒนา⁽⁷⁾ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. Appreciation เชิญแกนนำชุมชนเข้าร่วมประชุม เพื่อรับรู้ประเด็นรายละเอียดงานวิจัย เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ จากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในอดีต ปัจจุบันของชุมชนว่ามีรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร (A1) การระบุสาเหตุปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดอนาคตที่พึงปรารถนาทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุว่าต้องการเป็นอย่างไร เพื่อดำเนินการไปสู่เป้าหมาย (A2)

2. Influence ร่วมกันคิดกิจกรรมหรือโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ (I1) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (I2)

3. Control กำหนดหาแหล่งทุนและสิ่งสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการ การกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการดำเนินการ รวมทั้งการสร้างทีมดำเนินการและแบ่งความรับผิดชอบ และผู้รับผิดชอบดำเนินการ (C1) ตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงาน จัดทำแผนดำเนินการ และดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (C2)

ขั้นการปฏิบัติตามแผนงาน (Action) ดำเนินการโดยทีมวิจัยร่วมกับแกนนำชุมชนทั้งการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตั้งทีมและการจัดการโดยใช้ทุนชุมชน การดำเนินการตามแผนที่ร่วมคิดร่วมกันโดยใช้ทุนและทรัพยากรทั้งในชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นสังเกตผลและประเมินผล (Observe) ทีมวิจัยและแกนนำชุมชนสร้างกระบวนการเรียนรู้กับผู้ร่วมการวิจัย โดยผ่านการพูดคุยสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการร่วมรับรู้ ติดตาม ตรวจสอบ และร่วมแก้ไขปัญหาในการดำเนินกิจกรรม ประเมินผลหลังดำเนินการ ซึ่งตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ ผู้วิจัยจะเข้าร่วมในการติดตามประเมินผลร่วมกับกลุ่มแกนนำ เพื่อยืนยันผลการดำเนินการ หลังจากดำเนินกิจกรรมต่างๆ แล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลหลังดำเนินการเพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection) ทีมวิจัยและแกนนำชุมชนจัดเวทีถอดบทเรียน และคืนข้อมูลการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ข้อเสนอสำหรับการต่อยอดและพัฒนา เพื่อให้เกิดกระบวนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรับมอบโครงการต่อจากผู้วิจัยสู่ชุมชน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเกิดความต่อเนื่องในชุมชน

เครื่องมือรวบรวมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลได้แก่ การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สนทนากลุ่ม การสนทนา ส่วนเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการห่างกัน 3 เดือน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ และตำแหน่งในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 อันดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้อัตราส่วนประมาณค่า คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

เพศ อายุ และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยใช้อัตราส่วนประมาณค่า คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า) และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (The Index Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน แบบประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 แบบประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน เท่ากับ 0.97 และแบบ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.91 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้กฎสามเส้า (Triangulation) เพื่อเป็นการ เปรียบเทียบข้อค้นพบ (Findings) ของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา (Phenomenon) จากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ตำแหน่งในชุมชน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติ Paired Sample T-Test และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เลขที่ COA NO.TSU 2024_324 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวม และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และเมื่อ เข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะ ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และ ผู้วิจัยขอนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเช่นลงนาม ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอด

ผลการวิจัย

จากการเวทีชุมชนในการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านออกเขา ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุงของแกนนำชุมชน พบว่า

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

“ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นชุมชนมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่แน่นแฟ้น มีประเพณีการช่วยเหลือกันในชุมชน (วัฒนธรรมแบ่งปัน) ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประสานงาน” FGD1

“ปัจจุบันสะดวก มีเทคโนโลยีดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโทรศัพท์ เล่นไลน์ได้ มีแอปพลิเคชันสำหรับติดตามสุขภาพ ผู้สูงอายุ” FGD2

“ผู้สูงอายุในปัจจุบัน อาศัยอยู่กันตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากลูกหลานไปทำงานต่างถิ่น เวลาเจ็บป่วยจะพบแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้อาหารแผนปัจจุบัน หรือซื้ออาหารเสริมในการรักษาโรค ซื้ออาหารแบบสำเร็จรูป และ

วัตถุประสงค์ในการประกอบอาหารจากตลาด มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และมีไฟฟ้าใช้ ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน และดื่มน้ำบรรจุขวดสำเร็จรูป” FGD3

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน

“ปรับปรุงระบบการให้บริการ จัดตั้งจุดบริการสุขภาพเคลื่อนที่ พัฒนาระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ” FGD1

“อสม. มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ” แกนนำชุมชน 1

จากเวทีชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน เกิดกิจกรรมดังนี้

“เยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับแกนนำชุมชน” FGD1

“จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง เป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยแบบสังเกตการมีส่วนร่วม และการตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น” FGD2

“จัดบริการรับ – ส่งผู้สูงอายุยามจำเป็น” FGD1

“อบรมให้ความรู้แกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” FGD3

จากการดำเนินการที่เกิดจากการร่วมคิดและตัดสินใจสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปสู่การดำเนินการวางแผนการดำเนินการ และการดำเนินการโดยแกนนำชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดการจัดระบบและการจัดการของชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการพัฒนา มีการใช้ทุนทั้งทุนของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้องสำหรับการดำเนินการ ที่สำคัญคือการให้ทุนทางสังคมซึ่งเป็นจุดแข็งของชุมชนในการดำเนินการ เกิดการกระจายเรื่องราว และรวมพลังภาคีอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เกิดการติดตามเสริมพลัง มีการต่อยอดการดำเนินการโดยคนในชุมชนและครอบครัว

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า จากการศึกษาพบว่ากลุ่มแกนนำชุมชน มากกว่ากึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิง ร้อยละ 56.00 เพศชาย ร้อยละ 44.00 มีอายุในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนตำแหน่งพบว่า เป็นแกนนำกลุ่ม/ปราชญ์ชาวบ้าน ร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 36.00

จากการประเมินการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

การมีส่วนร่วมของในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		Z-test	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ควรปรับปรุง	3	12.00	3	12.00		
ปานกลาง	10	40.00	4	16.00		
ดี	12	48.00	18	72.00		
การวิเคราะห์ความแตกต่าง	Median	IQR	Median	IQR		
	31.00	12.50	38.00	14.50	2.69	0.015

* p-value by Wilcoxon signed ranks test

พบว่า หลังการดำเนินการการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมในระดับดี จากร้อยละ 48.00 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

การมีส่วนร่วม ของชุมชน	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	ดี	ปานกลาง	ควร ปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ควร ปรับปรุง
การตัดสินใจ (Decision Making Participation)	13 (52.00)	9 (36.00)	3 (12.00)	22 (88.00)	3 (12.00)	0 (0.00)
การดำเนินงาน (Implementation Participation)	3 (12.00)	19 (76.00)	3 (12.00)	21 (84.00)	4 (16.00)	0 (0.00)
การได้รับผลประโยชน์ (Benefit Participation)	5 (20.00)	17 (68.00)	3 (12.00)	21 (84.00)	4 (16.00)	0 (0.00)
การประเมินผล (Evaluation Participation)	5 (20.00)	16 (64.00)	4 (16.00)	18 (72.00)	7 (28.00)	0 (0.00)

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนคือ ขั้นตอนการตัดสินใจจากระดับดี ร้อยละ 52.00 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.00 และขั้นตอนการดำเนินงาน จากระดับดี ร้อยละ 12.00 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 84.00 ตามตารางที่ 2

ส่วนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังการดำเนินการแกนนำชุมชนมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยเพิ่มขึ้นจากระดับดี ร้อยละ 28.00 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 48.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 25 คน)

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		Z-test	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ควรปรับปรุง	3	12.00	3	12.00		
ปานกลาง	15	60.00	10	40.00		
ดี	7	28.00	12	48.00		
การวิเคราะห์ความแตกต่าง	Median	IQR	Median	IQR		
	22	11.50	24	13.50	3.89	0.001

* p-value by Wilcoxon signed ranks test

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จากการพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.37 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.36 รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี ร้อยละ 27.27 เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.18 มากกว่ากึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.36 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.73 จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกาย จำนวน 44 คน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น จากระดับดี ร้อยละ 59.09 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.90 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 44 คน)

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t-test	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปานกลาง	18	40.90	4	9.09		
ดี	26	59.09	40	90.90		
การวิเคราะห์ความแตกต่าง	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	32.48	3.41	35.61	3.11	5.25	<0.001

* p-value by pair-sample t-test

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยจากระดับดี ร้อยละ 54.55 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.27 ส่วนการออกกำลังกาย ในระดับดี ร้อยละ 52.27 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.72 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 44 คน)

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง
การบริโภคอาหาร	24 (54.55)	20 (45.55)	0 (0.00)	34 (77.27)	10 (22.73)	0 (0.00)
การออกกำลังกาย	23 (52.27)	21 (47.72)	0 (0.00)	43 (97.72)	1 (2.27)	0 (0.00)

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์¹ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญ ในการสร้างสังคมที่เอื้ออาทรและยั่งยืน การผนึกกำลังของคนในชุมชน องค์กรต่างๆ และหน่วยงานภาครัฐ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข และมีสุขภาพดี จากวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ Cohen & Uphoff⁽⁸⁾ ที่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยผู้คนในชุมชนจะมีบทบาทในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล การพัฒนาด้วยตนเอง และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นฐานคิดในการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988)⁽⁹⁾ เพื่อให้แกนนำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็น "ฟันเฟือง" ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นผู้นำและผู้ประสานงานในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม แกนนำชุมชนเปรียบเสมือน "หัวใจสำคัญ" ในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การสนับสนุนและส่งเสริมให้แกนนำชุมชนมีศักยภาพและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จะนำไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมถึงความเข้มแข็งของชุมชนโดยรวม^(7,10)

การวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนเกิดการพัฒนากระบวนการดูแลแบบบูรณาการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เกิดพัฒนาแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกัน ใช้เทคโนโลยีนำระบบเทเลเมดิซีนมาใช้ในการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ แกนนำชุมชนได้ร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายสัปดาห์ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน มีบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุยามจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง หลังดำเนินการพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563)⁽¹¹⁾ และสุปราณี บุญมี ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และสุพิศรา เศวตวันะกุล (2562)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน หลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน การให้บริการด้วยจิตอาสา ความเข้มแข็งในการร่วมกิจกรรมและความต่อเนื่องในการดำเนินการ โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยและแกนนำชุมชนได้ร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายสัปดาห์ ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุจัดกิจกรรมตอบสนอง ความต้องการผู้สูงอายุโดยใช้ทรัพยากรและวิสาหกิจที่มีในชุมชน มีบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุยามจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง หลังดำเนินการพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (2563)⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการแก้ไขปัญหาในแต่ละด้านอย่างครอบคลุม ให้สามารถประคับประคองการดำรงชีวิตและช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการพัฒนารูปแบบ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.00 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.00 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.015$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีไชย โพธิ์ศรี และมัลลิกา มากรัตน์ (2564)⁽¹⁴⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีคณะกรรมการดำเนินงานเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม

สำหรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนองค์กรต่างๆ ในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมและบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด เป็นการจัดการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสม การจัดการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการเตรียมพร้อมรับมือกับสังคมสูงวัย และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน จากการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำชุมชนดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยเพิ่มขึ้นจากระดับดี ร้อยละ 28.00 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 48.00 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริณี ศรีหาคาด และคณะ (2564)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น พบว่ากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบาย และการบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งก่อให้เกิดความครอบคลุมในระบบบริการสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคุณภาพชีวิต โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น จากระดับดี ร้อยละ 59.09 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.90 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริจันทร์ พัฒนวิบูลย์ (2561)⁽¹⁶⁾ ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุส่งผลมาจากระดับความรู้ความเข้าใจ ความเจ็บป่วย สุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตรา อารังชัยชนะ (2564)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในระดับมาก ได้แก่ ครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกัน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และสะท้อนข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเขาชัยสน ควรเป็นวิทยากรกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเชิงคุณภาพสำหรับระบบการดูแลและจัดการตนเองของชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ควรมีกระบวนการในการติดตามและเสริมพลังการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยแกนนำชุมชน และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบทเรียนและความสำเร็จของระบบจัดการและดูแลผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนและการจัดการตนเองของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.dop.go.th/th/know/>
- 2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงจาก:<https://www.nso.go.th/>.
- 3.United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2024 Jul 1]. Available from:<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>.
- 4.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. การส่งเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ: รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12; 2566. นครศรีธรรมราช: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12..
- 5.สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอทางนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2017;6:1156-64.
- 6.Daniel, W. W. (1995). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley & Sons.
- 7.ธีระพงษ์ แก้วหาญ. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2543.
- 8.Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca, NY: Cornell University; 1977.
- 9.Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
- 10.ทิพยาภา ดาหาร, เจตสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(3):42-54.
- 11.วรารณา ศรีภูวณ, ชาญุทธ ศรีภูวณ, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13-28.
- 12.สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนียม, สุพิตรา เศวตวันกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์. วิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(4):38-49.

13.วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13-28.

14.ศรีไชย โพธิ์ศรี, มัลลิกา มากรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564;11(2):109-120.

15.ศิริภาณี ศรีหาภาค, คณะผู้วิจัย. กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(36):99-114.

16.ศิริรินทร์ พัฒนวิบูลย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;5(1):345-359.

17.จิตรา อารังชัยชนะ. ผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564;6(2):23-29.

การถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด: รายงานผู้ป่วย

สุพิชฌาย์ ตั้งพิบูลธรรม *

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง เส้นเลือดสมองตีบ และได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีค่า International Normalized Ratio (INR) 3.18 สามารถรับการรักษาทางทันตกรรมโดยการถอนฟันธรรมดา 1 ซี่ ร่วมกับการเย็บแผลและใช้สารห้ามเลือดเฉพาะที่โดยไม่ได้งด หรือปรับลดยาต้านการแข็งตัวของเลือด หลังทำไม่พบปัญหาเลือดหยุดยากแต่อย่างใด

แม้ว่าปัจจุบันมีคำแนะนำให้ถอนฟันผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องจะทำการถอนฟันร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องหยุดยาก่อนการถอนฟันเพื่อป้องกันภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือด แต่ทันตแพทย์โดยส่วนใหญ่จะแนะนำให้ไปปรึกษาแพทย์ประจำตัวเพื่อให้แพทย์พิจารณาสั่งหยุดยา หรือปรับลดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนถอนฟัน รายงานผู้ป่วยนี้แสดงให้เห็นและสนับสนุนให้ทันตแพทย์จัดหัตถการทางทันตกรรมขนาดเล็กที่มีความเสี่ยงต่อเลือดออกต่ำด้วยความนุ่มนวล ร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาโดยไม่จำเป็นต้องหยุดหรือปรับยาก่อนการถอนฟันได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การถอนฟัน, ภาวะเลือดออกหลังการถอนฟัน, ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสตึก อบ.10, E-mail : wan7122016@gmail.com

Abstract

A 65-year-old Thai male patient with HT, Ischemic stroke and prosthetic heart valve on warfarin had an International Normalized Ratio (INR) of 3.18. He was able to safely undergo simple extraction of single tooth, suturing and local hemostats without postoperative bleeding and needing to stop his warfarin treatment or reduce the dosage.

Although it is currently recommended that tooth extraction in patient receiving continuous anticoagulants be combined with local hemostasis without stop taking the medication prior procedure to prevent thrombosis, most dentists recommend consulting with the family physician to consider stopping or reducing the medication prior to tooth extraction.

This report demonstrates and encourages dentists to safely perform minor dental procedures with low bleeding risk and local hemostats in patient receiving medication without discontinuation or adjustment of drug prior to tooth extraction.

Keyword : Tooth extraction, Postoperative bleeding, Warfarin.

* Dental department, Sattahip km.10 Hospital, E-mail : wan7122016@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการนำยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบที่ไม่ออกฤทธิ์ผ่านวิตามินเค (non-vitamin K antagonist oral anticoagulant, NOAC) มาใช้ซึ่งออกฤทธิ์เจาะจงทำให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดและภาวะเลือดออกผิดปกติ และไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังค่า INR (International Normalized Ratio) ของผู้ป่วย[1] แต่ยังคงมีการใช้อย่างจำกัดในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัจจุบันยาแอสไพรีน (anticoagulant drug) ยังคงใช้กันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และมีข้อมูลสนับสนุนว่ายาแอสไพรีนมีความปลอดภัยสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม[2] รวมถึงผู้ป่วยที่เคยเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[3] เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาทางทันตกรรมโดยเฉพาะการถอนฟัน ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังคงแนะนำให้หยุดยา หรือปรับยาแอสไพรีนให้ INR อยู่ในระดับ 2-3 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกภายหลังทำการผ่าตัด (postoperative bleeding) ซึ่งการหยุดยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thromboembolism) เป็นสาเหตุหลักใหญ่ทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ โดยเฉพาะที่หัวใจและสมอง เป็นอันตรายร้ายแรงต่อตัวผู้ป่วย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) หลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) สมองขาดเลือดมาเลี้ยง (cerebral infarction) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้[4] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบปี 2018[5] รายงานว่างานทันตกรรมที่เสี่ยงเลือดออกต่ำ (ได้แก่ การใช้ยาเฉพาะที่ การขูดหินปูนเนื้อเหงือก การถอนฟัน 1 ซี่) และงานทันตกรรมที่เสี่ยงเลือดออกปานกลาง (ได้แก่ การถอนฟัน 2-4 ซี่ การผ่าตัดเหงือกเฉพาะที่ที่น้อยกว่าสี่) ทำหัตถการโดยไม่หยุดยา พบว่าอัตราตกเลือดอยู่ในระดับต่ำ เลือดที่ออกพบว่าไม่รุนแรงและควบคุมได้ด้วยการห้ามเลือดเฉพาะที่ นอกจากนี้การศึกษาพบว่าเมื่อหยุดยาแอสไพรีนเพื่อทำการถอนฟันทำให้เกิดอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดอย่างรุนแรงในผู้ป่วยร้อยละ 1.2 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต[6] สำหรับการถอนฟันในผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาแอสไพรีนอย่างต่อเนื่อง เกิดอุบัติการณ์ภาวะเลือดออกภายหลังถอนฟันร้อยละ 3.6 สามารถห้ามเลือดเฉพาะที่ภายหลังถอนฟันได้เป็นส่วนใหญ่ และไม่พบภาวะเลือดออกรุนแรงที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้[7] มีรายงานถึงระดับ INR ที่สูงกว่า 3 เล็กน้อย (ช่วงระหว่าง 2.0-4.0) โดยผู้ป่วยไม่ต้องหยุดยาแอสไพรีนสามารถทำการหัตถการที่ไม่ซับซ้อน เช่น ถอนฟันธรรมดา ร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่ที่ดี แต่ควรลดยาในกรณีที่เป็นการหัตถการซับซ้อน เช่น ผ่าฟันคุด ผ่าฟันฝัง ศัลยกรรมปริทันต์[4,8] สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขององค์กรวิชาชีพที่แนะนำการไม่หยุดหรือปรับเปลี่ยนยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการรักษาทางทันตกรรม แต่ในต่างประเทศพบมีแนวทางปฏิบัติจากหลายๆ องค์กร เช่น สมาคมทันตแพทย์อเมริกัน (The American Dental Association) สมาคมหลอดเลือดหัวใจแห่งยุโรป (The European Society of Cardiology) ที่แนะนำไม่ให้หยุดหรือปรับเปลี่ยนยาต้านเกร็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการรักษาทางทันตกรรม[9] สำหรับกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางให้ส่งปรึกษาแพทย์และควบคุม INR น้อยกว่า 3.5 [10] รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทันตแพทย์มีความมั่นใจในการถอนฟันผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด และจัดการทางทันตกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟัน และป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยสัญชาติไทย เพศชาย อายุ 65 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาปวดฟันบนขวาใช้งานไม่ได้ผู้ป่วยต้องการให้ถอนฟันซี่นี้ออก ผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดไส้เลื่อนหัวใจเทียมปี 62 (เมื่อ 6 ปีที่แล้ว) และมีเคยมีอาการเส้นเลือดสมองตีบร่วมด้วย แพทย์ให้ยาแอสไพรินขนาด 3 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ดก่อนนอน ค่า INR ควบคุมอยู่ระหว่าง 2.5-3.5 มาโดยตลอด

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดฟันบนด้านขวาเวลาทานอาหารทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารด้านขวาได้ แก้มด้านขวาไม่บวม อ้าปากได้ปกติ

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดสมองตีบ และไส้เลื่อนหัวใจเทียม ยาที่ทานประจำคือ warfarin (3 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด atorvastatin (40 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด losartan (50 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด atenolol (50 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด และ spironolactone (25 มิลลิกรัม) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด ปฏิเสธการแพ้ยา

การตรวจในช่องปาก

ตรวจภายในช่องปาก พบฟันซี่#17 ฟันแตกในแนว vertical เหงือกรอบฟันอักเสบ บวม แดง มีตุ่มหนอง เคาะเจ็บ ไม่มีฟันผุ พบมีคราบจุลินทรีย์และหินปูนรอบๆตัวฟัน



การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

วิเคราะห์ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical radiograph) พบว่าซี่#17 มีเงาดำรอบปลายรากฟันขอบเขตชัดเจน ขนาดประมาณ 2*5 มิลลิเมตร

การวินิจฉัย #17 Chronic apical periodontitis



รูปแสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน

การรักษา

visitที่ 1 ตรวจ ถ่ายภาพรังสี อธิบายแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ นัดถอนฟันในวันผู้ป่วยมีนัดเจาะเลือดตรวจค่า INR ตามปกติ

visitที่ 2 ผล INR ก่อนถอนฟัน 3.18 ผู้ป่วยได้รับยาอ็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ขนาด 2 กรัม ก่อนทำหัตถการ 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำการถอนฟันซี่ 17 ออกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ที่มี Epinephrine 1:100000 โดยการฉีดยาชาแบบแทรกซึม (infiltrate) ด้วยเข็มขนาด 27 และทำการหยุดเลือดเฉพาะที่ (local hemostasis) โดยใส่สารห้ามเลือด resorbable gelatin sponge;Gelfoam ลงในแผลถอนฟันก่อนการเย็บด้วยไหมละลาย Vicryl ขนาด 4-0 ให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชแน่นๆ ประมาณ 15 นาที จนแน่ใจว่าไม่มีเลือดซึม จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังการถอนฟัน นัดผู้ป่วยกลับมาตัดไหมหลังถอนฟัน 7 วัน



visitที่ 3 ตัดไหมหลังทำหัตถการ 7 วัน พบว่าไหมเย็บยังอยู่ครบ ไม่มีอาการปวด พบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเลือดหยุดยากหลังถอนฟัน แผลหายปกติไม่พบการติดเชื้อของแผลถอนฟัน



visitที่ 4 นัดติดตามอาการหลังตัดไหม 1 อาทิตย์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ทานอาหารได้ตามปกติ และถ่ายรูปรังสี



รูปแสดงภาพหลังตัดไหม 1 อาทิตย์

วิจารณ์

โดยทั่วไปแล้วมีความเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ว่าไม่ควรเปลี่ยนรูปแบบการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม[11] และการเกิดภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในผู้ป่วยที่หยุดยาด้านลิ่มเลือดก่อนการทำหัตถการทางทันตกรรมไม่ด้อยไปกว่าการเกิดภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยา[12] ความเสี่ยงจากการหยุดยาหรือลดขนาดยาเหล่านี้ (เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) มีมากกว่าผลที่ตามมาจากการมีเลือดออกเป็นเวลานาน ซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยมาตรการเฉพาะที่ซึ่งมีหลายวิธีให้เลือกใช้โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่าย ความรุนแรงของการเกิดภาวะเลือดออก ตำแหน่งที่เกิดภาวะเลือดออก ความสะดวกและประสบการณ์ของทันตแพทย์ในการทำหัตถการห้ามเลือดเฉพาะที่[12] มีหลายการศึกษาแนะนำว่าไม่ต้องหยุดยาด้านลิ่มเลือดในการทำหัตถการทางทันตกรรมที่มีความเสี่ยงภาวะเลือดออกในระดับต่ำและระดับสูงเมื่อผู้ป่วยมีค่า INR ไม่เกิน 3.5[13] มีบางการศึกษาพบว่าการถอนฟันโดยการผ่าตัด (surgical tooth extraction) และฟันที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อเยื่อรอบตัวฟัน (acute inflammation) มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เพศ ชนิดของยาต้านการเกิดลิ่มเลือด รวมถึงความเชี่ยวชาญของทันตแพทย์ (ในกรณีที่ถอนฟันไม่เกิน 3ซี่ ซึ่งถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงภาวะเลือดออกระดับต่ำ) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟัน[12,14] ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการร่วมอื่น (เช่น ผู้ป่วยตับบกพร่อง ติดสุรา ผู้ป่วยไตวาย ผู้ที่เกิดเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคเลือด และโรคฮีโมฟีเลีย) หรือผู้ที่กำลังรับการบำบัดอื่นๆ (เช่น ทานยาที่เป็นพิษต่อดับ ยาเคมีบำบัด) ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการมีเลือดออก ทันตแพทย์อาจต้องปรึกษาแพทย์ของผู้ป่วยก่อน[15] และทันตแพทย์อาจพิจารณาเลือกหรือแบ่งการรักษาเป็นหลายครั้ง เช่น ถอนฟันไม่เกิน 3ซี่ แทนการถอนฟันมากกว่า 3ซี่ขึ้นไปในครั้งเดียวซึ่งเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงภาวะเลือดออกระดับสูง และใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ในระดับที่สูงขึ้นเพื่อควบคุมภาวะเลือดออกที่อาจเกิดภายหลังการทำหัตถการ[12] ในช่วงแรกของขบวนการห้ามเลือด (primary hemostasis) ขึ้นอยู่กับการทำงานของเกร็ดเลือด (platelet function) ซึ่งยารวาร์ฟารินไม่มีผลโดยตรงต่อขบวนการนี้ แต่เชื่อว่าการละลายของไฟบรินเฉพาะที่ (local fibrinolysis) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในภายหลังมักพบหลังถอนฟัน 2-3วัน[16] ดังนั้นการใช้น้ำยาบ้วนปากทราโนซามิกและซิดเป็นตัวเลือกหนึ่งในการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในช่องปากได้ บางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟันไม่สามารถบอกได้ว่ายาต้านการเกิด

ลิ้มเลือดที่รับประทานอยู่เป็นประจำคืออะไร เป็นยาชนิดไหน แต่ถ้าทันตแพทย์ทราบถึงวิธีการถอนฟันร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่ และอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันที่เกิดขึ้น ทันตแพทย์ก็สามารถให้การรักษานผู้ป่วยได้ทันทีโดยมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันและผู้ป่วยไม่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

สรุป

การถอนฟันธรรมดา 1 ซี่โดยไม่หยุดยารวาร์ฟารินในผู้ป่วยที่มีค่า INR 3.18 สามารถทำได้โดยวิธีฉีดยาชาแบบแทรกซึม (infiltrate) ใช้เข็มขนาด 27 ซึ่งมีขนาดเล็กและใช้ยาชาเฉพาะที่ที่มี Epinephrine 1:100000 เป็นส่วนช่วยในการห้ามเลือดเฉพาะที่ หลังถอนฟันเย็บแผลด้วยไหมละลาย Vicryl ขนาด4-0 ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำที่ให้ใช้สารที่ช่วยทำให้เลือดหยุดเฉพาะที่ และเย็บแผลด้วยไหมละลายจะดีกว่าไหมไม่ละลายเนื่องจากลดการเกาะของแผ่นคราบจุลินทรีย์มีส่วนทำให้เกิดการอักเสบของแผลได้ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ไหมไม่ละลายควรตัดไหมออกภายใน4-7วัน เป็นการรักษาที่ได้ในบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Fuster V, O'Rourke R. Hurst's the heart. 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
- 2.Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: the task force for the management of atrial fibrillation of European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2016;37:2893-962.
- 3.Gurbel PA, Myat A, Kubica J, Tantry US. State of the art: Oral antiplatelet Therapy. JRSN Cardiovasc Dis 2106;5:2048004016652514.
- 4.Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, van Walraven C. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2008;179:235-44.
- 5.Lusk KA, Snoga JL, Benitez RM, Sarbacker GB. Management of Anticoagulants Surrounding Dental Procedures with Low-to-Moderate Risk of Bleeding. J Pharm Pract 2018;31(2):202-7.
- 6.Blacker DJ, Wijdicks FM, McClelland RL. Stroke risk in anticoagulated patient with atrial fibrillation undergoing endoscopy. Neurology 2003;61(7):964-8.
- 7.Morimoto Y, Niwa H, Minematsu K. Hemostatic management of tooth extractions in patients on oral antithrombotic therapy. J Oral Maxillofac Surg 2008;66:51-7.
- 8.Devani P, Lavery KM, Howett CJT. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regimen necessary? Br J Oral Maxillofac Surg 1998;36:17-11.
- 9.<http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/anticoagulant-antiplatelet-medications-and-dental-procedures2018>.
- 10.Ministry of Public Health. Clinical Practice Guideline (cited 2024 Dec 30); 1(30 screens). Available from:<http://cloud-atg.moph.go.th>.

- 11.[http://www.ada.org/en/library and archives/community initiative](http://www.ada.org/en/library_and_archives/community_initiative) 2022.
- 12.Chiewwit N, Chokchaivorakul W, Nissapa K. Postoperative bleeding after dental procedures in patients taking continuously antithrombotic drugs compared with interrupted antithrombotic drugs: A retrospective non-inferiority study. *J Dent Assoc Thai* 2022;72(4):551-66.
- 13.Lee JK. Dental management of patient on anti-thrombotic agents. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2108;44(4):143-50.
- 14.Morimoto Y, Niwa H, Minematsu K. Risk factors affecting postoperative hemorrhage after tooth extraction in patients receiving oral antithrombotic therapy. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:1550-6.
- 15.Perry DJ, Noakes TJ, Helliwell PS, British Dental Society. Guidelines for patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. *Br Dent J* 2007;203(7):389-93.
- 16.Carter G, Goss A. Tranexamic acid mouthwash-a prospective randomized study of 2-day regimen vs 7-day regimen to prevent postoperative bleeding in anticoagulated patients requiring dental extractions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003;32:504-7.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานก่อนเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบที่บ้าน:กรณีศึกษา 2 ราย

ศิรดา สังข์ทอง*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นในโรงเรียนเบาหวาน และ DM Remission Clinic ก่อนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน และ DM Remission Clinic เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นก่อนเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ จำนวน 2 ราย โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา การประเมินสภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

ผลของการศึกษา : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแรงจูงใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานต่างกัน รายที่ 1 อยากรักษาโดยการควบคุมการรับประทานอาหาร ไม่ต้องใช้ยา ส่วนรายที่ 2 ไม่อยากรักษาด้วยยาขนาดสูง กลัวอาการข้างเคียงจากยาและไม่อยากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่จะกระทบต่อการประกอบอาชีพในอนาคต ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาคล้ายกันคือ 1.ผู้ป่วยขาดทักษะและความมั่นใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อยลง 3.ขาดความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย 4.การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน 5.เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นโรคเดิมเนื่องจากขาดสมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับแผนการรักษา หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานน้อยกว่า ได้รับการปรับลดยาโดยแพทย์มากกว่า

สรุป : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน และ DM Remission Clinic ก่อนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ทั้งการเยี่ยมที่บ้าน, เยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือการเยี่ยมทางไลน์ เป็นการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด พยาบาลสามารถประเมินพฤติกรรม และเฝ้าระวังความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งยังช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับพฤติกรรม นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านช่วยสร้างความเข้าใจให้ญาติและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

คำสำคัญ : กรณีศึกษา, การพยาบาล, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรงเรียนเบาหวาน, DM Remission Clinic

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่, E-mail: Wirawan751@gmail.com

Nursing care for patients with type 2 diabetes who participate in the diabetes school project and DM Remission Clinic before entering diabetes remission: 2 case studies

Sirada Sungthong*

Abstract

Objective : To study and compare the use of community nursing processes in caring for 2 patients with type 2 diabetes who had intensive behavior modification in a diabetes school and DM Remission Clinic before entering diabetes remission.

Methods: This is a comparative study of case studies of nursing care for type 2 diabetes patients participating in the Diabetes School Project and the DM Remission Clinic. To change behavior intensively before entering diabetic remission, 2 patients, using a patient health assessment form based on the concept of Marjory Gordon's 11 health assessment models (Marjory Gordon) as a data collection tool. and home visits Analyze and compare illness data Laboratory results, treatment, condition assessment nursing diagnosis nursing activities and evaluate nursing outcomes

Results of the study: Comparative case study of 2 patients with type 2 diabetes. Both patients had different motivations for applying to participate in the diabetes school project. Case 1 wanted to be cured by controlling food intake, without the need for medication. The second case did not want to be treated with high doses of medication. Afraid of side effects from medicine and don't want complications from diabetes. that will affect future careers. The two case study patients had similar problems. 1. Patients lack the skills and confidence to apply knowledge to change their own health behaviors. 2. Patients are at risk of developing hypoglycemia because they eat low carbohydrates. 3. Lack of knowledge and understanding to change health behavior regarding exercise. 4. Not getting enough rest causes insulin resistance. 5. Risk of returning to old behavior due to lack of balance between behavior change and treatment plan adjustment. After 6 months of behavioral adjustment, it was found that the patients were younger and had a shorter duration of diabetes. had more than one dose reduced by a doctor

Conclusion: Follow-up visits to patients with type 2 diabetes who participated in the diabetes school project and DM Remission Clinic before entering diabetes remission. including home visits, telephone visits or visiting online It is the application of the nursing process in nursing patients. This allows nurses to closely monitor and care for patients. Nurses can assess behavior and watch out for risks or dangers that may occur while patients change their behavior. It also helps empower patients to have encouragement to adjust their behavior. In addition, home visits help create understanding for relatives and caregivers to participate in decision-making and help push patients to adjust their behavior to meet their goals.

Keyword : Tooth extraction, Postoperative bleeding, Warfarin.

* Registered nurse, Ao Luek Hospital, Krabi Province, E-mail: Wirawan751@gmail.com

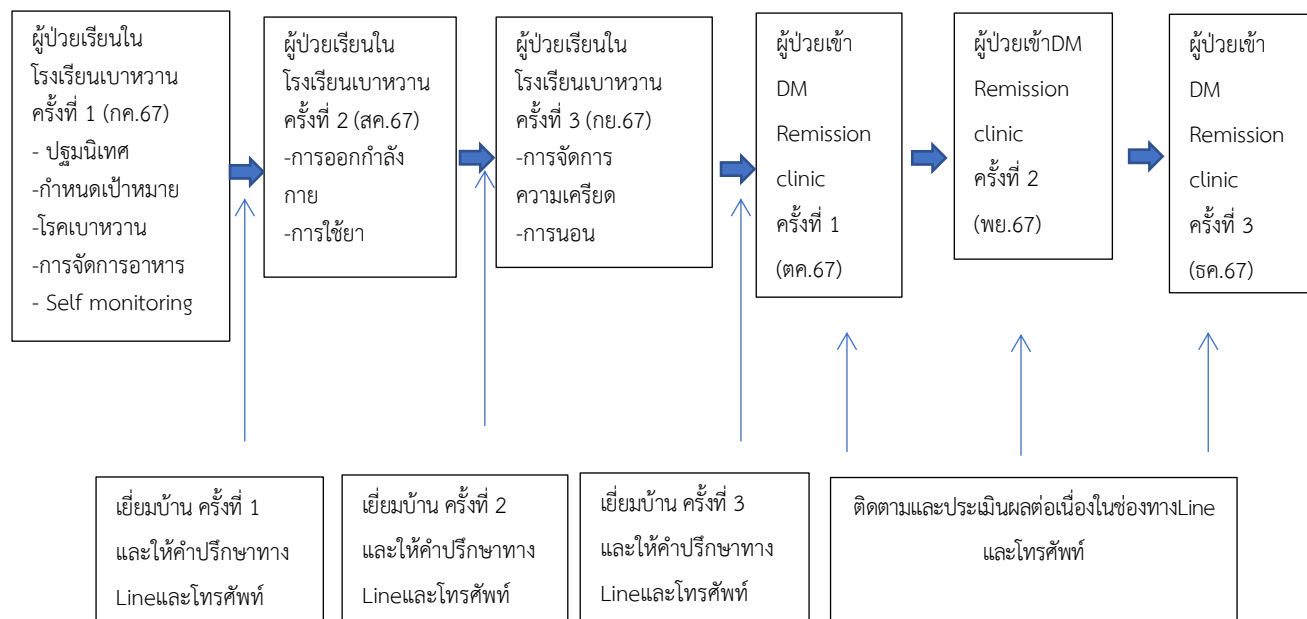
บทนำ

โรคเบาหวาน คือ โรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่หลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งพบได้ในโรคอ้วน⁽¹⁾ สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น⁽²⁾ สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน⁽³⁾ คนไทย 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน กรมควบคุมโรค แนะนำเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้เข้าสู่ระยะสงบได้ เลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ น้ำตาลต่ำมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ⁽⁴⁾

จังหวัดกระบี่มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้น้อยกว่าร้อยละ 40 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และข้อมูลในระดับอำเภอพบว่า อำเภออ่าวลึกมี ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 2,967คน ได้รับการตรวจ HbA1C 1,305 คน คิดเป็นร้อยละ 43.98 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจำนวน 599 คน คิดเป็นร้อยละ 20.19 จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ทำการศึกษาจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยจัดทำในรูปแบบโรงเรียนเบาหวาน ซึ่งประยุกต์มาจากหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานภูวดลโมเดล การจัดการโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ และองค์ความรู้ของนายแพทย์ธนศักดิ์ ยิ้มเกิดและเพจ Dietdoctor Thailand หลังเรียนผู้ป่วยจะนำทฤษฎีจากห้องเรียนไปปฏิบัติที่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างเข้มข้นให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งเอาไว้ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างปลอดภัย และบรรลุตามเป้าหมาย จึงต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลประจำตัวผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน คอยเป็นพี่เลี้ยง คอยแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษา และเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ เกิดทักษะจริงในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย เลือกเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานในพื้นที่ตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งโรงเรียนเบาหวานมีการเปิดสอนเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2567 ครั้งที่ 2 เดือน สิงหาคม 2567 และครั้งที่ 3 เดือนกันยายน 2567 หลังเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานครบ 3 ครั้งผู้ป่วยจะถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาใน DM Remission Clinic โรงพยาบาลอ่าวลึก ซึ่งผู้ศึกษาได้มีการเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยกรณีศึกษาระหว่างการสอนในโรงเรียนเบาหวานในแต่ละเดือนจำนวน 3 ครั้ง และเมื่อผู้ป่วยถูกส่งไปรับการรักษาต่อใน DM Remission Clinic ผู้ศึกษาได้มีการติดตามเยี่ยมผ่านทางช่องทางไลน์ และโทรศัพท์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน และ DM Remission Clinic ก่อนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทำโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยได้แก่ ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และผลตรวจการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่บ้านโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 76 ปี สถานภาพ คู่ ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 นัปลือศาสนา พุทธ อาชีพธุรกิจสวนปาล์ม รายได้ 30,000 บาท/เดือน ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มา 14 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สมัครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน อาการทั่วไปปกติ มีแรงจูงใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานคือ อยากรักษาโดยการควบคุมการรับประทานอาหาร ไม่ต้องใช้ยา ลักษณะรูปร่างท้วม และลงพุง ผลตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน 123 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) 6.8 เปอร์เซ็นต์ รับประทานยา Metformin (500Mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า/เย็น Glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดหลังอาหารเช้า Propanolol 40 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และ Losartan 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน พบว่ามีภาวะสุขภาพที่มีปัญหาคือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคเบาหวานเนื่องจากชอบรับประทานฟักทองเชื่อมบ่อย ช่วงแรกที่ป่วยได้พยายามควบคุมการรับประทานอาหารเองแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่ดีในการต้องการรักษาเบาหวานให้เข้าสู่ภาวะสงบ หลังสมัครเข้าโครงการโรงเรียนเบาหวานผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับแต่ยงขาดทักษะและประสบการณ์จริง จึงยังขาดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นด้วย

ตนเองที่บ้าน แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ก่อนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานผู้ป่วยปรุงอาหารกินเองรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานข้าวขาวมีธัญ 3ทัพพี หากมีอาการอ่อนเพลียจะกินขนมระหว่างมื้อจนอาการดีขึ้น ไม่ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หลังผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาหาร การกำหนดปริมาณอาหาร และการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยได้นำมาปฏิบัติในขณะที่ผู้ป่วยยังรับประทานยาในขนาดและปริมาณตามเดิม เมื่อผู้ป่วยเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองทำให้พบภาวะน้ำตาลในเลือดเกือบต่ำและมีอาการเพลีย แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีกิจกรรมส่วนใหญ่คือทำงานบ้านและไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยเข้านอน 20.00 นาฬิกา จะมีอาการหลับๆตื่นๆ เริ่มหลับลึกเวลา 04.00 นาฬิกาและตื่นนอนเวลา 06.00 นาฬิกา และมีนอนกลางวันประมาณ 2 ชั่วโมง

กรณีศึกษาชายที่ 2 หญิงไทยอายุ 57 ปี สถานภาพ คู่ระดับการศึกษา จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทำสวนปาล์ม รายได้ 10,000 บาท/เดือน มีประวัติบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวานป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มา 7 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สมัครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน อาการทั่วไปปกติ มีแรงสนใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานคือไม่อยากรักษาด้วยยาขนาดสูง กลัวอาการข้างเคียงจากยาและไม่อยากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ที่จะกระทบต่อการประกอบอาชีพในอนาคต ลักษณะรูปร่างอ้วนลงพุง ผลตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน 146 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) 7.7 เปอร์เซ็นต์ รับประทานยา Metformin (500Mg) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า/เย็น Glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า/เย็น Amlodipin 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดหลังอาหารเช้า และ Simvastatin 20 มิลลิกรัม ครึ่งเม็ดก่อนนอน ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรี กอร์ดอน พบว่ามีภาวะสุขภาพที่มีปัญหาคือแบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และเคยใช้ยาขนาดสูงมาก่อน ผู้ป่วยได้รับความรู้จากการเข้าร่วมโครงการเบาหวานแต่ยังขาดทักษะในการปฏิบัติจริง จึงยังขาดความมั่นใจในการนำความรู้มาปฏิบัติที่บ้านแบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ก่อนเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ข้าวมีธัญ 4 ทัพพีดื่มน้ำหวานวันละ 1 แก้ว กินขนมจุบจิบระหว่างวัน ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน ดื่มน้ำกาแฟ 1.5 ช้อนชาผสมน้ำตาลครึ่งช้อนชา วันละ 2 ครั้งเช้า-บ่าย ช่วงฤดูกาลผลไม้ชอบรับประทานผลไม้ หลังเข้าร่วมโครงการมีการนำความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดการด้านอาหารมาปฏิบัติจริง แต่ยังปฏิบัติได้ถูกต้องบ้าง ผิดบ้าง ซึ่งต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับสนิทประมาณช่วงเวลา 21.00 นาฬิกา ถึง 02.00 นาฬิกา หลังจากนั้นหลับๆตื่นๆ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่1 (กค.67)	ขาดทักษะและความมั่นใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ	ขาดทักษะและความมั่นใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ
ข้อมูลสนับสนุน	1. ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ว่าจะต้องเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรก่อน 2. เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมีอาการเพลีย ทำให้เกิดความกลัว และกลับไปรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น	1. ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ว่าจะต้องเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอะไรก่อน 2. เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารผู้ป่วยมีอาการเพลีย ทำให้เกิดความกลัว และกลับไปรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
วัตถุประสงค์	1. เพื่อฝึกทักษะเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 2. เพื่อเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. เพื่อฝึกทักษะเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 2. เพื่อเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เกณฑ์การประเมิน	ผู้ป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง และปลอดภัย	ผู้ป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง และปลอดภัย
การพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2. รับฟังความคิดของผู้ป่วยและญาติ 3. ทบทวนความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับจากโรงเรียนเบาหวานในเดือน กรกฎาคม 2567 ว่าได้รับความรู้เรื่องอะไรบ้างรับฟังด้วยความตั้งใจและสะท้อนคำพูดในบางช่วง 4. พูดคุยถึงภาวะสุขภาพปัจจุบันและเป้าหมายในการดูแลสุขภาพค่าน้ำตาลในเลือดทั้งที่เจาะเองที่บ้าน ค่าปกติ 70-130 มก./ดล.และค่าน้ำตาลสะสมน้อยกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ การวัดรอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. ดัชนีมวลกาย ไม่เกิน 25 กก./ตรม.และให้ความรู้ถึงโอกาสที่เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบไม่ได้เกิดขึ้นทุกคนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ทุกคนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีโอกาสทำให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 5. ทบทวนและเพิ่มเติมความรู้ด้านอาหาร(จากการเรียนในโรงเรียนเบาหวาน) 5.1อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและอาจทำให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ช่วยลดน้ำหนัก ลดความหิว ลดภาวะดื้ออินซูลินลดไขมันในตับและตับอ่อน ช่วยฟื้นฟูการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ช่วยลดความดันโลหิต และลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ในเดือนแรก ให้รับประทานคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่า 50 กรัมต่อวัน โดยให้เลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดเชิงซ้อนที่มีดัชนีน้ำตาล (glycemic index) ต่ำเป็นหลัก และเพิ่มปริมาณโปรตีนและไขมันดีจากธรรมชาติ ซึ่งจะ	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2. รับฟังความคิดของผู้ป่วยและญาติ 3. ทบทวนความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับจากโรงเรียนเบาหวานในเดือน กรกฎาคม 2567 ว่าได้รับความรู้เรื่องอะไรบ้างรับฟังด้วยความตั้งใจและสะท้อนคำพูดในบางช่วง 4. พูดคุยถึงภาวะสุขภาพปัจจุบันและเป้าหมายในการดูแลสุขภาพค่าน้ำตาลในเลือดทั้งที่เจาะเองที่บ้าน ค่าปกติ 70-130มก./ดล.และค่าน้ำตาลสะสมน้อยกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ การวัดรอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. ดัชนีมวลกาย ไม่เกิน 25กก./ตรม.และให้ความรู้ถึงโอกาสที่เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบไม่ได้เกิดขึ้นทุกคนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ทุกคนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีโอกาสทำให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 5.เพิ่มเติมความรู้ด้านอาหาร(จากการเรียนในโรงเรียนเบาหวาน) 5.1อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและอาจทำให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ช่วยลดน้ำหนัก ลดความหิว ลดภาวะดื้ออินซูลินลดไขมันในตับและตับอ่อน ช่วยฟื้นฟูการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ช่วยลดความดันโลหิต และลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ในเดือนแรก ให้รับประทานคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่า 50 กรัมต่อวัน โดยให้เลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดเชิงซ้อนที่มีดัชนีน้ำตาล (glycemic index) ต่ำเป็นหลัก และเพิ่มปริมาณโปรตีนและไขมันดีจากธรรมชาติซึ่งจะช่วยลดความหิวได้และอาจใช้ร่วมกับการอดอาหารเป็นช่วงเวลาได้โดยรับประทานอาหารอยู่ในช่วงเวลา 8-10 ชั่วโมงรับประทานอาหารเป็น 3 มื้อหลัก โดยงดอาหารว่างหรือ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล	ช่วยลดความหิวได้และอาจใช้ร่วมกับการอดอาหารเป็นช่วงเวลาได้โดยรับประทานอาหารอยู่ในช่วงเวลา 8-10 ชั่วโมง รับประทานอาหารเป็น 3 มื้อหลัก โดยงดอาหารว่างหรือเครื่องดื่มที่มีพลังงานระหว่างมื้อ ในเดือนที่สองและสาม เมื่อความหิวลดลงให้ปรับลดจำนวนมื้ออาหารเป็น 2 มื้อหลัก โดยรับประทานในเวลา 8 ชั่วโมงในแต่ละวัน รับประทานผักชนิดที่มีแป้งต่ำหรือไม่มีแป้ง (low to non-starch) เช่น ผักชนิดใบเตย กวาง มะเขือ และบรอกโคลี เพื่อให้ได้รับใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นอย่างเพียงพอ โดยใช้สูตร 2-1-1 ขนาดจานเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 นิ้ว ผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน (2ทัพพี) เนื้อสัตว์ 1 ส่วน การอ่านสลากโภชนาการเพื่อให้ทราบสารอาหารและปริมาณสารอาหาร 6. พุดคุยตัดสินใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนในเดือนแรกแล้วร่างกายปรับตัวไม่ทันจะออกกำลังกายอย่างจริงจังในเดือนที่ 2 7. กำหนดเป้าหมายสู่การปฏิบัติ ผู้ป่วยตัดสินใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบริโภคข้าวกล้องแทนข้าวขัดสีและจะลดบริโภคอาหารหวานลดการกินจุบจิบ 8. แนะนำสามีหากผู้ป่วยปรับการทานอาหารให้น้อยลง ไม่ต้องคะยั้นคะยอให้ผู้ป่วยรับประทานเพิ่ม ให้ช่วยสนับสนุนและเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยได้ทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ในเดือนแรก รับประทานคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่า 50 กรัมต่อวัน โดยให้เลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดเชิงซ้อนที่มีดัชนีน้ำตาล (glycemic index) ต่ำเป็นหลัก และเพิ่มปริมาณโปรตีนและไขมันดีจากธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยลดความหิวได้และอาจใช้ร่วมกับการอดอาหารเป็นช่วงเวลาได้โดยรับประทานอาหารอยู่ในช่วงเวลา 8-10 ชั่วโมง รับประทานอาหารเป็น 3 มื้อหลัก โดยงดอาหารว่างหรือเครื่องดื่มที่มีพลังงานระหว่างมื้อ ในเดือนที่สองและสาม เมื่อความหิวลดลงให้ปรับลดจำนวนมื้ออาหารเป็น 2 มื้อหลัก โดยรับประทานในเวลา 8 ชั่วโมงในแต่ละวัน รับประทานผักชนิดที่มีแป้งต่ำหรือไม่มีแป้ง (low to non-starch) เช่น ผักชนิดใบเตย กวาง มะเขือ และบรอกโคลี เพื่อให้ได้รับใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นอย่างเพียงพอ โดยใช้สูตร 2-1-1 ขนาดจานเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 นิ้ว ผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน (2ทัพพี) เนื้อสัตว์ 1 ส่วน การอ่านสลากโภชนาการเพื่อให้ทราบสารอาหารและปริมาณสารอาหาร 6. พุดคุยตัดสินใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนในเดือนแรกแล้วไม่มีแรงทำงานจะออกกำลังกายอย่างจริงจังในเดือนที่ 2 7. กำหนดเป้าหมายสู่การปฏิบัติ ผู้ป่วยตัดสินใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบริโภคข้าวกล้องแทนข้าวขัดสี โดยจะสั่งซื้อจาก อสม. และจะลดบริโภคอาหารหวานจะกินอาหารเป็นมื้อเดิมรับประทานข้าวขาวมื่อละ 4 ทัพพี วันละ 3 มื้อ เหลือข้าวกล้องมื่อละ 2 ทัพพี วันละ 3 มื้อลดอาหารหวาน 8. แนะนำสามีหากผู้ป่วยปรับการทานอาหารให้น้อยลง ไม่ต้องคะยั้นคะยอให้ผู้ป่วยรับประทานเพิ่ม ให้ช่วยสนับสนุนและเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยได้ทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
การประเมินผล (สค.67)	ประเมินผลในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เดิม รับประทานข้าวขาวมื่อละ 3 ทัพพี วันละ 3 มื้อ เหลือข้าวกล้องมื่อละ 1.5 ทัพพี วันละ 2 มื้อลดอาหารหวาน	เดิมรับประทานข้าวขาวมื่อละ 4 ทัพพี วันละ 3 มื้อ เหลือข้าวกล้องมื่อละ 2 ทัพพี วันละ 3 มื้อลดอาหารหวาน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 (สค.67)	จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังผู้ป่วยเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อยลง	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อยลง
ข้อมูลสนับสนุน	เดิมรับประทานข้าวขาวมี้อละ 3 ทัพพี วันละ 3 มื้อ เหลือข้าวกล้องมี้อละ 1.5 ทัพพีวันละ 2 มื้อ ลดอาหารหวาน ใช้น้ำตาลในเลือดรับประทานยา Glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า	เดิมรับประทานข้าวขาวมี้อละ 4 ทัพพี วันละ 3 มื้อ เหลือข้าวกล้องมี้อละ 2 ทัพพีวันละ 3 มื้อลดอาหารหวาน ใช้น้ำตาลในเลือด รับประทานยา Glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า /เย็น
วัตถุประสงค์	เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำ	เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำ
เกณฑ์การประเมิน	ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดด้วยตนเอง และสามารถประเมินภาวะน้ำตาลต่ำได้ค่าน้ำตาลไม่น้อยกว่า 70 มก./ดล.	ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดด้วยตนเอง และสามารถประเมินภาวะน้ำตาลต่ำได้ค่าน้ำตาลไม่น้อยกว่า 70 มก./ดล.
การพยาบาล	-ให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเองที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง ก่อนอาหารเช้า -ให้ผู้ป่วยสังเกตและการเฝ้าระวังอาการน้ำตาลต่ำได้แก่ หน้าซีด ปากซีด ตัวสั่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก คลื่นไส้ หิว เวียนศีรษะ ปวดหัว ไม่มีสมาธิ หัวใจเต้นเร็ว ปาก ลื่น แก้มชา -แนะนำและมอบสื่อการแก้ไขเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำกว่า 70 มก./ดล.กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว เมื่อแก้ไขจนระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นมากกว่า 70 มก./ดล.แล้วให้ญาติพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ รพ. -กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ญาติพาไปพบแพทย์ที่ รพ.	-ให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเองที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง ก่อนอาหารเช้า -ให้ผู้ป่วยสังเกตและการเฝ้าระวังอาการน้ำตาลต่ำได้แก่ หน้าซีด ปากซีด ตัวสั่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก คลื่นไส้ หิว เวียนศีรษะ ปวดหัว ไม่มีสมาธิ หัวใจเต้นเร็ว ปาก ลื่น แก้มชา -แนะนำและมอบสื่อการแก้ไขเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำกว่า 70 มก./ดล.กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว เมื่อแก้ไขจนระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นมากกว่า 70 มก./ดล.แล้วให้ญาติพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ รพ. - กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ญาติพาไปพบแพทย์ที่ รพ.
การประเมินผล (กย.67)	ผู้ป่วยเจาะเลือด ทุกสัปดาห์ ดังนี้ 6 ส.ค67 = 97 มก./ดล. 13 ส.ค 67=92 มก./ดล. 20 ส.ค 67=114 มก./ดล. ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	ผู้ป่วยเจาะเลือด ทุกสัปดาห์ ดังนี้ 6 ส.ค67 = 85 มก./ดล. 13 ส.ค 67=96 มก./ดล. 20 ส.ค 67=127 มก./ดล. ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 (กย.67)	จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ	ขาดความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ
ข้อมูลสนับสนุน	ผู้ป่วยบอกว่าการทำงานบ้านทั้งวันก็เป็นการออกกำลังกาย	ปกติรับจ้างในสวนปาล์มก็ออกกำลังกายแล้ว

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและส่งผลต่อการลดน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลได้ สามารถลดการใช้ยาจนสามารถหยุดยาได้	เพื่อให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและส่งผลต่อการลดน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลได้ ลดการใช้ยาจนสามารถหยุดยาได้
เกณฑ์การประเมินผล	สามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายได้ อย่างเหมาะสม	สามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม
การพยาบาล	สอบถามความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียนเบาหวานผู้ป่วยบอกว่าแต่ละวันเดินทางบ้านได้มากกว่า 3,000 ก้าว ให้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกายทั้งความหมายและวิธีการผู้ป่วยสอบถามเรื่องการเดินออกกำลังกายกับการเดินที่บ้านแตกต่างกันอย่างไรให้ข้อมูลว่าการออกกำลังกายต้องต่อเนื่องส่วนการเดินที่บ้านจะไม่ต่อเนื่องบอกถึงประโยชน์การออกกำลังกาย สามารถช่วยลดภาวะดื้ออินซูลิน และลดน้ำหนักได้ นอกจากนี้ยังป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อจากการลดน้ำหนักได้อีกด้วยและสอบถามข้อกังวลเรื่องเพื่อยังมีมีอาการใหม่คิดว่าจะวางแผนอย่างไร	สอบถามความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียนเบาหวานผู้ป่วยบอกว่าเดินในสวนปาล์มวันละเกือบ 10 กิโลเมตรแล้วเป็นการเดินแต่ละวันมากกว่า 1 ชั่วโมงจึงให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าต้องต่อเนื่องเกิน 30 นาทีสัปดาห์ละ 5 วันจึงจะมีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก ลดภาวะดื้ออินซูลินป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อจากการลดน้ำหนักได้อีกด้วย
การประเมินผล	ผู้ป่วยเดินในระยะทางไป-กลับ 1 กิโลเมตรถ้าไม่มีอาการเหนื่อยจะเดินไปกลับวันละ 4 กิโลเมตรใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงในตอนเช้า	ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแอโรบิกในวันที่ไม่ได้ออกไปทำงานโดยดูผ่านยูทูบวันละครึ่งชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 (กย.67)	การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน	การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน
ข้อมูลสนับสนุน	อ่อนเพลีย หิวบ่อย ดัชนีมวลกาย 26.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รอบเอว 85 เซนติเมตร	อ่อนเพลีย หิวบ่อย ดัชนีมวลกาย 28.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รอบเอว 94 เซนติเมตร
วัตถุประสงค์	ลดภาวะดื้ออินซูลิน	ลดภาวะดื้ออินซูลิน
การพยาบาล	สอบถามความรู้เรื่องการนอนที่เรียนรู้จากโรงเรียนเบาหวานตอบว่าสาเหตุที่นอนไม่หลับตอนกลางคืนเนื่องจากนอนกลางวันวันละ 2-3 ชั่วโมงแต่กลับลำบากเนื่องจากกลางวันว่างมากจึงเสนอวิธีเลือกเช่นการไปหาเพื่อนหรือให้เพื่อนมาหาช่วงที่ว่าง หรืออดนอนเลื่อนเวลานอนไปวันละ 30 นาที	สอบถามความรู้เรื่องการนอนที่เรียนรู้จากโรงเรียนเบาหวานตอบว่าสาเหตุที่นอนไม่หลับตอนกลางคืนเนื่องจากการดื่มกาแฟ 1.5 ช้อนชาประมาณช่วงบ่าย 3 โมงแล้วจะเปลี่ยนมาเป็นเวลาบ่ายโมงจึงสอบถามเพิ่มเติมว่าจะเริ่มเมื่อไหร่ดีผู้ป่วยตอบว่าวันพรุ่งนี้จึงสะท้อนกลับไปว่าพรุ่งนี้จะเริ่มปรับเวลาดื่มกาแฟผู้ป่วยตอบอีกครั้งว่าคะพรุ่งนี้จะเริ่มปรับเวลาดีแล้วคะ
การประเมินผล (ตค.67)	ผู้ป่วยไปบ้านญาติก่อนถึงเวลานอนกลางวันครึ่งชั่วโมง เพื่อให้เลยเวลานอนกลางวัน	ผู้ป่วยลดปริมาณกาแฟจาก 1.5 ช้อนชา เป็น 1 ช้อนชา เลื่อนเวลาทานกาแฟจากบ่าย 3 มาเป็นบ่ายโมง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 (ตค.67)	ติดตามผู้ป่วยหลังจบหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานแล้ว ส่งต่อมายัง DM Remission Clinic พบว่าผู้ป่วย เสี่ยงต่อการกลับมามีพฤติกรรมเดิมเนื่องจากขาด สมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการ ปรับแผนการรักษา	เสี่ยงต่อการกลับมามีพฤติกรรมเดิมเนื่องจากขาดสมดุล ระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับแผนการ รักษา
ข้อมูลสนับสนุน	อ่อนเพลียแล้วเพิ่มการรับประทานอาหารไม่มาพบ แพทย์รอให้ถึงวันนัด	ช่วงที่น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ระหว่าง 90 -110 มก./ดล.มีอาการหิวมือสั่น ช่วงเวลา 10.00 นาฬิกา ไม่มาพบแพทย์แก้ไขโดยรับประทานอาหารเที่ยงก่อน เวลา
วัตถุประสงค์ เกณฑ์การ ประเมินผล การพยาบาล	คงพฤติกรรมสุขภาพเดิม ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเพื่อ ปรับแผนการรักษา -สอบถามพูดคุยประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอาการผิดปกติต่างๆอย่างใกล้ชิดในทุกระยะเพื่อ แก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยทันเวลา -ประสานคลินิกโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยได้สะดวกในการ เข้ามารับการรักษาก่อนวันนัดโดยใช้ช่องทางพิเศษ พร้อมทั้งแนะนำการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการโดย นำสมุดประจำตัวและยาเดิมมาทุกครั้งเพื่อต่อการปรับ การปรับแผนการรักษา -เข้าพบแพทย์ก่อนวันนัด -ปรับแผนการรักษา	คงพฤติกรรมสุขภาพเดิม ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเพื่อปรับ แผนการรักษา -สอบถามพูดคุยประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ อาการผิดปกติต่างๆอย่างใกล้ชิดในทุกระยะเพื่อแก้ไข ปัญหาให้ผู้ป่วยทันเวลา -ประสานคลินิกโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยได้สะดวกในการเข้ามา รับการรักษาก่อนวันนัดโดยใช้ช่องทางพิเศษพร้อมทั้ง แนะนำการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการโดยนำสมุด ประจำตัวและยาเดิมมาทุกครั้งเพื่อต่อการปรับ แผนการรักษา -เข้าพบแพทย์ก่อนวันนัด -ปรับแผนการรักษา
ประเมินผล (ชค.67)	หลังปรับแผนการรักษาไม่มีอาการอ่อนเพลียระดับ น้ำตาลในเลือด 108 มก./ดล. น้ำตาลในเลือดสะสม 5.3 เปอร์เซนต์ ดัชนีมวลกาย 22.66 กก./ตร.ม. รอบเอว 82 ซม. การรับประทานยา Metformin(500 มก.) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Gli-PIZIDE(5 มก.) 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า Amlodipin (5 มก.) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า Propanolol(40 มก.) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Losartan (50 มก.) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า	หลังปรับแผนการรักษาไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการ หิว หรือมือสั่นในช่วงกลางวัน ระดับน้ำตาลในเลือด 125 มก./ดล. น้ำตาลในเลือดสะสม 5.9 เปอร์เซนต์ ดัชนีมวลกาย 27.11 กก./ตร.ม. รอบเอว 86.36 ซม. การรับประทานยา Metformin(500 มก.) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Gli-PIZIDE(5 มก.) อดยาออก Amlodipin (5 มก.) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า Simvastatin(20 มก.) ครึ่งเม็ดก่อนนอน

สรุป

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีโรคความดันโลหิตสูงโรคเป็นโรคร่วมเหมือนกัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศหญิง รายแรกอยู่ในวัยผู้สูงอายุ และรายที่สองอยู่ในวัยทำงาน ผู้ป่วยรายแรกป่วยเป็นโรคเบาหวานตอนอายุ 62 ปี ส่วนรายที่ 2 ป่วยตอนอายุ 50 ปี ผู้ป่วยรายแรกเป็นเบาหวานมา 14 ปี ส่วนรายที่ 2 เป็นเบาหวานมา 7 ปี ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแรงจูงใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานต่างกัน รายที่ 1 ยอมรับการรักษาโดยการควบคุมการรับประทานอาหาร ไม่ต้องใช้ยา ส่วนรายที่ 2 ไม่ยอมรับการรักษาด้วยยาขนาดสูง กลัวอาการข้างเคียงจากยาและไม่อยากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ที่จะกระทบต่อการประกอบอาชีพในอนาคต โดยแรงจูงใจจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐฉิรณ พันธ์มุงและคณะ⁽⁶⁾ และผลการศึกษาของชนัญญา เรืองสุทธิภาพ⁽⁷⁾ ที่ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือผู้ป่วยเบาหวาน ต้องเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และพร้อมที่จะเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยกรณีศึกษามีปัญหาลักษณะคือ 1.ผู้ป่วยขาดทักษะและความมั่นใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ พยาบาลจึงต้องทำการทบทวนความรู้จากโรงเรียนเบาหวาน และยกตัวอย่างการประยุกต์ใช้ความรู้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ชวนผู้ป่วยคิดวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และเสริมพลังเพิ่มความมั่นใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้ทำเพียงลำพัง อีกทั้งสร้างความเข้าใจในญาติ เพื่อให้ช่วยสนับสนุนผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้หากมีอาการผิดปกติระหว่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อยลง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยในช่วงแรกจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารโดยเฉพาะการลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยจะต้องรู้คือ อันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ วิธีในการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ และอาการแบบใดที่ต้องไป รพ. ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องมีการสอนญาติด้วยเช่นกัน 3.ขาดความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารจนอยู่ตัวไม่รู้สึกเพลียแล้วจึงแนะนำเกี่ยวประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้เลือกที่จะออกกำลังกายแบบใด โดยเริ่มจากการออกกำลังกายแบบเบา แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นทีละน้อย ไม่แนะนำให้ออกกำลังกายแบบหักโหม เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงเรื่องน้ำตาลต่ำตามมาได้ 4.การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ควรให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของปัญหา และเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5.เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นพฤติกรรมเดิมเนื่องจากขาดสมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับแผนการรักษา เมื่อส่งต่อผู้ป่วยจากโรงเรียนเบาหวานเข้าสู่ DM Remission Clinic โดยต้องมีการประสานการดูแลระหว่างพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นผู้จัดการโรงเรียนเบาหวานกับพยาบาลผู้จัดการ DM Remission Clinic ในโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต้องคอยสอบถามพูดคุยประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอาการผิดปกติต่างๆอย่างใกล้ชิดในทุกระยะเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยทันเวลา และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยตลอดไป สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา เรืองสุทธิภาพ⁽⁷⁾ ที่ว่าแพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำแนะนำต้องเข้าใจผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีพลังกาย และใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งต้องมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอยู่เสมอ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครบ 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานน้อยกว่าได้รับการปรับลดยาโดยแพทย์มากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษากานต์ชนก สุทธิผล⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่าจะสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้ ควรพิจารณาให้เหมาะกับบริบทของสถานบริการ บริบทของพื้นที่ และบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นเพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบอาจใช้เวลามากกว่า 6 เดือน เนื่องจากในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยนั้นยังมีปัจจัย และตัวกระตุ้น หรือปัญหาที่ยังไม่สามารถค้นหาและแก้ไขได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพต่อไป
3. หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบแล้ว ขั้นตอนต่อไปควรปรับพฤติกรรมเข้มข้นให้โรคความดันโลหิตสูงเข้าสู่ภาวะสงบ HT Remission Clinic
4. หน่วยงานต้นสังกัดควรสนับสนุนให้สหวิชาชีพที่อยู่ในทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับการอบรมและศึกษาดูงานเกี่ยวกับ DM Remission
5. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ได้แก่ เครื่องและแถบตรวจเบาหวาน เข็มเจาะเลือด สำลี แอลกอฮอล์ เป็นต้น สำหรับให้ผู้ป่วยในการใช้ในการเฝ้าระวัง ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง (self monitoring) ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สิริระ กอไพศาล. การรักษาโรคเบาหวาน สาเหตุและวิธีแก้ไขได้ที่นี่. [อินเทอร์เน็ต], 2565. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachanram/article/diabetes-treatment-guidelines/>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวาน.[อินเทอร์เน็ต], (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>
3. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้.[อินเทอร์เน็ต], 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
4. สมศักดิ์" รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 ชี้คนไทยป่วย 6.5 ล้านคน ย้ำ! นับ Carb ลดเสี่ยงเอ็นซีดี.[อินเทอร์เน็ต], 2567. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2024/11/32233>
5. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี. มหราชชนนศรีธรรมราชเวชสาร [อินเทอร์เน็ต], 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]; 5(2):12. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/253959/171541>
6. ญัฐจิรธรณ พันธ์มุงและคณะ. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต], 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]; 20(2):10. เข้าถึงได้จาก : <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/14815/12454>
7. ชณัญญา เรืองสุทธิภาพ. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูล-มังสาหาร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต], 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]; 9(2):8. เข้าถึงได้จาก : <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/274789/183941>

8. พิชิต สุขสบาย. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี .วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 [อินเทอร์เน็ต] ,2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]; 38(1):17. เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/267326/184153>

ในชีวิตยุคใหม่ ที่มีความสะดวกสบาย จากร้านสะดวกซื้อที่สามารถจัดหาของกิน ของใช้ได้ง่าย รวมไปถึงบริการส่งของถึงบ้านต่างๆ ที่แค่มีโทรศัพท์มือถือเครื่องเดียว ก็สามารถสั่งของที่ต้องการได้โดยไม่ต้องออกไปซื้อเอง แต่ขณะเดียวกันก็นำภัยที่แฝงมากับความสะดวกสบายเหล่านั้นเข้ามาในชีวิตด้วยเช่นกันไมโครพลาสติก

เมื่อปี พ.ศ.2563 ในงานศึกษาโดยองค์การกองทุนสัตว์ป่าโลกสากล WWF ร่วมกับ มหาวิทยาลัยนิวคาสเซิล ในออสเตรเลีย ทำการวิจัยหาปริมาณพลาสติกจากแหล่งธรรมชาติสู่วงจรบริโภคของมนุษย์ พบว่า มนุษย์อาจบริโภคไมโครพลาสติกเข้าสู่ร่างกาย ในปริมาณกว่า 2,000 ชิ้น หรือ 5 กรัมต่อสัปดาห์ เทียบเท่ากับบัตรเครดิต 1 ใบ คิดเป็น 20 กรัมต่อเดือน 240 กรัมต่อปี ! การค้นพบครั้งนี้ถือเป็นก้าวสำคัญที่จะทำให้เกิดการศึกษาต่อยอดอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป เพื่อสร้างความเข้าใจและค้นหาความจริงถึงผลกระทบของพลาสติกที่มีต่อร่างกายและสุขภาพของมนุษย์

ไมโครพลาสติก คือ อนุภาคพลาสติกที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 5 มิลลิเมตร มักเกิดจากการย่อยสลายหรือแตกหักของขยะพลาสติกขนาดใหญ่หรือเกิดจากพลาสติกที่มีการสร้างให้มีขนาดเล็ก เพื่อให้เหมาะกับวัตถุประสงค์การใช้งาน ส่วนใหญ่มีรูปร่างทรงกลม ทรงรี เส้นตรงหรือบางครั้งมีรูปร่างไม่แน่นอน

ประเภทของไมโครพลาสติก สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ไมโครพลาสติกปฐมภูมิ (Primary microplastic)

ไมโครพลาสติกปฐมภูมิ คือ พลาสติกที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมาให้มีขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตรเพื่อการใช้ประโยชน์เฉพาะด้าน เช่น เม็ดพลาสติกที่นำมาใช้เป็นวัสดุตั้งต้นของการผลิตผลิตภัณฑ์พลาสติก (Nurdle) เม็ดพลาสติกที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหน้า เครื่องสำอางหรือยาสีฟัน ซึ่งมักเรียกกันว่า ไมโครบีดส์ (Microbeads) หรือเม็ดสครับ ไมโครพลาสติกประเภทนี้สามารถแพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อมทางทะเลจากการทิ้งของเสียโดยตรงจากบ้านเรือนสู่แหล่งน้ำและไหลลงสู่ทะเล

2. ไมโครพลาสติกทุติยภูมิ (Secondary microplastic)

ไมโครพลาสติกทุติยภูมิ คือ พลาสติกที่เกิดจากกระบวนการสลายตัวของพลาสติกขนาดใหญ่จนกลายเป็นชิ้นส่วน (Fragment) เส้นใย (Fiber) หรือแผ่นฟิล์ม (Film) ของพลาสติกที่มีขนาดเล็กลง กระบวนการสลายตัวของพลาสติกขนาดใหญ่ให้กลายเป็นพลาสติกขนาดเล็กนี้ สามารถเกิดได้ทั้งโดยกระบวนการย่อยสลายทางกล (Mechanical degradation) กระบวนการย่อยสลายทางเคมี (Chemical degradation) กระบวนการย่อยสลายทางชีวภาพ (Biological degradation) และกระบวนการย่อยสลายด้วยแสง โดยเฉพาะอย่างยิ่งรังสีอัลตราไวโอเล็ต (UV degradation) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะทำให้สารแต่งเติมในพลาสติกหลุดออก ส่งผลให้โครงสร้างของพลาสติกเกิดการแตกตัวจนมีขนาดเล็ก กลายเป็นสารแขวนลอยปะปนอยู่ในแม่น้ำและทะเล

ผลกระทบของพลาสติก และไมโครพลาสติกต่อสิ่งมีชีวิต

1. ขยะพลาสติกไปติดพันกับตัวของสัตว์ ทำให้สัตว์เจริญเติบโตลำบาก เคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้จนถึงตาย
2. สัตว์กินเข้าไป โดยคิดว่าพลาสติกเหล่านี้คือ อาหาร เมื่อสัตว์กินเข้าไปพลาสติกไม่สามารถย่อยสลายได้ทำให้สัตว์ตาย หรือตกค้างสะสมในตัวสัตว์

* นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่

ปัจจุบันไมโครพลาสติกเริ่มส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆ ดังที่เป็นข่าวในปัจจุบันในเรื่องไมโครพลาสติก สิ่งปนเปื้อนที่แทรกซึมสู่ห่วงโซ่อาหาร เช่น งานวิจัยที่พบว่า ไมโครพลาสติกมีการปนเปื้อนอยู่ในแม่น้ำ ทะเล แหล่งน้ำต่าง ๆ นอกจากนี้ พบว่ากระเพาะของสัตว์บางชนิดก็มีไมโครพลาสติกอยู่ รวมทั้งยังพบการปนเปื้อนในอุจจาระของมนุษย์ โดยไมโครพลาสติกที่พบคือ พอลิเอทิลีน เทเรฟทาเลท (ใช้ทำขวดน้ำดื่ม) โพลีพรอพิลีน (เช่น แก้วโยเกิร์ต ถ้วยร้อน พลาสติกบรรจุอาหาร) และโพลีไวนิลคลอไรด์ หรือ PVC (ฟิล์มห่ออาหาร)

ผลกระทบต่อสุขภาพ

มีรายงานเกี่ยวกับผลกระทบต่อร่างกายในสัตว์ที่กินเม็ดไมโครพลาสติกเข้าไป เช่น การทำลายเนื้อเยื่อหลอดเลือด และมีผลกระทบต่อระบบหัวใจ อีกทั้ง ยังมีรายงานเกี่ยวกับสารที่เป็นองค์ประกอบและพบการปนเปื้อนอยู่ในไมโครพลาสติก มักเป็นสารพวกโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) โพลีคลอรีเนตไบฟีนิล (PCBs) ดีดีที (DDT) และไดออกซิน ซึ่งเป็นสารพิษที่สามารถก่อให้เกิดมะเร็งได้ แต่ยังไม่มียางานว่า ไมโครพลาสติกก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ จากการได้รับผ่านทางห่วงโซ่อาหาร แม้องค์การอนามัยโลก (WHO) จะประกาศว่าไมโครพลาสติกที่รับเข้าสู่ร่างกายมนุษย์จะถูกขับออกผ่านการขับถ่ายได้ ปัจจุบันยังไม่พบอันตรายและยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม แต่หากไมโครพลาสติกถูกขับออกไม่หมดและมีระดับที่เล็กลง ก็อาจคาดการณ์ได้ว่าไมโครพลาสติกสามารถส่งผลกระทบต่อมนุษย์ได้หลายประการในระยะยาว เช่น

- รบกวนฮอร์โมนในร่างกาย ไมโครพลาสติกมีสารที่เรียกว่า Bisphenol A (BPA) เป็นส่วนประกอบของพลาสติก BPA อาจเข้าไปรบกวนการทำงานของต่อมไร้ท่อ มีผลกระทบบกฮอร์โมนเอสโตรเจนที่คอยควบคุมการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ BPA ยังอาจมีส่วนทำให้ฮอร์โมนเพศชายมีการเปลี่ยนแปลงได้ มีผลกระทบถึงการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย
- เด็กมีพัฒนาการลดลง สาร BPA มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองของเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ทำให้ความจำและระบบประสาทลดลง
- ขัดขวางการทำงานของเส้นเลือด เนื่องจากหลายคนอาจรับไมโครพลาสติกเข้าไปมากกว่า 1 หมื่นชิ้นต่อปีจากการกินอาหารทะเลและดื่มน้ำจากขวดพลาสติก ไมโครพลาสติกซึ่งมีขนาดเล็กเท่าแบคทีเรียอาจเข้าสู่กระแสเลือดและปิดกั้นทางเดินเลือดได้ในที่สุด
- อาจเกิดโรคมะเร็ง หากไมโครพลาสติกฝังเข้ากับเนื้อเยื่อในร่างกาย อาจเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง เพราะไมโครพลาสติกอาจปล่อยพิษหรือโลหะหนักที่ติดจากสิ่งแวดล้อมเข้าสู่เนื้อเยื่อ
- เป็นตัวกลั่นกรองสารพิษ ไมโครพลาสติกมีคุณสมบัติที่สามารถดูดซับหรืออุ้มน้ำได้ จึงสามารถเก็บเอาสารพิษบางประเภท เช่น สารพิษในยาฆ่าแมลง DDT ในน้ำ กล่าวคือเมื่อไมโครพลาสติกยังอยู่ในทะเลนานก็จะยิ่งดูดซับความเป็นพิษเอาไว้ ส่วนสัตว์เล็กในทะเลที่กินไมโครพลาสติกเข้าไปก็จะรับสารพิษนั้นเอาไว้ด้วย เมื่อคนนำมากินก็จะได้รับสารพิษตกค้างจากสัตว์เหล่านั้นเช่นกัน

อาจพูดได้ว่า ไมโครพลาสติกเป็นอันตรายเงียบ ที่เราต้องตระหนักและหาทางป้องกันโดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้มีการทิ้งขยะพลาสติกลงไปในทะเล โดยการลดการเกิดขยะพลาสติกเริ่มต้นได้ง่าย ๆ ที่ตัวเรา เช่น ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดร่างกายที่มีส่วนผสมของไมโครบีดส์ ลดการใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งหรือคัดแยกขยะพลาสติกเพื่อนำไปรีไซเคิลใหม่อย่างถูกวิธี เป็นต้น

พลาสติกเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้คนมาช้านาน ตั้งแต่ภาชนะใส่อาหาร บรรจุภัณฑ์ต่างๆ ถ้วยใส่อาหาร พลาสติกถนอมอาหาร ไปจนถึงขวดน้ำต่างๆ ซึ่งยังไม่สายที่เราจะปรับเปลี่ยนความเคยชินเหล่านี้ไปใช้วัสดุที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และดีต่อสุขภาพในระยะยาว

อาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods (UPF)

สิ่งต่อมาที่จะกล่าวถึงก็คือ อาหารแปรรูปขั้นสูง หรือ Ultra-Processed Foods (UPF) คือ อาหารที่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมหนักจนแทบไม่เหลือเค้าเดิมของวัตถุดิบธรรมชาติ ที่มักจะมาพร้อมกับ สี กลิ่น รส ที่ทั้งล่อตาล่อใจ และทำให้กินจนติดแบบเลิกไม่ได้ เช่น สารแต่งกลิ่น แต่งรส น้ำตาลซ่อนรูป ไขมันทรานส์ สารกันบูด แป้งดัดแปร อิมัลซิไฟเออร์ เป็นต้น

คนรุ่นใหม่ โดยเฉพาะวัยรุ่นและวัยทำงานส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 60 ของแคลอรีทั้งหมดที่บริโภคมาจากอาหารแปรรูปเป็นอย่างมาก

ในการวิจัยตลาด UPF ประกอบขึ้นเป็นกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ของอาหารบรรจุหีบห่อในร้านขายของชำ ซึ่งโฆษณาเหล่านี้มักจะโฆษณาให้เราทราบอยู่เสมอ และแทบจะมองข้ามไม่ได้เลย โฆษณา UPF มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเด็กๆ โดยเฉพาะ โดยใช้สีสันสดใสและมาสคอตการ์ตูนตลกๆ ซึ่งเป็นการปรับสภาพร่างกายที่อาจนำไปสู่รูปแบบการกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย

อาหารแปรรูปพิเศษที่ทำให้ไม่ดีต่อสุขภาพ เพราะอาหารแปรรูปจำนวนมากมีไขมัน น้ำตาล น้ำมัน และเกลือที่เพิ่มเข้ามา

อาหารแปรรูปขั้นสูงมีตัวอย่างเช่น

- ของขบเคี้ยวยามว่าง เช่น บิสกิต ขนมอบ เค้ก มันฝรั่งทอดกรอบ คุกกี้
- อาหารสำเร็จรูป เช่น พิชซ่าแช่แข็ง หรืออาหารเย็นที่ปรุงด้วยไมโครเวฟ
- เครื่องดื่มแปรรูป เช่น เครื่องดื่มสำหรับนักกีฬาหรือโซดา น้ำอัดลมหวานๆ นมรสต่างๆ
- ลูกอมแทบทุกชนิด
- ซีเรียลอาหารเช้า
- ไอศกรีม
- เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น แฮม ไส้กรอก เบอเกอร์ นั้กเก็ตไก่

หากเรียงตามลำดับความอันตราย ก็แบ่งเป็น

1.ระดับอันตรายมาก เช่น เนื้อแปรรูป (ไส้กรอก เบคอน แฮม) มีความเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ หัวใจขาดเลือดจากไขมันสูง และสารปรุงแต่งต่างๆ รวมถึงลักษณะของเนื้อที่นำมาแปรรูป บะหมี่สำเร็จรูป ที่มีไขมันทรานส์ ผงชูรส โซเดียมสูง และไฟเบอร์ต่ำ น้ำอัดลมและเครื่องดื่มหวานปรุงแต่ง ที่เชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน ไขมันพอกตับ ลูกอม เยลลี่หมากฝรั่ง ที่มีน้ำตาลสูง สีสังเคราะห์ สารให้ความหวานสังเคราะห์ ขนมขบเคี้ยว (มันฝรั่ง ข้าวโพดอบกรอบ) ที่มีไขมันทรานส์ อะคริลาไมด์จากการทอด และมีไขมันสูง เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ ที่มีคาเฟอีนและน้ำตาลสูง กระตุ้นระบบประสาท เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2.ระดับอันตรายปานกลาง เช่น ขนมอบสำเร็จรูป (เค้ก โดนัท พาย) มีน้ำตาลสูง ไขมันอิ่มตัว สีสังเคราะห์ ซีเรียลอาหารเช้าแต่งรสหวาน มีน้ำตาล และแป้งดัดแปรสูงมาก ข้าวกล่องแช่แข็ง/อาหารพร้อมทาน มีสารกันเสีย โซเดียมสูง แป้ง และไขมันแปรรูป โยเกิร์ตแต่งกลิ่นรส ใส่ น้ำตาลแฝง กลิ่นสังเคราะห์ และสารกันเสีย ไอศกรีมแต่ง มีไขมันสูง สารแต่งกลิ่น และสี น้ำตาลสูง

3.ระดับอันตรายน้อย แต่ก็ควรระวังถ้าทานบ่อยๆ เช่น น้ำผลไม้กล่อง ขนมปังนุ่ม ขนมปังแพ็ค มีสารกันเสีย แป้งดัดแปร น้ำตาลซ่อนรูป ซอสปรุงรส (มายองเนส ซอสมะเขือเทศ น้ำสลัดซัน) มีไขมันแปรรูป น้ำตาล และสารกันเสีย ขานมไม่กวน น้ำตาลสูงมาก ครีมเทียม สารกันบูดและแต่งสี

หรือจะมองหาสารประกอบหรือส่วนผสมที่มี UPF ง่ายๆได้จากการแบ่งกลุ่ม เช่น กลุ่มสารให้ความหวาน กลุ่มไขมันแปรรูป (น้ำมันพืชผ่านกรรมวิธี มาการีน) กลุ่มสารปรุงแต่งกลิ่น สี รส กลุ่มสารกันเสียและยืดอายุ กลุ่มสารทำเนื้อสัมผัส อิมัลซิไฟเออร์ต่างๆ กลุ่มแป้งและโปรตีนดัดแปร เป็นต้น โดยหาจากฉลาก จะสังเกตเห็นได้ง่าย ด้วยชื่อเคมียาวๆแปลกๆ ที่อ่านไม่เข้าใจทั้งหลาย

การบริโภคอาหารแปรรูปมากเกินไปอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ จากข้อมูลเชิงสังเกตและเชิงสัมพันธ์จำนวนมาก พบว่า UPF เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพต่อไปนี้

- โรคเบาหวาน เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคอ้วนที่ลดยาก เพราะร่างกายไม่รู้สีกอิม
- อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- ไขมันพอกตับ
- มะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งศีรษะและลำคอ
- โรคสมองเสื่อม
- ปัญหาระบบทางเดินอาหาร
- ภาวะซึมเศร้า สมาธิสั้น

คำแนะนำสำหรับการจำกัดปริมาณอาหารแปรรูปขั้นสูงพวกนี้ก็คือ การลดปริมาณการซื้ออาหารสำเร็จรูป อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ต่างๆให้มากขึ้น ทำอาหารทานเองให้บ่อยขึ้น โดยใช้วัตถุดิบที่ทราบแหล่งที่มา และทานอาหารให้ครบห้าหมู่ โดยเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและมีสารอาหารสมดุล เพื่อสุขภาพที่ดี ควรจำกัดการรับประทานอาหารแปรรูปที่มีไขมัน เกลือ และน้ำตาลสูง ที่รู้จักกันในนามของ อาหารจานด่วน ให้ความสำคัญกับการเลือกสรรสิ่งที่ดีต่อสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อให้เรามีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาว ถือเป็นการลงทุนเพื่อคุณภาพชีวิตในวันข้างหน้า

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสาร "กระบี่เวชสาร"

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 2 ฉบับ คือ (มิถุนายน และ ธันวาคม) เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลกระบี่ และเป็นการส่งเสริมให้มีเวทีในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข

วารสารฯ ยินดีรับเรื่องทางวิชาการและสารคดีเกี่ยวกับแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ ซึ่งคำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำที่ใช้กับวารสารทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล รวมทั้งการจัดเขียนเอกสารอ้างอิง ที่เป็นประโยชน์สำหรับการเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงอื่น ๆ ด้วย

1. ประเภทของบทความ

วารสารกระบี่เวชสาร ตีพิมพ์บทความประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
- 1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)
- 1.3 บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article)
- 1.4 ปกิณกะ (Miscellaneous)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่ น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหา ที่บททบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่น ๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษา ต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่อง ไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับ (manuscript) พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for 2010 ขึ้นไป
- 2.2 ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพ ทั้งหมดแล้ว โดยเว้นขอบทุกด้าน 1 นิ้ว และอ้างอิงไม่เกิน 40 รายการ

2.3 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนา ใ้หน้าแรกตรงกลาง ขนาด 17

2.4 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา)อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวเลขยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และอีเมลในส่วนล่าง

2.5 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวแต่ละภาษาไม่ 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

2.6 คำสำคัญ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3- 5 คำ)

2.7 เนื้อเรื่อง

- ภาษาที่ใช้ ให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษทั้งเรื่อง

- บทความภาษาไทย ควรหลีกเลี่ยงภาษาอังกฤษให้มากที่สุด ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น ศัพท์แพทย์ถ้ามีคำแปลเป็นภาษาไทยหรือใช้ศัพท์ภาษาไทยแพร่หลายแล้วให้ใช้ภาษาไทย คำแปลศัพท์โปรดดูในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ของราชบัณฑิตยสถาน ถ้าไม่มีคำแปลในพจนานุกรมให้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษได้ หรือถ้าจะใช้ศัพท์ภาษาไทยที่ไม่มีพจนานุกรมหรือไม่แน่ใจว่าผู้อ่านทั่วไปจะเข้าใจให้วงเล็บภาษาอังกฤษในครั้งแรกที่ใช้

- ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่อย่าขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่เป็นกริยา

- คำย่อให้เขียนคำเต็มไว้ในการใช้ครั้งแรก พร้อมทั้งใส่คำย่อไว้ในวงเล็บ แล้วครั้งต่อ ๆ ไปให้ใช้คำย่อนั้นได้ในเนื้อเรื่อง

3. การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง

3.1 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิจัย

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง

3.2 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objective
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration /Informed Consent
- Result
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

3.3 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิชาการ

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

3.4 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract (in English)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บกลมและใช้ “ตัวยก” หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้อนให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่ มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่ยังอ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1) วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ดังนี้

• เอกสารจากวารสารวิชาการ ตัวอย่าง

วิทยา สวัสดิ์วิฑูมพงศ์, พิชรี เจริญตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อเรื้อรังปาล์มดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7:20-6.

Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998;55:697-701.

• องค์การเป็นผู้พิมพ์ ตัวอย่าง

คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาราช 2538;24:190-204.

• ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ ตัวอย่าง

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981;283:628.

• บทความในฉบับแทรก ตัวอย่าง

วิชัย ต้นไผ่จิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539;48 (ฉบับผนวก):153-61.

• ระบุประเภทของบทความ ตัวอย่าง

บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539;48:616-20.

Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996;347:1337.

2) หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

• หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์ ตัวอย่าง

ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ ตัวอย่าง

วิชาญ วิทยาศาสตร์, ประคอง วิทยาศาสตร์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

• บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย). ตัวอย่าง

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิธ อารัง, พิภพ จิรวิญญู, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p 465-78.

• รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, งามจิตต์ จันทราธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุม วิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมไบเบิ้ลทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

• รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. ตัวอย่าง

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุข ด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

• วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา. ตัวอย่าง

ชัยม์ ขาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3) สิ่งพิมพ์อื่น ๆ

• บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์). ตัวอย่าง
เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually.
The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

• กฎหมาย ตัวอย่าง

พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

• พจนานุกรม ตัวอย่าง

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 545.

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

• วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต. ตัวอย่าง

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book; 1995.

• สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล];
ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address underlined ตัวอย่าง

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995
Jan-Mar[cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

• สิทธิบัตร (Patent) ตัวอย่าง

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting
device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

• กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง ตัวอย่าง

National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from:
URL: <http://rarediseases.org/>

4) Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและ
ฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]. ตัวอย่าง

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th ed. [online], 1998.
Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

• CD-ROM ตัวอย่าง

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard
Multimedia; 2001.

• **Book on CD-ROM** ตัวอย่าง

The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

• **Journal on CD-ROM**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า. ตัวอย่าง

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

3.5 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหาก

ตาราง เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตาราง 1ชื่อตาราง.....(ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตารางขนาด 15 ไม่หน้า)

ภายในตาราง ขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา 14 หรือเล็กกว่านั้นขึ้นอยู่กับจำนวนคำ (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง	xx	xx
ชาย	xx	xx

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อตาราง ถ้ามี ตารางมากจะทำให้การจัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลานาน สิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมาก ให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ ถ้าผู้อ่านสนใจจะส่งให้

ภาพและแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาวดำ/สี ทำไฟล์แยก กำหนดรูปแบบ เป็น .jpg, .TIFF ตั้งชื่อไฟล์ให้สื่อให้ทราบอย่างชัดเจน

เกณฑ์พิจารณาคุณภาพของบทความ

1.บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และมีใบรับรองยืนยันแนบส่งมาพร้อมด้วยโดยต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น

2.บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการกระเปาะสารและเป็นบทความที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในกระเปาะสารที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

3.บทความต้องได้รับการยอมรับตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

4.บทความต้องจัดตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

5.วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

6. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับให้กองบรรณาธิการ ด้วยระบบออนไลน์

7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

-บทความภาษาไทย จำนวน 1,500 บาท

-บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 2,000 บาท

การอ่านประเมินต้นฉบับ

บทความนิพนธ์ต้นฉบับจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ลิขสิทธิ์

ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ เว้นว่าได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

การส่งบทความให้บรรณาธิการ

ผู้เขียนส่งไฟล์ต้นฉบับตามรูปแบบซึ่งกำหนดในรูปแบบ .doc, .docx เท่านั้น <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/KBJ> หรือทาง e-mail : krabijournal@gmail.com

ผู้ประสานงานกองบรรณาธิการ

คุณนිරนุช ขุนรักษา

โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1054 / 098-0415435



โรงพยาบาลกระบี่
Krabi Hospital

โรงพยาบาลกระบี่ 325 ถนนอุตรกิจ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000
โทรศัพท์ 0-7562-6700 www.krabihospital.go.th