



นครศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖



**MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT
MEDICAL JOURNAL**

Vol.7 No.1 July-December 2023 ISSN: 2586-8365

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมกราคมและเดือนกรกฎาคม

คณะที่ปรึกษา

นายพงษ์พจน์	ธีรานันตชัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
นายสมพร	สหจรรพพัฒน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1
นางจันทร์จิรา	กังอุบล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2
		ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
นางเสาวรส	จันทมาศ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายธรรมรัตน์	รัตนาวินกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นายเอกชัย	ศิริพานิช	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

บรรณาธิการ

นายพีระพัชร	ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม
-------------	---------	-------------------

กองบรรณาธิการ

นางสาวอัจฉิมาวดี	พงศ์คารา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายวิรัชชัย	สนธิเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
นายวาที	วุฒิมานพ	กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
นางสาวอนัญญา	ชุตินารัต	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายสมปอง	กรรณ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวสมพร	อยู่ดี	กลุ่มการพยาบาล
นางสาวศศิธร	กิจไพบูลย์ทวี	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นายปรีชา	แก่นอินทร์	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
นางสาวธนัชฐา	แสงแพรว	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุตินา	รักษางานแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครราชสีมา
ดร.ไพโรจน์	ชุม	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.พญ.รัชมี	สังข์ทอง	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นายเอกรัฐ	จันทร์วันเพ็ญ	รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสิชล
รศ.ดร.จรวัย	สุวรรณบำรุง	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ภญ.ศิราณี	ยงประเดิม	หัวหน้าสาขาวิชาสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นายธีระพันธ์	สงน้อย	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.จามจุรี	แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช
ผศ.พิเศษทพญ พชรี	กัมพลานนท์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นายณอชนา	วิเชียร	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
รศ.ทพ.ขจร	กังสดาลพิภพ	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.นพ.พลเทพ	วิจิตรคุณากร	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.นพ.ภูมิใจ	สรเสณี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.บุญญพัฒน์	ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
นางกมลวรรณ	สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวโชติกา	ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
นางสาวกฤตยา	เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายชัชชัย	หอมเกตุ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
นางสาวณฐารัตน์	ไชแสง	กลุ่มงานนิติเวช
นางชฎาภรณ์	เพิ่มเพชร	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
นางกรรณิการ์	ปลื้มสง	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
นายวศิน	ปัญจวิโรจน์	กลุ่มงานศัลยกรรม
นางสาววาสนี	ราชนิยม	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายธนัสม์	แซ่อู่	กลุ่มงานอายุรกรรม
นางสาวสิริวรรณ	ปรังพันธ์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายสุธิพร	พรหมอักษร	กลุ่มงานพยาธิวิทยา
นางสาวสรรพพร	อุตมาภินันท์	กลุ่มงานจุลชีววิทยา
นางสาวศิริพร	พนิตจิตบุญ	กลุ่มงานทันตกรรม

เลขานุการ

นางกิงเกศ	อักษรวงศ์	กลุ่มงานทันตกรรม
-----------	-----------	------------------

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวประภาศรี	เพชรทอง	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
----------------	---------	----------------------------

คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์

แนวทางนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์ใช้เป็นแนวทางในการเขียนบทความเพื่อให้ตรงตามรูปแบบที่ทางกองบรรณาธิการได้กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไข ให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. ประเภทของบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและ/หรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข นิพนธ์ต้นฉบับควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ແລງຄູ່ດໃດໆ: ປັຈຈຸຍື່ນແລະຜົນຂອງການຮັກສາດ້ວຍການຜ່າຕັດ

วิรัชย์ สอนธิเมือง พ.บ.,ว.ว.กุมารศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Snake Bite Wound in Children: Risk Factor and Outcome of Surgical Intervention

Wirachai Sontimuang, MD.

Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 250 คำ** ในแต่ละภาษา โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ (Background)
- วัตถุประสงค์ (Objective)
- วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods)
- ผลการศึกษา (Results)
- สรุป (Conclusions)
- คำสำคัญ (Keyword)

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย **ไม่เกิน 10 หน้า** โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วัตถุประสงค์
- วัสดุและวิธีการศึกษา
- ผลการศึกษา
- วิจัย
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานของผู้ป่วยที่น่าสนใจหรือภาวะที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย ไม่ควรมีการกล่าวถึงผู้ป่วยในภาวะนั้นๆ เกิน 3 ราย โดยแสดงถึงความสำคัญของภาวะที่ผิดปกติ การวินิจฉัยและการรักษา รายงานผู้ป่วยควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์และสถาบันของผู้พิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด

พีระพัชร ไทยสยาม พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

Peerapat Thaisiam, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 10 บรรทัด โดยเขียนในลักษณะบรรยายเกี่ยวกับประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา พร้อมคำสำคัญ

โรคติดเชื้อราดำที่บริเวณผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลโดยเฉพาะที่เท้า ลักษณะของรอยโรคเป็นได้ตั้งแต่ผื่นหรือตุ่มแดงจนอาจลุกลามเป็นก้อนหรือปื้นหนาได้ หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของเชื้อราเป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกัน บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวา มา 4 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 6 เดือนอาการดีขึ้น โดยไม่ได้ผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อราดำ

Chromoblastomycosis is the skin infection caused by melanized or brown-pigmented fungi. Feet are common site of infection. The initial lesion may begin as an erythematous macular or papular skin lesion and progresses to a nodular or plaque-like lesion. Microscopic examination revealed muriform(sclerotic) cells, an aggregation of 2 to 4 fungal cells, with transverse and longitudinal septation. We report a 60-year-old male with nephrotic syndrome. He came to hospital with chronic wound at dorsum of right ankle for 4 months. His clinical condition improved with itraconazole 200 – 400 mg per day for 6 months without excision.

Key word: Chromoblastomycosis

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 5 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- รายงานผู้ป่วย
- วิจัย
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.3 บทความพินพิวิชาการ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ บทความพินพิวิชาการควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กิงเพชร พรหมทอง พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรกระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Kingpeth Promthong, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat

2. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 10 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วิธีการสืบค้นข้อมูล
- เนื้อหาที่ทบทวน
- บทวิจารณ์
- เอกสารอ้างอิง

1.4 บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติกับบทความพินพิวิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

1.5 บทปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น

1.6 จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดแต่ชัดเจนใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก และบทความควรประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ตามคำแนะนำ
บทคัดย่อ	ย่อเฉพาะเนื้อหาสำคัญเท่านั้น ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อนุญาตให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล สูตร สัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์ สถิติ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 และประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
คำสำคัญ	ได้แก่ ศัพท์หรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ เพื่อนำไปใช้ในการบรรจุเรื่องสำหรับการค้นคว้า

3. เอกสารอ้างอิง (References)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข ⁽¹⁾ สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง บทความอ้างอิงที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยงการ “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงนอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

3.1 วารสารวิชาการ - ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยตัวอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้เขียนแค่ 6 คน และตามด้วย et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือและคณะสำหรับวารสารภาษาไทย ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546; 47: 223-30.

2. Adam I, Khamis AH, Elbashir ML. Prevalence and risk factors for anemia in pregnancy women of eastern sudan. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005; 99: 739-43.

3.2 หนังสือหรือตำรา- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ :สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. ตามตัวอย่าง

1. รังสรรค์ปัญญาธัญญะ.โรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.3 บทในหนังสือหรือตำรา- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทในหนังสือหรือตำรา. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ตามตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ขวลิธดำรง, พิกพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424 – 78.

2. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cumming CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p 2001-19.

3.4 สิ่งตีพิมพ์ของหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ- ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียนตามตัวอย่าง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย ของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538; 24: 190-204.

2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26: 541-5.

3.5 เอกสารจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ] ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย [หน้า/screen]. Available from: <http://.....>

1. Rushton JL, Forcier M, Schactman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health [abstract]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [online] 2002 [cited 2003 Jan 21];41: 199-205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

2. Morse SS. Factors in the emergence of infection diseases. Emerg Infect Dis [online] 1995 [Cited 1996 Jun 5]; 1 [24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4. การพิมพ์และการส่งบทความ

1. พิมพ์โดยตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรมและบันทึกไฟล์ใน Microsoft word

2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นภาพสไลด์ และวางในตำแหน่งที่ต้องการ

3. กรณีมีรูปภาพให้บันทึกรูปแยกออกมา โดยใช้ไฟล์นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL และให้พิมพ์ คำอธิบายที่สั้นและชัดเจนใต้รูปภาพ การจะได้ตีพิมพ์ภาพสีหรือไม่ขึ้น ขึ้นกับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

5. การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งไฟล์ต้นฉบับมายัง E-mail: NSTMJ@hotmail.com
2. ส่งผ่าน www.mecnst.com/NSTMJ/index.php
3. ส่งผ่าน <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ>

สารจากบรรณาธิการ

“มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร” ฉบับนี้ได้เข้าสู่ปีที่ 7 แล้ว นับเป็นวารสารวิชาการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ได้รับการตอบรับจากผู้สนใจทั้งจากภายในและภายนอกมาโดยตลอด ในอนาคตทางกองบรรณาธิการวางแผนจะปรับเปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอผลงานเป็นรูปแบบ E-journal เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงหรืออ้างอิงบทความในวารสารมากขึ้น กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการตอบรับที่ดีเช่นเดิม



นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม
บรรณาธิการ

สารบัญ: Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

- ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับ
การบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลทุ่งสง 1
**Factors Affecting Chronic Kidney Disease and Mortality in Patients with Acute
Kidney Injury Requiring Dialysis in Thungsong Hospital**
วศิน บุญเพชร
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช 16
**The Development of A Tuberculosis Clinic Patient Care Operation Model
in Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province**
วิชชุดา พรหมสวัสดิ์
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ
ของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช 28
**Effect of Behavior Modification Program on The Health Behavior and
Nutritional Status of Overweight and Obese Healthcare Worker in
Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province**
พัทธธิดา จินตณปัญญา
- การศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมายของแผนก
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 42
**Unscheduled Revisited Patients Within 48 Hours in Emergency Department,
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital**
ณิชากรณต์ บุญยง
- เปรียบเทียบอุณหภูมิกายด้วยวิธีวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัด
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 55
**A Comparison of The Temperature Measure by Nasal Temperature Probe,
Infrared Forehead Skin Thermometer and Infrared Tympanic Thermometer
in General Anesthesia Patients**
นลพรรณ ณ สงขลา

สารบัญ: Content

หน้า / page

ความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการที่ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช Stress and Stress Management Behaviors in Parents of Child at Outpatient Department of Child and Adolescent Psychiatric Clinic in Thungsong Hospital, Nakhon Sri Thammarat Province ปิยะนุช ศรีนวลเอียด	67
การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและ Hospital ในการดูแลผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลสตึก กม.10 อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี Development of Integrated The Coronavirus Disease (COVID-19) Management System in Field Hospital, Hospital and Hospital of Sattahip KM.10 Hospital, Sattahip District, Chonburi Province ชีวิน ประพันธ์ พิมลพร ศศิธรรม อุทัยวรรณ จันทร์อยู่	82
ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา The Implementation of Clinical Practice Guideline on Management Anesthesia for Patients Undergoing One-day Surgery at Phangnga Hospital ชุมเจตน์ จตุรบัณฑิต อุมพร อินทวงศ์	92
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Effecting Delayed Time of Thrombolytic Treatment in Patients with Acute ST-Elevated Myocardial Infarction ศิริรัตน์ เหลืองอรุณ	103
ประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทาง การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน Project Evaluation in The Development of An Initial Assessment and Nursing Management Guideline for Older Persons with Sepsis in Emergency Department อรอุมา มะกรุดทอง จินตนา คำเกลี้ยง มยุรี เมฆทัศน์ ทิพย์สุดา พรหมดนตรี	114

สารบัญ: Content

หน้า / page

อาการแสดงทางผิวหนังของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ในเพศชายเทียบกับเพศหญิงในช่วงอายุเดียวกัน
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง

Aged-match Comparison of Cutaneous Manifestation between Thai Male
and Female Systemic Lupus Erythematosus Patients at Maharaj Nakorn Si
Thammarat Hospital: A Ten-year retrospective study

สศิษฐ์ ทุ่งตระกูล

134

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา โดยใช้
ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน

Guidelines for Developing the Elderly's Quality of Life in Yala City
Municipality Via Community-Based Learning Center

สาธิตาน มากชูชิต กมลวรรณ สุวรรณ อนุชิต คลังมัน นภัทร โนวัฒน์

142

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลทุ่งสง

วศิน บุญเพชร พ.บ.,ว.ว. อายุรศาสตร์โรคไต

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 10 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 28 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 10 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ และนำไปสู่ภาวะทุพภภาพต่าง ๆ รวมถึงการเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลไปสู่การเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิต ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลทุ่งสง

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันทุกรายที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทุ่งสง ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2559 จนถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไต 161 ราย อายุเฉลี่ย 59.06 ± 15.72 ปี โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิต และอัตราการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง อยู่ที่ 46 ราย (ร้อยละ 28.6) และ 52 ราย (ร้อยละ 32) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ได้แก่ อายุที่เยอะมากกว่า 80 ปี (aOR, 1.04; 95%CI, 1.01-1.08, มีภาวะติดเชื้อ (aOR, 1.45; 95%CI, 1.58-3.63, มีการใช้ยากระตุ้น (aOR, 2.27; 95%CI, 2.66-7.82, และการมีโรคร่วมที่มากกว่า 3 โรคขึ้นไป (aOR, 3.21; 95%CI, 2.12-3.56, ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ได้แก่ ค่าการทำงานของไตที่สูงอยู่เดิม (aOR, 2.24; 95%CI, 1.11-4.53, มีภาวะซีดระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (aOR, 1.36; 95%CI, 1.45-4.09,ร่วมกับขนาดไตที่เล็กจากการทำอัลตราซาวด์น้อยกว่า 8.5 เซนติเมตร (aOR, 1.13; 95%CI, 1.34-3.73,

สรุป : การศึกษานี้พบว่า อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสูง ร้อยละ 28 โดยอายุที่เยอะ การติดเชื้อ การใช้ยากระตุ้น และการมีโรคร่วม จะสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น

คำสำคัญ : ไตวายเฉียบพลัน บำบัดทดแทนไต ไตวายเรื้อรัง การเสียชีวิต

Factors Affecting Chronic Kidney Disease and Mortality in Patients with Acute Kidney Injury Requiring Dialysis in Thungsong Hospital

Wasin Bunpeth, MD

Internal Medicine Department, Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Abstract

Background: Acute kidney injury (AKI) is a common clinical problem in critically ill patients and is associated with increased mortality. This retrospective study was conducted to determine the risk factors for chronic kidney disease (CKD) and mortality in patients with AKI requiring hemodialysis.

Objective: To study the factors affecting chronic kidney disease and mortality in patients who have acute kidney injury and need renal replacement therapy in Thungsong Hospital

Materials and Methods: Clinical data were collected from medical records of AKI patients requiring hemodialysis from July 2016 to July 2021 and were followed up at 3 months.

Results: Of the 161 patients with mean age 59.06 ± 15.72 years were identified to have AKI requiring hemodialysis. Mortality and longterm renal replacement therapy rate among patients with AKI were 46 patients (28.6%) and 52 patients (32%), respectively. Among AKI patients on dialysis, the presence of advanced aged (adjusted OR, 1.04; 95%CI 1.01 to 1.08), infection (adjusted OR, 1.45; 95%CI, 1.58 to 3.630, inotrope use (adjusted OR, 2.27; 95%CI, 2.66 to 7.82) and high co-morbidity (adjusted OR, 3.21; 95%CI, 2.12 to 3.56) were found to be independent predictors of death. The independent predictors of CKD were baseline serum creatinine (adjusted OR, 2.24; 95%CI, 1.11 to 4.53), anemia (adjusted OR, 1.36; 95%CI, 1.45 to 4.09) and small kidney size (adjusted OR, 1.13; 95%CI, 1.34 to 3.73).

Conclusions: The study indicates the mortality rate among patients with AKI on dialysis was 28 percent. Advanced aged, systemic infection, inotrope use and high co-morbidity significantly associated with death among patients with AKI.

Keyword: Acute kidney injury, Renal replacement therapy, Chronic kidney disease, Mortality

บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury, AKI) เป็นภาวะที่สำคัญและพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติโดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตที่มีระบบและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบพร้อมกัน โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 10-60 ขึ้นกับลักษณะของโรงพยาบาล และข้อบ่งชี้ในการรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ภาวะไตวายเฉียบพลันยังส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงอีกด้วย⁽¹⁻⁵⁾

ซึ่งสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันนั้นเป็นได้ตั้งแต่เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง หรือมีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงที่ท่อไต มีภาวะเป็นพิษต่อไต หรือมีการอุดตันในท่อไต หรือมีโรคที่ทำให้มีการอักเสบ

และภาวะบวมเกิดขึ้นที่บริเวณ interstitium หรือมีสาเหตุความผิดปกติในการกรองของหน่วยไต หรือมีการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ

การวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลัน อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Kidney disease improving global outcomes (KDIGO) 2012⁽⁶⁾ คือ ค่าครีเอตินิน (creatinine, Cr) ขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภายใน 48 ชั่วโมง หรือค่าครีเอตินิน ขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 เท่าจากเดิมภายใน 7 วัน หรือปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ในระยะเวลา 6 ชั่วโมงซึ่งแบ่งย่อยเป็น 3 ระยะ (Stage) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระยะของภาวะไตวายเฉียบพลัน (Staging of AKI) (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 6)

ระยะ	ค่าครีเอตินิน(creatinine)	ปริมาณปัสสาวะ
1	1.5-1.9 เท่า จากค่าพื้นฐาน หรือเพิ่มขึ้น ≥ 0.3 มก./ดล.	น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. 6-12 ชม.
2	2.0-2.9 เท่า จากค่าพื้นฐาน	น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ≥ 12 ชม.
3	3 เท่า จากค่าพื้นฐาน หรือค่าครีเอตินิน ≥ 4.0 มก./ดล. หรือ เริ่มบำบัดทดแทนไต	น้อยกว่า 0.3 มล./กก./ชม. ≥ 24 ชม. หรือ ไม่มีปัสสาวะ (anuria) ≥ 12 ชม.

โดยผลเสียที่ตามมาหลังเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน คือ การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังได้กว่า 2-8 เท่า และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้กว่า 3-4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเพิ่มอัตราการเสียชีวิตประมาณ 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน⁽²⁾ ในผู้ป่วยไตบาดเจ็บ

เฉียบพลันมีรายงานว่าไตสามารถเกิดการฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์ (complete renal recovery) อยู่ระหว่างร้อยละ 33-90 ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา⁽³⁻⁵⁾ ส่วนผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy : RRT) โอกาสในการฟื้นตัวของไตได้เป็นปกติยิ่งลดลง^(3,7)

ดังนั้น การฟื้นตัวของการทำงานของไตหลังภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันจึงมีผลดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ไตสามารถฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่กลายเป็นโรคไตเรื้อรัง⁽⁸⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและไตฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์ มีอัตราการเสียชีวิตลดลงกว่าร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการทดแทนไตแต่ไม่มีการฟื้นตัวของไต⁽⁹⁾ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามหลังภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่มีอัตราการกรองไต (estimated glomerular filtration rate : eGFR) ลดลงต่ำกว่าอัตราการกรองของไตพื้นฐาน (baseline eGFR) ยิ่งมากยิ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่มากขึ้น⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เกิดตามหลังภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วไปที่ไม่ได้เกิดจากภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันนำมาก่อนอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ไตสามารถฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์ยังมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการฟื้นตัวของไตอีกด้วย⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทุ่งสง ให้บริการรักษาในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่ยังขาดข้อมูลเรื่องการเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิตจึงเป็นที่มาของการศึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

2. เพื่อศึกษาความชุกและสาเหตุของการเกิดไตวายเฉียบพลัน

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา Retrospective descriptive study โดยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective chart review) โดยการศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุ่งสง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ REC-TH008/2021 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษาคือ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม HosXp version 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 1 กรกฎาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลทุ่งสง
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้ไตวายเฉียบพลันและต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างน้อย 1 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอยู่เดิมหรือวางแผนจะทำการบำบัดทดแทนไต

2. ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ตลอด 3 เดือนหลังการวินิจฉัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบฟอร์มในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย
2. เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม HosXp version 3 ของโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในการค้นหาผู้ป่วย ไตวายเฉียบพลันในช่วงเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 21 ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. อัตราการเกิดไตวายเฉียบพลันและอัตราการบำบัดทดแทนไต คิดเป็นร้อยละ ลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในช่วงเวลาที่กำหนด แสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเช่น เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว ระดับผลเลือด เป็นความถี่ ร้อยละ (percent) มัชยฐาน (median) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. เปรียบเทียบผลของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และผลกระทบต่อนักป่วยที่เกิดไตวายเฉียบพลันและต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ odds ratio (OR) ร่วมกับค่า 95% CI (confidence interval) ของ OR และ Chi-square กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value น้อยกว่า 0.05
3. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดไตวายเฉียบพลันต่อการเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิต

ด้วยสถิติถดถอย univariate และ multivariate Cox regression analysis โดยคำนวณหา adjusted odd ratio (aOR) ของแต่ละปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม HosXp version 3 ของโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 1 กรกฎาคม 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 51,531 ราย ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลทุ่งสง มีจำนวนมีภาวะไตวายเฉียบพลัน 2,521 ราย (4.89%) และในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องทำการบำบัดทดแทนไต 163 ราย (6.46 %) โดยมี 2 รายมีข้อมูลในเวชระเบียนเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ทำให้การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง 161 ราย ข้อมูลพื้นฐานของการเกิดไตวายเฉียบพลันทั้ง 161 ราย (ดังตารางที่ 1) พบเป็นเพศชาย ร้อยละ 49.1 (79 ราย) อายุเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 59.06 ± 15.72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 37.9 (61ราย) ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.9 (98 ราย) มีโรคไตเรื้อรังเดิม ร้อยละ 34.8 (56ราย) โดยมีสาเหตุการเกิดไตวายเฉียบพลันจากติดเชื้อ ร้อยละ 40.3 (65 ราย) ขาดเลือดไปเลี้ยงที่ท่อไตร้อยละ 36.6 (59 ราย) ไตอักเสบ ร้อยละ 8.07 (13 ราย) การอุดตันท่อไต ร้อยละ 1.86 (3 ราย)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เกิดไตวายเฉียบพลัน (N=161)

Variables	Number of patients (%)
Sex	
Male	79 (49.1%)
Female	82 (50.9%)
Age	59.06 $\pm$ 15.72
18-30 years	10 (6.21%)
31-45 years	19 (11.8%)
46-60 years	54 (33.5%)
61-80 years	63 (39.1%)
>80 years	15 (9.31%)
U/D	
DM	61 (37.9%)
HT	98 (60.9%)
Pre-existing CKD	56 (34.8%)
IHD	14 (8.7%)
Gout	27 (16.8%)
Old CVA	12 (7.5%)
Smoking	14 (8.7%)
Alcohol	8 (5%)
BMI	22.31 $\pm$ 2.93
Diagnosis	
AKI	105 (65.2%)
AKI on top CKD	56 (34.8%)
Etiology of AKI	
CRS	18 (11.18%)
Sepsis	65 (40.37%)
Respiratory tract	15 (9.31%)
Gastrointestinal tract	7 (4.34%)
Genitourinary tract	7 (4.34%)
Septicemia	24 (14.9%)
Tropical infection ex Leptospirosis	12 (7.45%)

Variables	Number of patients (%)
Ischemic ATN	59 (36.64%)
AIN	1 (0.62%)
Glomerulonephritis	13 (8.07%)
SLE	5 (3.10%)
IgA Nephropathy	4 (2.48%)
FSGS	2 (1.24%)
Pauci immune GN	2 (1.24%)
Nephrotoxic drug include MALA	3 (1.86%)
Post renal obstruction	3 (1.86%)
Baseline serum creatinine (mg/dL)	1.16 $\pm$ 0.59
Peak serum creatinine (mg/dL)	7.93 $\pm$ 2.3
UOP/day	230.4 $\pm$ 55.6
Oliguric (%)	132 (81.9%)
Non-oliguric (%)	29 (18.01%)
Indication for initiate H/D	
Refractory acidosis	26 (16.14%)
Refractory hyperkalemia	15 (9.31%)
Intoxication	3 (1.86%)
Refractory volume overload	84 (52.17%)
Uremia	33 (20.49%)
Time to initiate H/D	
AKIN stage 2	8 (5.03%)
AKIN stage 3	54 (33.54%)
Conventional	89 (55.27%)
Delay	10 (6.21%)
Mode of RRT	
SLED	9 (5.59%)
IHD	146 (90.68%)
CRRT	5 (3.10%)
PD	1 (0.62%)
จำนวนการทำ Hemodialysis	7.3 $\pm$ 4.2
Death (%)	46 (28.57%)

โดยระดับค่าการทำงานของไตตั้งต้น 1.16 ± 0.59 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าการทำงานของไตสูงสุดก่อนการบำบัดทดแทนไต คือ 7.93 ± 2.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือด พบว่า ฟอกเลือดด้วยภาวะน้ำเกินร้อยละ 52.1 (84 ราย) ฟอกเลือดด้วยภาวะของเสียคั่งร้อยละ 20.4 (33 ราย) ฟอกเลือดด้วยภาวะเลือดเป็นกรดร้อยละ 16.1 (26 ราย) และฟอกเลือดด้วยภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูงร้อยละ 9.3 (15 ราย)

โดยเริ่มทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ร้อยละ 55.2 (89 ราย) และทำเมื่อมีภาวะ Acute kidney injury

ระยะที่ 3 ร้อยละ 33.5 (54 ราย) และทำซ้ำเมื่อระดับยูเรียในเลือดมากกว่า 140 มก.ต่อดล. ร้อยละ 6.2 (10 ราย)

โดยส่วนใหญ่ทำโดยการฟอกไตแบบ Intermittent hemodialysis ร้อยละ 90.6 (146 ราย) Sustained low efficiency hemodialysis ร้อยละ 5.5 (9 ราย) Continuous renal replacement therapy ร้อยละ 3.1 (5 ราย) และ Peritoneal dialysis ร้อยละ 0.6 (1 ราย)

และเมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนครบการศึกษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า

ตารางที่ 3 ผลในการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว หลังติดตามไปที่ 7 วัน 28 วัน และ 90 วัน

Outcomes	Number of patients (%) (N=161)
Renal recovery at day 7	12 (7.45%)
Death at day 7	14 (8.69%)
Turn to AKD	135 (83.85%)
AKD Stage 1	12 (7.45%)
AKD Stage 2	18 (11.18%)
AKD Stage 3	105 (65.21%)
Death at day 28	19 (11.80%)
Turn to CKD	52 (32.29%)
Death at day 90	13 (8.07%)
Total Death	46 (28.57%)
Total	161

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

Variables	Univariate Analysis		Multivariate Analysis	
	OR (95%CI)	P-value	aOR (95%CI)	P-value
Age≥80 yrs	1.01(0.99-1.04)	0.277	1.01(0.98-1.04)	0.415
T2DM	0.47(0.21-1.06)	0.069		
Hypertension	1.36 (0.65-2.88)	0.414		
Sepsis	1.87 (0.87-4.01)	0.107	1.49 (0.62-3.55)	0.37
Inotrope use	3.17 (1.11-9.05)	0.031	2.52 (0.79-8.01)	0.118
Cr (Base)	2.71(1.42-5.2)	0.003	2.24 (1.11-4.53)	0.025
Proteinuria	0.89 (0.52-1.53)	0.681		
Uric	0.96 (0.77-1.19)	0.686		
Hb<10	0.92 (1.7-2.21)	0.049	1.36 (1.45-4.09)	0.039
Kidney sizes<8.5	0.54 (0.35-0.85)	0.007	1.13 (1.34-3.73)	0.036
Comorbid≥3	0.53 (0.33-0.83)	0.051		

*p-value น้อยกว่า 0.05, aOR = Adjusted Odds Ratio

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำปัจจัยที่มีผลต่อการนำไปสู่ไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ค่าการทำงานของไตที่สูงอยู่เดิม (aOR, 2.24; 95%CI, 1.11-4.53, [p-value=0.025] ภาวะซีด (aOR, 1.36; 95% CI, 1.45-4.09, [p-value=0.039] ร่วมกับขนาดไตที่เล็กจากการทำอัลตราซาวด์น้อยกว่า 8.5

เซนติเมตร (aOR, 1.13; 95%CI, 1.34-3.73, [p-value=0.036] โดยระดับค่าเกลือแร่ โซเดียม โพแทสเซียม ไบคาร์บอเนต แคลเซียม ฟอสฟอรัส ยูริก และปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

Variables	Univariate Analysis		Multivariate Analysis	
	OR (95%CI)	P-value	aOR (95%CI)	P-value
Age≥80yrs	1.04(1.01-1.07)	0.003	1.04(1.01-1.08)	0.008
T2DM	1.3(0.61-2.81)	0.496		
Hypertension	1.95(0.88-4.34)	0.102		
Sepsis	1.7(1.68-3.73)	0.042	1.45(1.58-3.63)	0.043
Inotrope use	2.99(1.01-8.79)	0.047	2.27(2.66-7.82)	0.019
Cr (Base)	1.24(0.61-2.5)	0.556	2.24(1.11-4.53)	0.052
Proteinuria	1.26(0.76-2.1)	0.363		
Time to RRT	0.96(0.53-1.76)	0.906	2.76(0.86-8.86)	0.882
Hb<10	0.83(0.63-1.09)	0.173	0.69(0.47-1.01)	0.058
Kidney sizes<8.5	0.5(0.31-0.82)	0.056		
Comorbid≥3	1.96(1.21-3.19)	0.006	3.21(2.12-3.56)	0.044
On ventilator	1.4(1.6-3.29)	0.044	0.89(0.52-1.53)	0.681

*p-value น้อยกว่า 0.05, aOR = Adjusted Odds Ratio

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตาย มาวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เยอะ (aOR, 1.04; 95% CI, 1.01-1.08, [p-value=0.008] มีภาวะติดเชื้อ(aOR, 1.45; 95% CI, 1.58-3.63, [p-value=0.043] มีการใช้ยากระตุ้น(aOR, 2.27; 95%CI, 2.66-7.82, [p-value=0.019] และการมีโรคร่วมที่มากกว่า 3 โรคขึ้นไป (aOR, 3.21; 95%CI, 2.12-3.56, [p-value=0.044] โดยที่ระยะเวลาการบำบัดทดแทนไต ไม่ได้มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนำไปสู่ไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ค่าการทำงานของไตที่สูงอยู่เดิม (aOR, 2.24; 95%CI, 1.11-4.53, [p-value=0.025] ภาวะซีด (aOR, 1.36; 95% CI, 1.45-4.09, [p-value=0.039] ร่วมกับขนาดไตที่เล็กจากการทำอัลตราซาวด์น้อยกว่า 8.5 เซนติเมตร (aOR, 1.13; 95%CI, 1.34-3.73, [p-value=0.036] โดยระดับค่าเกลือแร่ โซเดียม โพแทสเซียม ไบคาร์บอเนต แคลเซียม ฟอสฟอรัส ยูริก และปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตาย มาวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีผล

อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เยอะมากกว่า 80 ปี (aOR, 1.04; 95% CI, 1.01-1.08, [p-value=0.008] มีภาวะติดเชื้อ (sepsis) (aOR, 1.45; 95% CI, 1.58-3.63, [p-value=0.043] มีการใช้ยากระตุ้น (aOR, 2.27; 95% CI, 2.66-7.82, [p-value=0.019] และการมีโรคร่วมที่มากกว่า 3 โรคขึ้นไป (aOR, 3.21; 95% CI, 2.12-3.56, [p-value=0.044] โดยที่ระยะเวลาการบำบัดทดแทนไต ไม่ได้มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในอินเดีย ปี 2016 พบว่าผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อและใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น โดยอายุที่มากขึ้น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การฟอกเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ 28 วันอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾

นอกจากนี้พบว่า โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และการมีปัสสาวะออกน้อย เมื่อเริ่มทำการฟอกเลือด มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟอกเลือดในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อร้อยละ 40.3 (65 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoi-Ping Shum และคณะในปี 2016 ที่พบว่าสาเหตุไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อร้อยละ 49.2⁽¹³⁾

โดยกลไกการเกิดไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อยังไม่ชัดเจน ในอดีตเข้าใจว่าเกิดจากท่อไต necrosis จากการไหลเวียนเลือดลดลง (global hypoperfusion) ต่อมาการศึกษาในสัตว์ทดลองส่วนใหญ่พบการไหลเวียนเลือดที่ไตเพิ่มขึ้น แรงต้านทานหลอดเลือดที่ไตลดลง และมีการลดลงของ glomerular filtration rate สันนิษฐานว่าเกิดจาก afferent arteriole vasoconstriction หรือ

afferent arteriole vasodilatation แต่มี efferent arteriole vasodilatation ที่มากกว่า นอกจากนั้นไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อสามารถพบได้แม้ไม่มีภาวะช็อคร่วมด้วย จากข้อมูลปัจจุบันเชื่อว่า nonhemodynamic injury ได้แก่ กลไกทางด้าน immunology toxin associated และ inflammatory process ได้แก่ microcirculatory dysfunction, ความไม่สมดุลของกระบวนการ inflammation และ metabolic reprogramming น่าจะเป็นกลไกหลักมากกว่า hemodynamics factor^(14,15,16)

ส่วนระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟอกเลือดนั้น เริ่มทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 55.2 (89 ราย) และทำเมื่อมีภาวะ Acute kidney injury ระยะที่ 3 ร้อยละ 33.5 (54 ราย) และทำซ้ำ ร้อยละ 6.2 (10 ราย) ซึ่งข้อบ่งชี้ดั้งเดิม (conventional indication) ได้แก่ ภาวะสารน้ำเกินที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ ภาวะ metabolic acidosis ที่ไม่ตอบสนองต่อยา ภาวะโพแทสเซียมสูงที่ไม่ตอบสนองต่อยา ภาวะ uremia และเมื่อพิจารณาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาใหญ่ๆ ในต่างประเทศ ได้แก่ AKIKI study, IDEAL-ICU ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของการ early RRT หลังได้รับการวินิจฉัย AKI stage 3 หรือ RIFLE – failure stage ภายใน 6 หรือ 12 ชั่วโมง ตามลำดับ พบว่าการทำ early RRT ไม่สามารถลดอัตราการตายได้ นอกจากนี้พบว่าในกลุ่ม delay RRT แม้มี AKI รุนแรงแต่ไม่จำเป็นต้องทำ RRT ประมาณร้อยละ 49 และร้อยละ 38 ตามลำดับ^(17,18)

ส่วนอีกการศึกษา STARTRT-AKI ซึ่งทำในประชากรขนาดใหญ่ 2,927 คน เปรียบเทียบ การทำ accelerated RRT ภายใน 12 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัย AKI stage 2,3 กับ RRT เมื่อมีข้อบ่งชี้ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของอัตราการตายที่ 90 วัน นอกจากนี้การทำ

accelerated RRT ยังพบอัตราการเกิดความดันโลหิตต่ำสูงกว่าและมีระดับซีรัมฟอสฟอรัสต่ำกว่า⁽¹⁹⁾

แต่อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำ early RRT ได้มีการศึกษา AKIKI-2 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการชะลอการทำ RRT โดยไม่เกิดผลเสียกับผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบ delay strategy คือ RRT เมื่อผู้ป่วยมี oliguria/anuria มากกว่า 72 ชั่วโมง หรือ BUN มากกว่า 112 มก./ดล. เปรียบเทียบ more delay strategy คือ RRT เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้เร่งด่วน (urgent indication for RRT) หรือมีระดับ BUN มากกว่า 140 มก./ดล. ผลการศึกษาพบว่า การทำ more delay strategy เพิ่มอัตราการตายที่ 60 วัน⁽²⁰⁾

โดยชนิดของการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ทำเป็น แบบไม่ต่อเนื่องชนิด intermittent hemodialysis ร้อยละ 90.68 (146 ราย) ชนิด Sustained low-efficiency dialysis (SLED) ร้อยละ 5.59 (9 ราย) ส่วนแบบต่อเนื่องชนิด Continuous renal replacement therapy ร้อยละ 3.1 (5 ราย) และ ชนิดล้างทางหน้าท้อง ร้อยละ 0.62 (1 ราย)

อัตราเสียชีวิตจากการศึกษารั้งนี้ ร้อยละ 28.57 (46 ราย) ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าอัตราการตายประมาณร้อยละ 20.9-56.8

ข้อจำกัด

เป็นการศึกษาที่ทำให้ผู้ป่วยโรงพยาบาลทุ่งสงเพียงโรงพยาบาลเดียว อาจจะต้องติดตามต่อในระยะเวลาที่นานขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่เยอะขึ้น รวมถึงการใช้ อาจต้องใช้ biomarker ใหม่ ๆ นอกจาก serum creatinine และ urine output เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น และการทำ kidney biopsy ในผู้ป่วยที่ไม่เจอสาเหตุ ของการเกิด acute kidney injury ที่ชัดเจน

สรุป

สาเหตุของการเกิดไตวายเฉียบพลันที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลทุ่งสงส่วนใหญ่เกิดจากภาวะติดเชื้อ(sepsis) ถึงร้อยละ 40 ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยลดการเกิดทุพพลภาพให้กับผู้ป่วยกลุ่มที่มีไตวายเฉียบพลันที่มีภาวะไตฟื้นตัว (renal recovery) ช่วยลดการนำไปสู่ไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับค่าการทำงานของไตตั้งต้นที่ต่ำโดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. มีภาวะเลือดจางระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 มก./ดล. และอัลตราซาวด์พบขนาดไตที่เล็กกว่า 8.5 cm การทราบปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรักษาและตัดสินใจวางแผนการรักษาในกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ควรติดตามต่อเนื่องถึงผลในระยะยาวของผู้ที่มีการฟื้นตัวของการทำงานของไตต่อผลระยะยาวกับตัวผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อติดตามเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น รวมถึงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบครอบคลุม (comprehensive care) ให้กับผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจะกลายเป็นไตวายเรื้อรังในอนาคต⁽²¹⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ระบบเวชระเบียนผู้ป่วย และห้องไตเทียม โรงพยาบาลทุ่งสง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง พันโทศาสตราจารย์นายแพทย์บัญชา สติระพจน์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Forni LG, Darmon M, Ostermann M, Oudemans-van Straaten HM, Pettila V, Prowle JR, et al. Renal recovery after acute kidney injury. *Intensive Care Med* 2017;43:855-66.
2. See EJ, Jayasinghe K, Glassford N, Bailey M, Johnson DW, Polkinghorne KR, et al. Long-term risk of adverse outcomes after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis of cohort studies using consensus definitions of exposure. *Kidney Int* 2019;5:160-72.
3. Kellum JA, Sileanu FE, Bihorac A, Hoste EA, Chawla LS. Recovery after acute kidney injury. *Am J Respir Crit Care Med* 2017;195:784-91.
4. Schetz M, Gunst J, De Vlieger G, Van den Berghe G. Recovery from AKI in the critically ill: potential confounders in the evaluation. *Intensive Care Med* 2015;41:1648-57.
5. Srisawat N, Murugan R, Lee M, Kong L, Carter M, Angus DC, et al. Genetic, Inflammatory Markers of Sepsis Study I. Plasma neutrophil gelatinase-associated lipocalin predicts recovery from acute kidney injury following community-acquired pneumonia. *Kidney Int* 2011;80:545-52.
6. Kellum JA, Lameire N, Aspelin P, Barsoum RS, Burdmann EA, Goldstein SL, et.al. Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury workgroup. *Kidney International Supplements* 2012;2(1):1-138.
7. Bagshaw SM. Epidemiology of renal recovery after acute renal failure. *Curr Opin Crit Care* 2006;12:544-50.
8. Schiff H, Fischer R. Five-year outcomes of severe acute kidney injury requiring renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:2235-41.
9. Lee BJ, Hsu C, Parikh RV, Leong TK, Tan TC, Walia S. Non-recovery from dialysis-requiring acute kidney injury and short-term mortality and cardiovascular risk: a cohort study. *BMC Nephro* 2018;19:134.

10. Lai CF, Wu VC, Haung TM, Yeh YC, Wang KC, Han YY, et al. National Taiwan University Hospital Study Group on Acute Renal Failure. Kidney function decline after a non-dialysis-requiring acute kidney injury is associated with higher long-term mortality in critically ill survivors. *Crit Care* 2012;16:R123.
11. Korula S, Balakrishnan S, Sundar S, Paul V, Balagopal A. Acute kidney injury-incidence, prognostic factors, and outcome of patients in an Intensive care unit in tertiary center: a prospective observation study. *Indian J Crit Care Med* 2016;20:332-6.
12. De Corte W, Dhondt A, Vanholder R, De Waele J, Decruyenaere J, Sergoyne V, et al. Long-term outcome in ICU patients with acute kidney injury treated with renal replacement therapy: a prospective cohort study. *Crit Care* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 16];20(1):256. Available from:<https://ccforum.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13054-016-1409-z>
13. Shum HP, Kong HH, Chan KC, Yan WW, Chan TM. Septic acute kidney injury in critically ill patients a single-center study on its incidence, clinical characteristics, and outcome predictors. *Ren Fail* 2016;38:706-16.
14. Peerapornratana S, Manrique-Caballero CL, Gomez H, Kellum JA. Acute kidney injury from sepsis: current concepts, epidemiology, pathophysiology, prevention and treatment. *Kidney Int* 2019;96(5):1083-99.
15. Zarbock A, Gomez H, Kellum JA. Sepsis-induced acute kidney injury revisited: pathophysiology, prevention and further therapies. *Curr Opin Crit care* 2014;20(6):588-95.
16. Ludes PO, de Roquetaillade C, Chousterman BG, Pottecher J, Mebazaa A. Role of damage-Associated Molecular Patterns in Septic Acute Kidney Injury, From Injury to Recovery. *Front Immunol* 2021;12:606622.
17. Gaudry S, Hajage D, Schortgen F, Martin-Lefevre L, Pons B, Boulet E, et al. Initiation Strategies for renal-replacement therapy in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2016;375(2):122-133.
18. Cooper BA, Branley P, Bulfone L, Collins JF, Craig JC, Fraenkel MB, et al. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2010;363(7):609-19.

19. STARRT-AKI Investigators, Canadian Critical Care Trials Group, Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group, United Kingdom Critical Care Research Group, Canadian Nephrology Trials Network, Irish Critical Care Trials Group, et al. Timing of initiation of renal-replacement therapy in acute kidney injury. *N Engl J Med* 2020;383(3):240-51.
20. Gaudry S, Hajage D, Martin-Lefevre L, Lebbah S, Louis G, Moschietto S, et al. Comparison of two delayed strategies for renal replacement therapy initiation for severe acute kidney injury (AKIKI 2): a multicentre, open-label, randomized, controlled trial. *The Lancet* 2021;397(10281):1293-300.
21. Thanapongsatorn P, Chaikomom K, Lumlertgul N, Yimsangyad K, Leewongworasingh A, Kulvichit W, et al. Comprehensive versus standard care in post-severe acute kidney injury survivors, a randomized controlled trial. *Critical Care* 2021;25(1):322.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคใน โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิชชุดา พรหมสวัสดิ์ พ.บ.

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 10 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 1 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 12 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : ในปัจจุบันอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยและทั่วโลก การป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคให้สำเร็จต้องเริ่มจากการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาดด้วยการรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะดื้อยา จึงพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคให้สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและผลของการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิด Kemmis & Mc Taggart เก็บข้อมูลจาก ผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรับการรักษาในคลินิกวัณโรคและรายใหม่ ระหว่าง 1 มิถุนายน 2564 – 30 กันยายน 2565

ผลการศึกษา : รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรค 3I โมเดล ได้แก่ 1) การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเข้มข้น (Intensive care) 2) การจัดการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการ (Integrated management) 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค (Improvement surveillance) ความรู้เรื่องวัณโรคปอดหลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 94.28 สูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ร้อยละ 84.61)

สรุป : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอดส่งผลให้ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า ร้อยละ 90

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค วัณโรค

The Development of A Tuberculosis Clinic Patient Care Operation Model in Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Witchuta Promsawat MD.

Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Abstract

Background: Currently, the incidence of pulmonary tuberculosis is increasing in Thailand and around the world. Successfully preventing and controlling the spread of tuberculosis must start with treating tuberculosis patients completely by taking TB drugs continuously and without drug resistance. Therefore, the operation model of tuberculosis clinic patient care was developed to be able to prevent and control the disease according to the set goals.

Objective: The aim of this study was to develop a Patient Care Operation Model in Tuberculosis Clinic in Nabon Hospital Nakhon Si Thammarat Province.

Materials and Methods: This is action research, implemented based on the concept of Kemmis&Mc Taggart. Between 1 June 2021-30 September 2022.

Result: The operating model of the 3I tuberculosis clinical care model was 1) intensive care quality development for tuberculosis patients 2) integrated management and prevention of tuberculosis 3) Developing a surveillance system for prevention and control of tuberculosis (Improvement surveillance) knowledge about pulmonary tuberculosis after the operation was better than before and before the operation with a statistical significance of 0.05, success in treating tuberculosis patients was 94.28% higher than the target (90 percent) and higher than the median for the past 5 years (84.61 percent).

Conclusion: The development of a pulmonary tuberculosis clinic operation model resulted in more than 90% success in treating tuberculosis patients.

Keywords: Model Development, TB Patient Care, TB (Tuberculosis)

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกมากถึง 10 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของวัณโรคในประเทศไทย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังถูกจัดอันดับอยู่ในกลุ่ม 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden countries) ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง⁽²⁾ ได้ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้โลกปราศจากวัณโรค และเป้าหมายให้ยุติการระบาดของวัณโรคระดับโลก โดยมุ่งลดอัตราเสียชีวิตลงร้อยละ 95 และลดอุบัติการณ์วัณโรคลง ร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2578⁽³⁾

สถานการณ์วัณโรคของอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2559-2563 พบอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ 38, 36, 38, 43, 41 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค ร้อยละ 84.61, 83.33, 90, 88.46 และ 79.24 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (>ร้อยละ 90) ถึงแม้จะมีอัตราการขาดยาต่ำกว่าเป้าหมาย (>ร้อยละ 5) ร้อยละ 0, 3.33, 0, 1.92 และ 1.88 ตามลำดับ แต่มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12.82, 10, 7.5, 5.76 และ 9.43 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างรักษา)⁽⁴⁾

จากการวิเคราะห์ปัญหา (GAP Analysis) พบปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรค

เสียชีวิตระหว่างการรักษา เช่น ผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้สูงอายุมีโรคแทรกซ้อน ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นบวก และเข้ามารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลช้า โดยช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาก่อนเสียชีวิต คือ Intensive phase (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) ไม่ครอบคลุมทุกรายผู้ป่วยสูงอายุและโรคร่วมมีอาการไม่พึงประสงค์มากขาดความตระหนักในการกินยาต่อเนื่อง (3) การกำกับติดตามดูแลการรักษา เช่น การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน TBCM ไม่ส่งผลกระทบต่อการกำกับติดตามระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อขาดความต่อเนื่องขาดการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยนำมาทบทวนเชื่อมโยงข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน จ. นครศรีธรรมราชเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับพื้นที่ดำเนินงานวัณโรคให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁽⁵⁾ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 – กันยายน 2565 พื้นที่ศึกษา คือ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนาบอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่

1) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ สหวิชาชีพ เครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 14 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค 1 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร 1 คน พยาบาลคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) 7 คน

2) ภาควิชาเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 10 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับของเครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (2) มีประสบการณ์ในงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค ไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และ (2) ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังได้รับการรักษาในคลินิกวัณโรคและรายใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 – กันยายน 2565 จำนวน 11 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

(1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ และขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูล TBCM online (2) ได้รับการรักษาและอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (3) เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป (4) ผู้ป่วยมีสติรับรู้ตัวดี และ (5) อ่านภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย และ (2) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสภาพการปัจจุบัน ปัญหาการให้บริการของคลินิกวัณโรค การส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค และการดำเนินงานวัณโรค โดยทบทวนข้อมูลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรค โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1) ศึกษาแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำรารายงานการวิจัยบทความทางวิชาการและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

2) กำหนดรูปแบบการดำเนินงานวัณโรค เครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

(2.1) การกำหนดแนวทางการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยระดมแนวคิดจากทีมสหวิชาชีพและภาควิชาที่เกี่ยวข้องด้วยการจัดประชุมกลุ่มย่อยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(2.2) การกำหนดรูปแบบการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างความเข้าใจในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

(2.3) การกำหนดรูปแบบการวางแผนการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ญาติ ผู้ใกล้ชิดและภาคีเครือข่ายในชุมชน

3) จัดทำแผนการดำเนินงานตามรูปแบบและแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้พร้อมกับพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติในเครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่พัฒนาในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบด้านความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 ซึ่งประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สถานภาพ ประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการกินยา ผลเอกซเรย์ และผลเสมหะ (AFB smear)

2) ความรู้เรื่องโรควัณโรคผู้ศึกษาประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของอัจฉราวดี บุญยสิริวงศ์⁽⁶⁾ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือกได้แก่ "ใช่ " "ไม่ใช่ " หรือ "ไม่ทราบ" โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วย KR-20 เท่ากับ 0.87 ความรู้เรื่องโรควัณโรค

จำแนก 3 ระดับ⁽⁷⁾ ได้แก่ สูง (20-25 คะแนน) ปานกลาง (16-19 คะแนน) ต่ำ (0-15คะแนน)

3) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) น้อย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 ผู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรคโดยใช้เกณฑ์การแปลผลแบบพิสัย⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-1.66) ระดับปานกลาง (1.67-2.33) ระดับสูง (2.34-3.00)

4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื้อหาของแบบสอบถามจะสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลแบบพิสัยของเบสท์⁽⁸⁾ คือ ระดับมาก (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับสูง (3.68-5.00)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรควัณโรค และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาวัณโรคก่อนและหลังดำเนินงาน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ REC-TH019/2022 เมื่อวันที่ 29 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอนให้เก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยได้

ผลการศึกษา

สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2559 – 2563 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 84.61, 83.33, 90,

88.46, และ 79.24 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (>ร้อยละ 90) อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12.82, 10, 7.5, 5.76 และ 9.43 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 0) อัตราการขาดยาในผู้ป่วยเสมหะบวก ร้อยละ 0, 3.33, 0, 1.92 และ 1.88 ตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (อัตราการขาดยา <ร้อยละ 5)

จากการวิเคราะห์ปัญหา (GAP Analysis) พบปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาส่ง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง (3) การกำกับติดตามดูแลการรักษา (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา (GAP Analysis) การจัดการวัณโรคโรงพยาบาลนาบอน

ประเด็น	ปัญหา (GAP)
1. ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาส่ง	1.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 65 ขึ้นไป 1.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นบวก 1.3 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม 1.4 ผู้ป่วยเข้ามารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลช้า โดยช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาก่อนเสียชีวิต คือ Intensive phase
2. การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง	2.1 การดูแลรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) ยังไม่ครอบคลุมทุกราย 2.2 ผู้ป่วยสูงอายุและโรคร่วมมีอาการไม่พึงประสงค์มาก 2.3 ขาดความตระหนักในการกินยาต่อเนื่อง
3. การกำกับติดตามดูแลการรักษา	3.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน TBCM ไม่ส่งผลต่อการกำกับติดตาม 3.2 ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อขาดความต่อเนื่อง 3.3 ขาดการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management)

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิด Kemmis & Mc Taggart⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การประชุมวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ สหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)

1) การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเข้มข้น (Intensive care) ประกอบด้วย คัดกรองรวดเร็ว (Early detection) ตรวจวินิจฉัยรวดเร็ว (Early Diagnosis) รักษาเร็ว (Early Treatment) และควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว (Early Containment)

2) การจัดการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการ (Integrated management) โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีกิจกรรมดังนี้

(1) การให้สุขศึกษาโดยแพทย์ผู้ให้การรักษอธิบายการป่วยเป็นวัณโรคมีความรุนแรงระดับใดระยะเวลาของการรักษาการรับประทานยาและแพทย์จะให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ป่วยทุกรายเพื่อรับการตรวจติดตามเชื้อเอชไอวี

(2) การให้สุขศึกษาโดยพยาบาลคลินิกวัณโรคพยาบาลประเมินสุขภาพปัญหาเบื้องต้นและให้สุขศึกษาผู้ป่วยทุกรายในการปฏิบัติตัวก่อนส่งต่อไปยังพี่เลี้ยงเพื่อดูแลการรับประทานต่อเนื่องและการนัดตรวจและแจ้งผลการรักษาให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจต่อการรักษาและหายได้

(3) บริหารจัดการยาโดยเภสัชกร โดยจัดทำ Daily package เพื่อให้สะดวกต่อการรับประทานต่อเนื่องติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เฝ้าระวังและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยา (aDSM) อธิบายผลจากการ

รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดการดื้อยาแนะนำพี่เลี้ยง ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง

(4) ประเมินภาวะโภชนาการโดยนักโภชนาการ เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านโภชนาการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการรักษาให้ผู้ป่วยวัณโรคให้ดีขึ้น

(5) การกำกับติดตามการรับประทานยา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ทำหน้าที่พี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาวัณโรค (DOT) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดตามอาการข้างเคียงของผู้ป่วยวัณโรค และเป็นผู้สื่อสารสร้างความเข้าใจในชุมชน เพื่อลดความเครียดความกังวลใจของผู้ป่วย รวมถึงลดการตีตราจากชุมชน

(6) ภาคีเครือข่ายชุมชน ติดตามอาการข้างเคียงของผู้ป่วยวัณโรค ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นแจ้งทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไข

3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค (Improvement surveillance) เพื่อเป็นข้อมูลในการกำกับติดตามและประเมินผลใช้ Line Application ในการสื่อสาร ประกอบด้วย (1) การรายงานโรค (2) การส่งต่อผู้ป่วย (3) การวางแผนการรักษา (Case management)

3. การสังเกต (Observation) การติดตามนิเทศและประเมินผลโดยติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติการใช้โปรแกรม TBCM Thailand.net และวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยการประชุมทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อแก้ไขปัญหาและกำหนดมาตรการการดำเนินงาน

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. ผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.73 เพศหญิง 27.27 อายุเฉลี่ย 47.52 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 69 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 40-49 ปี ร้อยละ 45.45 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.55 ว่างาน ร้อยละ 27.27 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.36 สูบบุหรี่ ร้อยละ 36.63 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.36 โดยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.09 โรคเบาหวาน ร้อยละ 27.27 โรคติดเชื้อ HIV ร้อยละ 18.18

2. ความรู้เรื่องวัณโรคก่อนดำเนินงานพบว่า ส่วนใหญ่ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 63.64

ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.63 คะแนนเฉลี่ย 15.36 (S.D. = 1.91) หลังดำเนินงานความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.55 และระดับสูง ร้อยละ 45.45 คะแนนเฉลี่ย (S.D. = 2.09) ความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการดำเนินงานแตกต่างกัน (p - value < .01 (ตารางที่ 2)

3. พฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.54 คะแนนเฉลี่ย 2.45 (S.D. = 0.30) หลังดำเนินงานพฤติกรรมระดับสูง ร้อยละ 81.82 พฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการดำเนินงานแตกต่างกัน (p - value < .01) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชก่อนและหลังการดำเนินงาน

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	95%CI	t	P - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้ของผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด	15.36	1.91	20.00	2.09	4.63	3.12-6.14	6.84	<0.001*
พฤติกรรมของผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด	2.45	0.30	2.84	0.30	0.39	0.17-0.59	4.10	0.002*

*Significant = P<0.05

ภายหลังดำเนินงานความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.66, SD. = 0.42)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอดอยู่ในระดับมากได้แก่ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ =4.73, SD. = 0.43) รองลงมา

คือ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}$ =4.68, SD. = 0.42) และด้านการดูแลจิตใจ ($\bar{X}$ =4.63, SD. = 0.46) ตามลำดับ

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าความรู้เรื่อง วัณโรคของผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนดำเนินงาน ส่วนใหญ่ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 63.64 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.63 หลังดำเนินงานความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.55 และความรู้ระดับสูง ร้อยละ 45.45 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกิจกรรมการจัดการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) แพทย์เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคในภาพรวมทุกราย โดยพยาบาลคลินิกวัณโรคประเมินสุขภาพปัญหาเบื้องต้นให้สุศึกษาผู้ป่วยทุกรายในการปฏิบัติตัวก่อนส่งต่อไปยังพี่เลี้ยงเพื่อดูแลการรับประทานต่อเนื่องและการนัดตรวจและแจ้งผลการรักษาให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจต่อการรักษาและหายได้สอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ชวเดช⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับ DOT ในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษตามรูปแบบ HEAL MODEL ทำให้กลุ่มพี่เลี้ยงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาวัณโรคแบบ DOT หลังการอบรมศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพและผลการศึกษาของเฉลิม

เกียรติตาตะมิ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ด้วยรูปแบบ THABO Model 9 ขั้นตอน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมของผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนดำเนินงาน มีระดับพฤติกรรมต่ำ ร้อยละ 45.45 ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.54 หลังดำเนินงานมีระดับพฤติกรรมต่ำ ร้อยละ 18.18 ระดับปานกลาง ร้อยละ 81.82 และมีความแตกต่างเนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจัดการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคที่บูรณาการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาวัณโรค (DOT) การรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ร่วมกับการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยในการบันทึกการกินยาหรือบัตรบันทึกการกินยา (DOT CARD) ถ้าผู้ป่วยขาดนัดจะโทรศัพท์ติดตามภายใน 1 วัน และส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย ติดตามอาการรวมทั้งดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้ป่วย การกำกับติดตามการรับประทานยาโดย Line Application การเสริมพลังในการดูแลตนเองด้วยตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพตลอดเวลาของการรักษา ทำให้เกิดความตั้งใจและมั่นใจที่จะรับประทานยาและดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง รวมทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้สอดคล้องกับผล

การศึกษาของไพรัช ม่วงศรี⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ พบว่า ภายหลังการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมากกว่าการเยี่ยมบ้านแบบปกติ และผลการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกันทั้งผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและในพื้นที่ ทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครราชสีมาโดยบูรณาการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น สหวิชาชีพ เครือข่ายโรงพยาบาลนาบอน ภาควิชาเครือข่ายชุมชน ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมกันพัฒนา โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เกิดเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค: 3I โมเดล ประกอบด้วย 1) การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเข้มข้น (Intensive care) 2) การจัดการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการ (Integrated management) 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรค (Improvement surveillance) ส่งผลให้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเท่ากับ ร้อยละ 94.28 มากกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ร้อยละ 84.61) นอกจากนี้ ไม่พบอัตรา

การขาดยา และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอด โรงพยาบาลนาบอน โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการพัฒนารูปแบบมี 10 กิจกรรม และหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้เพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 82.35 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.24 และอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.02$, S.D.=0.188) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X}=2.45$, S.D.=0.146) ผลการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 7 วัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.76 เป็นร้อยละ 66.67 ผลการบันทึกข้อมูลกับการกินยาใน TBCM online เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็นร้อยละ 86.7 ผลการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทางระบบออนไลน์ ร้อยละ 76.9 และอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 88.24 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอักรินทร์สุพรรณ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายปากสวายโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทาง PAKSUAI model ระดับความคิดเห็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายมีส่วนร่วมในชั้นวางแผนการทำงาน การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การจัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการกำหนดบทบาทหน้าที่และสัญญาความร่วมมือ สนับสนุนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เสริมสร้างพลังในการทำงาน การดำเนินงานและทบทวนผลการทำงานร่วมกันจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยการดูแลผู้ป่วย ด้วยหลักการร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพทำให้คุณภาพด้านคลินิกมีสูงขึ้น ดังนั้นควรขยายผล โดยการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลนาบอนให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและหอผู้ป่วย มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาและนำมาพัฒนา มีการนิเทศติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมออาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยทีมผู้ดูแลรักษาและภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน ดังนั้นต้องมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมวัณโรคระดับอำเภอ/ตำบล

สรุป

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคปอดอย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยการบูรณาการแบบมีส่วนร่วม มีการวางแผนแก้ปัญหาและร่วมกันพัฒนาของภาคีเครือข่ายส่งผลให้ผู้ป่วยมีความใส่ใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีความสำเร็จในการรักษาสูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ และคุณวัฒนาสว่างศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาตัวอย่างเครื่องมือและแบบสอบถามเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. [cited 2020 March 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564 (เพิ่มเติม 2565). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564
4. โปรแกรมระบบฐานข้อมูลวัณโรคออนไลน์. ข้อมูลโรงพยาบาลนาบอน ปี 2559-2563. [อินเทอร์เน็ต]; 2564. [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ntip.ddc.moph.go.th/UIForm/MainFeedSummary.aspx>.
5. Kemmis s, & Wilkinson M. Participatory action research and the study of practice. In B. Atweh; 1990.

6. อัจฉราวดี บุญยสิริวงษ์. การพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยวัณ โรคระยะเข้มข้นและครอบครัว โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน , บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553
7. Bloom BS, Hastings TJ, Madaus GF. Hand Book on Formative and Summative. Evaluation of Student Learning. New York: McGraw – Hill Book Company; 1971
8. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc; 1977
9. สุรเดช ชวะเดช. การพัฒนารูปแบบการพัฒนารักษาวัณโรคแบบ DOT อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8(3): 340-51.
10. เณลิ้มเกียรติ ตาตะมิ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, สุทิน ชนะบุญ. การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอ ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2562; 26(2): 36-47.
11. ไพรัช ม่วงศรี, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วิรัช ตั้งสุจริตวิจิตร. ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ วารสาร มฉก. วิชาการ 2555; 16(31): 31-48.
12. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(3): 116-29.
13. อัครินทร์ สุฝน. การพัฒนาเครือข่ายปากสอยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563; 23(2): 93-103.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ ของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

พัทธธิดา จินตณปัญญา พ.บ.,ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 25 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 27 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 15 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน และเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพต่างๆ จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลทุ่งสง 3 ปีย้อนหลังพบว่า 1 ใน 3 ของบุคลากร มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โรงพยาบาลทุ่งสง

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจำนวน 66 ราย โดยการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารแผ่นพับความรู้ โรคอ้วนและคู่มือการคุมอาหาร ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผลต่อเนื่องที่ 24 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก และแบบประเมินตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพซึ่งตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.77, 0.71 และ 0.84 ตามลำดับ ประเมินภาวะโภชนาการโดยคำนวณค่าดัชนีมวลกายและการวัดเส้นรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent sample t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: หลังทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เส้นรอบเอว ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

สรุป: สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้ เนื่องจากทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนักและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลง และยังคงพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลากร ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

Effect of Behavior Modification Program on The Health Behavior and Nutritional Status of Overweight and Obese Healthcare Worker in Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Pattida Jintanapanya, MD.

Department of Social Medicine, Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

Abstract

Background: Obesity is a serious public health problem that requires urgent attention and also the beginning of various health problems. The annual health check-up results of health care workers in Thungsong Hospital showed one-third were overweight and obese.

Objective: To study the effects of a behavior modification program on health behaviors and nutritional status of overweight and obesity healthcare worker in Thungsong Hospital.

Materials and Methods: This research was quasi-experiment research with two groups pre-posttest design. The sample were 66 health care workers with overweight and obese were divided 33 persons per groups by simple random sampling. The control group received obesity pamphlets. The experimental group received a behavior modification program (diet, exercise and emotion) based on the Health Belief Model and Social support for 12 weeks, then follow up at 24 weeks. The instruments used in this study were questionnaires (knowledge of obesity, weight loss attitude and health behaviors) examined by 3 experts that CVI equal to 1, Reliability Index was 0.77, 0.71 and 0.84 respectively. Nutritional status was assessed by BMI and waist circumference. Data were analyzed by SPSS program and using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation). Paired t-test for intra-group differences and independent sample t-test for between groups differences. Statistic significance was set at 0.05.

Result: At 12 and 24 weeks after the trial, the experimental group had the mean scores of knowledge, attitude and health behavior were significantly higher than before the experiment and the control group ($p < 0.05$), waist circumference was significantly lower than before the experiment and the control group ($p < 0.05$), and body mass index was lower than before the experiment but not different from the control group.

Conclusion: The research findings show this program can apply in working-age population with overweight and obese due to increased knowledge about obesity, weight loss attitude and health behaviors, then decreased BMI and waist circumference. and maintained healthy behaviors at 12 weeks after the end of program.

Keywords: Behavior Modification Program, Healthcare Worker, Overweight and Obese

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน ถือเป็นภัยคุกคามชีวิตที่เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพต่างๆ อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะหายใจลำบากและ หายใจขณะหลับ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก ทั้งยังส่งผลต่อสมรรถภาพการทำงาน คุณภาพการนอน การใช้ชีวิตในสังคม เกิดความกังวลในรูปลักษณ์ นำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตตามมา

สถานการณ์โรคอ้วนระดับโลก ในปีค.ศ. 2016 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น 3 เท่า⁽¹⁾ จากปี ค.ศ.1975 โดยกลุ่มที่อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกิน 1,900 ล้านคน (39%) และเป็นโรคอ้วน 650 ล้านคน (13%) ในปี ค.ศ. 2020 พบภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี 39 ล้านคน และเด็กที่อายุ 5-19 ปี 340 ล้านคน อัตราการเสียชีวิตของคนอ้วนเป็น 2 เท่าของผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ทั้งยังส่งผลเสียทางเศรษฐกิจ งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁾ พบว่าค่าใช้จ่ายของนายจ้างในการดูแลรักษาพยาบาล ค่าชดเชย และจำนวนวันลาป่วยของพนักงานที่มีโรคอ้วน(BMI>25) สูงกว่าพนักงานที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 2 เท่า (จาก3,830 เป็น 8,067 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อปี)

สถานการณ์ของโรคอ้วนในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปีพ.ศ. 2552-2563⁽³⁾ พบว่าความชุกของภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25) ในประชากรอายุตั้งแต่

15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 34.7, 37.0 และ 42.4 ในปีพ.ศ. 2552, 2557 และ 2563 ตามลำดับ โดยพบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.4 ในหญิง และ ร้อยละ 37.8 ในชาย) พบมากในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล ภาคที่พบผู้ที่มีภาวะอ้วนมากที่สุดคือ ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร สะท้อนถึงค่านิยมและวัฒนธรรมการใช้ชีวิตสมัยใหม่ที่ขาดความสมดุลของการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง โรคอ้วนยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากรักษาพยาบาลประมาณ 12,142 ล้านบาท คิดเป็น 0.13% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)⁽⁴⁾ อีกทั้งมีจำนวนวันลาป่วยมากกว่ากลุ่มที่ดัชนีมวลกายปกติ 1.45 เท่า⁽⁵⁾ WHO และกรมควบคุมโรคจึงมีเป้าหมายร่วมกันให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนต้องไม่เพิ่มขึ้นในปี 2568

สำหรับโรงพยาบาลทุ่งสง พบว่า ความชุกของโรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งในบุคลากร 3 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2562-2564 อยู่ที่ร้อยละ 47.0 , 39.1 และ 32.6 ตามลำดับ หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของบุคลากร ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในบุคลากรโรงพยาบาลทั้งงานวิจัยจากในและต่างประเทศ^(6,7)

ในอดีตมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนแตกต่างกันในหลายประเด็น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง ทฤษฎีต้นแบบ รูปแบบโปรแกรม ตัวแปรตาม ที่ศึกษา รายละเอียดของกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ศึกษา(อยู่ในช่วง 4-24 สัปดาห์) แต่จากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน⁽⁸⁾ แนะนำว่ารูปแบบของการลดน้ำหนักที่ได้ผลดี คือ การควบคุมอาหาร ร่วมกับการออก

กำลังกายภายใน 12 สัปดาห์ น้ำหนักที่ควรลดได้เฉลี่ยคือ 0.5-1 กิโลกรัม ต่อสัปดาห์ ควรออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ วันละ 30 นาทีขึ้นไป จึงนำมาพัฒนาโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้

โรคอ้วนเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้ ดังนั้นการดำเนินกลยุทธ์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ให้กับบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างครบวงจร จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา หากสามารถปรับเปลี่ยนให้บุคลากรมีความรู้เจตคติที่ดีในการลดน้ำหนัก และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้องค์กรมีบุคลากรที่มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลดภาระการดูแล ลดวันลาป่วย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพ ทั้งยังสามารถนำโปรแกรมนี้ออกไปขยายผลต่อยังพื้นที่ต่างๆ ในชุมชนหรือองค์กรอื่น ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการและการตายก่อนวัยอันควร นำไปสู่สังคม ที่มีสุขภาพที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการ ของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โรงพยาบาลทุ่งสง ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบวิธีวิจัย : วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังทดลอง(Quasi-experimental two group pre-posttest design)

ประชากร: บุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 250 คน จาก 767 คน

กลุ่มตัวอย่าง : บุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจำนวน 66 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion criteria): เป็นบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสง อายุ 20-60 ปี BMI $\geq$ 23kg/m² สามารถรับรู้และสื่อความหมายได้ เข้ากลุ่มไลน์ “BMI championship 2022” ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และเข้าร่วมได้ครบทุกขั้นตอน ไม่อยู่ระหว่างการลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่น

เกณฑ์การคัดออก(exclusion criteria): มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือเจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคหรือไม่สามารถออกกำลังกายได้ หรือย้ายที่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง: คำนวณโดยใช้สูตรแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองของ Lemshow⁽⁹⁾ สูตร $n = \frac{(Z\alpha_2 + Z\beta)^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$ โดยใช้ข้อมูลจากผลการวิจัยในอดีตของนฤมล เพิ่มพูน, วณลดา

ทองใบ, ลภัสสรดา หนู่มคำ⁽¹⁵⁾ แทนค่า ($\bar{x} \pm S.D$) ในกลุ่มทดลอง=23.64±0.42 และกลุ่มควบคุม = 23.88±0.44 ได้ขนาดตัวอย่าง 30 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน และไม่มีการสูญหายระหว่างการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นหลัก 3 อ. ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ (การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ) ร่วมกับ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹¹⁾ (สนับสนุนด้านข้อมูล สิ่งของหรือบริการ กำลังใจจากคนรอบข้าง การให้รางวัลเพื่อสะท้อนว่าทำได้ดี) ใช้เวลา 12 สัปดาห์ (23 มิถุนายน-15 กันยายน 2565) และติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 24 (8 ธันวาคม 2565) ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽¹²⁾ บุคคลจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ หากมีการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเกิน 6 เดือน รายละเอียดโปรแกรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

รายละเอียดของกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการจัดกิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 : อบรมภาคทฤษฎี (วันที่ 1)		
- ประเมิน Pre-test	- ทราบระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรม สุขภาพและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโปรแกรม	- ถ่ายรูปก่อนเริ่มกิจกรรม - ทำแบบสอบถามPre-test - ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, รอบเอว
-กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ “คูซิ่นนิอ้วน ขวนกันลดหุ่น”	- สร้างสัมพันธภาพและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม	- จับคู่บัดดี้ ดูแลช่วยเหลือกัน
-บรรยายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน (สถานการณ์, นิยาม, ประเภท, สาเหตุ, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะแทรกซ้อน, การรักษา และการป้องกัน)	- กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน รับรู้ความเสี่ยงความรุนแรง การรักษาและป้องกันโรคอ้วนได้	- ชมวิดีโอทัศน์ - การบรรยาย - การอภิปรายกลุ่ม
-วิธีวัดภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง	- สามารถวัดภาวะโภชนาการได้ถูกต้อง	- การบรรยายและสาธิต
-การลดน้ำหนักด้วยหลัก 3 อ.	-เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหลัก 3 อ.	- การบรรยายและอภิปรายกลุ่ม
อารมณ์: (1 ครั้ง 1 ชั่วโมง)		
- ลดน้ำหนักอย่างไรไม่ให้เครียด	-ปรับทัศนคติ เรียนรู้การจัดการอารมณ์	- การบรรยาย
- การตั้งเป้าหมาย รู้อุปสรรคและการจัดการ	-กำหนดเป้าหมาย จัดการอุปสรรคได้ดี	- การอภิปรายกลุ่ม
อาหาร: (1 ครั้ง 3 ชั่วโมง)		
-คำนวณ(TDEE)และปริมาณแคลอรีอาหาร	-เรียนรู้ชนิดและปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน และเลือกบริโภคได้เหมาะสม	-บรรยายและฝึกปฏิบัติจริงในการคำนวณTDEEของตนเอง
-การอ่านฉลากโภชนาการ	-เพิ่มทางเลือกวิธีการควบคุมอาหารให้หลากหลาย	-ใช้applicationช่วยคำนวณ
-ทางเลือกอื่นในการควบคุมอาหารเช่น IF,Keto,Low carb,อาหารเสริม	-เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของหรือบริการ	-ตั้งคำถาม และอภิปรายกลุ่ม -เกมส์ทายแคลอรีอาหาร -แจกคู่มือแคลอรีไดอารี่

รายละเอียดของกิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการจัดกิจกรรม
กิจกรรมที่ 2: อบรมเชิงปฏิบัติ (วันที่ 2)		
ออกกำลังกาย (1 ครั้ง 3 ชั่วโมง)	-เรียนรู้การออกกำลังกายที่ถูกต้อง	-บรรยายโดยTrainer fitness
-หลักการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก	-เพิ่มทางเลือกวิธีการออกกำลังกาย	-สาธิตและฝึกปฏิบัติจริงใน
-การออกกำลังกายทั้งแบบใช้และไม่ใช้อุปกรณ์	-เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ	ศูนย์ฟิตเนสของโรงพยาบาล
-แนะนำการใช้อุปกรณ์ในศูนย์ฟิตเนส	หรือบริการ	-ตั้งคำถามและอภิปรายกลุ่ม
-applicationที่ช่วยกำกับการออกกำลังกาย		-แจกคู่มือ exercise diary
กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม (สัปดาห์ที่ 4) (3 ชั่วโมง)		
-แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ลดน้ำหนักกับ	-เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การ	-ตั้งคำถามและอภิปรายกลุ่ม
เพื่อน วิทยากรและผู้ที่เคยประสบความสำเร็จ	ลดน้ำหนัก และร่วมกันแก้ไขอุปสรรค	-ใช้ตัวแบบและให้กำลังใจ
กิจกรรมที่ 4: ติดตามผ่านทางโทรศัพท์ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่ม(สัปดาห์ที่ 1-12) : ทุกวัน		
-ติดตามผลการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย	-เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ	-ส่งรูปอาหารและออกกำลังกาย
-ให้ข้อมูล ส่งคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก	ต่อเนื่องโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้าน	-ใช้ตัวแบบ
-พูดคุย สอบถามและปรึกษาผ่านไลน์	อารมณ์	-ให้กำลังใจ ชมเชย ให้คำปรึกษา
กิจกรรมที่ 5: ติดตามและสรุปผล (สัปดาห์ที่ 12และ 24)		
-ประเมินผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12	-เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม	-ถ่ายรูป ทำแบบประเมินและ
และติดตามผลต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 24	และความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ	วัดภาวะโภชนาการ (Post-test)
		-ให้รางวัลผู้ลดBMIได้มากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน จำนวน 10 ข้อแบบเลือกตอบถูกผิด ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการลดน้ำหนักจำนวน 10 ข้อ ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบประเมินตนเองเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แบบสอบถามส่วนที่ 2,3,4 มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือทุกข้อคำถาม(Reliability) เท่ากับ 0.77, 0.71 และ 0.84 ตามลำดับ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว อายุรแพทย์ และอาจารย์ด้านสถิติ) ได้ค่า CVI =1

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย: ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการใช้แบบสอบถาม การประเมินภาวะโภชนาการ (น้ำหนัก ส่วนสูงและเส้นรอบเอว) ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบยีนชนิดวัดได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม และทดสอบมาตรฐานก่อนการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล บันทึกข้อมูล 2 ครั้งด้วยผู้บันทึก 2 คนเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำผลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมSPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ,ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,ผลต่างค่าเฉลี่ย)เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired T-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent sample t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุ่งสง เอกสารรับรองเลขที่ REC-TH018/2022 โดยก่อนวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิพร้อมลงนามให้ความยินยอม สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีข้อผูกมัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและนำเสนอผลเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะอ้วน และรายได้ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 87.9 และมีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุดเท่ากับร้อยละ 51.5 และ 45.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร้อยละ 45.5 ส่วนกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวร้อยละ 30.3 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 51.5 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่ม มีบุตรร้อยละ 69.7 โดย

ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.9 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 87.0 ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งสายสุขภาพ ร้อยละ 75.8 มีประวัติอ้วนในครอบครัว เท่ากัน คือร้อยละ 75.8 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วงมากกว่า 40,000 บาท โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 36.4 และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 39.4 ผลการทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

2.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง
พบว่าหลังทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อมูลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 24 สัปดาห์

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง 12 สัปดาห์				หลังทดลอง 24 สัปดาห์			
	(n= 33)		(n= 33)				(n= 33)			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean dif. (12wks- ก่อน)	p- value	Mean	SD	Mean dif. (24wks-ก่อน)	p- value
ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน										
กลุ่มทดลอง	5.52	1.58	8.91	0.98	3.39	<0.001*	8.94	0.93	3.42	<0.001*
กลุ่มควบคุม	5.45	1.62	5.48	1.52	0.03	0.932	5.45	1.50	0.00	>0.999
เจตคติต่อการลดน้ำหนัก										
กลุ่มทดลอง	39.06	3.87	45.61	2.11	6.55	<0.001*	45.91	1.94	6.85	<0.001*
กลุ่มควบคุม	38.39	4.00	38.52	3.83	0.12	0.103	38.45	3.81	0.06	0.535
พฤติกรรมสุขภาพ										
กลุ่มทดลอง	20.73	3.83	31.70	3.56	10.97	<0.001*	31.33	3.97	10.61	<0.001*
กลุ่มควบคุม	19.76	4.23	20.36	4.05	0.61	<0.001*	20.30	4.00	0.55	0.002*
ดัชนีมวลกาย(BMI)										
กลุ่มทดลอง	29.88	4.06	29.03	4.00	-0.85	<0.001*	28.90	4.03	-0.98	<0.001*
กลุ่มควบคุม	29.91	4.03	30.08	4.02	0.17	<0.001*	30.17	4.01	0.26	<0.001*
รอบเอว										
กลุ่มทดลอง	94.15	9.90	89.57	9.51	-4.57	<0.001*	89.02	9.47	-5.13	<0.001*
กลุ่มควบคุม	94.27	9.45	95.06	9.90	0.79	0.033*	95.55	9.96	1.27	0.001*

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ก่อนทดลอง พบว่าตัวแปรทั้งหมด ไม่แตกต่างกัน ระหว่างสองกลุ่ม แต่หลังทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการ ลดน้ำหนัก และ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว

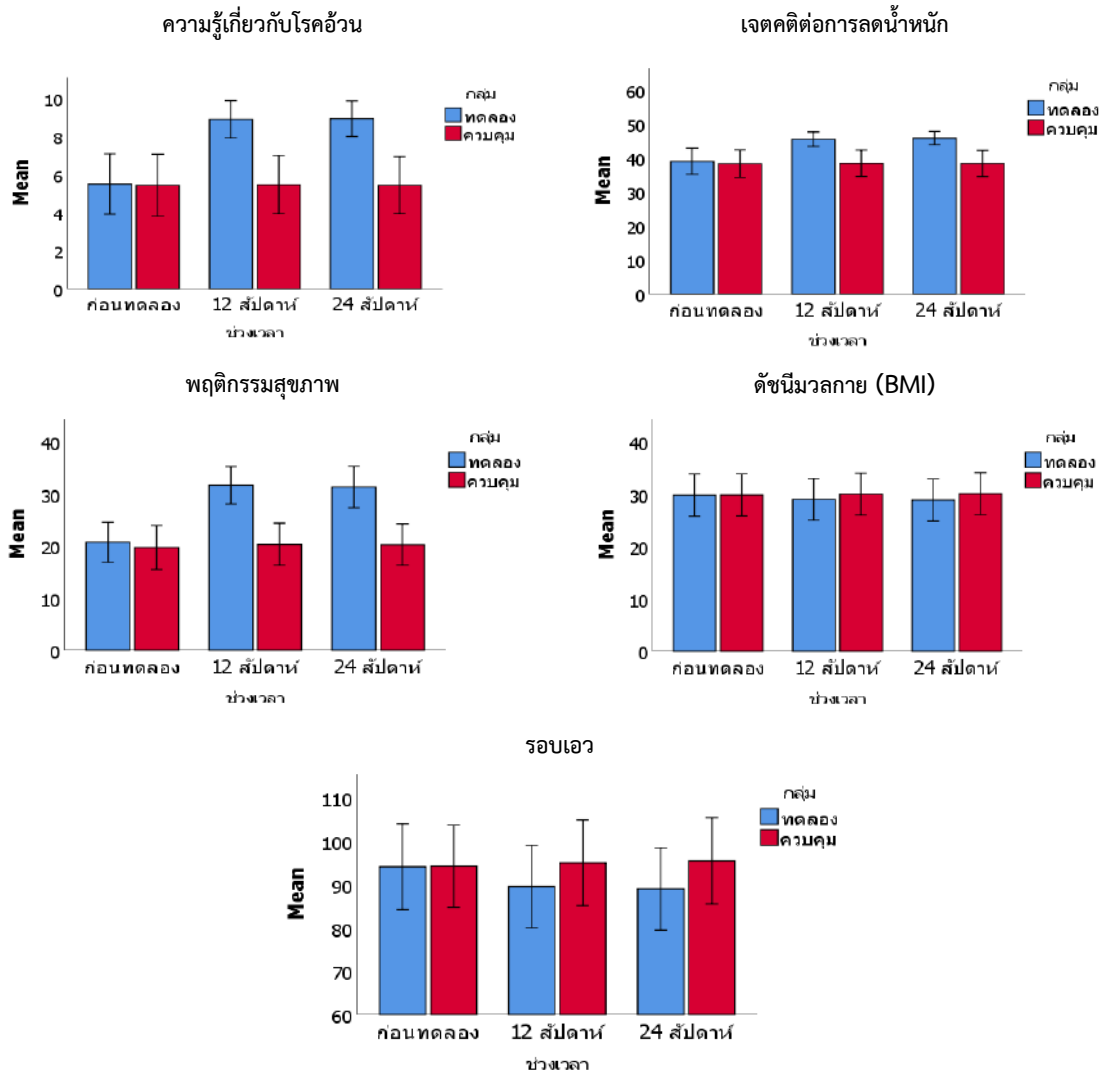
ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงใน กลุ่มทดลอง แต่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ข้อมูลดังตารางที่ 3 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แต่ละตัวแปรให้เห็นอย่างชัดเจน ดังในภาพที่ 1

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 24 สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n= 33)		กลุ่มควบคุม (n= 33)		Mean different (ทดลอง - ควบคุม)	t	df	p- value
	Mean	SD	Mean	SD				
ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน								
ก่อนทดลอง	5.52	1.58	5.45	1.62	0.06	0.154	64	0.878
หลังทดลอง 12 สัปดาห์	8.91	0.98	5.48	1.52	3.42	10.861	64	<0.001*
หลังทดลอง 24 สัปดาห์	8.94	0.93	5.45	1.50	3.48	11.321	64	<0.001*
เจตคติต่อการลดน้ำหนัก								
ก่อนทดลอง	39.06	3.87	38.39	4.00	0.67	0.688	64	0.494
หลังทดลอง 12 สัปดาห์	45.61	2.11	38.52	3.83	7.09	9.314	64	<0.001*
หลังทดลอง 24 สัปดาห์	45.91	1.94	38.45	3.81	7.45	10.016	64	<0.001*
พฤติกรรมสุขภาพ								
ก่อนทดลอง	20.73	3.83	19.76	4.23	0.97	0.976	64	0.333
หลังทดลอง 12 สัปดาห์	31.70	3.56	20.36	4.05	11.33	12.073	64	<0.001*
หลังทดลอง 24 สัปดาห์	31.33	3.97	20.30	4.00	11.03	11.244	64	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (BMI)								
ก่อนทดลอง	29.88	4.06	29.91	4.03	-0.04	-0.035	64	0.972
หลังทดลอง 12 สัปดาห์	29.03	4.00	30.08	4.02	-1.05	-1.064	64	0.291
หลังทดลอง 24 สัปดาห์	28.90	4.03	30.17	4.01	-1.27	-1.283	64	0.204
รอบเอว								
ก่อนทดลอง	94.15	9.90	94.27	9.45	-0.13	-0.053	64	0.958
หลังทดลอง 12 สัปดาห์	89.57	9.51	95.06	9.90	-5.49	-2.296	64	0.025*
หลังทดลอง 24 สัปดาห์	89.02	9.47	95.55	9.96	-6.53	-2.729	64	0.008*

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภาพที่ 1 แสดงแผนภูมิแท่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 12 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องที่ 24 สัปดาห์



วิจารณ์

หลังทดลองที่ 12 และ 24 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เส้นรอบเอว ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วน

ดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นหลัก 3 อ. จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ โดยกลุ่มทดลองได้รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอ้วน ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹¹⁾

ซึ่งผู้วิจัยได้สนับสนุนด้านข้อมูล สิ่งของหรือบริการ ด้านจิตใจจากการชักจูง โน้มน้าว การให้กำลังใจ ของคนรอบข้าง ใช้กระบวนการกลุ่มคอยช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือนผ่านทางไลน์ทุกวัน การให้ คำปรึกษารายบุคคล การมีตัวแบบ การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เปิดโอกาสให้เลือกรูปแบบกิจกรรมที่ เหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมถึงให้รางวัลเพื่อ สะท้อนว่าปฏิบัติได้ดี เป็นกำลังใจให้ปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพนั้นต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัย ของอรรถพงษ์ ชุ่มเขียวและคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานอาหารตามทฤษฎี พฤติกรรมตามแผนในนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินและ โรคอ้วน ม.สวนดุสิตลำปางจำนวน 40 คนที่ BMI $\geq$ 23 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ในช่วง 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนของความรู้ ทักษะคิดต่อการควบคุม น้ำหนัก พฤติกรรมการควบคุมอาหาร มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรอบ เหว น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายลดลงจากก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่ม ควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภชัย สามารถ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุข ศึกษาในกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วนตำบลหนองกุ้งเงิน จำนวน 54 คน แบ่ง 2 กลุ่มเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ใช้ทฤษฎีความสามารถ ตนเองกับขั้นตอนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติตัว มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ แต่ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ต่างจากการศึกษา ของนฤมล เพิ่มพูน⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาโปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพนักงานสถาน ประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 60 คน ใน 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม สุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดัชนีมวลกายน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ แต่เส้นรอบเอวลดลง กว่าก่อนทดลอง แต่ไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม และต่าง จากการศึกษาศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวังวงศ์⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อ ภาวะอ้วนของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ ม.บูรพา จำนวน 60 คนแบ่ง 2 กลุ่มเป็นเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหาร และ ออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ ส่วนดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว น้ำตาล และไขมันในเลือด ความดันโลหิต ลดลงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ เป็นผลจากข้อแตกต่าง ด้านเวลาที่ใช้ศึกษา และรูปแบบกิจกรรม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก และพฤติกรรมสุขภาพ ที่สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ นั้น อธิบายได้จากทฤษฎีความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม (KAP)⁽¹⁷⁾ ที่อธิบายว่า ตัวแปรทั้งสามมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอ้วน ก็จะทำให้เกิดความรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มี อยู่และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการลดน้ำหนัก นำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีเพื่อการลดน้ำหนักได้

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่าลดลงกว่าก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับ ก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อาจเกิดจากกลุ่มทดลองให้ความสนใจกับการออก กำลังกายด้วยการใช้ยางยืดที่trainer fitness เป็น ผู้เสนอ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่หาง่าย ราคาถูก พกพาสะดวกสามารถนำมาออกกำลังกายได้เอง

ที่บ้านได้อย่างสม่ำเสมอ แต่การใช้ยางยืดเป็นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านที่จะช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ ทำให้ระบบเผาผลาญดีขึ้น ไขมันลดลง สัดส่วนกระชับขึ้น ต่างจากการออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอที่จะช่วยลดน้ำหนักได้ดีกว่า⁽¹⁸⁾ ทำให้น้ำหนักอาจลดลงไม่มากแต่มีมวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับค่าดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ละน้อย อาจต้องใช้ระยะเวลาที่นานขึ้น จึงเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Christensen JR, et al⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมลดน้ำหนักในบุคลากรหญิง 98 คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินแบบ Randomized control trial เน้นคุมอาหาร ออกกำลังกาย และจิตบำบัดศึกษานานถึง 12 เดือน โดย 3 เดือนแรกเน้นคุมอาหาร จากนั้นเน้นออกกำลังกายและจิตบำบัดเพื่อคงน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นจึงพบว่าน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เส้นรอบเอว ที่ลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เน้นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านด้วยยางยืดเป็นหลัก ซึ่งช่วยเผาผลาญไขมัน เพิ่มมวลกล้ามเนื้อและกระชับสัดส่วน จึงส่งผลให้รอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่างต่อไปได้ เนื่องจากทำให้บุคลากรโรงพยาบาลทุ่งสงที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อการลดน้ำหนัก และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลง และยังสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ผู้บริหาร : จัดสวัสดิการที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยากลดน้ำหนัก
- ผู้เกี่ยวข้อง : ควรนำผลการศึกษามาแลกเปลี่ยนสะท้อนปัญหาและแก้ไขร่วมกัน
- กลุ่มตัวอย่าง : ควรรวมกลุ่มชวนกันออกกำลังกายทั้งแบบออกแรงต้านควบคู่กับคาร์ดิโอ

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

- ขยายผลโดยนำไปใช้กับกลุ่มวัยทำงานอื่นๆ เช่น อสม. พนักงานในสถานประกอบการต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรเพิ่มความถี่ของกิจกรรมกระตุ้นการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอตลอดโปรแกรม
- ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเป็น 6 เดือนขึ้นไป และติดตามที่ 1 ปี เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน
- ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลอง โดยสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight; 9 June 2021[internet]. [cited 2022 April 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Nuys KV, Globe D, Mak DN, Cheung H, Sullivan J, Goldman D. The association between employee obesity and employer costs: evidence from a panel of U.S. employers. *Am J Health Promot*. 2014;28(5):277-85.
3. วิชัย เอกพลากร(บก).รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. พิมพ์ครั้งที่1. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564:169-76.
4. Pitayatiennanan P. Economic costs of obesity in Thailand: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:146.
5. เปรมยศ เปี่ยมนิธิกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนกับการลาป่วยของพนักงานโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556
6. กนกนันท์ สมนึก, กุลรัตน์ สายธิไชย, กิตติพงศ์ อ้วนแก้ว, รุ่งนภา ศิริพรไพบุลย์, อานนท์ ทองคงหาญ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยาตากสินมหาราช. *เวชเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง* 2021;65:27-36.
7. Dankyau M, Shu'aibu JA, Oyebanji AE, Mamven OV. Prevalence and correlates of obesity and overweight in healthcare workers at a tertiary hospital. *J Med Trop* 2016;18(2):55-9.
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553
9. สุธรรม นันทมงคลชัย. วิจัยอนามัยครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ; ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2562.
10. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:354-86.
11. House JS. Social support and social structure. *Soc Forum* 1987; 2(1):135-46.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-95.
13. อรรถพงษ์ ชุ่มเขียว, กาญจนา ทองบุญนาค, อุบล ชื่นสำราญ, ณัฐยา ตันตรานนท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารในนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน. *วารสารพยาบาลสาร* 2562;3:106-17.

14. ศุภชัย สามารถ,จุฬารณ โสตะ.ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตำบลหนองกุ้งเขิน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23:34-45.
15. นฤมล เพิ่มพูน, วณิดา ทองใบ, ลภัสรดา หนู่มคำ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน รามาธิบดีพยาบาลสาร 2016;22:177-91
16. เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบุลย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. บุรพาเวชสาร 2563;7:23-38.
17. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์ การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิทยาการจัดการ ม.ราชภัฏเชียงราย. 2556;8:84-102.
18. อรณา ทศนัยนา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันของหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ 2561;44:303-17
19. Christensen JR, Overgaard K, Carneiro IG, Holtermann A, Sogaard K. Weight loss among female health care workers- a 1-year workplace based randomized controlled trial in the FINALE-health study. BMC Public Health 2012;12:625.

การศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ณิกานต์ บุญยก พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 18 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 19 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 22 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : การกลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย เป็นสัญญาณบ่งชี้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมา การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นหนึ่งในวิธีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความชุก อาการนำที่พบบ่อย และสาเหตุของการตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : ศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึง 31 มกราคม พ.ศ.2565 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย คิดเป็นร้อยละ 0.45 โดยส่วนใหญ่มาตรวจครั้งแรกนอกเวลาราชการและมากที่สุดในเวรตึก มาด้วยกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาท และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่มาจากสาเหตุการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุป : การกลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ต้องแก้ไขปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเพิ่มคุณภาพของห้องฉุกเฉิน

คำสำคัญ : รับการรักษาซ้ำ ห้องฉุกเฉิน

Unscheduled Revisited Patients Within 48 Hours in Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Nitchakarn Boonyok, M.D., FTCEP.

Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Unscheduled revisit indicates adverse events and other complications in emergency department patients. Monitoring and auditing the return visit medical records of unscheduled revisit patients are the methods of quality-of-care measurement in emergency department.

Objective: To determine prevalence rate, common initial presentations and causes of unscheduled revisits within 48 hours in emergency department, Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital.

Materials and Methods: Retrospective descriptive study of patients who returned to the emergency department within 48 hours after being discharged. Data was collected from August 1st,2020 to January 31st,2022.

Results: The rate of emergency department unscheduled revisits within 48 hours of previous emergency department discharge was 0.45%. The revisit rate of non-office hour was more than office hour. Patients who have the first visit in the night shift were the highest revisit rate. The most common initial presentations were gastrointestinal system, respiratory system, and neurological system. The majority cause of unscheduled revisits was disease progression.

Conclusion: Unscheduled revisit indicates adverse events and high-risk mortality in emergency department. The important factors that cause unscheduled revisit are medical personnel, patient, and emergency department system and factor managements are strategies to prevent adverse events and improve quality of care in emergency department.

Key words: unscheduled revisit, emergency department

บทนำ

การวินิจฉัยผิดพลาด (Diagnosis error) เป็นความเสี่ยงสำคัญที่พบบ่อยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้องฉุกเฉิน พบว่า 1 ใน 10 ของการวินิจฉัยมีแนวโน้มผิดพลาด และในทุก 1,000 ครั้ง การให้บริการผู้ป่วยนอกจะมีความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิด นอกจากนี้การวินิจฉัยผิดพลาดยังเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกา 40,000 ถึง 80,000 รายต่อปี⁽¹⁾ ขั้นตอนที่ผิดพลาดได้แก่ การส่งตรวจห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้อง การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ไม่เหมาะสม การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้อง และการไม่ได้ส่งปรึกษา/รับปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ ส่วนสาเหตุความผิดพลาดเกิดได้จากองค์ประกอบด้านความคิด บังคับด้านผู้ป่วย ขาดการแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญ การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และภาระงานที่มากเกินไป⁽¹⁾ ซึ่งตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของแผนกฉุกเฉิน ควรมีอัตราการวินิจฉัยผิดพลาดน้อยกว่าร้อยละ 5⁽²⁾

จากปัญหาข้างต้น จึงควรใช้ Trigger tool เพื่อค้นหาเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และนำมาทบทวนว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ และเหตุการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับ Diagnostic error หรือไม่ โดย Trigger tool อย่างหนึ่งที่แนะนำ คือกลุ่มผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง (ER Revisit in 48 Hour)^(1,2) ซึ่งสอดคล้องกับที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแห่งประเทศไทยกล่าวว่า ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยมิได้นัดหมายแล้วถูกรับไว้ในนอนโรงพยาบาล คือสัญญาณบ่งชี้เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ และอาจก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา⁽³⁾ การทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยที่เข้า

รับการตรวจรักษาซ้ำ จึงเป็นวิธีการสำคัญอย่างหนึ่งที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยร้อยละของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ควรน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามตัวชี้วัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ ประเภท Patient safety ตามเกณฑ์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁽⁴⁾

นอกจากนี้ปัญหา Emergency room overcrowding หรือภาวะห้องฉุกเฉินแออัดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของห้องฉุกเฉินทั่วโลก ในประเทศไทยมีการใช้บริการห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็น 458:1,000 ประชากร โดยมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ และทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาล่าช้า มีความเสี่ยงสูงขึ้น คุณภาพการบริการลดลง ค่าใช้จ่ายบริการสูงขึ้น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการลดลง และเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น^(1,5,6) โดยการแก้ปัญหาภาวะห้องฉุกเฉินแออัด คือต้องเพิ่มประสิทธิภาพ Patient flow ในห้องฉุกเฉิน กลยุทธ์อย่างหนึ่งคือ โรงพยาบาลควรลด Input หมายถึง การลดจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ ER⁽¹⁾ โดยผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นเป้าหมายของการลดจำนวนการมาใช้บริการได้⁽⁶⁾ หากเราสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำได้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินต่อไป

แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเข้ารับบริการประมาณ 3,500 ถึง 5,500 รายต่อเดือน และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เข้ารับการตรวจรักษาซ้ำโดยมิได้นัดหมายภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งก่อนหน้านี้

แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินยังไม่เคยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อทราบข้อมูลอุบัติการณ์ อาการนำที่พบบ่อย สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการตรวจรักษาผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ เป็นการพัฒนาคุณภาพของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุก อาการนำที่พบบ่อย และสาเหตุของการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2565 รวมระยะเวลา 18 เดือน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับมาห้องฉุกเฉิน นับจากเวลาที่ผู้ป่วยออกจาก

ห้องฉุกเฉิน หลังจากได้รับการรักษาและแพทย์อนุญาตให้กลับได้ จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาเดิมหรือปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้นัดหมาย โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่กลับมาด้วยปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรือจากการนัดหมายของแพทย์ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและ/หรือโปรแกรม Electronic medical record (EMR) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (เลขที่โครงการวิจัย B005/2565)

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2565 จำนวนรวมทั้งสิ้น 77,442 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 343 รายที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมาย คิดเป็นร้อยละ 0.45 และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมายต่อเดือนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.21 ถึง 0.73 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกในเวลาราชการมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมายอยู่ที่ร้อยละ 0.25 ส่วนนอกเวลาราชการอยู่ที่ร้อยละ 0.51 โดยผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกในเวรตึก มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัดหมายมากที่สุด ร้อยละ 0.65 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

ปี (พ.ศ.)	เดือน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ
2563	สิงหาคม	5,169	15	0.29
	กันยายน	4,932	17	0.34
	ตุลาคม	5,114	22	0.43
	พฤศจิกายน	4,987	20	0.40
	ธันวาคม	5,215	19	0.36
2564	มกราคม	4,780	23	0.48
	กุมภาพันธ์	4,558	25	0.55
	มีนาคม	5,007	25	0.50
	เมษายน	4,347	19	0.44
	พฤษภาคม	3,373	14	0.42
	มิถุนายน	3,757	8	0.21
	กรกฎาคม	3,804	19	0.50
	สิงหาคม	3,659	23	0.63
	กันยายน	3,684	16	0.43
	ตุลาคม	3,563	19	0.53
	พฤศจิกายน	3,690	27	0.73
	ธันวาคม	3,941	15	0.38
	รวม	77,442	343	0.45
2565	มกราคม	3,862	17	0.44

ตารางที่ 2 การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย แยกตามเวร (shift) ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งแรก

เวร (shift) ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งแรก	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในเวลาราชการ	19,290	48	0.25
นอกเวลาราชการ	58,152	295	0.51
- เวรเช้า	13,193	59	0.45
- เวรบ่าย	33,736	163	0.48
- เวรดึก	11,223	73	0.65

จากประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมด 343 ราย เป็นเพศหญิง 170 ราย เพศชาย 173 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43 ปี โดยพบว่าอายุของผู้ป่วยที่น้อยที่สุดคืออายุ 8 เดือน และมากที่สุดคืออายุ 91 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) จำนวน 292 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.13 ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทไม่ใช่อุบัติเหตุ (Non-trauma) จำนวน 328 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.63 และส่วนใหญ่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก เป็นจำนวน 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.56 ดังแสดงในตารางที่ 3

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมายส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองระดับความรุนแรง (Triage) ระดับ Urgency ร้อยละ 44.90 และระดับ Emergency ร้อยละ 41.11 จากการคัดกรองในการมาตรวจรักษาครั้งแรก และมีระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินในการมาตรวจรักษาครั้งแรก เฉลี่ย 113.26 นาที โดยพบว่าระยะเวลาที่น้อยที่สุดคือ 8 นาที และมากที่สุดคือ 592 นาที (9 ชั่วโมง 52 นาที) โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.07 จะใช้เวลาในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง รองลงมาร้อยละ 35.86 ใช้เวลาในห้องฉุกเฉิน 1-2 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

ลักษณะที่ศึกษา		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	170	49.56
	ชาย	173	50.44
อายุเฉลี่ย		43.04 ปี	
เด็ก (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี)		51	14.87
ผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี)		292	85.13
ประเภทของผู้ป่วย	อุบัติเหตุ (Trauma)	15	4.37
	ไม่ใช่อุบัติเหตุ (Non-trauma)	328	95.63
การกลับมาตรวจซ้ำ	ภายใน 24 ชั่วโมง	218	63.56
	ภายใน 48 ชั่วโมง	125	36.44
ระดับความรุนแรง (Triage)	Resuscitation	2	0.58
	Emergency	141	41.11
	Urgency	154	44.90
	Non-urgency	46	13.41
ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน		0-60	25.07
ในการมาตรวจรักษาครั้งแรก	61-120	123	35.86
	(นาที) >120	134	39.07

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคตามระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) จำนวน 117 คน คิด

เป็นร้อยละ 34.11 รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) และระบบประสาท (Nervous system) คิดเป็นร้อยละ 17.78 และ 11.95 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กลุ่มโรคตามระบบของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

กลุ่มโรคตามระบบ (system)	จำนวน	ร้อยละ
Gastrointestinal	117	34.11
Respiratory	61	17.78
Nervous	41	11.95
Infectious	31	9.04
Urinary	23	6.71
Reproductive	22	6.41
Musculoskeletal	17	4.96
Skin	12	3.50
Cardiovascular	8	2.33
Eye Ear Nose Throat	5	1.46
Endocrine	4	1.17
Hematology	1	0.29
Psychiatry	1	0.29

สาเหตุของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ส่วนใหญ่คือ มีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป (Disease progression) จำนวน 306 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.21 และรองลงมาเป็นการวินิจฉัยผิดพลาด (Missed diagnosis) และการให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม (Inadequate treatment) คิดเป็นร้อยละ 7.87 และ 2.04 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

หลังจากการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) จำนวน 215 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.68 ผู้ป่วยกลับบ้านได้ (Discharge) จำนวน 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.27 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจต่อที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน (Dead at ER) คิดเป็นร้อยละ 0.88 เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 สาเหตุของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
Disease progression	306	89.21
Missed diagnosis	27	7.87
Inadequate treatment	7	2.04
Patient education	3	0.88

ตารางที่ 6 Disposition หลังจากการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย

Disposition	จำนวน	ร้อยละ
Admit	215	62.68
Discharge	121	35.27
OPD	3	0.88
Dead at ER	3	0.88
Against advice	1	0.29

วิจารณ์

การกลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วย เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่ยกถึงความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์⁽³⁾ และบอกถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2565 รวมเป็นระยะเวลา 18 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย จำนวน 343 ราย จากผู้ป่วยจำนวนรวมทั้งสิ้น 77,442 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.45 ซึ่งผ่านมาตรฐานตัวชี้วัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ ประเภท Patient safety ตามเกณฑ์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงควรน้อยกว่าร้อยละ 10⁽⁴⁾ และใกล้เคียงกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ร้อยละ 0.6)⁽³⁾ และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำต่อเดือนอยู่ระหว่างร้อยละ 0.21 ถึง 0.73 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ร้อยละ 0.3-0.8)⁽³⁾

ผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกในเวลาราชการมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้นัดหมาย ร้อยละ 0.25 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกนอกเวลาราชการ กลับมาตรวจรักษาซ้ำร้อยละ 0.51 ซึ่งมากกว่าถึง 2 เท่า อาจเนื่องมาจากในช่วงนอกเวลาราชการมีอัตรากำลังของบุคลากรและจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่น้อยกว่าช่วงในเวลาราชการ โดยผู้ป่วยที่มารับการตรวจครั้งแรกในเวรตึก มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุด คือร้อยละ 0.65 เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ที่ผู้ป่วยเวรตึกมีการกลับมาตรวจซ้ำมากที่สุด⁽⁷⁾ ซึ่งที่โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในเวลาที่ทำการศึกษานั้น เป็นช่วงที่ยังมีอัตราการกำเริบเฉพาะทางเวช ศาสตร์ฉุกเฉินน้อย ส่งผลต่อการจัดเวรนอกเวลา ราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวรตึก แพทย์ที่ขึ้น ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะชั้นปีที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลศรี นครินทร์ ที่พบว่าปัจจัยด้านการแพทย์เป็นอีก ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีแพทย์หลากหลาย หมุนเวียนมาทำงานที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ แพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ น้อยเพราะเพิ่งจบการศึกษา มีโอกาสเกิดความ ผิดพลาดในด้านการรักษา การตรวจร่างกาย และ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุด⁽³⁾ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะต้องได้รับ การแนะนำด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ เพิ่มพูน ประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากแพทย์ผู้มี ประสบการณ์มากกว่า มีการจัดทำแนวทางการ ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นแนวทางสำหรับ แพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน และโรงพยาบาล ควรสนับสนุนการเพิ่มอัตราการกำเริบเฉพาะทาง เวชศาสตร์ฉุกเฉินในแต่ละเวร ให้เพียงพอกับ ภาระหน้าที่และปริมาณผู้ป่วย

ในการศึกษานี้พบว่าสาเหตุของการ กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ร้อยละ 88.21 เกิด จากการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลง (Disease progression) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดเป็น ปัจจัยด้านตัวโรคร้อยละ 74.04 ในโรงพยาบาล ลำพูน⁽⁸⁾ ร้อยละ 72.6 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽³⁾ และร้อยละ 60.6 ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์⁽⁶⁾ ซึ่ง การดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดจากอาการ แสดงของโรคที่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยมัก

กลับมาตรวจซ้ำเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น หรือกลับมา ตรวจซ้ำตามคำแนะนำที่ได้รับหลังจากการมาตรวจ ครั้งแรก การดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไปเป็น สาเหตุที่เกิดขึ้นได้บ่อยและสามารถยอมรับได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยจากตัวโรค ส่วนสาเหตุจากการ วินิจฉัยผิดพลาด (Missed diagnosis) และการ ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม (Inadequate treatment) เป็นสาเหตุที่มีสัดส่วนน้อยกว่า แต่ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา ซึ่ง แสดงถึงคุณภาพการรักษาพยาบาลของหน่วยงาน โดยตรง

จากการเก็บข้อมูลพบว่า การวินิจฉัย ผิดพลาดส่วนใหญ่พบในกลุ่มโรคระบบทางเดิน อาหารและทางเดินปัสสาวะ ซึ่งสาเหตุอาจ เนื่องมาจากโรคในกลุ่มนี้ มักมาด้วยอาการปวด ท้องที่ต้องอาศัยประสบการณ์ในการซักประวัติและ ตรวจร่างกาย นอกจากนี้ยังพบในกลุ่มโรคติดเชื้อ เนื่องจากรอคิดติดเชื้อมักมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ ในช่วงแรก ต้องอาศัยการซักประวัติตรวจร่างกาย ที่เจาะจง และการเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เหมาะสม ร่วมกับการมีความรู้และประสบการณ์ ในการวินิจฉัยแยกโรคที่พบได้บ่อยในพื้นที่ ส่วน สาเหตุจากการได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม พบใน กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด เนื่องจาก โรคในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ตรงไปตรงมา แพทย์เพิ่มพูนทักษะสามารถวินิจฉัยและให้การ รักษาได้ด้วยตนเอง แต่อาจสั่งการรักษาหรือสั่งยา กลับบ้านไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน หรือความเร่งรีบ ใน การ ปฏิบัติงาน เนื่องจาก ปัจจัย ด้าน สภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ ได้รับการคัดกรอง (Triage) ในการมาตรวจรักษา

ครั้งแรกในระดับ Urgency และ Emergency เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับการตรวจรักษาและพิจารณาว่าสามารถกลับบ้านได้ และยังมีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยในระดับ Resuscitation พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.58) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคัดแยกว่ามีระดับความรุนแรงมากที่สุด มักได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่การมาตรวจรักษาครั้งแรก

และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคตามระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาทมากที่สุดตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ที่กลุ่มโรคที่พบบ่อยคือ โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ ปวดศีรษะและเวียนศีรษะ⁽⁶⁾ และการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหารมากที่สุด^(7,9)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและโปรแกรม Electronic medical record (EMR) ของโรงพยาบาลทำให้มีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และการที่ผู้ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอาจไม่สามารถเข้าใจถึงเหตุผลการตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ผู้ทำการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายได้ นอกจากนี้การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเท่านั้น จึงทำให้ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยที่ไปตรวจรักษาซ้ำที่แผนกอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น

สรุป

ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จึงต้องมุ่งแก้ไขปัจจัยสำคัญอันได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ ควรเพิ่มความตระหนักรู้ มีการทบทวนเหตุการณ์ และให้คำแนะนำแก่บุคลากรเมื่อมีการวินิจฉัยผิดพลาด การให้การดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการที่มีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำ บ่อยและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับแพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านผู้ป่วย ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคและการดำเนินโรค ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นจะต้องกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งลดการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่ไม่จำเป็นและก่อให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด และปัจจัยด้านระบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่จะต้องมีการพัฒนา เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอกับภาระงาน เพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงในแต่ละเวรทั้งในและนอกเวลาราชการตามแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน การพัฒนาปัจจัยสำคัญเหล่านี้จะช่วยลดอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ เป็นการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มคุณภาพของห้องฉุกเฉินได้

เอกสารอ้างอิง

- 1 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 20]. Available from: http://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=402
- 2 กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดแผนฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2563 [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://49.231.15.21/deptw1/upload/files/haF25630422115010587.pdf>
- 3 แพรว โคตรธิน, ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, ลัดดาวัลย์ ภักดีราช. การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. KKU J Med 2017;3:29-36.
- 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ (Program/disease specific certification) สำหรับระบบการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ฉบับนำร่อง พ.ศ.2563 [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://49.231.15.21/deptw1/upload/files/haF256304221150285009.pdf>
- 5 กรมการแพทย์. Guideline for ER service delivery (คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน). [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/TEAF256211050831184234.pdf>
- 6 Imsuwan I. Characteristics of unscheduled emergency department return visit patients within 48 hours in Thammasat University Hospital. J Med Assoc Thai 2011;94:73-80.
- 7 Sri-On J, Nithimathachoke A, Tirrell GP, Surawongwattana S, Liu SW. Revisits within 48 Hours to a Thai Emergency Department. Emerg Med Int 2016;2016:1-5.
- 8 วัฒนา น้าพล. การศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน (The Study of Revisited Patients within 24 Hours at the Emergency Room and were Admitted in Lamphun Hospital). วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2558;5(2):24-9
- 9 Tangkulpanich P, Yuksen C, Kongchok W, Jenpanitpong C. Clinical Predictors of Emergency Department Revisits within 48 Hours of Discharge; a Case Control Study. Arch Acad Emerg Med 2020;9(1):e1.

- 10 Alshahrani M, Katbi F, Bahamdan Y, Alsaihati A, Alsubaie A, Althawadi D, et al. Frequency, Causes, and Outcomes of Return Visits to the Emergency Department Within 72 Hours: A Retrospective Observational Study. *J Multidiscip Healthc* 2020;13:2003-10.
- 11 Wu CL, Wang FT, Chiang YC. Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *J Emerg Med* 2010;38(4):512-7.
- 12 Loi SL, Hj Fauzi MH, Md Noh AY. Unscheduled early revisit to emergency department. *Hong Kong J Emerg Med* 2018;25(5):264-71.
- 13 Verelst S, Pierloot S, Desruelles D, Gillet JB, Bergs J. Short-term unscheduled return visits of adult patients to the emergency department. *J Emerg Med* 2014;47(2):131-9.
- 14 Abualenain J, Frohna WJ, Smith M. The prevalence of quality issues and adverse outcomes among 72-hour return admissions in the emergency department. *J Emerg Med* 2013;45(2):281-8.
- 15 Tsai IT, Sun CK, Chang CS, Lee KH, Liang CY, Hsu CW. Characteristics and outcomes of patients with emergency department revisits within 72 hours and subsequent admission to the intensive care unit. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi* 2016;28(4):151-6.
- 16 Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Austral Emerg Care* 2019;22(1):47-68.
- 17 Pellerin G, Gao K, Kaminsky L. Predicting 72-hour emergency department revisits. *The Am J Emerg Med* 2018;36(3):420-4.
- 18 Hu KW, Lu YH, Lin HJ, Guo HR, Foo NP. Unscheduled return visits with and without admission post emergency department discharge. *J Emerg Med* 2012;43(6):1110-8.

เปรียบเทียบอุณหภูมิกายด้วยวิธีวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหู ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

นลพรรณ ณ สงขลา พ.บ.,ว.ว. วิทยาลัยพยาบาล

กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลตรัง

(วันรับบทความ : 7 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ : 3 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 18 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : สถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ผ่านมา การสอดใส่เครื่องวัดอุณหภูมิชนิดใส่ในจมูกเพื่อวัดอุณหภูมิในผู้ป่วยที่รับผ่าตัดนั้นเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ การวัดอุณหภูมิร่างกายโดยวิธีไม่สัมผัสร่างกายจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการติดตามอุณหภูมิกายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบอุณหภูมิกายด้วยวิธีวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหู

วัสดุและวิธีการศึกษา : วิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจำนวน 216 คน ใช้เครื่องมือวิจัยคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ เครื่องวัดอุณหภูมิชนิดสายใส่ในจมูก เครื่องวัดอุณหภูมิบริเวณหน้าผากและเครื่องวัดอุณหภูมิบริเวณช่องหูชนิดอินฟราเรด และ2) แบบบันทึกข้อมูล โดยทำการวัดอุณหภูมิทั้ง 3 วิธีพร้อมกันและอ่านค่า

ผลการศึกษา : อุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในนาที่ที่ 1 และ 30 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาอุณหภูมิรายคู่ระหว่างการวัดอุณหภูมิแกนทางจมูกกับทางหู พบว่าอุณหภูมิเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .787$) ในขณะที่อุณหภูมิรายคู่ระหว่างการวัดอุณหภูมิทางจมูกและผิวหนัง อุณหภูมิทางหูและผิวหนัง พบว่าอุณหภูมิเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป : การวัดอุณหภูมิทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสามารถวัดอุณหภูมิได้ใกล้เคียงกับการวัดอุณหภูมิทางโพรงจมูกที่ใช้กันทั่วไปกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

คำสำคัญ : อุณหภูมิแกนทางจมูก อุณหภูมิผิวหนัง อุณหภูมิทางหู ผู้ป่วยผ่าตัด

A Comparison of The Temperature Measure by Nasal Temperature Probe, Infrared Forehead Skin Thermometer and Infrared Tympanic Thermometer in General Anesthesia Patients

Nonlaphan Na songkhla, M.D.

Department of Anesthesia, Trang hospital

Abstract

Background: During a previous COVID-19 virus outbreak, inserting a nasal probe to measure temperature in surgical patients undergoing general anesthesia posed a risk of infection spread. Non-contact body temperature measurement is therefore an alternative method for monitoring the body temperature of patients during surgery.

Objective: to compare body temperature measure by the nasal core temperature method, infrared forehead skin thermometer , and infrared tympanic thermometer

Materials and Methods: This quasi-experimental research involved 216 surgical patients under general anesthesia. The tools used in the research were: 1) The experimental tool was a nasal tube body thermometer, a forehead skin thermometer, and an infrared tympanic thermometer. 2) a recorder of data. By simultaneously measuring the temperature using all three methods and taking readings

Results: A nasal tube body thermometer, a forehead skin thermometer, and an infrared tympanic thermometer in surgical patients receiving general anesthesia at 1 and 30 minutes were significantly different when considering the pairwise temperature difference between the nasal and tympanic core temperature measurements. The mean temperature was found to be not significantly different ($p = .787$). The result of temperature difference between nasal and skin, tympanic and skin were significantly different ($p < 0.001$)

Conclusions: Tympanic temperature measurements in surgical patients undergoing general anesthesia are similar to nasopharyngeal temperature measurements commonly used in surgical patients.

Keywords: a nasal tube body thermometer, an infrared forehead skin thermometer, an infrared ear thermometer, surgical patients

บทนำ

การวัดอุณหภูมิร่างกายเป็นการใช้เทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิใส่เข้าไปในส่วนหนึ่งของร่างกาย เพื่อประเมินระดับอุณหภูมิ ซึ่งเกิดจากความสมดุลระหว่างความร้อนที่ร่างกายผลิตขึ้นกับความร้อนที่สูญเสียจากร่างกาย ปัจจุบันการวัดอุณหภูมิมีหลายรูปแบบและมีให้เลือกใช้ทั้งการวัดอุณหภูมิแกน (indicate core) หรืออุณหภูมิรอบข้าง (peripheral temperature) การวัดอุณหภูมิร่างกายทั่วไปใช้การประเมินอุณหภูมิร่างกายหลักทางปาก ช่องหู หลอดเลือดแดงบริเวณขมับ รักแร้ ทวารหนัก และหลอดเลือดผ่านทางเครื่องวัดอุณหภูมิแบบกลืนเข้าไป⁽¹⁾ การประเมินทางปาก ผิวหนังและหู ช่วยให้แพทย์สามารถประมาณอุณหภูมิร่างกายได้อย่างรวดเร็วและไม่จำเป็นต้องรูก้าวเข้าไปในอวัยวะของร่างกาย⁽²⁾ ในขณะที่การวัดอุณหภูมิทางจมูก หลอดอาหารและทางทวารหนักแม้จะมีความแม่นยำ ทำให้เกิดการแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อมากขึ้นได้⁽³⁾ แม้ว่าจะเป็นการวัดอุณหภูมิแกนกลางที่ถูกต้องก็ตามอุณหภูมิของร่างกายแต่การวัดวิธีนี้ใช้เวลาในการผ่านเครื่องมือเข้าไปในร่างกาย ต้องมีการวางแผนและควบคุมการวัดอุณหภูมิร่างกาย

สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) ซึ่งจะเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือหรือยาดมสลบผ่านทางหน้ากากหรือท่อหายใจ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจะได้รับการวัดอุณหภูมิร่างกายในทันทีและแม่นยำเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ยิ่งในรายที่รับการผ่าตัดช่องท้องขนาดใหญ่ เช่น Hepatectomy

Opened cholecystectomy Whipple operation Esophagectomy Gastrectomy รวมถึง Explore Laparotomy จะมีการสูญเสียความร้อนออกทางแผลผ่าตัดทางช่องท้องไปกับน้ำที่ระเหยออกจากแผลผ่าตัดปริมาณมาก ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีภาวะอุณหภูมิแกนกายต่ำ (Hypothermia) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิต่ำกว่า 36.0 องศาเซลเซียส เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยระหว่างการดมยาสลบผ่าตัด โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 64.3-70.0 ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วยได้หลายระบบ เช่น เกิดภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทำให้เสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะกรดในร่างกายเพิ่มขึ้น ยาหย่อนกล้ามเนื้อหมดฤทธิ์ช้าลง พ่นซ้ำจากยาดมสลบ หรือหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะหนาวสั่น (shivering) และแผลผ่าตัดติดเชื้อ⁽⁵⁾ ดังนั้นจึงมีการควบคุมรักษาระดับอุณหภูมิแกนกายระหว่างผ่าตัดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 36.0 องศาเซลเซียส และวัดอุณหภูมิแกนกายด้วยการวัดทางจมูก ช่องจมูกเป็นหนึ่งในตำแหน่งที่น่าเชื่อถือที่สุดสำหรับการวัดอุณหภูมิ นอกจากนี้การสอดเครื่องวัดอุณหภูมิชนิดใส่ในจมูก (temperature probe) เข้าไปในช่องจมูก ซึ่งทำได้ค่อนข้างง่ายและเป็นขั้นตอนที่ปลอดภัย ช่องจมูกจึงเป็นอวัยวะที่ใช้ตรวจวัดอุณหภูมิที่ใช้บ่อยในระหว่างขั้นตอนการผ่าตัด โดยตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการวัดอุณหภูมิในช่องจมูกอยู่ใกล้กับหลอดเลือดแดงภายในส่วนที่ใกล้ที่สุดของเยื่อบุโพรงจมูกกับหลอดเลือดแดงภายในอยู่ภายในช่องจมูกส่วนบนหรือกลาง จึงควรสอดสายวัดอุณหภูมิชนิดใส่ในจมูกเข้าไปในช่องโพรงจมูกตรงกลางหรือด้านล่าง ความลึกของการสอดสายวัดอุณหภูมิใน

โพรงจมูกอยู่ระหว่าง 10 ถึง 20 เซนติเมตรในผู้ใหญ่ได้ดี⁽⁶⁾

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการวัดอุณหภูมิทั้งแบบรุกรานร่างกาย เช่น การวัดอุณหภูมิในหลอดเลือดแดงปอดและหลอดเลือดอาหาร และแบบไม่รุกรานร่างกาย เช่น แก้วหู หลอดเลือดแดงบริเวณขมับและทางช่องปากในผู้ป่วยที่ป่วยหนัก พบว่า การวัดอุณหภูมิทางหูเป็นวิธีการที่แนะนำสำหรับการวัดแกนกลางแบบไม่รุกรานร่างกายที่ถูกต้องแม่นยำ American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN) แนะนำให้วัดความสมบูรณ์ของอุณหภูมิแก้วหูเป็นวิธีการแบบไม่รุกรานของการควบคุมอุณหภูมิขณะผ่าตัด⁽⁷⁾ ประโยชน์ต่อการปฏิบัติการรักษาขณะผ่าตัด เนื่องจากการวัดอุณหภูมิร่างกายโดยใช้วิธีการที่ไม่รุกรานร่างกาย โดยใช้เครื่องวัดอุณหภูมิแก้วหูอินฟราเรด ไม่จำเป็นต้องเลือกตำแหน่งการใส่สายวัดอุณหภูมิชนิดสอดในโพรงจมูก หรือเลือกเทคนิคการวางยาสลบได้สะดวก ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญทางการแพทย์⁽⁸⁾

การให้บริการของห้องผ่าตัด เพื่อให้บริการผ่าตัดเกี่ยวกับด้านศัลยกรรมทั่วไปและผ่านกล้องทางศัลยกรรม โดยมุ่งเน้นการป้องกันรักษาและการฟื้นฟูภายใต้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรม วิสัญญีแพทย์ พยาบาลและแพทย์สาขาอื่นที่ร่วมดูแล เช่น อายุรแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการดูแลรักษาโรคอื่นๆ ที่พบได้บ่อย เช่น ปวดท้องเฉียบพลันซึ่งเป็นอาการของโรคไส้ติ่ง ไส้เลื่อน เส้นเลือดอุดตัน ในถุงน้ำดี รวมถึงโรคเกี่ยวกับการรักษาผ่าตัดต่อมลูกหมาก ให้บริการได้ทุกสาขาตลอด 24 ชั่วโมงทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่ผ่านมา ทำให้การบริการในห้องผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการ

แพร่กระจายเชื้อได้สูง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพรวมถึงทีมการผ่าตัด ต้องตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การสอดใส่สายวัดอุณหภูมิชนิดใส่ในจมูกเพื่อวัดอุณหภูมิจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และเพิ่มความไม่สุขสบายให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยใช้ระยะเวลาผ่าตัดไม่นาน การเลือกวัดอุณหภูมิร่างกายทางผิวหนังหรือทางหูจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ จากการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการวัดอุณหภูมิร่างกายโดยใช้เทอร์โมมิเตอร์อินฟราเรด (Infrared thermometer) มีความแม่นยำในระดับหนึ่ง⁽⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบความแม่นยำของการวัดอุณหภูมิร่างกายทางผิวหนังบริเวณหน้าผากหรือทางหู เมื่อเทียบกับการวัดอุณหภูมิแกนกลางทางโพรงจมูก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งประเมินค่าความถูกต้องของการวัดอุณหภูมิทางผิวหนังบริเวณหน้าผากและทางหูเทียบกับการวัดอุณหภูมิแกนกลางทางจมูก โดยใช้เครื่องมือการวัดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการวัดอุณหภูมิร่างกายทางจมูก นำไปสู่การลดการติดเชื้อ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการวัดอุณหภูมิร่างกายทางจมูก เช่น การบาดเจ็บในจมูก เป็นต้น อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นในการนำมาใช้ในการดูแลเพื่อติดตามอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอุณหภูมิร่างกายด้วยวิธีวัดอุณหภูมิแกนกลางทางจมูก ผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ณ โรงพยาบาลตรังระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2565 จำนวน 216 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยวิธีใส่ท่อช่วยหายใจสามารถอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ดีพอควรอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก คัดจมูก หรือมีความผิดปกติของโพรงจมูก และผู้ป่วยตั้งครรภ์

งานวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือการวิจัย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ เครื่องวัดอุณหภูมิภายในช่องจมูกตามชนิดของเครื่องติดตามสัญญาณชีพที่ใช้ในห้องผ่าตัดนั้นๆ (Nasal temperature probe for monitoring machine) เครื่องวัดอุณหภูมิบริเวณหน้าผากชนิดอินฟราเรดวัด ยี่ห้อ Yuwell YT-2 Infrared Thermometer และเครื่องวัดอุณหภูมิบริเวณช่องหูชนิดอินฟราเรดวัด ยี่ห้อ Covidien Genius3 Infrared Tympanic Thermometer ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ผ่านการเทียบตามมาตรฐาน ISO/IEC 17025 นาฬิกาจับเวลาแบบดิจิทัล 1 เรือน เครื่องวัดอุณหภูมิห้อง รุ่น HTC-1 1 เรือน 2) แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกอุณหภูมิ ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .64

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยดูจากทะเบียนผู้ป่วย จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างโดยพูดคุย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และพินิจกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการชี้แจงการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบ

ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจัดบันทึกอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่จากเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดสิ่งแวดล้อม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มวัดอุณหภูมิทางจมูกทางผิวหนังและทางหูพร้อมกัน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน ผู้เก็บข้อมูลแต่ละคนอ่านค่าอุณหภูมิที่ตนวัดได้และบันทึกค่าในนาฬิกาที่ 1 หลังการเริ่มผ่าตัด และนาฬิกาที่ 30 ของการผ่าตัด และทำการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิ โดยการวัดอุณหภูมิในแต่ละตำแหน่งมีดังนี้

1. การวัดอุณหภูมิร่างกายทางจมูก ในการศึกษาใช้บริเวณโพรงจมูก (Nasopharynx) วัดโดยติดตัวรับรู้ (probe) ของเครื่อง ในโพรงจมูกลึกประมาณ 10-20 เซนติเมตร

2. การวัดอุณหภูมิร่างกายทางหู โดยใส่ Probe cover หุ้มที่ปลายหัวเครื่องวัดอุณหภูมิ ดึงใบหูขณะวัด ใส่เครื่องวัดเข้าไปในช่องหูให้แนบสนิทกับรูหู แล้วกดปุ่มวัดอุณหภูมิแล้วใช้เวลาวัด 1 – 2 วินาทีและอ่านอุณหภูมิ ทั้ง Probe cover ใส่ในภาชนะที่เตรียมไว้เก็บอุปกรณ์เข้าที่

3. การวัดอุณหภูมิร่างกายทางผิวหนังบริเวณหน้าผาก โดยหันตัวเครื่องวัดอุณหภูมิไปที่บริเวณหน้าผาก โดยให้เซ็นเซอร์หันตรงไปทางหน้าผาก เพื่อให้เซ็นเซอร์สามารถตรวจจับความร้อนที่ร่างกายแผ่ออกมา และเว้นระยะห่างระหว่างเครื่องวัดอุณหภูมิกับหน้าผากประมาณ 5 เซนติเมตร กดปุ่มเครื่องวัดอุณหภูมิและอ่านผลตัวเลขที่แสดงผ่านหน้าจอดิจิทัล

หลังจากตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ (frequency) และหาร้อยละ (percentage) รวมทั้งค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Standard Deviation) และเปรียบเทียบ
อุณหภูมิจากการวัดในแต่ละวิธีด้วย One way
ANOVA repeat

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย
ครั้งนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยขอ
ความยินยอมเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่ม
ตัวอย่างลงลายลักษณ์อักษรแสดงความยินยอม
แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้
จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็น
ความลับและใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น การ
วิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็น
ภาพรวม โดยไม่กระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การ
ทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมโรงพยาบาลตรัง เลขที่ 033/09-2565

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คนส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.3 มีอายุอยู่ในช่วง

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n = 216)

ข้อมูล	จำนวน
เพศ (จำนวน/ร้อยละ)	
ชาย	113 / 52.3
หญิง	103 / 47.7
อายุ (ปี)	52.48 / 18.269
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	63.46 / 15.136
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	160.85 / 9.132
ดัชนีมวลกาย (BMI)	24.39 / 5.193
ASA physical status	
I / IE	29 / 13.43
II / IIE	115 / 53.24
III / IIIE	72 / 33.33

หมายเหตุ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย นำเสนอในรูปแบบ Mean±SD ข้อมูล
เชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ และ ASA physical status เสนอในรูปแบบของจำนวน/ร้อยละ

41-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 36.6 กลุ่มตัวอย่างมี
สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 75.5 จบ
ระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 45.8 มี
อาชีพเกษตรกรมากที่สุดร้อยละ 30.1 กลุ่มตัวอย่าง
มีลักษณะทางกายภาพ โดยมีส่วนสูงระหว่าง 161-
170 เซนติเมตรมากที่สุดร้อยละ 38 น้ำหนักตัว
ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 กิโลกรัมคิดเป็นร้อยละ
60.2 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.90 มาก
ที่สุดร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการผ่าตัด
บริเวณช่องท้องมากที่สุดร้อยละ 37 จำแนกผู้ป่วย
ออกตาม ASA (American association of
Anesthesiologist) อยู่ระดับ 2 มากที่สุดร้อยละ
27.3 ใช้ระยะเวลาผ่าตัดระหว่าง 31-60 และต่ำกว่า
30 นาทีมากที่สุดร้อยละ 38.4 อุณหภูมิ
ร่างกายก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่
ระหว่าง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ร้อยละ 59.3

2. อุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในนาที่ที่ 1 และ 30 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ โดยการทดสอบความแปรปรวนของอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการวัดแต่ละวิธี พบว่า Mauchly's test นี้มีนัยสำคัญ จึงพิจารณาในค่า Greenhouse-Geisser เมื่อพิจารณาอุณหภูมิรายคู่ในนาที่ที่ 1 ระหว่างการวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก (Mean = 36.681) กับอุณหภูมิทางผิวหนัง (Mean = 36.985) และการวัดอุณหภูมิทางผิวหนัง (Mean = 36.985) กับอุณหภูมิทางหู (Mean = 36.662) พบว่าอุณหภูมิเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p

$<.05$) ส่วนการวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก (Mean = 36.681) กับอุณหภูมิทางหู (Mean = 36.662) พบว่า อุณหภูมิเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .787$)

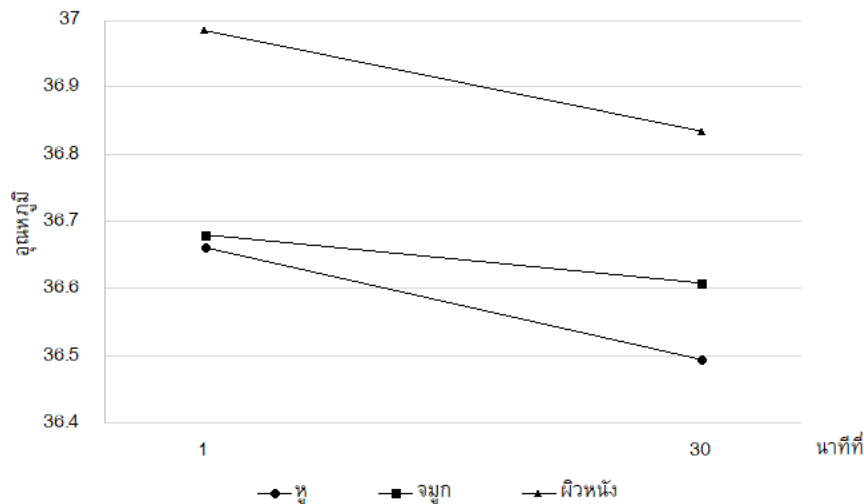
เมื่อพิจารณาอุณหภูมิรายคู่ในนาที่ที่ 30 ระหว่างอุณหภูมิแกนทางจมูก (Mean = 36.609) กับอุณหภูมิผิวหนัง (Mean = 36.835) และอุณหภูมิผิวหนัง (Mean = 36.835) กับอุณหภูมิทางหู (Mean = 36.495) พบว่า อุณหภูมิเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) ส่วน อุณหภูมิแกนทางจมูก (Mean = 36.609) กับอุณหภูมิทางหู (Mean = 36.495) พบว่า อุณหภูมิเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .119$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในนาที่ที่ 1 และ 30 เป็นรายคู่ โดยวิธี LSD ($n=216$)

อุณหภูมิ	Mean	SD	Mean difference	p
นาที่ที่ 1				
วัดอุณหภูมิแกนทางจมูก	36.681	.043	.304	<0.001
วัดอุณหภูมิผิวหนัง	36.985	.041		
วัดอุณหภูมิแกนทางจมูก	36.681	.043	.019	.787
วัดอุณหภูมิทางหู	36.662	.079		
วัดอุณหภูมิผิวหนัง	36.985	.041	.324	<0.001
วัดอุณหภูมิทางหู	36.662	.079		
นาที่ที่ 30				
วัดอุณหภูมิแกนทางจมูก	36.609	.044	.227	.000
วัดอุณหภูมิผิวหนัง	36.835	.038		
วัดอุณหภูมิแกนทางจมูก	36.609	.044	.114	.119
วัดอุณหภูมิทางหู	36.495	.076		
วัดอุณหภูมิผิวหนัง	36.835	.038	.340	.000
วัดอุณหภูมิทางหู	36.495	.076		

เปรียบเทียบอุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนัง และทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไประหว่างนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 30 โดยทดสอบความแตกต่างของอุณหภูมิแกนทางจมูก

ผิวหนังและทางหู ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังภาพแสดงที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงอุณหภูมิแกนทางจมูก ผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไประหว่างนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 30

วิจารณ์

การวัดอุณหภูมิร่างกายทำได้หลายตำแหน่งด้วยเครื่องมือที่ต่างๆ กัน ยิ่งในปัจจุบันมีวิธีการวัดอุณหภูมิใหม่ ได้แก่ การวัดทางหน้าผากด้วยอินฟราเรด นอกเหนือจากการวัดทางรักแร้ การวัดทางปาก การวัดทางหู ซึ่งการวัดแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียต่างกัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัสโควิด-19 การวัดอุณหภูมิแกนทางจมูกซึ่งต้องสอดใส่ติดตัวรับรู้ (skin probe) ของเครื่องบริเวณโพรงจมูก (Nasopharynx) ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัส เพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำความสะดวกเครื่องมือ ดังนั้นการหาวิธีวัดอุณหภูมิที่ได้ใกล้เคียงกับการวัดอุณหภูมิแกนทางจมูกจึงเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย

ผ่าตัด จากผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบอุณหภูมิแกนทางจมูก ทางผิวหนังและทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไประหว่างนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 30 พบว่าการวัดแต่ละวิธีแตกต่างกัน เมื่อทดสอบการวัดอุณหภูมิเป็นรายคู่ พบว่า อุณหภูมิแกนทางจมูกกับอุณหภูมิผิวหนัง และอุณหภูมิผิวหนังกับอุณหภูมิทางหู มีอุณหภูมิเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การวัดอุณหภูมิแกนทางจมูกกับอุณหภูมิทางหู พบว่าวัดอุณหภูมิเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการวัดอุณหภูมิทางหูสามารถวัดค่าอุณหภูมิได้ใกล้เคียงกับการวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก หนึ่งในวิธีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดคือการวัดอุณหภูมิแกนทางจมูก โดยช่องจมูกเป็นหนึ่งในตำแหน่งที่น่าเชื่อถือที่สุดสำหรับการวัดค่า

อุณหภูมิ⁽¹⁾ การสอดสายวัดหรือตัวรับรู้เข้าไปในโพรงหลังจมูกทำได้ค่อนข้างง่ายและเป็นขั้นตอนที่ปลอดภัย โดยสอดสายวัดหรือตัวรับรู้อุณหภูมิหลังโพรงจมูกลึกระหว่าง 10 ถึง 20 เซนติเมตร⁽⁹⁾ มีการศึกษาเกี่ยวกับการวัดอุณหภูมิทางจมูก พบว่าการวัดอุณหภูมิหลังโพรงจมูกมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอุณหภูมิช่องทวารหนัก และค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิทางโพรงจมูกและช่องทวารหนักอยู่ในช่วงแคบมากในภาวะอุณหภูมิต่ำ⁽¹⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าการวัดอุณหภูมิทางจมูกมีความแม่นยำ แต่เนื่องจากการวัดอุณหภูมิทางนี้ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัสมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ การหาวิธีการวัดอุณหภูมิที่ใกล้เคียงกันจึงเป็นทางเลือกที่ดีในการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการวัดอุณหภูมิทางหูสามารถอุณหภูมิได้ใกล้เคียงกัน มีการศึกษาพบว่าเครื่องวัดอุณหภูมิทางหูมีความสามารถในการตรวจจับไข้หรืออุณหภูมิร่างกายที่สูงได้ดีกว่าเครื่องวัดอุณหภูมิชั่วคราวอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ ซึ่งการวัดอุณหภูมิเยื่อแก้วหูหรือทางหูใช้อุปกรณ์วัดเป็น infrared sensor มีข้อดีคือใช้เวลาสั้น ทำได้สะดวก ไม่สร้างความรำคาญ⁽³⁾ เครื่องวัดอุณหภูมิทางหูแบบอินฟราเรดมีความแม่นยำสูงในการวินิจฉัยภาวะอุณหภูมิต่ำกว่าปกติ โดยจุดตัดของอุณหภูมิหูอินฟราเรดสำหรับภาวะอุณหภูมิต่ำกว่าปกติคือ 36.2°C มีความไว (sensitivity) 0.89 (95% CI, 0.71-0.98) และความจำเพาะ (specificity) 0.87⁽¹¹⁾ อีกทั้งเครื่องวัดอุณหภูมิทางหูมีความไวสูงกว่าร้อยละ 90⁽⁷⁾ การวัดอุณหภูมิทางหูไม่สามารถวัดแบบต่อเนื่องตลอดเวลาได้เหมือนการวัดอุณหภูมิทางจมูก ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่เข้ามาทำการวัดในแต่ละครั้ง มีข้อจำกัดในบางเหตุการณ์ที่ทำผ่าตัดบริเวณศีรษะ ทำให้การเข้าถึงบริเวณช่องหูลำบาก อาจจะ

รบกวนการทำงานของศัลยแพทย์ รวมถึงขั้นตอนในการเก็บปลอกเครื่องวัดอุณหภูมิบริเวณหูหลังจากใช้งาน ต้องคำนึงถึงความสะดวกในการนำกลับมาใช้ซ้ำในบุคคลเดิม ปลอกเครื่องวัดอุณหภูมิบริเวณหูจัดเป็นวัสดุทางการแพทย์ชนิดสิ้นเปลือง ใช้ครั้งเดียวทิ้ง เมื่อเปรียบเทียบราคาเฉพาะปลอกเครื่องวัดอุณหภูมิจะมีราคาสูงกว่าการวัดอุณหภูมิประเภทอื่นที่สามารถใช้ซ้ำได้ ระยะเวลาการผ่าตัดไม่มีผลต่อการวัดอุณหภูมิทางช่องหู จากการวิจัยนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการวัดอุณหภูมิทางช่องหู

สำหรับการวัดอุณหภูมิทางผิวหนังในการวิจัยครั้งนี้ วัดอุณหภูมิได้แตกต่างจากการวัดวิธีอื่นๆ โดยพบว่า เครื่องวัดอินฟราเรดทางหน้าผากนั้นวัดอุณหภูมิได้สูงกว่าการวัดอุณหภูมิทางโพรงจมูกและการวัดอุณหภูมิทางหู เครื่องวัดอุณหภูมิทางหน้าผากแบบอินฟราเรด (IFT) เป็นเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของ COVID-19 ในปัจจุบัน การวัดชนิดไม่สัมผัสใช้ได้ดี ถูกต้อง ง่าย ทำได้หลายตำแหน่งและไม่ต้องใส่เข้าไปในร่างกาย อย่างไรก็ตามเครื่องวัดอุณหภูมิทางหน้าผากแบบอินฟราเรดมีความแม่นยำในระดับต่ำและได้รับผลกระทบของอุณหภูมิแวดล้อมทำให้ไม่สามารถใช้งานในสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิต่ำได้⁽¹²⁾ เครื่องวัดอุณหภูมิทางหน้าผากแบบอินฟราเรดเมื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจึงยังไม่เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการวัดอุณหภูมิด้วย Temple Touch Pro ซึ่งเป็นการวัดแบบไม่ลุกล้ำร่างกายของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการตรวจสอบอุณหภูมิระหว่างการผ่าตัดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวซึ่งได้รับการระงับความรู้สึกจากระบบประสาทหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ร่วมกับยาระงับประสาท⁽¹³⁾ แต่ไม่แม่นยำพอที่จะใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบ นอกจากนี้การวัดอุณหภูมิ

ของผิวหนังแตกต่างจากอุณหภูมิของร่างกาย
แกนกลางอย่างมีนัยสำคัญและได้รับอิทธิพลจาก
สภาวะแวดล้อม⁽¹⁴⁾ และจากการทบทวนงานวิจัย
เกี่ยวกับการวัดอุณหภูมิของผิวหนังด้วย Non-
contact infra-red skin thermometers (NCITs)
ยังพบว่า ความแม่นยำของการวัดขึ้นกับการวัดซ้ำ
ขนาดของแหล่งที่มาของความร้อนและระยะทาง ทำ
ให้วัดอุณหภูมิได้แตกต่างกันอยู่ในช่วง 15–45
องศาเซลเซียส⁽¹⁵⁾ แสดงถึงการวัดอุณหภูมิทาง
ผิวหนังมีองค์ประกอบที่ทำให้การวัดอุณหภูมิไม่
แม่นยำ จึงทำให้การวัดอุณหภูมิไม่ใกล้เคียงกับ
การวัดอุณหภูมิทางโพรงจมูก

สรุป

การวัดอุณหภูมิทางหูในผู้ป่วยผ่าตัดที่
ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสามารถวัด
อุณหภูมิได้ใกล้เคียงกับการวัดอุณหภูมิทางโพรง
จมูกที่ใช้กันทั่วไปกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

ข้อจำกัดของงานวิจัย การวัดอุณหภูมิ
บริเวณผิวหนัง ค่าที่วัดมีความคลาดเคลื่อนได้ง่าย
เนื่องจากตำแหน่งที่วัดของผู้เก็บงานวิจัยแต่ละคนมี
ความแตกต่างกัน อุณหภูมิห้องขณะที่ทำการวัด ไม่
สามารถควบคุมให้เท่ากันได้ในแต่ละราย ซึ่ง
อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมมีผลต่ออุณหภูมิบริเวณผิวหนัง
มากกว่าอุณหภูมิบริเวณอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Hymczak H, Gołęb A, Mendrala K, Plicner D, Darocha T, Podsiadło P, et al. Core Temperature Measurement-Principles of Correct Measurement, Problems, and Complications. Int J Environ Res Public Health 2021;18(20): 1-8.
2. Poveda VdB, Nascimento AdS. Intraoperative body temperature control: esophageal thermometer versus infrared tympanic thermometer. Rev Esc Enferm USP 2016;50:946-52.
3. Yeoh WK, Lee JKW, Lim HY, Gan CW, Liang W, Tan KK. Re-visiting the tympanic membrane vicinity as core body temperature measurement site. Plos One 2017;12(4):e0174120.
4. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.๒๕๖๒ เรื่อง แนวทางพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565] เข้าถึงจาก <http://www.anesthai.org/public/rcat/Documents /document/ 1 5 7 1 1 3 1 3 4 1 % B 5 % E 0 % B 9 % 8 8 % E 0 % B 8 % A 2 % E 0 % B 8 % A 7 % E 0 % B 8 % 8 1 % E 0 % B 8 % B 1 % E 0 % B 8 % 9 A % E 0 % B 8 % 8 1 % E 0 % B 8 % B 2 % E 0 % B 8 % A 3 . pdf>

5. มนสิชา สมจิตร, นรินทร์ พลายละหาร, อัศววัฒน์ สีนเกื้อกุลกิจ, วิลาวัลย์ สมดี, วิริยา ถิ่นช็ลอง, พุ่มพวง สารพาณิชย์. การศึกษาเปรียบเทียบอุณหภูมิแกนของผู้ป่วยที่ใช้ Forced-Air Warming ด้วยวิธี Modified Lower-Body Cover กับ Commercial Lower-Body Cover ในระหว่างการผ่าตัดช่องท้องขนาดใหญ่. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36(4):401-8.
6. Yang F, Wang J, Cui J, Zhuan J, Hu X, Chen S. An Overview of the Implications for Perianesthesia Nurses in terms of Intraoperative Changes in Temperature and Factors Associated with Unintentional Postoperative Hypothermia. J Healthc Eng 2022;6955870.
7. Mogensen CB, Wittenhoff L, Fruerhøj G, Hansen S. Forehead or ear temperature measurement cannot replace rectal measurements, except for screening purposes. BMC Pediatr 2018;18(1):15. doi: 10.1186/s12887-018-0994-1.
8. Ramirez-GarciaLuna JL, Bartlett R, Arriaga-Caballero JE, Fraser RDJ, Saiko G. Infrared Thermography in Wound Care, Surgery, and Sports Medicine: A Review. Front Physiol 2022;13:838528.
9. Wang L, Yin H, Di Y, Liu Y, Liu J. Human local and total heat losses in different temperature. Physiol Behav 2016;157:270-6.
10. Hine K, Hosono S, Kawabata K, Miyabayashi H, Kanno K, Shimizu M, et al. Nasopharynx is well-suited for core temperature measurement during hypothermia therapy. Pediatr Int 2016;59(1):29-33.
11. Wan L, Shen PY, Zhang SX, Wang LZ. Agreement of infrared ear temperature with nasopharyngeal temperature and diagnostic performance on hypothermia in general anesthetized patients. J Chin Med Assoc 2022;85(11):1093-7.
12. Songlin Y, Hailiang Z, Wei W, Zhe W, editors. A novel infrared forehead thermometer with ambient temperature compensation for body temperature measurement in low-temperature environment. 5th Optics Young Scientist Summit 2022;12448.

13. Bräuer A, Fazliu A, Brandes IF, Vollnhals F, Grote R, Menzel M. Evaluation of the Temple Touch Pro™ noninvasive core-temperature monitoring system in 100 adults under general anesthesia: a prospective comparison with esophageal temperature. *J Clin Monit Comput* 2023;37(1):29-36.
14. Machin G, Brettle D, Fleming S, Nutbrown R, Simpson R, Stevens R, et al. Is current body temperature measurement practice fit-for-purpose? *J Med Eng Technol* 2021;45(2):136-44.
15. Fletcher T, Whittam A, Simpson R, Machin G. Comparison of non-contact infrared skin thermometers. *J Med Eng Technol* 2018;42(2):65-71.

ความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการ ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปิยะนุช ศรีนวลเอียด พ.บ., ว.ว.จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลทุ่งสง

(วันรับบทความ : 10 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ : 13 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 23 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นพบได้บ่อยและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ผู้ปกครองเด็กอาจเผชิญกับภาวะเครียด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของเด็กได้ในระยะยาวด้วย ดังนั้นความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับความเครียด พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองที่พาเด็กและวัยรุ่นมารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รพ.ทุ่งสง ตั้งแต่ 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 จำนวน 300 คน

ผลการศึกษา : พบผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 และมีพฤติกรรมจัดการความเครียดในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของผู้ปกครองคือ ความเพียงพอของรายได้และความรุนแรงของอาการเด็ก โดยกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่รายได้เพียงพอ 2.93 เท่า ($p < 0.05$) และกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของอาการเด็กมากกว่า จะมีคะแนนความเครียดเพิ่มมากขึ้น

สรุป : ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีความเครียดและมีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ความเพียงพอของรายได้และความรุนแรงของอาการเด็ก เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเครียด ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กและผู้ปกครองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ความเครียด พฤติกรรมการจัดการความเครียด ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

**Stress and Stress Management Behaviors in Parents of Child
at Outpatient Department of Child and Adolescent Psychiatric Clinic
in Thungsong Hospital, Nakhon Sri Thammarat Province**

Piyanooch Srinuaniad, MD.

Department of Psychiatry and drugs, Thungsong Hospital

Abstract

Background: Mental health problems in children and adolescents are common and tend to be more serious. Parents may experience stress, which in turn affects the mental health of the child. Therefore, attention to stress and stress management among parents of child and adolescent psychiatric patients is important.

Objective: To study the level of stress, stress management behavior of parents of child and adolescent psychiatric patients and related risk factors.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted of 300 parents, who brought their children and adolescents to receive treatment at the Outpatient Department of the Child and Adolescent Psychiatric Clinic at Thungsong Hospital from August 1 to November 30, 2022.

Results: Parents of child and adolescent psychiatric patients ($n = 179$, 59.7%) had moderate levels of stress and stress management behaviors. The sufficiency of income and the severity of child symptoms were associated with the level of stress. The group with insufficient income was 2.93 times more stressful than those with sufficient income ($p < 0.05$), and the group with high severity of child symptom has a higher stress score.

Conclusion: The patient's parents had moderate stress and stress management behavior. The sufficiency of income and severity of child symptoms were important factors associated with the level of stress. The results of this can be used to develop a better healthcare system for children and parents.

Keywords: parents of child and adolescent psychiatric patients; stress; stress management behavior

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นพบได้บ่อยและมีแนวโน้มมีมากขึ้น จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต พบจำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอกจิตเวช เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลในปี 2561-2563 จำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อการตรวจรักษาต่อของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคใต้ พบจำนวนผู้ป่วยขอรับบริการเพิ่มขึ้นจากปี 2561-2563 เป็น 6,732 6,847 และ 7,599 คนตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลทุ่งสง ปี 2561 เป็นจำนวน 1,082 ราย มีจำนวนการให้บริการ 2,903 ครั้ง และปี 2562 จำนวนผู้ป่วยมารับบริการ 1,399 ราย จำนวนการให้บริการ 3,689 ครั้ง⁽²⁾ อีกทั้งคนในสังคมเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและโรคระบาดอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสดังกล่าวความกดดัน ความเครียด และความวิตกกังวล ส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนไทยและเด็กไทยเป็นจำนวนมาก โดยจะเห็นได้จากปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจทำให้ความเครียดและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า (depression) นอกจากนั้นพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของ ปี 2562 และ 2563 พบว่าจำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide) เพิ่มขึ้นร้อยละ 20⁽³⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงต้องมีมาตรการการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกเขตสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมการเข้าสู่คลื่นลูกที่ 4 หลังโรคระบาด และสร้างความ

เข้มแข็งทางจิตใจ เพื่อปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (new normal)⁽⁴⁾

โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นกลุ่มโรคที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม ผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่มนี้ อาจมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่⁽⁵⁾ โดยอาการและโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ปัญหาการเรียนรู้ พัฒนาการช้า ออทิสติก ภาวะซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย ปัญหาติดเกม พฤติกรรมก้าวร้าว และปัญหาติดยาเสพติด เป็นต้น พ่อแม่หรือผู้ปกครอง จึงต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเป็นอย่างมาก ทำให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้ มักเผชิญกับภาวะเครียดได้ง่าย การศึกษาก่อนหน้านี้พบภาวะเครียดมาก 14% ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช⁶ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ชนิดของโรคทางจิตเวช ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย สถานภาพสมรส การศึกษาของผู้ปกครอง สถานะการเงินของครอบครัวผู้ป่วย^(6-7,9) เป็นต้น และพบว่าภาวะสุขภาพจิตของมารดาส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของเด็กได้ในระยะยาวด้วยเช่นกัน^(5,7)

การให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการเฝ้าระวังติดตาม ดูแลและช่วยเหลือตั้งแต่ต้น จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระดับความเครียดและพฤติกรรมในการจัดการความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยังมีย่อยอย่างจำกัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครองผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อหาแนวทางในการจัดการความเครียดที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ปกครองที่พาเด็กและวัยรุ่นมารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รพ. พุ่งสง ตั้งแต่ 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 จำนวน 300 คน การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยของรพ. พุ่งสง เลขที่เอกสารรับรอง REC-TH023/2022

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่พาเด็กเข้ามาใช้บริการที่แผนกจิตเวชเด็ก รพ. พุ่งสง ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2565 มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ ใกล้ชิดกับเด็ก และเป็นผู้ดูแลเด็กต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ปกครอง 1 คน ต่อเด็กที่ได้รับการรักษา 1 คน จะเลือกผู้ปกครองที่ดูแลเด็กใกล้ชิดที่สุด โดยไม่นับจำนวนผู้ปกครองซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 10 ข้อ และผู้ปกครอง จำนวน 18 ข้อ

2. แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความเครียดของผู้ปกครอง Suanprung Stress Test-20 (SPST20) โดยกรมสุขภาพจิต⁽¹¹⁾ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.7 ทั้งหมด 20 ข้อ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ปกครอง จำนวน 31 ข้อ โดย รอฮานิ เจอะอาแซ⁽¹²⁾ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการจัดการความเครียดของเพนเดอร์และคณะ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ 0.88 แบ่งการจัดการความเครียดที่เหมาะสมออกเป็น 3 ด้าน คือด้านที่ 1 การลดความถี่ของเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด เป็นการจัดการเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากใจก่อนที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ในภายหลัง เช่น การจัดบ้านให้น่าอยู่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เครียด การบริหารเวลาให้สมดุล การวางแผนการใช้จ่าย และการท่องเที่ยวพักผ่อน ด้านที่ 2 การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด เป็นการเพิ่มความสามารถของตนเองในการเผชิญความเครียดทั้งทางกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง การรับรู้ความสามารถที่มีของตนเอง การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ และการหาแหล่งสนับสนุนในการเผชิญปัญหา และด้านที่ 3 การสร้างเงื่อนไขเพื่อลดอาการที่เกิดจากการตอบสนองต่อความเครียด เช่น เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การฝึกจินตภาพ การนวดผ่อนคลาย และการนอนหลับให้เพียงพอ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 0.00-1.00 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ 1.01-2.00 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับปานกลาง และ 2.01-3.0

หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความเครียดระดับสูง โดยหากมีคะแนนในระดับต่ำ หมายถึงควรแนะนำวิธีการจัดการความเครียด และส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ทั้ง3ด้านให้เกิดขึ้น หากมีคะแนนในระดับปานกลางและสูง ควรส่งเสริมฝึกฝนทักษะการจัดการความเครียดที่ทำอยู่แล้วให้สม่ำเสมอยิ่งขึ้น อีกทั้งให้คำแนะนำทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสมในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการรายงานระดับความเครียดของผู้ปกครองและพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ปกครอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ปกครอง และลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression analysis) การเลือกปัจจัยเสี่ยงแบบ univariate analysis จะใช้ค่า cut-off ที่ $p\text{-value} < 0.2$ และการขั้นตอนการเลือกโมเดลสุดท้าย (multivariate analysis)

จะใช้ความเชื่อมั่นที่ (confidence interval) 95% และ $p\text{-value} < 0.05$ เพื่อหาค่า odds ratio ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด โปรแกรมทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ SPSS version 16.0

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 คน พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 11.2 ปี มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4 ปี ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาเฉลี่ย 1,361.2 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 902.7 วัน ส่วนมากกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.7 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบริการ ร้อยละ 54.7 และใช้สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 93.3 ส่วนมากผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.3 อาการที่นำมารพ.คือ ซึมเศร้า ร้อยละ 53 การวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 64 ส่วนมากมีโรคที่วินิจฉัยร่วม ร้อยละ 74 และส่วนมากเข้าในการรักษา ร้อยละ 81.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (n=300)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับชั้น	
อนุบาล	23 (7.7)
ประถม	173 (57.7)
มัธยมต้น	63 (21.0)
มัธยมปลาย	21 (7.0)
อื่นๆ	20 (6.7)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
พื้นที่บริการ	
ในเขต	164 (54.7)
นอกเขต	136 (45.3)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพ	280 (93.3)
ข้าราชการ	14 (4.7)
จ่ายเงินเอง	3 (1.0)
อื่นๆ	3 (1.0)
อาการที่นำมารพ.	
นอนไม่นิ่ง	159 (53.0)
เรียนหนังสือไม่ทัน	57 (19.0)
พูดซ้ำ	48 (16.0)
อื่นๆ	36 (12.0)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	268 (89.3)
มี	32 (10.7)
วินิจฉัย	
สมาธิสั้น	192 (64.0)
บกพร่องการเรียนรู้	10 (3.3)
ออทิสติก	59 (19.7)
อื่นๆ	39 (13.0)
วินิจฉัยร่วม	
ไม่มี	78 (26.0)
มี	222 (74.0)
วิธีการรักษา	
ยา	245 (81.7)
ฝึกพัฒนาการ	13 (4.3)
จิตบำบัด	3 (1.0)
ยาและฝึกพัฒนาการ	33 (11.0)
ยาและจิตบำบัด	1 (0.3)
อื่นๆ	5 (1.7)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 คน แสดงในตารางที่ 2 พบว่าผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 42.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นมาตรฐาน 10.3 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ส่วนมากผู้ปกครองจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.3 และ

23.3 ตามลำดับ ส่วนมากผู้ปกครองจะเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 83.3 และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท แต่อย่างไรก็ตาม มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายร้อยละ 51.0 ส่วนมากผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นไม่มีการใช้สารเสพติดร้อยละ 87.3 ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.7 ระยะเวลาที่ดูแลมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 67.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลมากกว่า 12 ชม ร้อยละ 58 ส่วนมากไม่มีผู้ดูแลร่วมและความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (n=300)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
อาชีพ	
รับจ้าง	78 (26.0)
ข้าราชการ	11 (3.7)
เกษตรกร	123 (41.0)
อื่นๆ	88 (29.3)
สถานภาพ	
โสด	27 (9.0)
สมรส	210 (70.0)
หม้าย	35 (11.7)
หย่า	21 (7.0)
อื่นๆ	7 (2.3)
ศาสนา	
พุทธ	293 (97.7)
คริสต์	5 (1.7)
อิสลาม	1 (0.3)
อื่นๆ	1 (0.3)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	235 (78.3)
มี	65 (21.7)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	2 (0.7)
ประถม	79 (26.3)
มัธยมต้น	56 (18.7)
มัธยมปลาย	70 (23.3)
อนุปริญญา	34 (11.3)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	59 (19.7)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
พ่อแม่	250 (83.3)
ปู่ย่า ตายาย	31 (10.3)
ป้า น้า อา ลูกพี่ลูกน้อง	15 (5.0)
อื่นๆ	4 (1.3)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
0-10,000	172 (57.3)
>10,000-20,000	71 (23.7)
>20,000-30,000	37 (12.3)
>30,000	20 (6.7)
ความเพียงพอต่อรายได้	
เพียงพอ	153 (51.0)
ไม่เพียงพอ	147 (49.0)
การเดินทางมารพ.	
รถส่วนตัว	254 (84.7)
รถโดยสาร	44 (14.7)
อื่นๆ	2 (0.7)
การใช้สารเสพติด	
ไม่มี	262 (87.3)
สูบบุหรี่	23 (7.7)
ดื่มเหล้า	2 (0.7)
สารเสพติดชนิดอื่น	1 (0.3)
ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด	12 (4.0)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
จำนวนเด็กที่เลี้ยง (คน)	
1	117 (39.0)
2	117 (39.0)
มากกว่า 3	66 (22.0)
ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย	
น้อย	107 (35.7)
ปานกลาง	173 (57.7)
มาก	20 (6.7)
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก (ปี)	
น้อยกว่า 1	9 (3.0)
1-5	89 (29.7)
มากกว่า 5	202 (67.3)
เวลาที่ใช้ดูแลเด็กต่อวัน (ชั่วโมง)	
น้อยกว่า 12	126 (42.0)
มากกว่า 12	174 (58.0)
สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว	
ดี	275 (91.7)
ไม่ดี	9 (3.0)
ไม่แน่ใจ	16 (5.3)
ผู้ดูแลร่วม	
ไม่มี	191 (63.7)
มี	109 (36.3)

ระดับความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรุง
ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มี
ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน
179 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมาคือระดับ

เครียดสูงจำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 23 ส่วน
ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความ
เครียดรุนแรง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ
6.7 ดังข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรง (n=300)

คะแนน	ระดับความเครียด	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)
0-24	เครียดน้อย	32 (10.7)
25-42	เครียดปานกลาง	179 (59.7)
43-62	เครียดสูง	69 (23.0)
> 63	เครียดขั้นรุนแรง	20 (6.7)

ข้อมูลจากแบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียด

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มีพฤติกรรมจัดการความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4) และมีพฤติกรรมจัดการความเครียดรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่ 1 คือการลดความถี่ของ

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พบค่าเฉลี่ย 1.30 คะแนน ด้านที่ 2 คือการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด มีค่าเฉลี่ย 1.56 คะแนน และด้านที่ 3 คือการสร้างเงื่อนไขเพื่อลดอาการที่เกิดจากการตอบสนองต่อความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.49 คะแนน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (n=300)

พฤติกรรมจัดการความเครียด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมจัดการความเครียด
พฤติกรรมจัดการความเครียดโดยรวม	1.53	0.40	ปานกลาง
พฤติกรรมจัดการความเครียดรายด้าน			
ด้านที่ 1	1.30	0.42	ปานกลาง
ด้านที่ 2	1.56	0.43	ปานกลาง
ด้านที่ 3	1.49	0.59	ปานกลาง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียด

ปัจจัยที่ส่งผลกับระดับความเครียด คือ โรคประจำตัวของผู้ปกครอง ความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงของอาการเด็ก และคะแนนพฤติกรรมจัดการความเครียดด้านลดความถี่ของเหตุการณ์ มีความสำคัญกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) ส่วนผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าความเพียงพอของรายได้

และความรุนแรงของอาการเด็ก มีความสัมพันธ์โดยตรงกับค่าคะแนนความเครียด โดยกลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอ จะมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีความเพียงพอของรายได้ 2.93 เท่า ($p = 0.013$) และความรุนแรงของอาการเด็กระดับปานกลางและมาก จะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น 2.23 เท่า ($p = 0.041$) และ 3.23 เท่า ($p = 0.272$) ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและปัจจัยของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจากการวิเคราะห์ผลแบบ univariate logistic regression (n = 300)

ปัจจัย	Odds ratio	Std. Err.	95% C.I.	P-value
โรคประจำตัวของผู้ปกครอง				
ไม่มีโรค	Reference group			
มีโรค	2.063	1.143	0.696-6.110	0.191
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	Reference group			
ไม่เพียงพอ	3.233	1.378	1.402-7.452	0.006
ความรุนแรงของอาการเด็ก				
น้อย	Reference group			
ปานกลาง	2.489	0.964	1.165-5.317	0.019
มาก	3.843	4.066	0.483-30.565	0.203
การจัดการความเครียด				
ด้านลดความถี่ของเหตุการณ์				
น้อย	Reference group			
ปานกลาง	2.085	0.964	0.842-5.161	0.112
มาก	0.532	0.297	0.178-1.587	0.258

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและปัจจัยของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจากการวิเคราะห์ผล multivariate logistic regression (n = 300)

ปัจจัย	Odds ratio	Std. Err.	95% C.I.	P-value
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	Reference group			
ไม่เพียงพอ	2.929	1.261	1.259-6.814	0.013
ความรุนแรงของอาการเด็ก				
น้อย	Reference group			
ปานกลาง	2.234	0.878	1.034-4.827	0.041
มาก	3.227	3.444	0.398-26.131	0.272

Std. Err: standard error; C.I.: confidence interval.

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาระดับความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุ่งสง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 300 ราย ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sangritdech M.⁽¹³⁾ ที่ผู้ปกครองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมจัดการความเครียดด้านเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยที่ 1.56

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุ่งสง ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมจัดการความเครียดด้านลดความถี่ของเหตุการณ์ โดยผู้ปกครองที่มีคะแนนมากพฤติกรรมจัดการความเครียดด้านลดความถี่ของเหตุการณ์จะมีระดับความเครียดที่น้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมจัดการความเครียดในด้านนี้ สามารถทำได้ง่ายและทำได้ทันที เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ การบริหารเวลาให้สมดุล การหลีกเลี่ยงจากบุคคลหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การท่องเที่ยวพักผ่อนทำงานอดิเรก เป็นต้น ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถผ่อนคลายไปได้อย่างรวดเร็ว

ปัจจัยโรคประจำตัวของผู้ปกครอง พบว่าหากผู้ปกครองเองก็มีโรคประจำตัวก็จะพบคะแนนความเครียดมากกว่าผู้ปกครองที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งการมีโรคประจำตัวทำให้ผู้ปกครอง จำเป็นต้องจัดสรรเวลาและทรัพยากรต่างๆ เพื่อดูแลรักษาตนเอง รวมถึงต้องแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

และวัยรุ่นในการปกครอง อาจทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maridal H.⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าผู้ปกครองที่มีความเพียงพอของรายได้ที่มาก จะมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสมการถดถอย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย จะมีระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้เพียงพอสูงถึง 2.93 เท่า (95% confidence interval 1.26-6.81) ทั้งนี้หากครอบครัวมีรายได้ ใช้จ่ายในครอบครัวอย่างเพียงพอ ย่อมทำให้มีความสะดวกในการดำรงชีวิตและสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในด้านต่างๆ รวมถึงการพาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่ต้องกังวลกับภาวะทางเศรษฐกิจฝืนทน ทำให้เกิดความเครียดน้อยลง

ปัจจัยความรุนแรงของอาการเด็ก พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดเช่นกัน ซึ่งพบว่ามีอาการเด็กมีความรุนแรงของมาก จะทำให้ระดับความเครียดของผู้ปกครองเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของอาการของเด็กกลุ่มปานกลางและมาก จะทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น 2.23 เท่า (95% C.I. 1.03-4.83) และ 3.23 เท่า (95% C.I. 0.40-26.13) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับความรุนแรงของอาการเด็กที่น้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Darlami K.⁽⁶⁾ ซึ่งหากความรุนแรงของอาการเด็กมาก ทำให้ผู้ปกครองมีความยากลำบากที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ปกครองได้

การคัดกรองความเครียดแก่ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากพบ

ความเครียดในระดับน้อย ความเครียดระดับนี้เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นแรงจูงใจที่จะปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ส่วนผู้ปกครองที่มีความเครียดในระดับปานกลาง จะพบในกรณีที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม ซึ่งความเครียดระดับน้อยและปานกลางนี้จะยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อการดำเนินชีวิต และสามารถหาทางผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการลดการเผชิญต่อบุคคลหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด เช่น การพักผ่อน ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำในสิ่งที่สนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือท่องเที่ยว ทำงานอดิเรกหรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น หากพบความเครียดในระดับสูง ควรหาวิธีคลายเครียดด้วยวิธีง่ายๆ เช่น การฝึกหายใจ การพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การหาสาเหตุของความเครียดและหาแนวทางหรือวิธีการแก้ไข หรือการขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการจัดการและผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม หากพบว่ามีอาการเครียดในระดับรุนแรง ควรปรึกษาและรับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ในการศึกษานี้ ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคะแนนความเครียดระดับน้อยและปานกลาง จะได้รับคำแนะนำการปรับตัวต่อความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดจากนักจิตวิทยาทุกราย และในรายที่มีคะแนนความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรง จะได้รับการดูแลจากจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการทำวิจัย พบว่าการศึกษานี้ได้ศึกษาเฉพาะผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการรักษาที่รพ.ทุ่งสง ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 เท่านั้น ไม่สามารถสรุปผลการวิจัยนี้ว่าเป็นตัวแทนผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มอื่นๆ ได้ ดังนั้น

การศึกษาในอนาคต ควรเพิ่มสถานที่ในการเก็บตัวอย่าง เพื่อประโยชน์ในการเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ครอบคลุมมากขึ้น และจะได้นำข้อมูลวิจัยไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดที่นำมาศึกษาในครั้งนี้นี้อาจจะยังไม่มีหลากหลาย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม อาจเกิดประโยชน์ในงานวิจัยต่อไปในอนาคต ทั้งนี้จากผลจากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตความเครียดของตนเอง และการจัดการความเครียดแก่ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการ เพื่อให้ผู้ปกครองได้สังเกตตนเอง และสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในการดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีด้วยเช่นกัน

สรุป

ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีความเครียดและมีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ความเพียงพอของรายได้และความรุนแรงของอาการเด็ก เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเครียด ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กและผู้ปกครองที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยการสอบถามประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเด็ก รายได้และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว รวมถึงเพิ่มการคัดกรองผู้ปกครองที่มีความเครียด เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563.
2. โรงพยาบาลทุ่งสง. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายปี จากระบบ HosxP ของโรงพยาบาลทุ่งสง จ. นครศรีธรรมราช.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4).
4. Karen O'Connor, Margo Wrigley, Rhona Jennings, Michele Hill and Amir Niazi. (2021). Mental health impacts of COVID-19 in Ireland and the need for a secondary care mental health service response. Irish J Psychol Med 2021; 38: 99–107.
5. Christensen D, Fahey MT, Giallo R, Hancock KJ. Longitudinal trajectories of mental health in Australian children aged 4-5 to 14-15 years. PLoS ONE 2017;.12: e0187974.
6. Darlami K, Ponnose R, Jose P. Caregiver's stress of psychiatric patients. J Universal College Med Sci 2015;3:39-43.
7. Plass-Christl A, Otto C, Klasen F, Wiegand-Grefe S, Barkmann C, Hölling H, et al. Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2018;27:867-76.
8. Nik Adib NA, Ibrahim MI, Ab Rahman A, Bakar RS, Yahaya NA, Hussin S, et al. Perceived Stress among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: A State-Wide Study. Int J Environ Res Public Health 2019; 16:1468.
9. Minichil W, Getinet W, Derajew H, Seid S. Depression and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Psychiatry 2019;19:249.
10. Chunvirut S. Prevalence of depression and social support in mothers of children with autism aged 3-10 years at outpatient department, Rajanukul institute (Thesis). Bangkok: Psychiatric Department, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Chula Med J 2013:223-38.
11. สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง: วารสารสวนปรง 2540; 13(3): 1-20.

12. กษมา ยาโกะ, อารี จำปากลาง. Factors Associated with Coping Behaviors of People Affected by the Unrest in the Deep South of Thailand. PNUIR 2018;10: 57–70.
13. Sangritdech M, Wacharasindhu A. Stress, coping behaviors and related-factors in mothers of child with ADHD at Outpatient Department of Child and Adolescent Psychiatric Clinic, King chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med Bull 2019;1(5) 451-61.
14. Maridal H, Bjorgass H, Hagen K. Psychological distress among caregivers of children with neurodevelopmental disorder in Nepal. Int J Environ Res Public health 2021;18:2460.

การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและ Hospitel ในการดูแลผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลสตึก กม.10 อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี

ชีวิน ประพันธ์ พ.บ., พิมลพร คดีธรรม นวก.สธ. และอุทัยวรรณ จันทร์อยู่ พว.

โรงพยาบาลสตึก กม.10 อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี

(วันรับบทความ : 2 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ : 16 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 25 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาแบบผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่มาบริหารจัดการร่วมกันตามปัจจัยพื้นฐาน 4 ด้าน (4M) โดยใช้ GROW Model และ Deming cycle ผู้ป่วยโควิด-19 จะได้เข้าถึงการดูแลครบวงจร ทุกมิติ ตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและพึงพอใจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาล และ Hospitel ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการดูแลครบวงจร ทุกมิติ ตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและพึงพอใจ

วัสดุและวิธีการศึกษา : ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามปัจจัยพื้นฐาน 4 ด้าน (4M) ทฤษฎี GROW Model เทคนิค Deming cycle และแบบสำรวจความพึงพอใจ

ผลการศึกษา : มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทุกจุดบริการ บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาล 6,064 คน Hospitel 2,256 คน โรงพยาบาลสนาม 29,180 คน ARI Clinic 5,432 คน และรับผู้ป่วยโควิด-19 จากโรงพยาบาลอื่น รวม 12 แห่ง ผลิตนวัตกรรมให้บุคลากรใช้ในการปฏิบัติงาน จำนวน 12 นวัตกรรม ไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 87.50 และผู้ให้บริการพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 85

สรุป : การผสมผสานทรัพยากรตามปัจจัยพื้นฐาน 4 ด้าน (4M) GROW Model และ Deming cycle ทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการดูแลครบวงจร ทุกมิติ ตามแนวทางที่กำหนด อย่างครอบคลุมและพึงพอใจ

คำสำคัญ : การบริหารจัดการ บูรณาการ GROW model ปัจจัยพื้นฐาน 4 ด้าน (4M) Deming cycle การดูแลผู้ป่วยโควิด-19

Development of Integrated The Coronavirus Disease (COVID-19) Management System in Field Hospital, Hospital and Hospitel of Sattahip KM.10 Hospital, Sattahip District, Chonburi Province

Cheewin Praphan, M.D., Pimonporn Kadeetham, P.H.T.O. Utaiwan Chunyoo, R.N.

Sattahip KM.10 hospital Sattahip district Chonburi province.

Abstract

Background: Develop an integrated management system by using the GROW model theory, basic factors management (4M), PDCA (Deming cycle). COVID-19 patients receiving medical care are provided with holistic, comprehensive care in accordance with the standard guidelines, have access to a comprehensive service system and satisfied.

Objective: To develop an integrated management system in Field hospital, Hospital and Hospitel. COVID-19 patients receiving medical care are provided with holistic, comprehensive care in accordance with the standard guidelines, have access to a comprehensive service system and satisfied.

Materials and Methods: Research and development model. Using the GROW model theory, basic factors management (4M), PDCA (Deming cycle) and satisfaction surveys.

Results: There are guidelines for caring COVID-19 patients. 100% of health care providers follow the guidelines. 6,064 COVID-19 patients received medical care in hospital, 2,256 in hospitel, 29,180 in field hospital, 5,432 including respiratory clinic and referred in COVID-19 patients from 12 hospitals. 12 innovations were created. No staff infected. Patients and providers rate in satisfaction surveys were 87.50% and 85% respectively.

Conclusion: Development of integrated the COVID-19 disease management system. Using a research and development model, GROW model theory, basic factors management (4M), PDCA (Deming cycle). COVID-19 patients receiving medical care are provided with holistic, comprehensive care in accordance with the standard guidelines, have access to a comprehensive service system and satisfied.

Keywords: Management Integrated GROW model 4M-management Deming cycle Guidelines for caring COVID-19 patients

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2562 เป็นเหตุการณ์ระดับโลกที่ทุกประเทศต่างเผชิญร่วมกันและถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์โลกว่า ครั้งหนึ่งเคยเกิดโรคระบาดรุนแรงที่คร่าชีวิตผู้คน มีการปิดประเทศ ระวังเที่ยวบิน ผู้คนต้องกักตัวเองอยู่แต่ในบ้าน เศรษฐกิจตกต่ำ ผู้คนตกงาน ขาดรายได้และจากสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสาธารณรัฐประชาชนจีนซึ่งพบที่เมืองอู่ฮั่น ต่อมา มีการระบาดไปหลายเมืองและพบผู้ป่วยติดเชื้อไปทุกมณฑลและมีผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลไทยจึงได้ติดต่อประสานงานกับรัฐบาลจีนและรัฐบาลประเทศอื่นๆ เพื่อนำคนไทยกลับบ้าน สัตหีบเป็นอำเภอแรกของประเทศไทยที่รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขให้รับคนไทยคณะแรกที่เดินทางกลับจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนซึ่งเป็นเมืองแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 138 คน และจากประเทศอื่นๆ คือ ประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 241 คน ประเทศอิตาลี จำนวน 83 คน ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เนเธอร์แลนด์และเยอรมัน รวม 284 คน โดยเครื่องบินลงจอดที่สนามบินอู่ตะเภาและสนามบินสุวรรณภูมิ รับเข้าสู่สถานที่กักกันของรัฐแห่งแรกของประเทศไทยที่อาคารเรือนรับรองฐานทัพเรือสัตหีบ

โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 60 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทุกประเภททั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รับผู้ป่วยในได้จริง 56 เตียง จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอที่ตั้งอยู่ในเขต

ระบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) ที่มีประชากรแรงงานเคลื่อนย้ายและแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก มีสนามบินพาณิชย์ 1 แห่ง ท่าเรือพาณิชย์ 1 แห่ง สถานที่ท่องเที่ยวหลายแห่ง การคมนาคมสะดวกซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จะต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลแบบครบวงจร ครบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยการดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่อง ครบวงจร มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยโควิด-19 สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและมีความพึงพอใจ บริบทที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกๆ ด้านอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาล และ Hospitel ในการดูแลผู้ป่วยโควิด ของโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรีขึ้น โดยเป็นการผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ นำมาบริหารจัดการร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้หลักการทฤษฎี GROW Model การบริหารจัดการ ปัจจัยพื้นฐาน (4M) เทคนิคการบริหารจัดการแบบ PDCA (Deming cycle) พัฒนาระบบนิเทศงาน การประสานส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายบริการและสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ

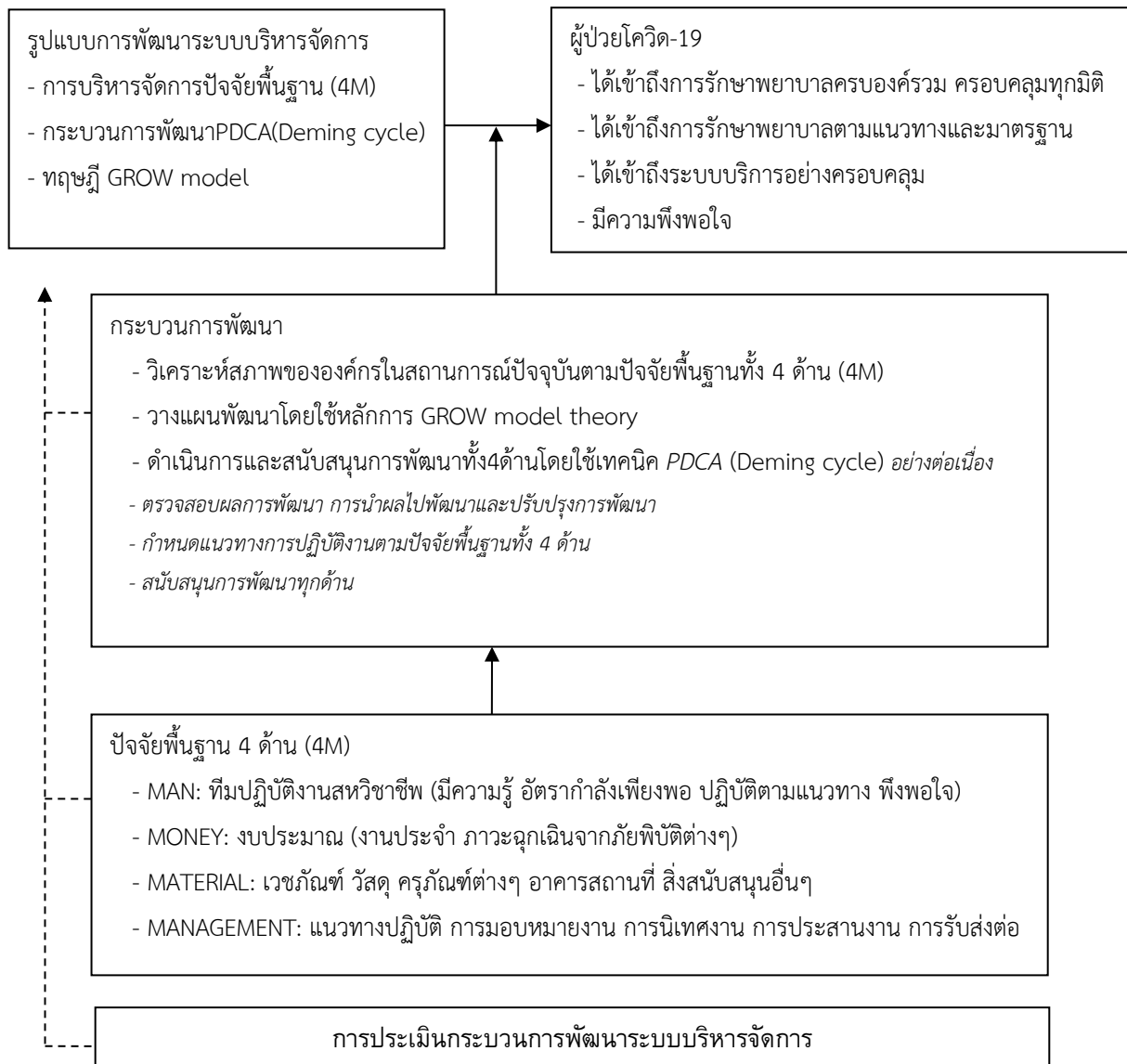
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและ Hospitel ของโรงพยาบาลสตึก กม.10
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลแบบครบองค์รวม

ครอบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดและมีความพึงพอใจ

3. เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-19 สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุม

กรอบแนวคิด



สมมติฐาน

การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการพัฒนา มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพขององค์กรในสถานการณ์ปัจจุบันตามปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน (4M) นำมาวางแผนพัฒนาโดยใช้หลักการ GROW model theory ดำเนินการและสนับสนุนการพัฒนาในทุกด้าน มีการตรวจสอบพร้อมปรับปรุง โดยใช้เทคนิค PDCA (Deming cycle) อย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด เข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและพึงพอใจ

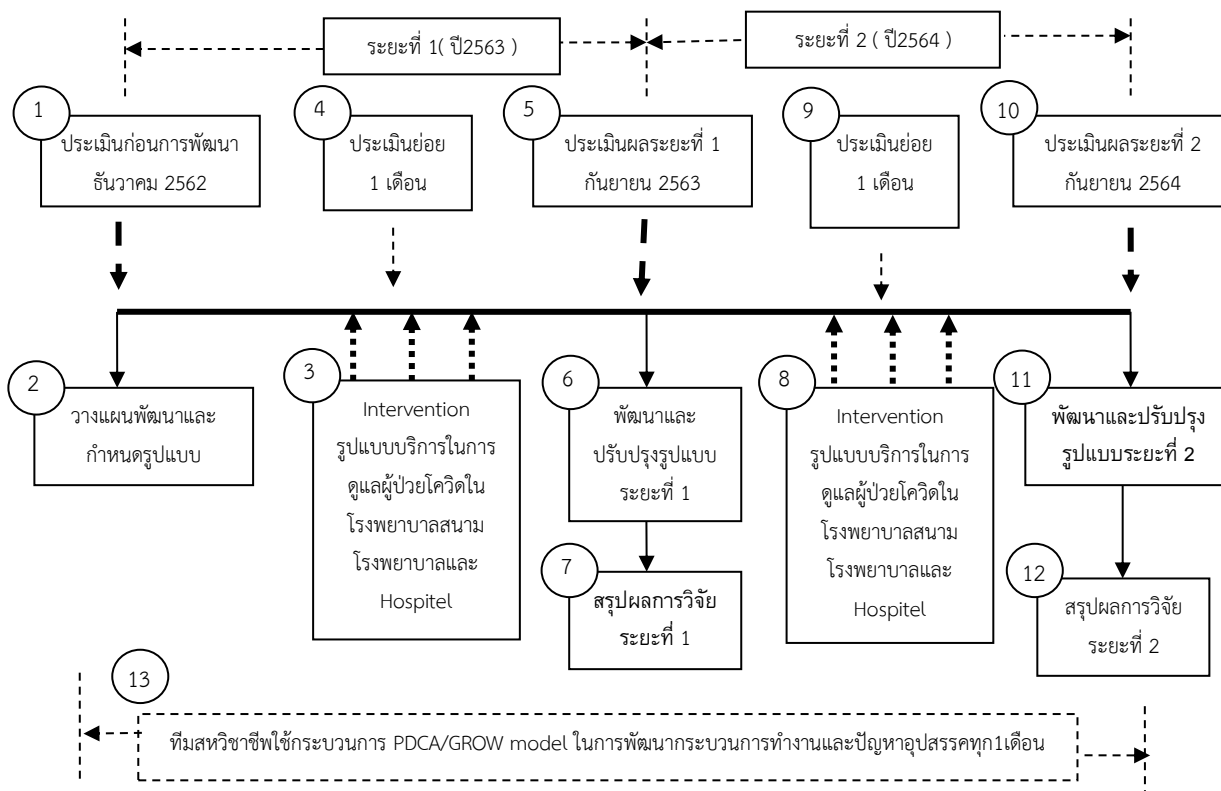
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและHospital ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ได้เข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด เข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและมีความพึงพอใจ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยมีกระบวนการทำงานแบ่งเป็น 2 ระยะ ตามขั้นตอนที่ 1-13 คือ มีการประเมิน

องค์กรก่อนการพัฒนา เพื่อวิเคราะห์สภาพขององค์กรในสถานการณ์ปัจจุบันตามปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน (4M) โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คือ MAN ได้แก่ ทีมปฏิบัติงานสหวิชาชีพ ด้านองค์ความรู้ อัตรากำลัง การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดและการประเมินความพึงพอใจ MONEY ได้แก่ งบประมาณดำเนินการในงานประจำและภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติต่างๆ MATERIAL ได้แก่ เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ MANAGEMENT ได้แก่ แนวทางปฏิบัติ (WI) การมอบหมายงาน การนิเทศงาน การประสานงาน การรับส่งต่อผู้ป่วยและการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ นำข้อมูลทิววิเคราะห์ครบทุกด้านมาวางแผนพัฒนา โดยมอบหมายผู้รับผิดชอบงานในแต่ละด้านและกำหนดรูปแบบการพัฒนา โดยใช้หลักการ GROW Model theory และเทคนิค PDCA (Deming cycle) อย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลย่อยทุก 1 เดือนและประเมินผลระยะที่ 1 และ 2 นำผลการพัฒนามากำหนดรูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและHospital ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ดังแผนภูมิ



เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล
2. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการ
3. แบบนิเทศงานการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของบุคลากร

ผลการศึกษา

การพัฒนากระบวนการจัดการแบบบูรณาการ เป็นการผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ นำมาบริหารจัดการร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนา ผลการพัฒนากระบวนการจัดการแบบบูรณาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและ Hospitel ของโรงพยาบาลสตึก หีบ กม.10 ตามปัจจัยพื้นฐาน 4 ด้าน (4M) ดังนี้

ปัจจัยพื้นฐาน 4 ด้าน (4M)	ผลการพัฒนา
1. ด้าน MAN	1. มีทีมงานแบบสหวิชาชีพและมีความรู้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 2. ทุกวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดร้อยละ 100 3. มีการใช้อัตรากำลังร่วมระหว่างวิชาชีพ งานและกลุ่มงาน 4. จัดหาอัตราากำลังเพิ่มและเพียงพอ: พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขและการจ้างบุคคลภายนอก (Outsourcing) ด้านอาหาร ชักฟอกและทำความสะอาด 5. ไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 6. ผลการประเมินความพึงพอใจในระบบบริการร้อยละ 85
2. ด้าน MONEY	ได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอในการบริหารจัดการตามปัจจัยพื้นฐานทุกด้าน
3. ด้าน MATERIAL	1. มีการจัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งสนับสนุนอื่นๆอย่างเพียงพอ 2. มีอาคารสถานที่ในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 อย่างเพียงพอ 2.1 ปรับปรุงและจัดสถานที่เป็นอาคารผู้ป่วยใน Cohort ward รวม 3 ตึก รับผู้ป่วยโควิด-19 ได้ 110 เตียง ประเภผู้ป่วยสีแดง 15 เตียง ผู้ป่วยสีเหลือง 95 เตียง 2.2 ปรับปรุงห้องแยกโรคผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ AIIR 1 ห้อง Modified AIIR 3 ห้อง และตึก Cohort ward ระบบ AIIR 15 เตียง 2.3 จัดตั้ง Hospitel 700 เตียง 2.4 จัดตั้งโรงพยาบาลสนามในโรงพยาบาล รับผู้ป่วยโควิด-19 ได้ 200-300 คน/วัน 2.5 จัดตั้งคลินิกระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) รับผู้ป่วยได้ 20-30 คน/วัน 2.6 ผลิตนวัตกรรมการให้บุคลากรใช้ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 12 นวัตกรรม
4. ด้าน MANAGEMENT	1. มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในทุกวิชาชีพ(WI)ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาล Hospitel และคลินิกระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) 2. มีระบบการมอบหมายงาน การนิเทศงาน 3. มีระบบการประสานงานและการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น รวม 12 แห่ง 4. จำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล 4.1 ในโรงพยาบาล จำนวน 6,064 คน 4.2 Hospitel จำนวน 2,256 คน 4.3 โรงพยาบาลสนาม จำนวน 29,180 คน 4.4 คลินิกระบบทางเดินหายใจ จำนวน 5,432 คน 5. ผู้ป่วยโควิด-19 สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุม 6. ผลการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยโควิด-19 ญาติและผู้ดูแลในระบบบริการที่ได้รับคิดเป็นร้อยละ 87.50

ในช่วงเวลาที่ศึกษาและพัฒนา

1. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(HA Re-accredit ครั้งที่ 3) ระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2567
2. สนับสนุนทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค โควิด-19 ในจังหวัดชลบุรี
3. ร่วมถอดบทเรียนโครงการวิจัยถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด-19 ของจังหวัดต่างๆในประเทศร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
4. ทำแผนรองรับกรณีเกิดโรคระบาดอื่นๆของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ต่อไป

วิจารณ์

การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการแบบบูรณาการ เป็นการผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่มาบริหารจัดการร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนา การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการพัฒนามีความสำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก เริ่มจากทีมนำขององค์กรที่จะต้องร่วมมือ ร่วมใจและมีเป้าหมายเดียวกัน พร้อมถ่ายทอดนโยบายและเป้าหมายลงสู่ผู้ปฏิบัติให้ครบถ้วนและครอบคลุม มีการวิเคราะห์สภาพขององค์กรในสถานการณ์ปัจจุบันตามปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน (4M) และนำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาวางแผนพัฒนา โดยใช้หลักการ GROW Model theory จากบุคลากรทุกส่วนขององค์กรคือ การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา

ร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อเท็จจริงตามสถานการณ์ในปัจจุบันขององค์กรว่าเป็นอย่างไร การกำหนดแนวทางและทางเลือกที่จะนำไปพัฒนาร่วมกันและการสรุปแนวทางที่จะนำไปพัฒนา พร้อมมอบหมายผู้ดำเนินการ มีการสนับสนุนการพัฒนาทุกด้าน มีการตรวจสอบพร้อมปรับปรุงโดยใช้เทคนิค PDCA (Deming cycle) อย่างต่อเนื่อง ด้าน MAN เป็นด้านสำคัญอันดับแรกที่จะต้องดำเนินการพัฒนา คือ การบริหารจัดการอัตราค่าจ้างร่วม จัดทีมปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ เพิ่มการจ้างบุคคลภายนอก (Outsourcing) สนับสนุนด้านอาหาร ซักฟอกและทำความสะอาด เสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทุกวิชาชีพคือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการด้านต่างๆ ด้าน MONEY ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอจากผลงานที่ปฏิบัติและจากนโยบายที่ได้รับมอบหมาย ด้าน MATERIAL มีเวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งสนับสนุนอื่นๆและอาคารสถานที่ที่เพียงพอขององค์กรและจากหน่วยงานภายนอก มีการผลิตนวัตกรรมในองค์กรมาช่วยในการปฏิบัติงาน ด้าน MANAGEMENT มีการทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทุกจุดบริการ มีระบบการมอบหมายงาน การนิเทศงาน การประสานงานและการรับส่งต่อผู้ป่วย ผลการพัฒนาทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มารับการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและ Hospital ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 ได้เข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด เข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและมีความพึงพอใจในระบบบริการของโรงพยาบาล

สรุป

การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและHospital ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 คือการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการพัฒนา เริ่มจากการวิเคราะห์สภาพขององค์กรในสถานการณ์ปัจจุบันตามปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน (4M) นำมาวางแผนพัฒนาเป็นการผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่มาบริหารจัดการร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาโดยใช้หลักการGROW Model theory ดำเนินการและสนับสนุนการพัฒนาตามปัจจัยพื้นฐานทุกด้าน มีการตรวจสอบพร้อมปรับปรุงพัฒนาโดยใช้เทคนิค PDCA (Deming cycle) อย่างต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาตามปัจจัยพื้นฐานทุกด้าน มีผลทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลครบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดเข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและมีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลและHospital ของโรงพยาบาลสตึก กม.10 เป็นระบบการผสมผสานทรัพยากรตามปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน (4M) ที่มีอยู่ในองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา2019. กระทรวงสาธารณสุข; 2563
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย. กรมควบคุมโรค; 2564

นำมาบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาโดยใช้หลักGROW Model theoryและพัฒนาตามวงจร PDCA (Deming cycle) ทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลครบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดเข้าถึงระบบบริการได้อย่างครอบคลุมและมีความพึงพอใจ ควรนำไปเป็นรูปแบบในการพัฒนาให้หน่วยงานอื่นๆ ในจังหวัดชลบุรีและจังหวัดใกล้เคียงในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโควิด-19ต่อไป การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียวที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยซึ่งพบได้ร้อยละ 85ของผู้ป่วยโควิด-19ทั้งหมดที่กักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และกักตัวในชุมชน (Community Isolation) ให้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้ จะช่วยลดการใช้เตียงในโรงพยาบาลที่จัดเตรียมและสำรองเตียงไว้ให้ผู้ป่วยโควิด-19ในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียวและสีแดงที่มีอาการปานกลางและอาการรุนแรงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่และครอบคลุม และควรมีการจัดทำแผนพัฒนาสำหรับองค์กร เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่กักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และ กักตัวใน ชุม ชน (Community Isolation) ในเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลสตึก กม.10 อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี

3. ดโนยา ตั้งอุทัยสุข, รงค์ จิรายุทัต. คู่มือการโค้ชสำหรับผู้จัดการ ผู้บริหารระดับกลางขึ้นไป. กรุงเทพฯ: บัดดี้ ครีเอชั่น; 2558
4. นำชัย ชีววิวรรณ. คู่มือโควิด-19. กรุงเทพฯ: กระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม; 2564
5. พงศา บุญชัยวัฒน์โชติ. HRMBAจุดประกายความคิด เสริมอาวุธด้านบริหารคน. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมนิติ เพรส จำกัด; 2557
6. เอนก ศิลปนิลมาลย์. เขียนกรอบแนวคิดการวิจัยอย่างไรจึงจะถูก(เขียนงานวิจัยให้เป็นกันเถอะ4). ร้อยเอ็ด: วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยวิทยาเขตร้อยเอ็ด; 2560

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา

ชุมเจตน์ จตุราบัณฑิต พย.บ. และ อุมพร อินทวงศ์ พย.ม.

กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

(วันรับบทความ : 10 ธันวาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 9 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 19 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ: การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทีมวิสัญญีมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 188 ราย เพศชาย 95 ราย เพศหญิง 93 ราย โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.62 ระดับ ASA class II ร้อยละ 70.70 ทำหัตถการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มากที่สุดร้อยละ 61.70 ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 38.84 นาที ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปชนิดฉีด ยาสลบเข้าทางหลอดเลือดดำร้อยละ 56.90 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีผู้ป่วย 38 ราย (ร้อยละ 20.21) เกิดภาวะแทรกซ้อน และพบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.32 และหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น พบอาการปวดมากที่สุดร้อยละ 4.25 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจำหน่ายอยู่ระดับดีมากมีคะแนนเฉลี่ย 4.79

สรุป: แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สามารถนำมาใช้ได้ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับดีมาก

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึก, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

The Implementation of Clinical Practice Guideline on Management Anesthesia for Patients Undergoing One-day Surgery at Phangnga Hospital

Chumjade Jaturabundit B. Nursing Science, Anesthetic Nursing.

Umaporn Intawong M. Nursing Science, Anesthetic Nursing.

Department of Nursing, Phangnga Hospital, Phangnga

Abstract

Background: Anesthesia management is a principal aspect of providing quality health care for patients undergoing One-day surgery. Collaboration of the anesthesia and surgical teams provides the continuity of the patient care process and safety issues.

Objective: Aimed to study the implementation of clinical practice guidelines on anesthesia management for patients undergoing one-day surgery.

Materials and Methods: We designed the retrospective descriptive study. The sample was patients undergoing one-day surgery at Phangnga Hospital between October 1, 2018 and June 30, 2020.

Results: A total of 188 patients were included in this study, 95 males and 93 females. The most common underlying disease among the group was hypertension (43.62%). 70.70% of patients were ASA class II, and 61.70% of procedures were colonoscopies. The mean operative time was 38.84 minutes, and 56.90 % of patients received total intravenous anesthesia (TIVA). No serious complications was found. 38 patients (20.21%) experienced adverse reactions. The most common adverse reaction was hypertension (5.32%). Post-operative pain was mainly complications in the recovery room (4.25 %). The satisfaction assessment was excellent (satisfaction score 4.79).

Conclusion: The clinical practice guideline for anesthesia management can be effectively applied to patients undergoing one-day surgery, ensuring their safety and satisfaction with positive outcomes.

Keyword: anesthesia, one-day surgery

บทนำ

โครงการพัฒนาระบบการให้บริการการรักษาหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) เป็นหนึ่งในการให้บริการทางการแพทย์ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการรวดเร็ว ลดระยะเวลาการคอยการรักษา ลดความแออัดของสถานพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นทั้งของประชาชนและองค์กรของรัฐ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ก่อนแล้ว และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่เข้ารับการรักษาหรืออยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง และเป็นที่ยอมรับกันว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ ซึ่งทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าในสหรัฐอเมริการ้อยละ 75.0 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารูปแบบวันเดียวกลับ และในประเทศอังกฤษพบว่าร้อยละ 65.0 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารูปแบบวันเดียวกลับ แต่ในขณะเดียวกันในประเทศไทยยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการบริการทางการแพทย์อยู่ ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องมาจากการรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ประชาชนที่เจ็บป่วยเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปนำระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมาใช้^(1,2)

การให้ยาระงับความรู้สึกในระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับนั้น ถือเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยวางแผนที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบล่องหน้า แพทย์

ผ่าตัดและทีมวิสัญญีจะร่วมกันประเมินผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมากเพื่อลดความเสี่ยงและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงการผ่าตัดให้น้อยที่สุด⁽³⁾ ทีมวิสัญญีจะระบุปัญหาของผู้ป่วย (problem list) โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นออกเป็น 6 ระดับ ตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์ของอเมริกา (American Society of Anesthesiologist Physical Status (ASA PS) Classification System) และวางแผนเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงการผ่าตัดให้ได้มากที่สุด ระยะแรกควรเลือกผู้ป่วยที่มีความแข็งแรง ได้แก่ ASA I-II^(4,5) โรงพยาบาลพังงาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการผ่าตัดในปีงบประมาณ 2561-2562 มีจำนวน 5,994 และ 6,316 รายตามลำดับ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลพังงาจะไม่ประสบกับปัญหาด้านความแออัดของการรักษาพยาบาล แต่ทางโรงพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นนโยบายใหม่ที่หลายโรงพยาบาลได้ดำเนินการนำร่อง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึก ให้ได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการรับบริการการระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา ดังนี้

1. ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ชนิดการทำผ่าตัด และระยะเวลาผ่าตัด
2. ด้านการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ASA PS Classification ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก การรักษาพยาบาลภาวะแทรกซ้อน การประเมินอาการก่อนและหลังผู้ป่วยจำหน่าย
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย
4. ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แผนกวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ให้ยาระงับความรู้สึกที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา มีกระบวนการดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกเข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
2. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับหัตถการหรือการผ่าตัด
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างผ่าตัด

4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึกและมีการจัดการความปวด
5. การจำหน่ายกลับบ้านและการติดตามภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน

กลุ่มตัวอย่าง วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือเป็นผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แผนกวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 มีจำนวนทั้งหมด 188 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ชนิดการผ่าตัด และระยะเวลาผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ASA PS Classification ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก และการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินตามเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านตามแนวทางการพัฒนาระบบการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คะแนนเต็ม 16 คะแนน ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 ชั่วโมงและก่อนจำหน่าย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผู้ป่วยหลังจำหน่ายในวันที่ 1 และวันที่ 2 โดยใช้คะแนน post anesthesia discharge scoring system (PADSS) คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ส่วนที่ 6 ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพังงา (เลขที่โครงการ 010/63) โดยผู้วิจัยคำนึงถึง

จรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัด เรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของข้อมูล และการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ระบุชื่อ นามสกุล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเฉพาะงานวิจัยในครั้งนี้อย่างแน่นอน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน(n=188)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	57.34 $\pm$ 13.24	
เพศ		
ชาย	95	50.50
หญิง	93	49.50
ASA physical status		
I	37	19.70
II	133	70.70
III	18	9.60
ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก		
ฉีดยาสลบทางหลอดเลือดดำ	107	56.90
ฉีดยาสลบทางหลอดเลือดดำร่วมกับใส่ท่อช่วยหายใจ	32	17.00
ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	22	11.70
การเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยบุคลากรทางวิสัญญี	18	9.60
ฉีดยาสลบทางหลอดเลือดดำร่วมกับยาดมสลบ	9	4.80
ระยะเวลาผ่าตัด (นาท)	38.84 $\pm$ 14.49	

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 57.34 $\pm$ 13.24 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.50 มีระดับ ASA physical status class เป็น ASA II ร้อยละ 70.70

ส่วนใหญ่ให้ยาระงับความรู้สึกเป็นการฉีดยาสลบเข้าทางหลอดเลือดดำร้อยละ 56.90 ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 38.84 $\pm$ 14.49 นาที ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ข้อมูลชนิดการผ่าตัดของผู้ป่วย

ชนิดการผ่าตัด	จำนวน (n=188)	ร้อยละ
ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	116	61.70
ผ่าตัดไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู	22	11.70
ส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน	8	4.25
ผ่าตัดไส้เลื่อนโดยใช้เย็บซ่อมแซมรูของผนังหน้าท้อง	7	3.72
ผ่าตัดติ่งเนื้อ	6	3.20
ชุดมดลูกแบบแยกส่วน	4	2.12
ผ่าตัดอื่นๆ	25	13.31

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร้อยละ 61.70 รองลงมาผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรูร้อยละ 11.70 และส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนร้อยละ 4.25 ส่วนการผ่าตัดอื่นๆที่พบน้อยที่สุด คือการผ่าตัดละ 1 ราย(ร้อยละ 0.53) ได้แก่ การตรวจภายในช่องคลอดด้วยการส่องกล้อง การชุดมดลูก การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย และหัตถการเอาสิ่งแปลกปลอมออก

ดังตารางที่ 2

สำหรับข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 18.62 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรคร้อยละ 61.70 และมีผู้ป่วยร้อยละ 19.68 ที่มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว ซึ่งโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.62, 28.19 และ 23.94 ตามลำดับ

ในระยะระหว่างผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 86.70 มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13.30 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่รุนแรง

ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในระยะนี้คือ ภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.32 ให้การรักษาพยาบาลโดยใช้เทคนิคเพิ่มระดับความลึกของยาสลบและฉีดยาลดความดันโลหิต รองลงมาคือภาวะความดันโลหิตต่ำร้อยละ 4.25 ให้การรักษาพยาบาลโดยบริหารยาเพิ่มความดันโลหิต และให้สารน้ำทดแทน

ส่วนภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 93.08 และพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่รุนแรงร้อยละ 6.92 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดร้อยละ 4.25 ให้การรักษาพยาบาลโดยบริหารยาฉีดระงับปวดร้อยละ 3.72 รองลงมาคืออาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 1.60 ให้การรักษาพยาบาลโดยบริหารยาฉีดลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

ข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยต่อราย โดยจำแนกตามชนิดของการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 61.70 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ 4,912.62±854.79 บาท รองลงมาคือ ผ่าตัดไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสาร

สังเคราะห์เย็บปิดรู้อยละ 11.70 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ $6,445.63 \pm 1,103.21$ บาท ส่วนการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด 1 ราย (ร้อยละ 0.53) มีค่าใช้จ่าย 13,296.00 บาท และการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายต่ำสุดคือการตัดติ่งเนื้อออกระหว่างการส่องกล้อง 1 ราย (ร้อยละ 0.53) มีค่าใช้จ่ายเพียง 3,953.00 บาท

ผลการประเมินคะแนนของผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน พบว่า ผลการประเมินคะแนนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้านได้ 16 คะแนน ส่วนผลการประเมินหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ได้คะแนนเฉลี่ย 15.55 ± 0.822 คะแนน

ผลการประเมินคะแนน post anesthesia discharge scoring system (PADSS) ของผู้ป่วยหลังจำหน่าย พบว่าผลการประเมินผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 วัน มีคะแนน PADSS เฉลี่ย 9.77 ± 0.446 คะแนน และผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2 วัน มีคะแนน PADSS 10 คะแนน

ผลการประเมินคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจำหน่าย พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจำหน่ายในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.79 ± 0.407 คะแนน

วิจารณ์

จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ตามการศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพังงา สอดคล้องกับข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ⁽²⁾ โดยระยะแรกควรเลือกผู้ป่วยที่มีความแข็งแรง โดยใช้การประเมิน American Society of Anesthesia physical status (ASA) ได้ ได้แก่

ASA I-II และวางแผนเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงการผ่าตัดให้ได้มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจหลังการผ่าตัดต่ำ⁽³⁾ ส่วนวิธีการโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ยาระงับความรู้สึกนั้นจะต้องมีการคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือหัตถการการผ่าตัด เป้าประสงค์ของการให้การรักษาทวิสัญญีในผู้ป่วย ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือสามารถควบคุมสภาวะของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัดหรือหัตถการได้ ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยและฟื้นตัวได้ไวกลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องอาศัยความใส่ใจในการเลือกวิธีการระงับปวด การป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนและการให้สารน้ำ การคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญียิ่งขึ้นกับวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและสภาวะของผู้ป่วย⁽⁴⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการให้ยาระงับความรู้สึกหลากหลายวิธี แต่พบว่าใช้เทคนิคเป็นการฉีดยาสลบเข้าทางหลอดเลือดดำมากที่สุด ร้อยละ 56.90 รองลงมาคือการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปโดยใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 17.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า การให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia คือการให้ยาต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ปลูกไม่ตื่นระดับที่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นที่เจ็บปวด เป็นวิธีที่ใช้มากในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ยาทางวิสัญญีในปัจจุบันออกฤทธิ์สั้นและผลข้างเคียงน้อย เช่น ยาสลบสลบ desflurane และ sevoflurane หรือ ยานิดทางหลอดเลือดดำ propofol ที่มักใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปทางหลอดเลือดชนิดเดียว (TIVA-Total intravenous anesthesia) ในด้านระยะเวลาผ่าตัด 38.84 ± 14.49 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วยนั้นจะสอดคล้อง

กับระยะเวลาชนิดการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดที่ได้กำหนดในระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัยสำหรับการพัฒนาระบบการบริการการผ่าตัดแบบ ODS ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง

สำหรับชนิดของการผ่าตัดเป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัยสำหรับการพัฒนาระบบการบริการการผ่าตัดแบบ ODS ในระยะแรกดำเนินการครอบคลุมโรค จำนวน 12 โรค^(1,2) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มารับการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 67 ราย ส่วนใหญ่มารับการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู ร้อยละ 92.5 การผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยไม่ใช้แผ่นสารสังเคราะห์ร้อยละ 4.5 มีเพียงร้อยละ 3.0 % ที่มาทำการผ่าตัดถุงน้ำลูกอัณฑะ^(6,8)

จากผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังและโรคอื่นๆ ซึ่งโรคประจำตัวของผู้ป่วยนั้นเป็นส่วนสำคัญมากที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงเห็นได้ว่าจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมี ASA I-II เป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้ป่วยที่มี ASA III ได้รับเลือกเข้าให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยได้รับการประเมินจากวิสัญญีแพทย์ได้ตรวจประเมินก่อนการผ่าตัดทั้งอาการ ตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจอื่นๆ ที่จำเป็น และมั่นใจได้ว่าสามารถเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้⁽⁴⁾

สำหรับภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตต่ำเกิดขึ้นในระหว่างในยาระงับ

ความรู้สึกนั้น ส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวถึงร้อยละ 43.62 จึงทำให้ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ เช่น ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ภาวะหัวใจล้มเหลว สมองขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาได้⁽⁷⁾ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติร้อยละ 20 ควรได้รับการแก้ไขภาวะดังกล่าว

ผลการศึกษาระยะหลังผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่าความปวดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยสำหรับผู้ป่วย Fast tract surgery การให้ยาระงับปวดให้เพียงพอเป็นเป้าหมายที่ควรบรรลุจนผู้ป่วยมีความสบาย (patient comfort) การให้ยาลดปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ได้แก่ เฟนทานิล หรือ มอร์ฟินขนาดต่ำเพื่อหลีกเลี่ยงอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แก่ เฟนทานิล ครั้งละ 0.5-1 มก.ต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม ปัจจุบันในหลายสถาบันในต่างประเทศใช้หลัก opioid free anesthesia และใช้ยาในกลุ่มนี้เมื่อยากกลุ่มอื่นไม่ได้ผล (rescue drug) การให้ยากกลุ่มนี้ในขนาดสูงในกลุ่มเสี่ยงอาจเกิดภาวะกดการหายใจได้⁽⁸⁾ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนและความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย ถ้าอาการไม่รุนแรงและผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบแล้ว ก็อาจไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมากนัก นอกจากทำให้เกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย ไม่สบาย จะพบภาวะแทรกซ้อนนี้บ่อยในผู้หญิง ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยอ้วน ผลของการให้ยาสลบขึ้นกับทั้งชนิดของยาสลบ และระยะเวลาของการให้ยาสลบ เช่น

ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวด ได้แก่ มอร์ฟิน เพ็ททีดิน จะเกิดอาการได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบอาการนี้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ผู้ป่วยที่มีความดันเลือดตกด้วย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคะแนนผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำหน่ายหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ย 15.55 เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังมีความปวดหลังผ่าตัด บางรายที่ใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จึงทำให้ปัสสาวะไม่ออกและยังลุกเดินไม่ได้ จึงเกิดความไม่สุขสบาย แต่คะแนนก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายให้คะแนน 16 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนาระบบการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตามเกณฑ์การให้ผู้ป่วยกลับบ้านหลังการผ่าตัด (Discharge Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น สัญญาณชีพต้องคงที่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยต้องมีคุณลักษณะดังนี้ คือ รู้จักบุคคล สถานที่และเวลา สามารถดื่มน้ำได้ สามารถปัสสาวะเองได้ สามารถแต่งตัวเองได้ สามารถเดินเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย และ 3) ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ปวดแผลมากและมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดมาก⁽²⁾

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมงหลังใช้บริการในรูปแบบการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จะมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ซึ่งพบว่าในวันที่ 1 หลังผ่าตัดยังมีผู้ป่วยบางรายไม่สุขสบาย จากอาการปวดแผลและคลื่นไส้อาเจียนเพียงเล็กน้อย และในวันที่ 2 ติดตามเยี่ยมอาการอีกครั้งทางโทรศัพท์ พบว่าอาการปวดและคลื่นไส้อาเจียนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจนิเทศสถานบริการใน 13

เขตสุขภาพซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ 2561 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด 3 อันดับแรก คืออาการปวดแผล รองลงมาคืออาการคลื่นไส้ อาเจียนและปัสสาวะไม่ออก⁽²⁾

จากการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านหลังวันผ่าตัดในวันที่ 1 และวันที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความสุขสบาย เกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงเล็กน้อย ได้รับการผ่าตัดเร็ว ไม่ต้องรอคิว และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลหลายวัน ประกอบกับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการดูแลให้บริการในรูปแบบการบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยและญาติทุกรายได้รับการประเมินความพร้อม ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวตั้งแต่มก่อนเข้ารับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาอื่น⁽⁹⁾ ที่พบว่าความพึงพอใจในการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบึงกาฬโดยภาพรวมอยู่ในระดับคะแนนมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.3

จากการศึกษานี้ พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายได้จริง เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ลดวันนอนได้ร้อยละ 2 วัน เนื่องจากสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วย คือจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งช่วยประหยัดทั้งค่าใช้จ่าย ลดวันนอน ลดค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งของผู้ป่วยและญาติ และสถานบริการ สอดคล้องกับผลการตรวจนิเทศสถานบริการใน 13 เขตสุขภาพซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ 2561 พบว่า มีการทำหัตถการ ODS คิดเป็นร้อยละ 36.34 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายได้จำนวน 73,619,000 บาท (จากจำนวนผู้ป่วย 4631 ราย)

และยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดังนี้
ลดวันนอนได้ 9262 วัน (วันนอน 2 วันต่อผู้ป่วย
4631ราย) ลดค่าเดินทาง 100 บาทต่อวัน ลดค่า
เสียเวลา 300 บาทต่อวัน ลดค่าอาหาร 100 บาท
ต่อวัน ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล 74
ล้านบาท เช่นเดียวกับการศึกษาของเขตสุขภาพที่
10 พบว่าการให้บริการระบบแบบวันเดียวกลับ
สามารถลดวันนอนที่ไม่จำเป็นได้ 339 วันจาก
จำนวนผู้ป่วย 234 ราย และการศึกษาอื่นที่พบว่า
ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลจาก 2-10 วัน
เหลือเพียง 1 วัน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายจากการนอน
โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายส่วนตัวจากร้อยละ 67
เหลือร้อยละ 21^(10,11)

สรุป

แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ยาระงับ
ความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สามารถ

นำมาใช้ได้ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ
ในระดับดีมาก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง
ที่ได้ให้การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ชี้แนะ
แนวทางจากหลายๆ ฝ่าย ได้แก่ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลพังงา บุคลากรในกลุ่มงานวิสัญญี
โรงพยาบาลพังงา คณะกรรมการดำเนินงาน ODS
โรงพยาบาลพังงา คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน
มนุษย์ โรงพยาบาลพังงา และงานเวชระเบียน
โรงพยาบาลพังงา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วย
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเอกสารขมพิศ ศิ
ริวงศ์ ที่ช่วยตรวจทานและแก้ไขบทคัดย่อ
ภาษาอังกฤษ

เอกสารอ้างอิง

1. ทวี รัตนชูเอก. บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560. หน้า 1-10.
2. ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์. บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562. หน้า 11-25.
3. มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน. Safety Flow for One Day Surgery: Anesthetic Viewpoint. ใน: ฐิติกัญญา ดวงรัตน์, บรรณาธิการ. Safety in One Day Surgery (ODS) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย; 2561. หน้า 7-16.
4. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. Case Selection and Choices of Anesthetic Techniques: How We Set Up for the Safety Procedures ODS การเลือกผู้ป่วยและวิธีการทางวิสัญญี เพื่อความปลอดภัยในหัตถการ ODS. ใน: ฐิติกัญญา ดวงรัตน์, บรรณาธิการ. Safety in One Day Surgery (ODS) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย; 2561. หน้า 1-5.

5. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. ความปลอดภัยในการให้ยาแก้ปวดและยาเสริมสำหรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ใน: ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. บรรณาธิการ. Safety in One Day Surgery (ODS) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2561. หน้า 17-21.
6. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์แพทยเขต 4-5 2563; 39: 109-25.
7. นภาพร ชูนาม, สิริรัตน์ แสงจันทร์, ปิณฑกานต์ อุไรวัฒนา. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ 2555.
8. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด(Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management) ฉบับที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.; 2562.
9. ผาณิตชัย วัลลภา ช่างเจรจา, สุนันท์ นกทอง. ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2562; 2: 50-6.
10. ธิดา ยุคตวรานันท์. เรื่องการพัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเขตสุขภาพที่10.วิสัญญีสาร 2559; 42: 116-22.
11. กรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ, ธวัช ธรรมบวร, สุจิตรา ตันทัตประเสริฐ. ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลอุดรธานี. [Online]. 2019 July 07 [cited 2020 July 20]; [7 screens]. Available from: URLhttp://203.157.168.38/web/r2rforum/pages/indexview.php?no_id=000000000114

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศิริรัตน์ เหลืองอรุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม, โรงพยาบาลทุ่งสง

(วันรับบทความ : 24 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ : 26 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 15 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีสาเหตุจากการอุดตันด้วยลิ่มเลือดในหลอดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน จำนวนผู้ป่วยและอัตราเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทุกปี การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้สูงขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังคงได้รับยาล่าช้า โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

วัสดุและวิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลย้อนหลังของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2560 ถึงวันที่ 30 ก.ย. 2564 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square และ independent t-test

ผลการศึกษา : จากกลุ่มตัวอย่าง 139 คนพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษา ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาของผู้ป่วยและญาติ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินได้รับยาละลายลิ่มเลือด

สรุป : ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าดังกล่าว ได้แก่ ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษา ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลา System delay ปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิต

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการล่าช้า ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

Factors Effecting Delayed Time of Thrombolytic Treatment in Patients with Acute ST-Elevated Myocardial Infarction

Sirirat Luangarun, Registered nurse

Department of Nursing care of medicine patients, Thungsong hospital

Abstract

Background: Acute myocardial infarction STEMI is caused by sudden blockage in the blood supply to the heart muscle. The number of patients and death rates are increasing every year. Taking fibrinolytic drugs for a specified period of time increases the chance of survival. The Ministry of Public Health has set indicators for patients to receive fibrinolytic drugs within 30 minutes after the patient arrives at the hospital. In previous studies, a number of patients were still on delayed medication. There are different factors that correlate.

Objective: Study factors related to delay in fibrinolytic administration in patients with STEMI acute myocardial infarction.

Material and Methods: Retrospective data of STEMI acute myocardial infarction from 1 Oct. 2017 to 30 Sep. 2021. The data collection tools consisted of: personal information record form and record form of attendance factors for patients with acute myocardial infarction Data were analyzed by taking the mean. standard deviation and correlation were determined using Chi-square and independent t-test.

Result: 139 sample were included; it was found that the correlation factors were the duration of the ECG examination. Length of time for doctors to diagnose and prescribe treatment Duration of drug consent of patients and relatives and the length of time the patient arrives at the emergency room until receiving the fibrinolytic drug.

Conclusion: Factors contributing to such delays include the duration of the ECG examination. Length of time for doctors to diagnose and prescribe treatment Duration of drug consent of patients and relatives Which is during the system delay period, improve the process to be able to increase the efficiency of care access to services quickly and reduce the incidence of illness and death.

Keywords: delayed access to services, delayed fibrinolytic therapy, STEMI-type acute myocardial infarction

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ST-Elevated Myocardial Infarction) เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด (fibrous plaque) แล้วมีขนาดหนาตัวขึ้นจนเกิดการอุดตันและเมื่อพลาต (Plaque) มีการฉีกขาดหรือปริแตกทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักเกิดความไม่สมดุลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย⁽¹⁾ ซึ่งมีสัมพันธ์กับความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยมี ST segment ยกขึ้นอย่างน้อยหรือเท่ากับ 2 lead ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LEFT Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ หากไม่มีการจัดการอาการที่เหมาะสมรวดเร็วจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายกว้างขึ้นและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁽²⁾

จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ.2563 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน ซึ่งนับว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก ในปีเดียวกันประเทศไทยมีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด (I20-I25) จำนวน 350,922 คน และเสียชีวิต 21,309 คนโดยมีอัตราการเสียชีวิต 32.57 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.57:1 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงที่สุด เพศชายมีอัตราตายมากกว่าเพศหญิง ในทุกกลุ่มอายุ ในช่วงปี พ.ศ.2561-2563 จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่แนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยอัตราตายต่อแสนประชากรอยู่ที่ 22.88, 22.56 และ 24.99 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของระยะเวลา

การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีเท่ากับร้อยละ 34.72, 35.00 และ 33.33 ตามลำดับ⁽³⁻⁵⁾

โรงพยาบาลทุ่งสงจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ซึ่งให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST-Elevated Myocardial Infarction) ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Streptokinase) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30 โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกจะได้ผลดีที่สุด และความเร็วของการรักษามีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง⁽⁶⁻⁸⁾ จากสถิติโรงพยาบาลทุ่งสง ในปี พ.ศ.2561-2564 มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เท่ากับร้อยละ 11.11, 14.28, 11.25 และ 7.36 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาทีเท่ากับร้อยละ 66.07, 60.6, 58.52 และ 65.21 ตามลำดับ⁽⁹⁻¹²⁾ ถึงแม้ว่าร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด⁽¹³⁻¹⁴⁾ มีมากกว่าร้อยละ 60 แต่เพื่อการพัฒนาการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ลดอัตราการเสียชีวิตจากการได้รับยาล่าช้าขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาทบทวนอย่างจริงจังเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาล่าช้าเกิน 30 นาที และเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกันทั้งระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital phase) และระยะในโรงพยาบาล (In-hospital phase)⁽⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาล่าช้า ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการ

รักษา โรคประจำตัว อาการและอาการแสดง ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระบบการนำส่งผู้ป่วย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล ระดับการเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรง Killip's classification การคัดกรอง ระยะเวลาที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วย และญาติ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือด^(1,8,15-21)

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ให้ได้รับยาทันเวลา เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเพื่อนำมาพัฒนาระบบช่องทางด่วนและกำหนดแนวทางให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและที่สำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งสงและเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำหรือได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ที่แผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาลทุ่งสง รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 ระยะเวลา 4 ปี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 ราย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ แบบข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา และส่วนที่ 2 คือ ข้อมูลด้านการรักษา อาการและอาการแสดง ระดับการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระบบการนำส่งผู้ป่วย การคัดกรอง ระยะเวลาที่ได้รับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาในการวินิจฉัย ระยะเวลายินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจนถึงเวลาที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 1.0 และนำมาเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ด้วย t-test independent และ chi-square test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistics Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 26.0

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลทุ่งสง ระบุรหัสโครงการ REC-TH029/2022 เมื่อวันที่ 11 เดือนกรกฎาคม 2565 และจากนั้นได้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1.ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง 2.เลือกกลุ่มตัวอย่าง 3.ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเก็บจากแบบบันทึกข้อมูล 4.ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 ระยะเวลา 4 ปี จำนวน 139 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 79.10 ส่วนเพศหญิงร้อยละ 20.90 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 33-90 ปีเฉลี่ย 56.72 ± 12.52 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 71.90 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 40.30

และต่ำกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 59.70 ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรร้อยละ 46.80 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 34.50 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 51.80 ใกล้เคียงกับกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือนโดยคิดเป็นร้อยละ 48.20 สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12.90 ส่วนสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.10 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 63.30 ซึ่งการเดินทางส่วนใหญ่ นำรถส่วนตัวมาเองร้อยละ 95.00 โดยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 100.54 ± 87.34 นาที ซึ่งระดับความเจ็บปวดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-6 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 59.40 ระดับความรุนแรง Killip's classification ส่วนใหญ่ระดับ 1 ร้อยละ 76.30 รองลงมาคือระดับ 2 ร้อยละ 12.20 และระดับ 3 น้อยที่สุดร้อยละ 4.30 เกือบทั้งหมดร้อยละ 99.30 ได้รับการตรวจคัดกรองทันทีเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาในการตรวจคลื่นหัวใจ 3.30 ± 4.66 นาที โดยมีระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษา 13.86 ± 12.47 นาที ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาของผู้ป่วยและญาติ 4.09 ± 2.27 นาที รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับยาละลายลิ้มเลือด 33.98 ± 18.11 นาที โดยพบว่าระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษา ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาของผู้ป่วยและญาติ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับยาละลายลิ้มเลือด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (N=139)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)	การได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน(ร้อยละ)		P-value
		ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	
เพศ				
ชาย	110 (79.10)	60 (45.50)	50 (54.50)	.952 ^a
หญิง	39 (20.90)	13 (44.80)	16 (55.20)	
อายุ (ปี)				
Mean±S.D.	56.72±12.51	56.37±12.87	57.01±12.31	.763 ^b
(Rang)	33-90			
สถานภาพ				
สมรส	100 (71.90)	43 (30.90)	57 (41.00)	.378 ^a
โสด หม้าย หย่าร้าง	39 (28.10)	20 (14.40)	19 (13.70)	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	83 (59.70)	38 (27.30)	45 (32.40)	.895 ^a
มัธยมศึกษาขึ้นไป	56 (40.30)	25 (18.00)	31 (22.30)	
อาชีพ				
รับจ้าง เกษตรกรรม	65 (46.80)	35 (25.20)	35 (25.20)	.439 ^a
ค้าขาย	26 (18.70)	9 (6.50)	17 (12.20)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	48 (34.50)	17 (12.20)	24 (17.30)	
รายได้				
น้อยกว่า 15,000 บาท	72 (51.80)	34 (24.50)	38 (27.30)	.641 ^a
15,000 บาทขึ้นไป	67 (48.20)	29 (20.90)	38 (27.30)	
สิทธิการรักษา				
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	103 (74.10)	47 (33.80)	56 (40.30)	.793 ^a
ประกันสังคม	18 (12.90)	9 (6.50)	9 (6.50)	
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	18 (12.90)	7 (5.00)	11 (7.90)	
โรคประจำตัว				
มี	88 (63.30)	52 (37.40)	36 (25.90)	.170 ^a
ไม่มี	51 (36.70)	24 (17.30)	27 (19.40)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (ต่อ)

ระดับความเจ็บปวด				
0-2 คะแนน	56 (40.60)	29 (21.00)	27 (19.60)	.181 ^a
3-6 คะแนน	82 (59.40)	33 (23.62)	49 (35.50)	
ระดับความรุนแรง Killip's classification				
Killip 1	106 (76.30)	45 (32.40)	61 (43.90)	.420 ^a
Killip 2	17 (12.20)	10 (7.20)	7 (5.00)	
Killip 3	6 (4.30)	4 (2.90)	2 (1.40)	
Killip 4	10 (7.20)	4 (2.90)	6 (4.30)	
การเดินทาง				
รถมูลนิธิ 1669	7 (5.00)	5 (3.60)	2 (3.60)	.155 ^a
รถส่วนตัว	132 (95.00)	58 (41.70)	74 (53.20)	
การคัดกรอง				
ทันที	138 (99.30)	62 (44.60)	76 (54.70)	.270 ^a
ไม่ทันที	1 (0.70)	1 (0.70)	0 (0.00)	
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล				
Mean±S.D.	100.54±87.34	108.57±92.71	93.88±82.65	.325 ^b
(Rang)	10-480			
ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ				
Mean±S.D.	3.30±4.66	4.68±6.21	2.16±2.29	.003 ^b
(Rang)	1-30			
ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษา (นาที)				
Mean±S.D.	13.86±12.47	19.92±15.88	8.84±4.60	.000 ^b
(Rang)	2-95			
ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาของผู้ป่วยและญาติ (นาที)				
Mean±S.D.	4.09±2.27	4.62±2.32	3.64±2.15	.012 ^b
(Rang)	1-15			
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (นาที)				
Mean±S.D.	33.98±18.11	48.65±17.44	21.82±4.58	.000 ^b
(Rang)	13-119			

^a Chi-square, ^b t-test independent

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช นั้น มี 2 ปัจจัย ได้แก่

ปัจจัยด้านระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.003$) ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในการศึกษานี้จะเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลเบื้องต้น ซึ่งจะต้องให้ได้เร็วที่สุดภายใน 10 นาทีนั้น^(6,14) แต่ในรายที่ได้รับการตรวจล่าช้าก็จะส่งผลให้การวินิจฉัยของแพทย์ล่าช้าตามไปด้วยสำหรับในรายที่พบว่ามีสาเหตุมาจากลักษณะอาการที่ไม่ชัดเจนสอดคล้องกับผลการวิจัยของพรทิพย์ อคินิจ และประมวลรัตน์ พงนา⁽⁷⁾

ปัจจัยด้านระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษาก็มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.000$) เช่นกัน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลทุ่งสงมีระบบการขอคำปรึกษาจากอายุรแพทย์เวรทันที ($\text{Mean} \pm \text{S.D.} = 13.86 \pm 12.47$) ภายหลังแพทย์วินิจฉัย STEMI และตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล^(7,24) แต่พบว่ามีผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถสั่งการรักษาเริ่มให้ยาในเวลาที่กำหนดเกิดจากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่ชัดเจนซึ่งจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกแยะอาการจากโรคอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน⁽¹⁴⁾ เกิดการวินิจฉัยล่าช้าและส่งผลให้การปรึกษาอายุรแพทย์เกิดความล่าช้าตามมาด้วย^(17,25)

เมื่อพิจารณาระยะเวลาแต่ละช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดใช้เวลาเฉลี่ย 33.98 ± 18.11 นาที โดยระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนและระยะเวลาโดยรวมเป็นไปตามมาตรฐาน^(7,14) ซึ่งช่วงระยะเวลาดังกล่าวนับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อการได้รับยาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของวัชร ก้อนแก้วและอภินันท์ ชูวงศ์ ที่พบว่ากลุ่มยาละลายลิ่มเลือดเป็นยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังในการใช้ยาก่อนข้างสูง โดยผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการได้รับยาอย่างชัดเจน ผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจากแพทย์และพยาบาลเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการให้ยาและลงนามให้ความยินยอม^(6,21) ซึ่งจำเป็นจะมีระยะเวลาในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เร็วรวมถึงได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

มีหลายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า อาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการได้รับพิจารณาการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของภัทรสิริ พงมานพงศ์ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวที่หลัง จุกแน่นลิ้นปี่จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกถึง 72 เท่า⁽¹⁷⁾ หรือแม้แต่การรับรู้อาการของโรคหัวใจผิดว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร อาการปวดกล้ามเนื้อ อาการเวียนโรค และการกระทำของผี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจที่ล่าช้าหรือแม้แต่หน่วยบริการให้การรักษารอประเมินซ้ำก็ตาม^(16,22,23)

ในการวิจัยครั้งนี้ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการ

ให้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยของฉลองชัย ทุนดี ที่ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ยารวมถึงปัจจัยของการเรียกกระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือ 1669 ไม่มีความสัมพันธ์เช่นกัน แตกต่างจากงานวิจัยหลายงานที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อการให้ยาล่าช้า⁽¹⁸⁾

อีกทั้งระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงมาโรงพยาบาลพบว่าระยะเวลาของผู้ป่วยของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาล่าช้าและกลุ่มที่ได้รับยาไม่ล่าช้านี้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (108.57 ± 92.71 , 93.88 ± 82.65 , $p=.325$)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมทุกปัจจัย เช่น อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละที่อาจแตกต่างกันตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ควรศึกษาการสร้างฐานข้อมูลเชื่อมโยงทั้งในระดับแม่ข่ายและลูกข่ายในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

สรุป

การให้ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงมีความล่าช้ากว่าเวลามาตรฐาน และปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าดังกล่าว ได้แก่ ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งการรักษา ระยะเวลาในการยินยอมให้ยาของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลา System delay⁽⁷⁾ ปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เริ่มจัดทำขึ้นและสำเร็จได้เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำเป็นอย่างดีจาก รศ.ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและคุณพุดิสันต์ รัตนชูพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลทุ่งสง ทางผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมาไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. พรทิพย์ สารีโส. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2565.
2. นพดล ชำนาญผล. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI = Acute ST-segment elevation myocardial infarction. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
3. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561. กรมควบคุมโรค; 2561.
4. ณัฐรัตน์ ธนธีรวงษ์, นพวรรณ มาดารัตน์, กมลพรรณ อินนุพัฒน์. สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.

5. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559-2563. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. Borja Ibanez, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2018 Jan 7;39(2):119–77.
7. สมาคมแพทย์หัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์ฆ้องกรหัวใจและหลอดเลือดหัวใจแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
8. พรทิพย์ อัครนิจ, ประมวลรัตน์ พจนา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(1):99–112.
9. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลทุ่งสง. รายงานสถิติประจำปี พ.ศ.2561-2564. โรงพยาบาลทุ่งสง; 2564.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร; 2564.
11. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. 2565.
12. กฤษดา จนวนันท์, บุญทิพย์ สิริธรรักษ์, บุญจง แซ่จิ่ง. การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2557;20(1):80–94.
13. จินตนา ชมภูโคตร, สมจิต แดนสีแก้ว. การทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(4):132–9.
14. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, ศรีสุรีย์ สุนพยานนท์, อัญชลี คงสมบูรณ์. การพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559;6(1):1–14.

15. ฉลองชัย ทุนดี. ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2563;35(3):757-63.
16. พัทธราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, ศิริอร สีนธ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2554.
17. อรรถวุฒิ พรหมรัตน์, กรรณพร บัวสิวรรณ. การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):115-26.
18. วัชร ก้อนแก้ว, อภินันท์ ชูวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(1):11-24.
19. นริชรา โตตประทุม. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจ : กรณีศึกษา 2 ราย. ยโสธรเวชสาร. 2565;24(1):98-105.
20. ภัทรสิริ พจมานพงศ์, ดวงกมล สุขทองสา, เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, ยุพา วงศ์รสไตร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการล่าช้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก. 2562;30(2):157-75.
21. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุด. การศึกษาสถานการณ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI. กลุ่มงานวิจัย สำนักงานวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2565.

ประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการ ทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้ในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน

อรอุมา มะกรุดทอง¹, จินตนา คำเกลี้ยง², มยุรี เมฆทัศน์¹, ทิพย์สุดา พรหมดนตรี¹
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา¹
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา²

(วันรับบทความ : 22 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 21 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 9 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะติดเชื้ในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ.2560-2562 พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหาดใหญ่เพิ่มสูงขึ้น จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มผลลัพธ์การดูแล และประเมินผลโครงการโดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในกระบวนการปรับปรุงการดำเนินงาน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการให้บริการที่เป็นเลิศ (service excellence)

วัตถุประสงค์: ประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้ในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation research design) ศึกษาในกลุ่มพยาบาลห้องฉุกเฉินและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ในกระแสเลือด จำนวน 42 ราย และผู้ป่วยจำนวน 45 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษา: การประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบชิปปี้ พบว่าด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์อยู่ในระดับดีมาก

สรุป: โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้ในกระแสเลือดเป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและองค์กร

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้ในกระแสเลือด ผู้สูงอายุ รูปแบบชิปปี้

Project Evaluation in The Development of An Initial Assessment and Nursing Management Guideline for Older Persons with Sepsis in Emergency Department

Ornuma Magrudthong¹, Jintana Damkliang², Mayuree Mekthas¹, Thipsuda Phomdontre¹

Emergency Department, Hatyai hospital, Songkhla, Thailand¹

Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Songkhla, Thailand²

Abstract

Background: Sepsis in the elderly is a major public health problem in Thailand. In 2017-2019, the mortality rate in Hatyai hospital has been increasing. Development of an evidence-based nursing practice guideline is necessary in order to improve quality of care and outcome of care for older persons with sepsis, and evaluate the project using the CIPP Model so that it can be used in improving the care process to reduce complications, and mortality rate. This is in line with the policy of the Ministry of Public Health regarding service excellence.

Objective: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the development of an initial assessment and nursing management guideline for older persons with sepsis in emergency department (ED), Hatyai hospital.

Materials and Methods: This is an evaluation research design, The samples were 42 ED nurses and head nurses who received the patients with sepsis in their wards, Data were collected using questionnaires, and analyzed by using descriptive statistics.

Results: Evaluation of the project following the CIPP model showed that, context factors, Input factors, process factors, and product factors were at very good levels.

Conclusions: The development of an initial assessment and nursing management guideline for older persons with sepsis in ED is an effective project, and help to improve optimal outcomes for patients and organization.

Keyword: sepsis older adults CIPP model

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขโลกและสาธารณสุขไทย จากสถิติในปี พ.ศ. 2560 พบมีผู้ป่วยทั่วโลกมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 49 ล้านราย และเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 11 ล้านรายทั่วโลก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับประเทศไทย โดยพบว่าอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปี พ.ศ. 2660-2561 พบมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03, และ 34.90 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มของการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ โดยเฉพาะผู้ป่วยผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ เนื่องจากกลไกการป้องกันของร่างกาย (mechanical defense) ลดลง ทำให้กระบวนการทำลายเชื้อโรค (phagocytosis) และการตอบสนองต่อวัคซีนลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ง่ายนอกจากนี้ ลักษณะของอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกายของผู้สูงอายุมักไม่ชัดเจน หรือไม่แสดงอาการในระยะแรกจึงทำให้การประเมินสภาพ การวินิจฉัยและการเริ่มต้นรักษามีความล่าช้า ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ⁽³⁾

นโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2566-2568 มีนโยบายยกระดับบริการรองรับสังคมสูงวัยและลดอัตราตายโรคสำคัญ โดยกำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการบริการที่เป็นเลิศ (service excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก และแผนงานที่ 7 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและ

องค์กรคุณภาพภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ รวมถึงการให้การดูแลภายในห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีตัวชี้วัดสำคัญ คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level I) ภายใน 24 ชั่วโมงที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วย⁽⁴⁾ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดระดับรุนแรง และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 39, 42, และ 38.9 ตามลำดับ⁽⁵⁾

จากการประชุมกลุ่มและระดมสมองของพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่พบว่า ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพมีไม่เพียงพอ การพัฒนาบุคลากรในด้านการประเมินและรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพทุกคน นอกจากนี้พบว่าไม่มีรูปแบบการประเมินและติดตามภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการบันทึกทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง และภาวะช็อกจากสาเหตุติดเชื้อในผู้สูงอายุและสามารถปฏิบัติได้ง่ายภายใต้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นจำนวนมากและมีความเร่งด่วน ในปี พ.ศ. 2563 ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่ จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินและรับ และการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินขึ้น เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับนโยบายในการแก้ปัญหาของโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อแก้ไขสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการผลการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการดูแล

ตามแนวปฏิบัติฯ แต่ยังคงมีการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นส่วนน้อย คือ การส่งสิ่งคัดกรองเพื่อเพาะเชื้อ และการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง และปัญหาข้อจำกัดของจำนวนเตียงในหอผู้ป่วย ICU มีระดับความรุนแรงของการติดเชื้อที่ลดลง และพบว่าพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้มีความพึงพอใจ และแนวปฏิบัติฯ สามารถนำมาใช้ได้จริง แต่หลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ยังพบจุดด้อยของการนำไปใช้ ได้แก่ แนวปฏิบัติฯ ที่นำไปใช้ยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการนำส่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงระหว่างนำส่งไปยังหอผู้ป่วย อีกทั้งจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานต่อจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ การมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ และหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเข้ารักษาทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤติ

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้ครอบคลุมในทุกประเด็นรวมทั้งการมีส่วนร่วมของบุคคลและหน่วยงานเกี่ยวข้องกันในทุกภาคส่วนของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินผลโครงการโดยใช้รูปแบบชิปป (CIPP Model)⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เน้นการตัดสินใจควบคู่กับกิจกรรมการประเมินทุกขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในกระบวนการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการ

ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการให้บริการที่เป็นเลิศ (service excellence)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1.1 ประเมินผลด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อมโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

1.2 ประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้าโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

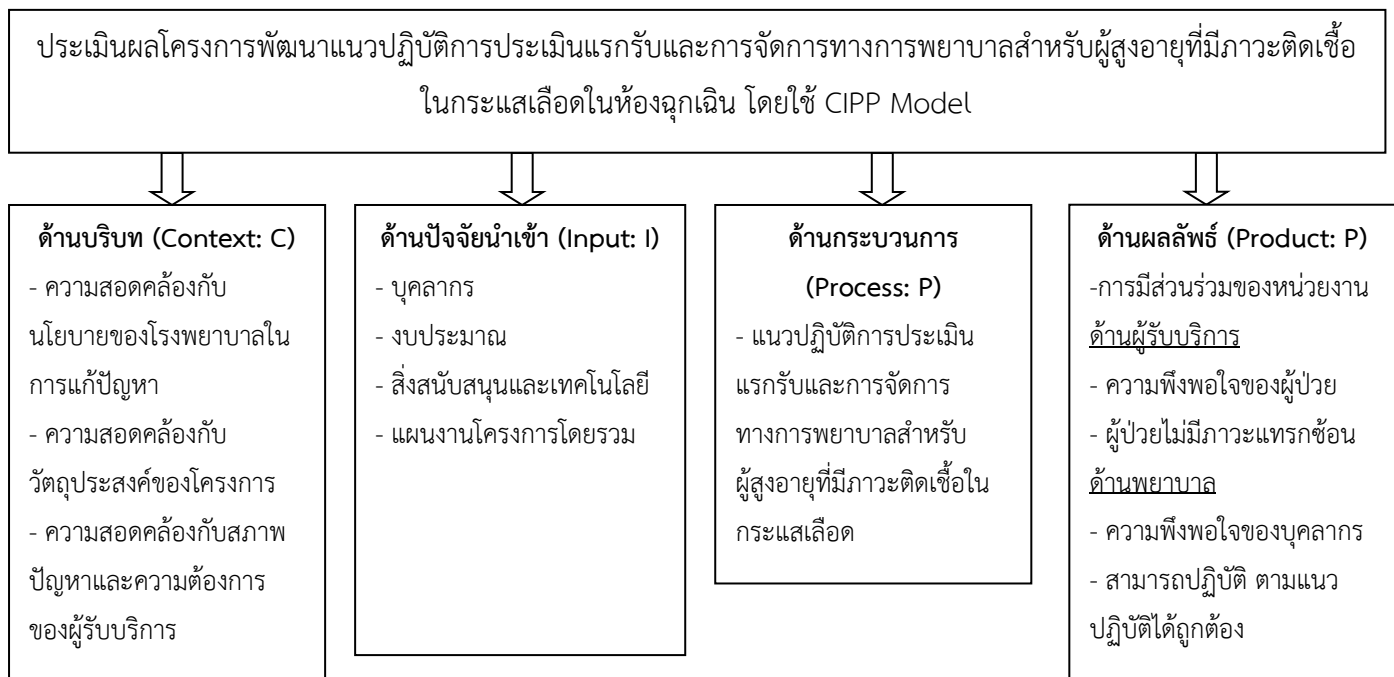
1.3 ประเมินผลด้านกระบวนการโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

1.4 ประเมินผลด้านผลลัพธ์
โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและ
การจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหาดใหญ่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation
research design) ครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อ
ประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมิน

แรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้
สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้อง
ฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบซิปป์ (CIPP
Model) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เน้นการ
ตัดสินใจควบคู่กับกิจกรรมการประเมินทุกขั้นตอน
ตามแนวคิดของสตัฟเฟิลบีมและชินค์โฟล์ด⁽⁶⁾
ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อม
ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้าน
ผลลัพธ์ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการ
ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาล ประกอบด้วย 1) หัวหน้าหอ

ผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
จำนวน 6 ราย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
ห้องฉุกเฉินและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อ
ในกระแสเลือด จำนวน 36 ราย โดยมีเกณฑ์ในการ

คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ลาคลอด ลาอบรม หรือศึกษาต่อในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

2. ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือด (รหัส ICD-10 A419) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคิดเป็นร้อยละ โดยพิจารณาจากจำนวนของประชากร⁽⁷⁾ ซึ่งคำนวณได้ 40.25 ราย แต่ในการเก็บวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมด จำนวน 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 แนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สร้างขึ้นจากการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย นำมาประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรคร่วม ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ คะแนน SOS แกร็บ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การประเมินแรกรับโดยใช้คะแนน SOS การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ การรายงานแพทย์ การส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ การให้สารน้ำตามแผนการรักษา การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต การใส่สายสวนปัสสาวะ การประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย คะแนน SOS ระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉิน การเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ การประเมินซ้ำก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้ ข้อมูลของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมจากแบบบันทึกเวชระเบียนและแบบบันทึกทางการพยาบาล

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale: CVI) เท่ากับ 1.00⁽⁸⁾ และนำไปทดลองใช้ กับกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 ราย ได้ค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percentage of agreement) เท่ากับ 1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การอบรมเรื่องการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระยะเวลาที่ได้รับการอบรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน ในปัจจัย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ทั้งหมด 38 ข้อ ได้แก่ ด้านบริบท จำนวน 10 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 15 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 10 ข้อ และด้านผลลัพธ์ จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบ่งช่วงระดับการประเมินผลโครงการเป็น 5 ระดับ⁽⁹⁾ ดังนี้ คะแนน 1.00–1.80 หมายถึง ระดับปรับปรุง คะแนน 1.81–2.60 หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 3.41–4.20 หมายถึง ระดับดี และคะแนน 4.21–5.00 หมายถึง ระดับดีมาก

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลโครงการ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผล 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 รายได้ค่าประสิทธิแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81⁽⁸⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือนตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

2. เก็บข้อมูลประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินตามแบบสอบถามโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยคณะผู้จัดทำวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้สอบถามหากขณะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่เลขที่ 98/2563 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2564 ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทีมสุขภาพไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ระหว่างการศึกษาหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนกระทั่งครบตามระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยให้ความมั่นใจในการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการเปิดเผยและผู้ใช้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อมีภาวะติดเชื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้บริหาร และพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. ข้อมูลการประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP model) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 พบมีอายุเฉลี่ย 76.24 ± 2.49 ปี ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหอฉุกเฉินโดยญาติพามา ร้อยละ 60.00 และมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 40.00 ผู้สูงอายุมีโรคร่วม ร้อยละ 88.89 ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 42.22 รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 31.11 มีคะแนน SOS 3-5 คะแนน ร้อยละ 60.00 รองลงมา SOS มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ร้อยละ 35.55 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.57 พบมีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 47.62 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.33 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00

รองลงมาคือ 5-10 ปี ร้อยละ 48.48 เคยได้รับการ ร้อยละ 100 และร้อยละ 71.43 เคยผ่านการอบรม
อบรมเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด 3 ชั่วโมง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป
(n=45)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	33.33
หญิง	30	66.67
อายุ (ปี) ($M = 76.24$, $SD = 2.49$, $Min = 60$, $Max = 96$)		
60-70	12	26.67
71-80	16	35.56
81-90	15	33.33
> 90	2	4.44
การเข้ารับการรักษในห้องฉุกเฉิน		
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	18	40.00
มาเอง	27	60.00
โรคร่วม		
มี	40	88.89
ไม่มี	5	11.11
ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ		
ทางเดินหายใจ	14	31.11
ทางเดินปัสสาวะ	19	42.22
ทางเดินอาหาร	5	11.11
เนื้อเยื่อผิวหนัง	2	4.45
ทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ	5	11.11
คะแนน SOS แรกรับ		
1-2 คะแนน	2	4.44
3-5 คะแนน	27	60.00
≥ 6 คะแนน	16	35.56

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=42)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	21.43
หญิง	33	78.57
อายุ (ปี) ($M = 45.28$, $SD = 4.64$, $Min = 25$, $Max = 57$)		
20-30	2	4.76
31-40	20	47.62
41-50	11	26.19
51-60	9	21.43
การศึกษา		
ปริญญาตรี	35	83.33
ปริญญาโท	7	16.67
อื่นๆ ระบุ.....		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis (ปี)		
< 5	4	9.52
5-10	17	40.48
> 10	21	50.00
การอบรมเรื่องการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis		
ไม่เคย	0	0.00
เคย	42	100.00
ระยะเวลาที่ได้รับการอบรม		
3 ชั่วโมง	30	71.43
6 ชั่วโมง	12	28.57

ข้อมูลผลการประเมินโครงการ

ผลการประเมินโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบชิปป (CIPP model) พบว่า

1) ผลการประเมินด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อมโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.50$, $SD=0.49$) และเมื่อแยกเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 3)

2) ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า
โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและ
การจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับดี
มาก ($M=4.34$, $SD=0.27$) และเมื่อแยกเป็นรายข้อ
พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นเรื่องจำนวนของ
บุคลากรปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อใน
กระแสเลือดในผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ($M=4.00$,
 $SD=0.73$) งบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงาน
ดำเนินงานโครงการอย่างเพียงพอ ($M=4.13$,
 $SD=0.62$) งบประมาณในการบริหารจัดการ
โครงการมีความเหมาะสมตามความจำเป็นในการ
ดูแลผู้ป่วย ($M=4.17$, $SD=0.65$) (ตารางที่ 4)

3) ผลการประเมินด้านกระบวนการ
โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและ
การจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก
($M=4.49$, $SD=0.38$) และเมื่อแยกเป็นรายข้อ
พบว่าอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 5)

4) ผลลัพธ์การประเมินด้านผลลัพธ์
โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและ
การจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก
($M=4.50$, $SD=0.50$) และเมื่อแยกเป็นรายข้อ
พบว่าอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 6) นอกจากนี้
พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานต่างๆที่

เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อ
ในกระแสเลือดมีส่วนร่วมในการพัฒนา และเมื่อนำ
แนวปฏิบัติฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย
สูงอายุทั้ง 45 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น
ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแส
เลือดแรกรับโดยใช้คะแนน SOS, การประเมิน
ระดับความรู้สึกตัว, การรายงานแพทย์ตามหลัก
SBAR, การประเมินสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ,
การรายงานแพทย์ทันทีเมื่อคะแนน SOS ≥ 6 หรือ
เพิ่ม ≥ 2 , และการส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ
ได้รับการดูแลร้อยละ 100 และยังพบการดูแลที่
สำคัญคือ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง
ภายหลังเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ทำได้ร้อยละ
97.78 โดยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
เฉลี่ยที่ 42.19 นาที อีกร้อยละ 2.22 ที่ไม่ได้ปฏิบัติ
ตามแนวทาง พบว่าแพทย์ยืนยันยังไม่ให้ยา
ปฏิชีวนะที่ห้องฉุกเฉิน จะพิจารณาให้หลังผู้ป่วย
เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และพบว่าร้อยละ
15.56 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
มีความจำเป็นต้องได้รับสารใส่ท่อช่วยหายใจแต่
ญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจต้องการให้การ
รักษาตามอาการ และระหว่างการเคลื่อนย้าย
ผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยไม่พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลง
ระหว่างนำส่ง (ตารางที่ 7) นอกจากนี้ผลลัพธ์ด้าน
พยาบาลพบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
สามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติฯ ได้ถูกต้องเกือบ
ร้อยละ 100

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การประเมินด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อมโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (N=42)

ที่	รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
1	โครงการ ดำเนินงานสอดคล้องกับแผนในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ	4.43	0.50	ดีมาก
2	โครงการมีแผนงานที่ชัดเจน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน	4.48	0.59	ดีมาก
3	ผู้บริหารองค์กรพยาบาลนำนโยบายมาปรับใช้ได้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทขององค์กรพยาบาล	4.43	0.50	ดีมาก
4	วัตถุประสงค์ของโครงการนี้มีความชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	4.52	0.51	ดีมาก
5	วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันของการบริหารจัดการทางการพยาบาลการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ	4.52	0.51	ดีมาก
6	วัตถุประสงค์ของโครงการมีเป้าหมายที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	4.52	0.51	ดีมาก
7	กลุ่มการพยาบาลมีการนำข้อมูลของโครงการมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ	4.52	0.51	ดีมาก
8	โครงการสอดคล้องกับสภาพปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ	4.57	0.50	ดีมาก
9	โครงการสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ ในแต่ละระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	4.52	0.51	ดีมาก
10	โดยภาพรวมด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อมของโครงการมีความเหมาะสม	4.57	0.50	ดีมาก
โดยรวม		4.50	0.49	ดีมาก

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การประเมินด้านปัจจัยนำเข้าโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (N=42)

ที่	รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
1	มีบุคลากรปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ	4.00	0.73	ดี
2	บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีศักยภาพ และทักษะในการปฏิบัติงาน	4.30	0.55	ดีมาก
3	บุคลากรได้รับความรู้และพัฒนาสมรรถนะ ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	4.35	0.48	ดีมาก
4	มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการประสานความร่วมมือเพื่อดำเนินงานตามโครงการ เช่น แพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษา เภสัชกร เป็นต้น	4.57	0.50	ดีมาก
5	ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานดำเนินงานโครงการอย่างเพียงพอ	4.13	0.62	ดี
6	งบประมาณในการบริหารจัดการโครงการมีความเหมาะสมตามความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เป็นต้น	4.17	0.65	ดี
7	มีการวางแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อประเมินโครงการผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน	4.34	0.57	ดีมาก
8	งบประมาณในการทำโครงการผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน มีความคุ้มค่าคุ้มทุน	4.39	0.49	ดีมาก
9	โดยรวมงบประมาณโครงการผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน มีความเพียงพอและเหมาะสม	4.39	0.49	ดีมาก
10	วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ มีความพร้อมและเพียงพอในการปฏิบัติงาน	4.26	0.54	ดีมาก
11	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน ที่ทันสมัยและเพียงพอสำหรับทีมบุคลากร	4.35	0.57	ดีมาก

ที่	รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
12	มีฐานข้อมูลของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ	4.43	0.58	ดีมาก
13	โครงการในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ	4.39	0.58	ดีมาก
14	โครงการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โครงการ	4.52	0.51	ดีมาก
15	โครงการผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับ และการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.56	0.50	ดีมาก
โดยรวม		4.34	0.27	ดีมาก

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การประเมินด้านกระบวนการโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (N=42)

ที่	รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
1	มีเป้าหมายด้านการประเมินแรกรับสำหรับผู้สูงอายุ ในหน่วยงานอย่างชัดเจน	4.39	0.58	ดีมาก
2	มีแผนปฏิบัติงานด้านการประเมินแรกรับสำหรับผู้สูงอายุ ในหน่วยงานอย่างชัดเจน	4.57	0.50	ดีมาก
3	มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในการประเมินแรกรับสำหรับผู้สูงอายุ	4.52	0.52	ดีมาก
4	มีการวิเคราะห์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการประเมินแรกรับสำหรับผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน	4.39	0.58	ดีมาก
5	มีเป้าหมายด้านการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ในหน่วยงานอย่างชัดเจน	4.48	0.51	ดีมาก
6	มีแผนปฏิบัติงานด้านการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ในหน่วยงานอย่างชัดเจน	4.57	0.50	ดีมาก
7	มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ	4.57	0.50	ดีมาก
8	มีการวิเคราะห์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุภายในหน่วยงาน	4.43	0.50	ดีมาก
9	ระยะเวลาในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม	4.57	0.50	ดีมาก
10	กิจกรรมที่กำหนดไว้ในโครงการได้ดำเนินการครบทุกขั้นตอน	4.43	0.58	ดีมาก
โดยรวม		4.49	0.38	ดีมาก

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การประเมินด้านผลลัพธ์โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (N=42)

ที่	รายการ	Mean	S.D.	แปลผล
1	ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจโครงการผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน	4.43	0.58	ดีมาก
2	ผู้เข้าร่วมโครงการ เล็งเห็นความเป็นไปได้ของโครงการผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉินในการนำไปใช้จริง	4.48	0.59	ดีมาก
3	ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถประเมินตามแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน	4.48	0.59	ดีมาก
โดยรวม		4.50	0.50	ดีมาก

ตารางที่ 7 แสดงการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (N=45)

แนวปฏิบัติ	การได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ฯ					
	ได้รับการดูแล		ไม่ได้รับการดูแล		ไม่จำเป็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
■ การประเมินแรกรับโดยใช้คะแนน SOS	45	100	-	-	-	-
■ การประเมินระดับความรู้สึกตัว	45	100	-	-	-	-
■ การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR*	45	100	-	-	-	-
■ การประเมินสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ**	45	100	-	-	-	-
■ การรายงานแพทย์ทันทีเมื่อคะแนน SOS ≥ 6 หรือเพิ่ม ≥ 2	45	100	-	-	-	-
■ การส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ	45	100	-	-	-	-
■ การให้สารน้ำตามแผนการรักษา	43	95.00	2	4.44	-	-
■ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการวินิจฉัย	44	97.78	1	2.22	-	-

แนวปฏิบัติ	การได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ฯ					
	ได้รับการดูแล		ไม่ได้รับการดูแล		ไม่จำเป็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
■ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Vasopressin) (n=8)	8	100	-	-	37	82.22
■ การใส่สายสวนปัสสาวะ (n=21)	21	100	-	-	24	53.33
■ การประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ(n=21)	21	100	-	-	24	53.33
■ การใส่ท่อช่วยหายใจ (n=11)	11	100	7***	15.56	27	60.00

หมายเหตุ

* SBAR หมายถึง หลักการของการรายงานข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย S = Situation, B = Background, A = Assessment, และ R = Recommendation

**ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที หาก SOS $\geq$ 6 (ติดเชื้รุนแรงมาก) หรือเพิ่ม $\geq$ 2, ทุก30 นาที หาก SOS = 3-5 (ติดเชื้รุนแรงปานกลาง), ทุก1 ชั่วโมง หาก SOS = 0-2 (ติดเชื้รุนแรงเล็กน้อย)

***ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ประสงค์รักษาตามอาการ

วิจารณ์

การประเมินผลโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การประเมินผลด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีมาก สืบเนื่องมาจากโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน เป็นโครงการที่ตอบสนองต่อนโยบายในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลหาดใหญ่และสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุในแต่ละระดับความรุนแรง

ของการเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงได้ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2566-2568 ที่มีนโยบายยกระดับบริการรองรับสังคมสูงวัยและลดอัตราการตายโรคสำคัญ⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพรและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลไม่ครบตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานหรือได้รับต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ขึ้นมา เพื่อตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลว สามารถลดการอัตราการตายได้ และตอบสนองการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง

1.2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับดีมาก ในด้านของสิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยี และแผนงานโครงการโดยรวม ซึ่งพบว่าห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีความพร้อมและความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ รวมถึงคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อมีความเสี่ยงสูง มีความทันสมัยและเพียงพอต่อบุคลากร แต่ในด้านความเพียงพอของบุคลากรและงบประมาณได้รับการประเมินในระดับดี อาจมีผลจากจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾ ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้สูงอายุลดลง เป็นผลให้จำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกซึ่งมีการเปรียบเทียบอัตราของพยาบาลในกลุ่มประเทศอาเซียน สัดส่วนของพยาบาลต่อการดูแลประชากร 10,000 คน พบว่าประเทศสิงคโปร์มีจำนวนพยาบาล 63.9 คน บรูไน 77.3 คน มาเลเซีย 32.8 คน ในขณะที่ประเทศไทยมีเพียง 20.8 คน⁽¹²⁾ ผลจากการที่มีอัตรากำลังที่น้อยของประเทศไทยพบว่า อาจเกิดจากทัศนคติที่เหมาะสมต่อวิชาชีพ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าในงาน⁽¹³⁾

1.3 การประเมินผลด้านกระบวนการอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากโครงการมีการประชาสัมพันธ์ วางแผนการดำเนินการ การประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายที่ชัดเจน นอกจากนี้แนวปฏิบัติ มีการพัฒนาความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน และมีการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ซึ่งการมีแนวปฏิบัติ ที่ทันสมัย และ

ดีที่สุดจะช่วยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาและปรับปรุงไปใช้ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงแรกรับโดยใช้คะแนน SOS, การประเมินระดับความรู้สึกร่างกาย, การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR, การประเมินสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ, การรายงานแพทย์ทันทีเมื่อคะแนน SOS ≥ 6 หรือเพิ่ม ≥ 2 , และการส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ ได้รับการดูแลร้อยละ 100 การดูแลเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลร้อยละ 97.78 โดยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเฉลี่ยที่ 42.14 นาที และไม่พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทรและคณะ⁽¹⁴⁾ ได้พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ SOS ในการดูแลผู้ป่วยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใน 1 ชั่วโมงแรก พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลก่อนการใช้แนว ปฏิบัติและหลังใช้แนวปฏิบัติไม่แตกต่างกันในเรื่องการ ประเมินสัญญาณชีพ การประเมินด้วย SOS score แต่มีการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้นในเรื่องการประเมินสัญญาณชีพเมื่อ SOS score > 4 คะแนน การส่งเพาะเชื้อในกระแสเลือดตามมาตรฐาน การบริหารยาปฏิชีวนะอย่าง ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคำสั่งให้ยา การบริหารสารน้ำภายใน 15 นาทีหลังคำสั่งการรักษา และการประเมินปริมาณ ปัสสาวะเมื่อครบ 1 ชั่วโมง และสอดคล้องกับงานวิจัยของพิชญพันธุ์และคณะ⁽¹⁵⁾ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ซึ่งให้เห็นว่าการปฏิบัติตาม 1-hour Sepsis Bundle มีแนวโน้มที่จะช่วยแก้ไขและลดอาการรุนแรงของโรคได้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษาโดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิตที่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ควรได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว⁽¹⁶⁾ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

1.4 การประเมินผลปัจจัยด้านผลลัพธ์อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งพบว่าหากปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานเป็นอย่างดี จะส่งผลต่อปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่ดีตามมา โดยบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการตามนโยบายของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข ที่ว่า “ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมงที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วย” และเมื่อนำแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ พยาบาลสามารถปฏิบัติฯ ตามแนวปฏิบัติได้เกือบร้อยละ 100 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ สอดคล้องกับการวิจัยของกรรณิกาและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการพัฒนา พบว่า 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงและอัตราผู้ป่วยที่มี

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ≥ 65 มิลลิเมตรปรอทเพิ่มขึ้น 2) ผลลัพธ์ทางการแพทย์ อัตราความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดย้อยละ 87.5 พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 84.84 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ทันเวลา ร้อยละ 97.5 และ 3) พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือดอยู่ในระดับมาก ($M=3.80$, $SD=0.62$)

สรุป

สามารถนำการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินแรกรับและการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักความปลอดภัย (2P safety) และนำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันในโรงพยาบาลเครือข่ายตามนโยบาย one province one ER ของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณกรรณิกา อังกูร หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่สนับสนุนและผลักดันให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี และขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง ชุติมา จิระนคร คุณชนัญญา ชังดเวช แพทย์หญิง จุฑารัตน์ จรลักษณ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือรวมทั้งขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. [internet]. 2020; [cited 2022 Apr 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334216>.
2. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. เล่มแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562; [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://bie.moph.go.th/e-insreport/>.
3. Rowe TA, McKoy JM. Sepsis in older adults. Infect Dis Clin North Am. 2017;31:731-42.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. สถิติหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่. สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินปี พ.ศ. 2560-2562. โรงพยาบาลหาดใหญ่; 2560-2562.
6. Stufflebeam, Shinkfield. Evaluation Theory, Models and Applications. John Wiley and Son, Inc; 2007.
7. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทัศนีย์ นะแสง. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทมการพิมพ์; 2539.
8. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th edition. Lippincott; 2012.
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.
10. จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ, ธิติพร เทียงแป้น, วันดี แยมจันทร์ฉาย. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39:638-46.
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2563.
12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

13. ดุษณี ยศทอง. ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและแนวทางการแก้ไข: การจัดการปัจจัยระดับบุคคล. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2561;20:134-43.
14. สิรินทร วิบูลชัย, วนิดา เคนทองดี, พรพิมล คำประเสริฐ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38:119-28.
15. พิชญพันธุ์ จันทระ, สมพร ศรีทันดร, จิตินันท์ วัฒนะชัย, ณัฐพล ยูนิช, กิตติศักดิ์ หมั่นเขตรกิจ, วรวรรณ สัมฤทธิ์มโนพร, นุชนารถ เขียนนุกูล. ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5:68-82.
16. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med 2021;47:1181–247. doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y.
17. กรรณิกา อำพนธ์, ชัชฎาภา บุญโยประการ, พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560;34:222-36.

อาการแสดงทางผิวหนังของผู้ป่วยโรคลูปัสในเพศชายเทียบกับเพศหญิงในช่วงอายุเดียวกัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง

สศิษฐ์ พุ่งตระกูล พ.บ., วว. ตจวิทยา

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 28 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 11 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 12 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคลูปัสเป็นโรคแพ้ภูมิตนเองที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบ จากเกณฑ์การวินิจฉัยล่าสุด หากแพทย์ทราบความชุกของอาการแสดงทางผิวหนัง อาการระบบอื่นๆ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการย่อมมีประโยชน์ไม่มากนักน้อย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการแสดงทางผิวหนังโรคลูปัสในเพศชายและหญิงในช่วงอายุเดียวกัน รวมทั้งอาการระบบอื่นๆ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยโรคลูปัส อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 - 31 ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคลูปัสเพศหญิงและเพศชายอย่างละ 41 ราย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองเพศ ทั้งอาการแสดงทางผิวหนัง อาการแสดงทางระบบอื่นๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคลูปัสเพศชาย มีแนวโน้มพบอาการชัก คิดเป็นร้อยละ 12.2 มากกว่าในเพศหญิง ซึ่งพบร้อยละ 2.4 ($P = 0.09$) และในกลุ่มผู้ป่วยผื่นลูปัสแบบเฉียบพลัน พบผื่นลูปัสแบบเฉียบพลันในลักษณะคล้ายผื่นแพ้ยารุนแรง ถึงร้อยละ 30 ในผู้ป่วยเพศชาย

สรุป : แพทย์ควรเฝ้าระวังอาการชัก และเพิ่มความตระหนักในการวินิจฉัยแยกโรคผื่นลูปัสแบบเฉียบพลันกับผื่นแพ้ยารุนแรงในผู้ป่วยโรคลูปัสเพศชาย

คำสำคัญ : โรคลูปัส ผื่นลูปัสแบบเฉียบพลันในลักษณะคล้ายผื่นแพ้ยารุนแรง อาการชัก

**Aged-match Comparison of Cutaneous Manifestation
between Thai Male and Female Systemic Lupus Erythematosus Patients
at Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital: A Ten-year retrospective study**

Sasit Funtrakoon, M.D.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease that affect multiple organ system. According to EULAR/ACR criteria 2019, a latest diagnostic criteria, the prevalence of each domain between male and female is varied. Knowing these difference can help the physicians focus on what they should looking for.

Objective: The primary outcome is to compare the mucocutaneous domain in Male lupus with an age-matched female patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital in the past 10 years, and to compare other domains as the secondary outcome.

Material and Method: A retrospective chart review of SLE patients aged above 18 at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital from 1st January 2012 – 31st December 2021.

Results: 41 Male lupus patients with fulfil criteria from data records were identified together with age-matched 41 females. No significant difference between both groups in mucocutaneous domain and other clinical or laboratory domains. However, Male lupus patients tended to have seizure more than females (12.2 vs 2.4%, $P = 0.09$). Interestingly, an acute cutaneous lupus in term of TEN-like ACLE manifestation was found in male patients up to 30%.

Conclusion: Doctor should be aware of seizure, and differentiate between TEN-like ACLE and SJS/TEN especially in male lupus patients.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, TEN-like ACLE, seizure

บทนำ

โรค ลูปัส หรือ Systemic Lupus Erythematosus เป็นโรคแพ้ภูมิตนเองที่มีการสร้างแอนติบอดีหลายชนิดทำปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงได้หลายระบบ โดยการแสดงของโรคนั้นมีตั้งแต่ความรุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมากจนเสียชีวิต โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่า ผู้ชายในอัตราส่วน 12:1 และพบมากในช่วงอายุ 15-45 ปี⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามอาการแสดงในผู้ป่วยชายและหญิงแตกต่างกัน การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีอาการทางไตมากกว่าเพศหญิง^(2,3,4) มีการศึกษาหนึ่งพบว่ามีความถี่ถึงร้อยละ 79⁽⁵⁾ และมีการศึกษาที่พบว่าลักษณะของผื่นผู้ป่วยในเพศชาย จะมีลักษณะของผื่นชนิด DLE มากถึงร้อยละ 61 ซึ่งกว่าในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคในเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 29.2 +/- 12.2 ปี ซึ่งมากกว่าในเพศหญิง⁽⁷⁾ และมีการศึกษาในประเทศไทยเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคลูปัสในช่วงอายุเดียวกันระหว่างเพศหญิงและเพศชายพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีอาการแสดงทางไต ร้อยละ 40 และเกร็ดเลือดต่ำ ร้อยละ 32 ซึ่งมากกว่าในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เดียวกันกลับพบว่ามีอาการปวดข้อ ร้อยละ 2.7, ผื่นวงเป็นหย่อม ร้อยละ 13.6 ซึ่งมีน้อยกว่าในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบอาการผิวหนังเปลี่ยนสีคล้ำ (Raynaud phenomenon) หรืออาการผิดปกติทางจิต (psychosis) ในผู้ป่วยเพศชายเลย⁽⁸⁾

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า HLA และ allele บางชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคลูปัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ ซึ่ง HLA ใน

แต่ละภาคของประเทศไทย มีความแตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ จึงอาจส่งผลต่ออาการแสดงทางผิวหนังและระบบอื่นๆ ที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเดิม รวมทั้งไม่เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบอาการแสดงทางผิวหนัง อาการแสดงอื่นๆและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคลูปัสทั้งสองเพศในช่วงอายุเดียวกัน ในประชากรภาคใต้มาก่อน และยังไม่มีการศึกษาลักษณะดังกล่าวในประเทศไทยที่อ้างอิงจากเกณฑ์วินิจฉัยโรคลูปัสล่าสุดปี 2562⁽¹¹⁾

เนื่องจากโรคลูปัสเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบ หากวินิจฉัยล่าช้า จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นหากทราบถึงอาการแสดงทางผิวหนัง และอาการระบบอื่นๆ ที่พบได้บ่อยอย่างน้อยแตกต่างกัน จึงมีประโยชน์ต่อแพทย์ที่จะเล็งเห็นความสำคัญต่อการตรวจร่างกายคนไข้ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความจำเป็นและพบได้บ่อย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการแสดงทางผิวหนังโรคลูปัสในเพศชายและหญิงในช่วงอายุเดียวกัน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการแสดงระบบอื่นๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเพศชายและหญิงในช่วงอายุเดียวกัน

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย Systemic lupus erythematosus ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2555 - 31 ธันวาคม 2564

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย Systemic lupus erythematosus หรือได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนตามระบบ ICD 10 กลุ่ม M392 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และมีผล ANA มากกว่าหรือเท่ากับ 1:80

- ผู้ป่วยเพศชาย: ทุกคนที่มีการบันทึกประวัติ อาการแสดงทางผิวหนังอย่างน้อย 1 อย่าง และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการณ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

- ผู้ป่วยเพศหญิง: สุ่มจากประชากรที่มีอายุใกล้เคียงกับผู้ป่วยเพศชาย และมีการบันทึกประวัติ อาการแสดงทางผิวหนังอย่างน้อย 1 อย่าง และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการณ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ผิวหนังและเพศชายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยเนื้อหาประกอบด้วยอาการแสดงทางผิวหนัง อาการทางระบบอื่นๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลดังต่อไปนี้ อายุ, เพศ, สูบบุหรี่, อาการแสดงทางผิวหนัง อาการแสดงอื่นๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่อยู่ในเกณฑ์วินิจฉัยโรคภูมิแพ้ล่าสุดปี 2562 (EULAR/ACR criteria 2019)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่ได้มีการนำข้อมูลไปเผยแพร่เพื่อใช้ประโยชน์ในแง่อื่นๆ ทั้งนี้งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการรับรอง (COA) B012/2565

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

- สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการแสดงทางผิวหนัง อาการแสดงด้านอื่นๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ในเพศชายและหญิงในช่วงอายุเดียวกัน โดยใช้ Chi-Square test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคภูมิแพ้เพศชายทั้งหมด 91 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีบันทึกในเวชระเบียน และเข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้น จำนวนทั้งสิ้น 41 ราย จากนั้นจึงได้ทำการสุ่มจำนวนผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุใกล้เคียงกันจำนวน 41 รายจากจำนวนผู้ป่วยหญิงโรคภูมิแพ้ทั้งหมด 559 ราย โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 21-30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.7 และช่วงอายุ 61-70 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.9 นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยเพศชายมีการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 31.7 แต่กลับไม่พบประวัติการสูบบุหรี่เลยในเพศหญิง ดังแสดงในตารางที่ 1

อาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยเพศชาย พบผื่นรูปีสแบบกึ่งเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง (subacute cutaneous or discoid lupus) มากกว่าในเพศหญิง ร้อยละ 31.7 และร้อยละ 17.1 ตามลำดับ ตรงกันข้ามกับอาการผมร่วงแบบไม่มีแผลเป็น (non-scarring alopecia) พบในเพศชายน้อยกว่าในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 22 ตามลำดับเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P = 0.123$) และ ($P = 0.131$) ตามลำดับ สำหรับแผลในช่องปาก (oral ulcer) พบได้ทั้งเพศเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22% และผื่นรูปีสแบบเฉียบพลัน (acute cutaneous lupus) พบในเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 24.4 และ ร้อยละ 22 ตามลำดับ ในจำนวนคนกลุ่มนี้พบว่าในผู้ป่วยเพศชาย พบผื่นลักษณะคล้ายกับผื่นแพ้ยารุนแรง (TEN-like ACLE) ถึง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 แต่กลับไม่พบผื่นลักษณะดังกล่าวในเพศหญิง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

	เพศชาย (N = 41) (%)	เพศหญิง (N = 41) (%)
อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	5 (12.2)	5 (12.2)
อายุ 21-30 ปี	13 (31.7)	13 (31.7)
อายุ 31-40 ปี	7 (17.1)	7 (17.1)
อายุ 41-50 ปี	3 (7.3)	3 (7.3)
อายุ 51-60 ปี	11 (26.8)	11 (26.8)
อายุ 61-70 ปี	2 (4.9)	2 (4.9)
รวม	41 (100)	41 (100)
สูบบุหรี่	13 (31.7)	0 (0)

ตารางที่ 2 อาการแสดงทางผิวหนัง อ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปีสล่าสุด (EULAR/ACR criteria 2019)

อาการแสดงทางผิวหนัง	เพศชาย (N = 41) (%)	เพศหญิง (N = 41) (%)	P value*
ผมร่วงแบบไม่มีแผลเป็น	4 (9.8)	9 (22.0)	0.131
แผลในช่องปาก	9 (22.0)	9 (22.0)	1.000
ผื่นรูปีสแบบกึ่งเฉียบพลัน หรือ แบบเรื้อรัง	13 (31.7)	7 (17.1)	0.123
ผื่นรูปีสแบบเฉียบพลัน	10 (24.4)	9 (22.0)	0.794
ผื่นรูปีสแบบเฉียบพลันในลักษณะคล้ายผื่นแพ้ยารุนแรง**	3/10 (30)	0/9 (0)	

*Statistically significant ($p < .05$)

**ผื่นรูปีสแบบเฉียบพลันในลักษณะคล้ายผื่นแพ้ยารุนแรง (Ten-like ACLE) คือ ผื่นลอกหรือตุ่มน้ำทั่วตัวที่เกิดจากการตายของเซลล์ผิวหนัง (keratinocytes) ในผู้ป่วยโรคลูปีส

ตารางที่ 3 อาการแสดงระบบอื่นๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการน์ อ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค
ลูปีสลาสุด (EULAR/ACR criteria 2019)

อาการแสดงระบบอื่นๆและ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการน์	เพศชาย (N = 41) (%)	เพศหญิง (N = 41) (%)	P value*
อาการแสดงระบบอื่นๆ			
ไข้	6 (14.6)	4 (9.8)	0.500
อาการแพ้	0 (0)	0 (0)	1.000
อาการผิดปกติทางจิต	1 (2.4)	1 (2.4)	1.000
อาการชัก**	5 (12.2)	1 (2.4)	0.090
อาการทางระบบข้อ	9 (22.0)	12 (29.3)	0.448
น้ำในเยื่อหุ้มปอด หรือ เยื่อหุ้มหัวใจ	3 (7.3)	3 (7.3)	1.000
โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเฉียบพลัน	1 (2.4)	1 (2.4)	1.000
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการน์			
เม็ดเลือดขาวต่ำ	9 (22)	11 (26.8)	0.607
เกล็ดเลือดต่ำ	7 (17.1)	6 (14.6)	0.762
โลหิตจางที่เกิดจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง	18 (43.9)	22 (53.7)	0.377
โปรตีนในปัสสาวะ	6 (14.6)	2 (4.9)	0.137
โรคไตอักเสบระยะที่ 2 หรือ 5	2 (4.9)	4 (9.8)	0.396
โรคไตอักเสบระยะที่ 3 หรือ 4	12 (29.3)	9 (22.0)	0.448
พบแอนติบอดีต่อภาวะต้านฟอสโฟไลปิดในเลือด	3 (7.3)	3 (7.3)	1.000
คอมพลีเมนต์ชนิดที่ 3 หรือ 4 ต่ำในเลือด	4 (9.8)	6 (14.6)	0.500
คอมพลีเมนต์ชนิดที่ 3 และ 4 ต่ำในเลือด	10 (24.4)	8 (19.5)	0.594
พบแอนติบอดีที่ต่อต้านดีเอ็นเอ หรือ พบ แอนติบอดีที่ต่อต้านสมิธ	11 (26.8)	17 (41.5)	0.162

*Statistically significant (p <.05)

**อาการชัก คือ อาการชักที่เกิดขึ้นจากสมองทั้งสองซีก (primary generalized seizure) หรือ สมองเฉพาะ
บางส่วน (partial/focal seizure)

อาการแสดงระบบอื่นๆ และผลการตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการน์ ในทั้งสองเพศมีจำนวน
ใกล้เคียงกัน แต่ในผู้ป่วยโรคลูปีสเพศชาย มีอาการ
ชัก (seizure) คิดเป็นร้อยละ 12.2 มากกว่าในเพศ
หญิง ซึ่งพบร้อยละ 2.4 เมื่อนำมาทดสอบความ
แตกต่างทางสถิติทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่า

ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(P = 0.09) ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

อาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยโรคลูปีส
ทั้งสองเพศ จากผลการศึกษารังนี้พบผื่นรูปีสแบบ

กึ่งเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยของ Kanda N และคณะ เรื่องอาการแสดงของผู้ป่วยโรคลูปีสเพศชาย [อ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัย ACR criteria เดิมซึ่งมี sensitivity 83% และ specificity 93% ต่ำกว่าเกณฑ์การวิจัยตาม EULAR/ACR criteria 2019 ที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งมี sensitivity และ specificity เท่ากับ 95% และ 94% ตามลำดับ]⁽¹²⁾ ที่พบว่าผื่นลูปีสแบบเรื้อรังในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)⁽⁶⁾ รวมทั้งอาการผื่นรูปแบบไม่มีแผลเป็นจากการศึกษาครั้งนี้พบในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบอาการแสดงของผู้ป่วยโรคลูปีสทั้งสองเพศโดย Mongkoltanatus J และคณะ ที่พบว่าอาการผื่นรูปแบบไม่มีแผลเป็น พบในเพศชายน้อยกว่าในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} 0.001$)⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามแม้การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับทั้งสองการศึกษาข้างต้น แต่กลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากจำนวนประชากรที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยฉบับนี้มีไม่มากพอ และจากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายที่มีผื่นลูปีสแบบเฉียบพลัน พบผื่นลูปีสแบบเฉียบพลันในลักษณะคล้ายผื่นแพ้ยารุนแรงถึงร้อยละ 30 ซึ่งไม่พบผื่นดังกล่าวในเพศหญิง แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาก่อนหน้าเปรียบเทียบมาก่อน

อาการแสดงทางระบบอื่นๆและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคลูปีสเพศชายมีแนวโน้มพบอาการชัก คิดเป็นร้อยละ 12.2 มากกว่าในเพศหญิง ซึ่งพบเพียงร้อยละ 2.4 ($P = 0.09$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mongkoltanatus J และคณะ

เรื่องการเปรียบเทียบอาการแสดงของผู้ป่วยโรคลูปีสทั้งสองเพศ ที่พบว่าเพศชายมีอาการชกน้อยกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 8.1 และ 9.5 ตามลำดับ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในการศึกษาดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคลูปีสเพศชายมีอาการทางระบบข้อและอาการผิดปกติทางจิตน้อยกว่าเพศหญิง แต่พบกลับภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากกว่าในเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้ที่ไม่พบความแตกต่างของอาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวระหว่างทั้งสองเพศ ซึ่งสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยพบว่า HLA และ allele บางชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคลูปีสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ และ HLA ในแต่ละภาคของประเทศไทย มีความแตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

อาการแสดงทางผิวหนังในผู้ป่วยโรคลูปีสเพศชายเทียบกับเพศหญิงช่วงอายุเดียวกัน ช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มพบอาการชัก (seizure) มากกว่าในเพศหญิง นอกจากนี้เพศชายยังพบผื่นลูปีสแบบเฉียบพลันในลักษณะคล้ายผื่นแพ้ยารุนแรง (TEN-like ACLE) มากถึงร้อยละ 30 แพทย์จึงควรเพิ่มความตระหนักในการวินิจฉัยแยกโรคกับผื่นแพ้ยารุนแรง (TEN)

เอกสารอ้างอิง

1. Wallace D, Hahn B. Dubois' lupus erythematosus and related syndromes. 9 thed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2018.
2. Renau AI, Isenberg DA. Male versus female lupus: a comparison of ethnicity, clinical features, serology and outcome over a 30 year period. *Lupus* 2012;21:1041-8.
3. Murphy G, Isenberg D. Effect of gender on clinical presentation in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52:2108-15.
4. Crosslin KL, Wiginton KL. Sex differences in disease severity among patients with systemic lupus erythematosus. *Gend Med* 2011;8:365-71.
5. Sherif Z, Yacoub W. Gender Differences in Systemic Lupus Erythematosus. *Gend Med* 2004;1:12-7.
6. Kanda N, Tsuchida T, Watanabe T, Tamaki K. Clinical features of systemic lupus erythematosus in men. Characteristics of the cutaneous manifestations. *Dermatology* 1996;193:6-10.
7. Deesomchok U, Tumrasvin T. Clinical features of systemic lupus erythematosus in Thai males and females. *J Med Assoc Thai* 1992;75:133-40.
8. Mongkoltanatus J, Wangkaew S, Kasitanon N, Louthrenoo W. Clinical features of Thai male lupus: an age-matched controlled study. *Rheumatol Int* 2008;28:339-44.
9. Tangtanatakul P, Thumarat C, Satproedprai N, Kunhapan P, Chaiyasung T, Klinchanhom S, et al. Meta-analysis of genome-wide association study identifies FBN2 as a novel locus associated with systemic lupus erythematosus in Thai population. *Arthritis Res Ther* 2020;22:185.
10. Satapornpong P, Jinda P, Jantararoungtong T, Koomdee N, Chaichan C, t Pratoomwun J, et al. Genetic Diversity of HLA Class I and Class II Alleles in Thai Populations: Contribution to Genotype-Guided Therapeutics. *Front Pharmacol* 2020;11:78.
11. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2019;78:1151-9.
12. Johnson SR, Brinks R, Costenbader KH, Daikh D, Mosca M, Goldman RR, et al. Performance of the 2019 EULAR/ACR classification criteria for systemic lupus erythematosus in early disease, across sexes and ethnicities. *Ann Rheum Dis* 2020;79:1333-9.

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน

สาธิมาน มากชูชิต¹, กมลวรรณ สุวรรณ¹, อนุชิต คลังมัน¹, นภัทร โนวัฒน์²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹,

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครยะลา²

(วันรับบทความ : 30 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 18 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 29 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

บทนำ : ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อสำรวจระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา 3) เพื่อสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลนครยะลา จำนวน 92 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนโดยตรงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา

ผลการศึกษา : พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลาโดยรวมร้อยละ 60.9 มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 64.1, 51.1 และ 62.0 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 58.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย อายุ อาชีพหลักในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ และรายได้หลักต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป : จากสถานการณ์ของพื้นที่ที่กำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การมีงานทำหรือกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างสร้างสรรค์ โดยเน้นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้มีกิจกรรมหลักด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้ 1) กิจกรรมด้านดูแลสุขภาวะ 2) กิจกรรมด้านสังคม 3) กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยต้องเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ขับเคลื่อนโดยมีแนวทางที่เหมาะสม มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน

Guidelines for Developing the Elderly's Quality of Life in Yala City Municipality Via Community-Based Learning Center

Satiman Makchuchit¹, Kamonwan Suwan¹, Anuchit Klangman¹, Napat Nowat²

Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹,
Yala City Municipality Public Health and Environment Office²

Abstract

Background: Community learning centers play an important role in improving the long-term quality of life of the elderly.

Objectives: 1) To explore the quality of life of the elderly in Yala City Municipality. 2) Analysis of factors related to the quality of life of the elderly in Yala City Municipality. 3) To synthesize quality of life development guidelines for the elderly using community-based learning centers.

Materials and Methods: This research study is a mixed methods research study. The sample consisted of 92 elderly people aged 60 years and over who had household registration and lived in Yala City Municipality. Data were collected using the quality of life questionnaire for the elderly. Thai abbreviated set (WHOQOL-BREF-THAI) and analysis of factors related to health. and behavior modification of the elderly, as well as interviews and focus group discussions with stakeholders who directly drive the quality of life development of the elderly in Yala City municipal.

Results: The study showed that, The overall quality of life of the elderly in Yala municipal community, 60.9 percent, had a good quality of life. when considering each aspect Found that the mental social relations and the environment have a good quality of life accounted for 64.1, 51.1 and 62.0 percent, respectively. accounted for 58.7 percent. Factors related to the quality of life of the elderly consisted of age, current main occupations source of income and monthly main income There was a positive relationship with the quality of life of the elderly. Statistically significant at the 0.05 level.

Conclusion: From the situation of the area that is in the process of transitioning into a completely ageing society. There should be preparation to cope with the ageing society, focusing on health promotion, addressing social inequality, and having a job or activity that is creatively appropriate. By emphasizing community learning centers to participate in senior school activities. To have the main activities for improving the quality of life 1) Health care

activities, such as health status screening activities 2) Social activities, such as vocational training activities to generate income and recreational activities 3) Health activities, such as exercise activities for the elderly which the development of the quality of the elderly by emphasizing on the learning center of the whole community for the elderly and related agencies must have a duty to drive and have appropriate guidelines. There is a clear, systematic, and continuous action plan. There is a connection that effectively affects the development. Responsible departments and personnel are assigned. With an action plan, including the time to continue the activity. To improve the quality of life of the elderly.

Keywords: The elderly's quality of life; Community-based learning center

บทนำ

ในปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากร ซึ่งถือว่าโลกของเราได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ^(1,2)

ประเทศไทยได้เข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" (Aging Societ) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยสถานการณ์ผู้สูงอายุในไทย พ.ศ.2557 พบว่า มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ปี พ.ศ.2559 พบว่ามีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด และในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾ จากการดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยีสมัยใหม่ มีส่วนสำคัญในการช่วยให้คนไทยมีความรู้ ทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้คนไทยมีสุขภาพดี อายุยืนยาว อัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง และแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นเรื่อยๆ⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ และคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ประมาณปี พ.ศ. 2574 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประชากร

สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม และการดูแลทางด้านสุขภาพร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากประชากรกลุ่มอายุอื่น และเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคร้ายใช้เจ็บได้ง่าย

เมื่อบุคคลได้เข้าสู่วัยสูงอายุจะปรากฏการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ด้านหลัก ๆ คือ ด้านร่างกาย เช่น การมองเห็นสีสันทดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความจำแยลง มวลกระดูกลดลง และข้อกระดูกเสื่อม เป็นต้น ด้านจิตใจ เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น และด้านสังคมของบุคคล เช่น สูญเสียบทบาทสถานภาพทางสังคม ขาดรายได้ เป็นต้น⁽⁵⁾ ซึ่งภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้ อาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดบุคคลมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง หรือภาวะความผิดปกติต่าง ๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตได้⁽⁶⁾ จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยพบว่า ระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพไม่ดี จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.0 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9.0⁽⁷⁾ และจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2560 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย รองลงไปได้แก่ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย ด้านการมองเห็น ด้านการเรียนรู้ ด้านจิตใจ และสติปัญญา คิดเป็นร้อยละ 58.0, 24.0, 19.0, 4.0, 3.0 และ 2.0 ตามลำดับ

จากสถานการณ์การเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและได้กำหนดประเด็นการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เพื่อให้ประชาชนมีความพร้อมในการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุ ส่งผลให้ในปัจจุบันหลายพื้นที่ในประเทศไทย ทั้งหน่วยงานองค์กรภาครัฐ และเอกชน ล้วนเห็นความสำคัญกับสังคมผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็นผู้สูงอายุ หรือ กระทั่งการส่งเสริมคนวัยสูงอายุ เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น⁽²⁾

ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่⁽⁵⁾ จากรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วย จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น นอกจากนี้ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ ในพื้นที่อีกด้วย

จากแนวโน้มโครงสร้างประชากรและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิด Active Ageing แนวคิดคุณภาพชีวิตร่วมกับแนวคิดศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกศึกษาในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคตของประเทศไทย และจากสภาพของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสถานการณ์ความไม่มั่นคงใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่ยังคงเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบขึ้น ดังนั้นในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์แตกต่างกัน จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในเขต 3 จังหวัดดังกล่าว มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตแตกต่างกับผู้สูงอายุพื้นที่อื่น การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกจังหวัดยะลา 1 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 11.7 โดยในปี พ.ศ. 2565 อำเภอเมืองยะลา มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 8,327 คน และจากการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยสามารถแบ่งได้ ดังนี้ กลุ่ม 1 ติดสังคม (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด) จำนวน 8,207 คน กลุ่ม 2 ติดบ้าน (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน) จำนวน 78 คน และกลุ่ม 3 ติดเตียง (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย) มีจำนวน 42 คน⁽⁸⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนและสังคมมากขึ้น จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการจัดศูนย์กลางการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับประชาชนในชุมชน เป็นสถานที่ที่เสริมโอกาสในการเรียนรู้ อีกทั้งยังเป็นแหล่งบริการชุมชนในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ในวิถีของคนในชุมชน⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา และจากสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุของเทศบาลนครยะลาได้ร่วมกับผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ศูนย์รวมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา นั้นแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุในชุมชนมีสถานที่พบปะพูดคุยหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เป็นศูนย์กลางในชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุเปรียบเสมือนศูนย์การเรียนรู้แห่งหนึ่งในชุมชน เป็นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เกิดจากคนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันสร้าง และร่วมกันพัฒนา ดำเนินการเป็นฐานการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และเป็นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานยังเป็นรูปแบบของการปฏิบัติงานตามแผนงานประจำปีตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ยังขาดความต่อเนื่อง และลักษณะกิจกรรมที่จัดขึ้นยังไม่ครอบคลุมความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของการวิจัยครั้งนี้จะเกิดประโยชน์กับหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนบุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา
3. เพื่อสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ในปี พ.ศ.2565 และคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis วิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 92 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแล้วไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

- 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลนครยะลา และมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน
- 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้
- 3) มีคะแนน ADL 12-20 คะแนน
- 4) มีคะแนน TMMSE 23-30 คะแนน
- 5) ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้
- 6) ยินยอมเข้าร่วมและตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแลยาเจ็บป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และสัมพันธภาพภายในครอบครัว รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁽¹⁰⁾ จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามคุณภาพ

ชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย

ข้อคำถาม	ด้านบวก	ด้านลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
เล็กน้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดง

ถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต		
	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

ส่วนที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 3 คน และนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1.00 เมื่อนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analytical Statistics) สถิติเชิงพรรณนาเป็นการบรรยายคุณลักษณะทั่วไปของข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยสถิติต่อไปนี้ ค่าความถี่ (Frequency) คือ จำนวนค่าที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2) สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานเป็นแบบไม่มีพารามิเตอร์ (Nonparametrie) เนื่องจากระดับการวัดของตัวแปรเป็นนามบัญญัติ (Nominal Scale) และระดับมาตราเรียงลำดับ (Ordinal Scale) จึงต้องใช้สถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-Square Test) ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ แต่ไม่สามารถกำหนด

ทิศทางของความสัมพันธ์ได้ ใช้สำหรับตัวแปรระดับมาตราเรียงลำดับ (Ordinal Scale) และนามบัญญัติ (Nominal Scale) ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่อยู่ในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยมีตัวแปรแต่ละตัวแบ่งเป็นประเภทหรือกลุ่มย่อย ๆ ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (ระดับนัยสำคัญ .05)

3) ข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยสรุปจัดกลุ่มประเด็นที่เหมือนกัน จัดแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นต่าง ๆ โดยพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้อ่านในแต่ละครั้งนั้นมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะตอบคำถามงานวิจัยได้หรือไม่ และหาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่อให้ได้ข้อสรุปออกมาเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้การสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมกันนั้นมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งเอกสารต่างๆ เพื่อความแน่นอนว่าข้อสรุปนั้นเที่ยงตรงตามความเป็นจริงหรือไม่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIRB-2566/062 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากอาสาสมัครไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูล สามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และผู้วิจัยมีการใช้รหัสของข้อมูลแทนการระบุตัวตน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 92 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.40 มีอายุอยู่ในช่วง 60 -69 ปี ร้อยละ 69.50 สถานภาพคู่ ร้อยละ 53 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.60 อาชีพหลัก ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 40.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ

63 รายได้มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.60 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 92.40 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.40 ส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.40 ใช้สิทธิการรักษาสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 53.30 มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 79.30 เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทุกครั้ง ร้อยละ 30.40 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 31.50

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 92)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	19.60
หญิง	74	80.40
อายุ		
60-69 ปี	64	69.50
70-79 ปี	19	20.70
80 ปีขึ้นไป	9	9.80
สถานภาพสมรส		
คู่	49	53.00
หม้าย	24	26.10
โสด	14	15.20
หย่าร้าง	5	5.40
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	7.60
ประถมศึกษา	24	26.10
มัธยมศึกษา	17	18.50
ปริญญาตรี	42	45.60
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.20
อาชีพหลักในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	20.70
รับจ้างทั่วไป	4	4.30
ข้าราชการบำนาญ	37	40.20
เกษตรกร	5	5.40
ค้าขาย	16	17.40
อื่นๆ	11	12

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
การทำงาน	26	28.20
บุตรหลานให้	16	17.40
เงินบำนาญ	37	40.20
เบี้ยยังชีพ	10	10.90
เงินออม/ดอกเบี้ย	3	3.30
รายได้หลักต่อเดือน		
≤ 1,000	7	7.60
1,001-5,000	15	16.30
5,001-10,000	12	13.10
≥ 10,001	58	63.00
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน		
ไม่เพียงพอ	12	13.00
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	41	44.60
เพียงพอและเหลือเก็บ	39	42.40
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่มสุรา	85	92.40
เคยดื่มสุรา เลิกดื่มแล้ว	3	3.30
ดื่มสุรา	4	4.30
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	86	93.40
เคยสูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่แล้ว	3	3.30
สูบบุหรี่	3	3.30
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	41	44.60
มี	51	55.40
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	32.60
ข้าราชการ	49	53.30
ประกันสังคม	4	4.30
อื่นๆ	9	9.80

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย		
มี	73	79.30
ไม่มี	19	29.70
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		
ไม่เคยเข้าร่วม	15	16.30
เข้าร่วมนาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/ปี)	25	27.20
เข้าร่วมบ่อยครั้ง (> 2 ครั้ง/ปี)	24	26.10
เข้าร่วมทุกครั้ง	28	30.40
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	19	20.70
อยู่กับคู่สมรส	20	21.70
อยู่กับญาติ	5	5.40
อยู่กับบุตรหลาน	19	20.70
อยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน	29	31.50

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลาโดยรวมส่วนใหญ่ร้อยละ 60.90 มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าคะแนนสูงสุด 127 คะแนน จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน (Max =127, S.D. = 15.12) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

เทศบาลนครยะลารายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 64.10, 51.10 และ 62.00 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 58.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตรายด้าน (N= 92)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับคุณภาพชีวิต			Mean	S.D.	Min	Max
	ที่ไม่ดี	กลางๆ	ที่ดี				
1. ด้านสุขภาพกาย	0	54(58.70)	38(41.30)	25.71	3.99	17	34
2. ด้านจิตใจ	2(2.20)	31(33.70)	59(64.10)	23.44	3.81	14	30
3. ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	4(4.30)	41(44.60)	47(51.10)	11.25	2.20	6	15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	0	35(38.00)	57(62.00)	30.62	5.03	21	40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0	36(39.10)	56(60.90)	98.80	15.12	62	127

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา พบว่า อายุ อาชีพหลักในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ และรายได้หลักต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษา การมีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (N= 92)

ปัจจัย	Chi-square	p-value
เพศ	.316	.574
อายุ	7.628	.022*
สถานภาพสมรส	1.666	.645
ระดับการศึกษา	6.426	.169
อาชีพหลักในปัจจุบัน	13.841	.086*
แหล่งที่มาของรายได้	11.141	.025*
รายได้หลักต่อเดือน	8.725	.033*
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน	4.489	.106
การดื่มสุรา	2.890	.236
การสูบบุหรี่	1.107	.575
การมีโรคประจำตัว	3.240	.198
สิทธิการรักษา	6.665	.353
การมีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย	4.658	.588
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	3.160	.368
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว	3.409	.492

*p-value < 0.05

วิจารณ์

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลาโดยรวมส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของปลื้มใจ ไพจิตร⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับคุณภาพที่ดี และการศึกษาของจุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ⁽¹²⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับคุณภาพที่ดี แตกต่างจากการศึกษาของประยูร อิมิวัตร, นำขวัญ วงศ์ประทุม, กฤษณธ สมควร และสมเกียรติ ตุ่นแก้ว⁽⁹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลห้วยม อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย และการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ⁽¹³⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตกลางๆ และยังพบว่าแตกต่างจากการศึกษาของภัทรธิดา ผลงาม⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 52.5 ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษาที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลมาจากบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากบริบทที่แตกต่างกันแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มาเกี่ยวข้อง เช่น การที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ หรือแม้การมีโรคประจำตัว ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ของผู้สูงอายุ อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงควรมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

ในทุกพื้นที่ จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มั่นคงเพื่อรักษาระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักถึงความสำคัญและเร่งหาแนวทางการรักษาระดับคุณภาพชีวิตหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีค่าเฉลี่ยที่สูงยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลนครยะลา พบว่า อายุ อาชีพหลักในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ และรายได้หลักต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาค้นครั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุด คือ อาชีพหลักในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ และรายได้หลักต่อเดือน ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อาชีพหลักคือข้าราชการบำนาญมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท และใช้สิทธิการรักษาสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ทั้งนี้ เนื่องจากการมีรายได้ที่แน่นอน มีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ในวัยสูงอายุดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบบณิ, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกฤต⁽¹⁵⁾ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของปลื้มใจ ไพจิตร¹¹ ได้ศึกษาคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัย

ด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) จัดเป็นปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลได้แสดงพฤติกรรมได้อย่างมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการใช้จ่าย การได้รับคำยกย่องจากบุคคลอื่น หรือการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือคนรัก และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า อายุ เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองต้องเป็นภาระกับผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกไม่มีคุณค่าส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปลื้มใจ ไพจิตร¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็เป็นไปตามวัยตามช่วงของการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอายุจะมากหรือน้อยก็ไม่แน่ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองเท่าที่ควรนอกจากนั้นเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและหน่วยงานราชการต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, จิตภา ศิริปัญญา¹⁶ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ

กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน

จากผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานของพื้นที่ด้านผู้สูงอายุ มิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีการดำเนินงานผ่านการจัดโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา มีรูปแบบการดำเนินงานและจัดกิจกรรมเป็นรุ่น ๆ มีการบรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติงานตามปีงบประมาณ มีหน่วยงานภาครัฐเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน ร่วมกับผู้นำชุมชน และหน่วยงานภาคการศึกษาในพื้นที่ ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา ภายใต้แนวคิดด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัจย์ และขวัญใจ อำนางสัตว์ชื่อ⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่ความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกันตามบริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา และงานวิจัยของจินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกชุมชนควรมีระบบการดูแลเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบบริการที่ใส่ใจผู้สูงอายุบุคลากรควรมีใจที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเข้าใจในความเป็นผู้สูงอายุ มี

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุซึ่งควรคำนึงถึงประเด็นของความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพ ประเด็นเหล่านี้จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และงานวิจัยของ ประยูร อิมิวัตร์, นำขวัญ วงศ์ประทุม, กฤษณะ สมควร และสมเกียรติ ตุ่นแก้ว⁽⁹⁾ ที่ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า การดำเนินการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านสวัสดิการสังคม ด้านความต้องการของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน สำหรับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของเทศบาลนครยะลา ในมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังเป็นรูปแบบของการปฏิบัติงานตามแผนงานประจำตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ซึ่งหากเรานำแนวคิดของศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐานมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบันจะทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น โดยการปรับรูปแบบกิจกรรมเน้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีความเหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมิ่งขวัญ คงเจริญ และกัมปนาท บริบูรณ์⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า องค์ประกอบที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ คือ ความเข้มแข็งของกลุ่มแกนนำสมาชิก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีเป้าหมายร่วมกัน มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

หลากหลาย และมีการบริหารจัดการที่ดี จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทางทีมผู้วิจัยนำแนวคิด Active Ageing แนวคิดคุณภาพชีวิต ร่วมกับแนวคิดศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน และผลวิจัยมาสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการดำเนินงานและจัดกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเน้นการนำชุมชนมาเป็นแกนหลักเพื่อช่วยขับเคลื่อนงานผ่านตัวแทนชมรมผู้สูงอายุเพื่อจะได้เข้าใจความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุเน้นความร่วมมือในภาคีเครือข่ายมากกว่าการจัดกิจกรรมตามแผนงานจากหน่วยงานของภาครัฐเพียงอย่างเดียว นำแนวคิดทั้งหมดมาดำเนินการในรูปแบบของโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การมีงานทำหรือกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มรายได้เสริมที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ให้มีกิจกรรมหลักด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้ 1) กิจกรรมด้านดูแลสุขภาพ เช่น กิจกรรมการคัดกรองภาวะสุขภาพ 2) กิจกรรมด้านสังคม เช่น กิจกรรมการฝึกอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ กิจกรรมนันทนาการ เช่น กิจกรรมลีลาศ กิจกรรมการละเล่นพื้นบ้าน 3) กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมออกกำลังกายผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุให้กลายเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

สรุป

จากสถานการณ์ของพื้นที่ที่กำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การมีงานทำหรือกิจกรรมที่

เหมาะสมอย่างสร้างสรรค์ โดยเน้นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้มีกิจกรรมหลักด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้ 1) กิจกรรมด้านดูแลสุขภาพ 2) กิจกรรมด้านสังคม 3) กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุโดยเน้นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนทั้งตัวผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีหน้าที่ในการขับเคลื่อน มีแนวทางที่เหมาะสม มีการกำหนดแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนและเป็นระบบและต่อเนื่อง มีความเชื่อมโยงส่งผลต่อการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดหน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบ พร้อมแผนดำเนินงาน รวมถึงช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งน้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ($ADL \geq 12$ และ $TMME \geq 23$) จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมอายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น และมีโรคประจำตัวที่สามารถควบคุมได้ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ได้ ควรมีการเพิ่มกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือกลุ่มที่มีโรคประจำที่ควบคุมได้ไม่ดี เพื่อให้มีความหลากหลาย อีกทั้งยังนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. น้สมล บุตรวิเศษ, อุปริญญา อินทรสาต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [อินเทอร์เน็ต]. [พระนครศรีอยุธยา]: คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์พระนครศรีอยุธยา; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2563/research.rmutsb-2563-2021080910400_8337.pdf
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ขวนวัน, ณปภัช สัจนกุล, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, กาญจนา เทียนลาย, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/
3. บริการข้อมูลสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย, กรมการปกครอง. c2022 - [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: https://www.dopa.go.th/public_service/service1
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf

5. กนิษฐา ลิ้มทรัพย์. การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2014.87
6. วาการ นพนรินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต] [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2559/3/61062007.pdf>
7. พชรภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4. พุทธชินราชเวชสาร [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2565].;36(1):21-33. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/218455>
8. ข้อมูลสถิติการให้บริการ [อินเทอร์เน็ต]. ยะลา: เทศบาลนครยะลา, สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา c2022 - [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: https://yalacity.go.th/news_report/showList?cid=10
9. ประยูร อิมิวัตร, นำขวัญ วงศ์ประทุม, กฤษณะ สมควร, สมเกียรติ ตุ่นแก้ว. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2565];7(2):364-378. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/download/153691/133902/569677>
10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
11. ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการ จัดการ, ปีที่ 2 (ฉบับที่ 2), 158-179.
12. จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิณฤทธิ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. 12(1), 32-49.
13. ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล และสอาด มุ่งสิน. (2561). คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตเมืองอุบลราชธานี. วารสารเกื้อการุณย์, 25(2), 137-151.
14. ภัทรธิดา ผลงาม. (2561). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเลย. วารสารประชากรศาสตร์. 34(2), 56-75.

15. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, ปานเพชร สกุลคู. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2565];11(1):27-39. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/247092>
16. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา, จิตาภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554; 5: 32-40.
17. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2565];22-31. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2713/p022-031.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
18. จินตนา อาจสันเหี้ยะ, พรนภา คำพราว. รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2565];15(3):123-7. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30284>
19. มิ่งขวัญ คงเจริญ และกัมปนาท บริบูรณ์. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. วารสารการศึกษาศาสตร์. 2564;22(1):135-149.



โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL
198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
TEL.075-340250 FAX. 075-343066