



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong



ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562

Vol.3 No.2 May - August 2019

ISSN : 2673-0723

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ISSN: 2673-0723 ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2562)

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ดร.ปัทมา พ่องศรี ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
บรรณาธิการ ดร.เพชร ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์สัทชนา ครอบเสียง

อาจารย์ชนุกร แก้วมณี

อาจารย์กัททกน พลไชย

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์พล

รองศาสตราจารย์ ดร.วุฒิสุข เชนพานิชย์ วัชรอุทัยพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธาร

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา คำดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรรณารณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ดร.บพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.สุเพียร โกศกพิชัย

ดร.วิโรจน์ เชนรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิชาชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลียา วามะสุน

คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลมหาราชนครอุบลราชธานี



ดร.อนุชตรา วรรณเสวก
 ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา

ดร.เอนอร แสงศิริ
 ดร.สุภาภรณ์ ศรัณญ์รัตน์
 ดร.นงลักษณ์ อนันตอาจ
 ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย
 ดร.เพชรมน วิริยะสืบพงศ์
 ดร.นภชา สิงห์วีธรรม
 ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์
 ดร.ปรางทิพย์ ทาสนา: เอลเกอ์

ดร.สุรศักดิ์ สุนทร

ดร.ชลนภา ไชยสมบัติ
 ดร.วิไลวรรณ ปะริก

ดร.ณัฐยา ศรีทะแก้ว

อาจารย์ศุภรัตน์ วัฒนกุล
 อาจารย์จัญญศรี มีหนองทว่า

ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา

ดร.สุภารัตน์ พิชัยพันธุ์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.พัชร ใจการุณ

โรงพยาบาลเมธีอุนลราชธานี
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
 จังหวัดอุบลราชธานี
 โรงพยาบาลอุบลราชธานี สภากาชาดไทย
 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี
 โรงพยาบาลอุบลราชธานี
 สถาบันพระบรมราชชนก
 สถาบันพระบรมราชชนก
 สถาบันพระบรมราชชนก
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 นครราชสีมา
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
 จังหวัดสุพรรณบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
 คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 สรรพสิทธิประสงค์
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 สรรพสิทธิประสงค์
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 สรรพสิทธิประสงค์
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 สรรพสิทธิประสงค์
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 สรรพสิทธิประสงค์



บทบรรณาธิการ

“วันเดลิ มสมเด็จพระแม่ ไต้แต่คิด
พระคุณแม่ มากล้น เทสือคณนา
ไปเมืองไหน ถูกตาม ถึงนามแม่
คว้นสิริภคิต์ จ้าขึ้นใจ ในพระนาม
แม่รักชาย ท่วงชาย ชายก็รู้
จะทำตัว ให้สม แม่วางใจ
จะรักหญิง ที่เขา เข้าใจแม่
การสวดมนต์ ไหว้พระ จะดำรง
ขอถวาย สมเด็จพระแม่ เพียงแค่นี้
อย่าคิดมาก ทำพระทัย ให้สบาย
ชายขอกราบ ลงที่ตัก พร้อมรักแท้
ชายจะเป็น กำลังใจ ป้องไพร

ขอน้อมจิต ร่ำลึกถึง คะนิงหา
ลูกเกิดมา โชคดี มีแม่งาม
ว่าส่วยแท้ ราชนี แห่งสยาม
ชมว่างาม เพริศพรัง ยอดหญิงไทย
ชายจะสู้ สุดเชื่อว่า อย่างสงสัย
จะรักไทย ภูษิต์ศรี จักรวงศ์
จะแน่วแน่ พุทธศาสน์ ถือพระสงฆ์
จะมั่นคง รักชาวไทย ไม่เสื่อมคลาย
จงโชคดี มีสุข ทุกข์จากหาย
เรื่องลูกชาย แม่อย่าเศร้า เขารักดี
ชายรักแม่ สุดหัวใจ ชายไม่หนี
มอบชีวิต และเลือดเนื้อ เพื่อแม่อยู่..”

ที่มา : หนังสือสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร กรมศิลปากรจัดพิมพ์เฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในพระราชพิธีสถาปนาสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช เจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร 28 ธันวาคม 2515

เพื่อความเป็นสิริมงคลของวาระสารทศมาสสุภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ จึงขอน้อมนำพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
ศรีสุนทรมหาธีราลงกรณ มหิศรภูมิพลราชวรางกูร กิติสิริสมบูรณอดุลยเดช
สยามินทราธิเบศรราชวโรดม บรมนาถบพิตร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระราชนิพนธ์
กราบบังคมทูลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง
ในโอกาสที่ทรงเข้าศึกษา ณ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ ประเภทออสตรเลีย เดือนพฤษภาคม 2515

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้ง นักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้า และพัฒนาทางวิชาการทางสุขภาพ ในประเทศไทย

สำหรับกองบรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจทั้งทางคลินิก ทางชุมชน และทางการศึกษา รวม 6 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2562) ดังนี้ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ 2) ชนิดและประสิทธิภาพของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 3) ประสิทธิภาพการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานคลินิกห่มอกรอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร 4) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 5) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และ 6) สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกห่มอกรอบครัว จังหวัดลำพูน ปี 2561

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้นำเสนอไปนั้นจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อกันผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้ง ช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ



ปีที่ 3 ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒)

สารบัญ

- การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์.....1
Community Empowerment to Prevent Non-Communicable Diseases
among Thai Buddhist Monks
ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ, วิลัยวรรณ ปะธิเก
Khanitta Wisitcharoen, Wilaiwan Pathike
- ชนิดและประสิทธิภาพของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.....18
Types and Effectiveness of Female Perineal Care Flushing Solutions:
A Systematic Review
กฤษณา สอนกม, ลีต้า อาษาวิเศษ, นิตยา ยุตวัน,
ธีรารักษ์ สาครเจริญ
Krisana Sonrnthom, Leeta Arsaviset, Nittaya Yutawan,
Teeraporn Sakorncharern
- ประสิทธิภาพการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานคลินิกหมอครอบครัว
โรงพยาบาลมุกดาหาร.....37
Effectiveness of Case Management among Patients with Diabetes
Mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital
เปรมจิต อนุมาน, อารมย์ พรหมดี
Premjit Anaman, Arom Promdee



ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2562)

สารบัญ

- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย
หอบหืดเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.....56
Effect of Clinical Nursing Practice Guideline of Weaning in intensive
care unit patients at Detudom Crown Prince Hospital
วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์ Watcharaphan Wongkhamphan
 - พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....72
Risk behavior for Chronic Kidney Disease of Staff at Boromarajonani
College of Nursing Sunpasitthiprasong Ubon Ratchathani Province
ลักขณา ชอบเสียง, สมฤทัย ชอนกา, สรินยา สมชัย,
สาริน เลิศแสนสิน, สิริยาภรณ์ ภูอวด, สุดารัตน์ ศิริบุญ,
สุนิษา บุญสาร, สุภาพร มีแก้ว, สุวนันท์ บุญศรี
Lakhana Chopsiang, Somruethai Sonpa, Sarinya Somchai,
Sarin Lerdsansin, Siriyaporn Puoud, Sudarat Siriboon,
Sunisa Boonsan, Supaphorn Meekaew, Suwanan Boonsri
 - สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดลำพูน ปี 2561.....88
Achievement of Primary Care Clusters System at
Lamphun Province in 2018
ธานี ศรีวงศ์วรรณ Thanee Sriwongwan
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในพระสงฆ์

ชนินฐา วิศิษฐ์เจริญ ประ.ด.^{1*}

วิไลวรรณ ปะธิเก ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันพระสงฆ์กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการได้รับการถวายอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายน้อย เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ ชุมชนจำเป็นต้องตระหนักและใส่ใจต่อการแก้ไขปัญหานี้ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ได้แก่ 1) การพัฒนาคนในการสร้างความตระหนักของชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การถวายอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ผ่านกระบวนการบรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสนทนากลุ่มย่อยและการสาธิต 2) การสนับสนุนของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนโดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจในทุกขั้นตอน การดำเนินงาน 3) การระบุปัญหาตามความต้องการของชุมชน/ องค์กรชุมชน ด้วยกระบวนการ Photo voice method เพื่อให้คนในชุมชนเกิดการสะท้อนคิดถึงอาหารที่ถวายพระ 4) การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายและผลักดันประเด็นในขั้นตอนที่ 3 ไปสู่การปฏิบัติ 5) การเกิดนโยบาย/ การปฏิบัติของชุมชน เป็นการปฏิบัติของชุมชนในการการปรับเปลี่ยนวิถีการปฏิบัติ อันจะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดีและสามารถสืบทอดพระพุทธศาสนาต่อไป

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน, พระสงฆ์,
การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

¹สาขารพยบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*Corresponding e-mail: khaintta@g.swu.ac.th

วันที่รับ(received) 24 ก.ค.2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ส.ค.2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ส.ค.2562

Community Empowerment to Prevent Non-Communicable Diseases among Thai Buddhist Monks

Khanitta Wisitcharoen Ph.D.^{1*}

Wilalwan Pathike Ph.D.¹

Abstract

Buddhist monks have been experiencing Non-Communicable Diseases (NCDs) such as hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, and chronic kidney disease. These diseases found to be caused by Buddhist monks' behaviours where they have inappropriate foods offered and less of physical activities. To improve their health, it significantly requires community awareness and pay attention to solving this problem. A concept of Community Empowerment aids to delivery this concern. The process of community empowerment is consisting in 5 steps of; 1) People development in term of building community awareness to prevent NCDs in Buddhist monks, through providing knowledge to villagers. The knowledge includes pathological of NCDs, how to prepare healthy food for offerings, and appropriate exercise of the Buddhist monks. To delivery those knowledge, a class lecture, small group discussions, and demonstrations are recommended to be used. 2) Various groups support within the community. It is a process of community participation processes that aim for everyone to be engaged at every step of the procedures. 3) Identifying problems according to the needs of the community/community organization through the process of the photo-voice method. This consequentially establishes villager's reflection on what are the foods that they offer to the Buddhist monks. 4) Participation of community organizations in order to build a network and trigger the issues in step 3 into physical action.

¹Department of community nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

*Corresponding e-mail: khaintta@g.swu.ac.th

5) Launch a community policy/practice. This is the unique practice of the community in changing the way of traditional practice that will make the Buddhist monks have better health. So that they can continue a healthy inherit for Buddhism.

Key words: community empowerment, Buddhist monk,
non-communicable disease prevention

บทนำ

พระภิกษุสงฆ์ถือเป็นกลุ่มประชากรที่สังคมไทยให้ความสำคัญและเคารพนับถือ ตามความเชื่อทางพระพุทธศาสนา เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาพจิต และ จิตวิญญาณของประชาชนคนไทยมาช้านาน การถือสมณเพศนี้เป็นการถือวัตรปฏิบัติ ที่แตกต่างจากคนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัตรปฏิบัติที่เป็นข้อจำกัดและมีผลกระทบ ต่อสุขภาพ เช่น ไม่สามารถจัดหาอาหาร ซื้ออาหาร หรือปรุงอาหารเองได้ ทำให้พระสงฆ์ต้องพึ่งพาอาหารจากคนในชุมชน นอกจากนี้ การถือสมณเพศ ต้องมีความสำรวม ทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือนคนทั่วไป¹ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้เป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต และเบาหวาน ดังนั้น การดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์จึงมิใช่เพียงหน้าที่ของตัวภิกษุเองเท่านั้น คนในชุมชนก็มีส่วนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เช่นกัน เนื่องจากชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของวัด และวัดเชื่อมโยงระหว่างคนในชุมชนกับพระสงฆ์ เพราะคนในชุมชน เป็นผู้สร้างวัดจากความเชื่อของคนในชุมชน และผู้ที่บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ก็คือ คนในชุมชน ชุมชนและวัดจึงมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นไม่สามารถตัดขาดจากกันได้ การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ โดยชุมชน สังคม กลุ่มบุคคลที่ศรัทธา รวมถึงนโยบายสาธารณะ จึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของพระสงฆ์ มากขึ้น โดยในปี 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ พระสงฆ์²⁻³ ด้วยการขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่ ได้แก่ พัฒนาคความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ตามหลักพระธรรมวินัย เช่นเดียวกับประชาชนในชุมชนและโยมอุปัฏฐากที่ต้องพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้คนในชุมชนสามารถปรุงอาหารถวายพระสงฆ์ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล จะมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ รวมถึงดำเนินการตรวจคัดกรองโรคแก่พระสงฆ์และให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน นอกจากนี้แล้วฉันทนมติเรื่องพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพจากการประชุมสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ยังเป็นอีกแนวทางที่ยืนยันว่าการดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้น จะต้องมีการขับเคลื่อนและดำเนินการให้สำเร็จ

แนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การเสริมสร้างศักยภาพชุมชน (Community capacity) โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community empowerment) บททศวรรษวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน (Community capacity) โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ของ Rissel⁴ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนเกิดความตระหนัก มีความรู้ ทักษะ และมีการลงมือปฏิบัติของชุมชนเพื่อช่วยป้องกันและลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

สุขภาพของพระสงฆ์

พระสงฆ์เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับคนไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พระสงฆ์เมื่อบวชเข้าในพุทธศาสนา มีหน้าที่ในการสืบทอด และเป็นกำลังสำคัญของพระพุทธศาสนา โดยพระสงฆ์มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และปฏิบัติหน้าที่ต่อสังคม พระสงฆ์เป็นผู้นำชุมชนทางด้านจิตวิญญาณและเป็นผู้ชี้แนะสังคมให้อยู่ในศีลธรรม⁵ ซึ่งพระสงฆ์จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์นั้น พระสงฆ์ต้องมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสุขภาพของพระสงฆ์ในปี 2555 พบว่า พระภิกษุสงฆ์ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 นอกจากนี้ จากการสำรวจยังพบอีกว่า พระภิกษุสงฆ์มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 4.1 มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 45.1⁶ ข้อมูลการอาพาธพระภิกษุสามเณรของโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2559 พบโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง และข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน 28,891 รูป ในโครงการ 1 วัด 1 โรงพยาบาลระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2561 พบว่า พระสงฆ์ป่วยด้วยโรค NCDs 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.2 โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 14.2 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 10.8⁷

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุที่มากขึ้น เพศ พันธุกรรม และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่

ภาวะเครียด เป็นต้น⁸ สำหรับพระสงฆ์ สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจาก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม^{7,9} จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พระสงฆ์ดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง สูบบุหรี่ ซ้ำยาฉิ่นเองเมื่อเจ็บป่วย ฉิ่นอาหารที่ได้จากการบิณฑบาต ประเภทแป้ง น้ำตาล กะทิ และไขมัน และยังพบอีกว่าพระสงฆ์ออกกำลังกายโดยการ เดินและทำความสะอาดวัด ขาดการส่งเสริมกิจกรรมการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และขาดการติดตามเยี่ยมโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน¹⁰

สาเหตุปัจจัยในเรื่องการฉิ่นอาหารสำหรับพระสงฆ์ ด้วยพระธรรมวินัย ได้กำหนดให้พระสงฆ์ไม่สามารถปรุง ซ้อมหรือร้องขออาหารจากญาติโยมได้ อีกทั้งพระสงฆ์ยังไม่สามารถฉิ่นอาหารได้หลังจากเที่ยงวันไปแล้ว ทำให้พระสงฆ์ มีข้อจำกัดในเรื่องของการฉิ่นอาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติโยม เลือกใส่อาหารตามความสะดวก ง่าย และมีความเชื่อว่าอาหารที่ใส่บาตรต้องเป็น อาหารที่ดีที่สุด เชื่อว่าอาหารที่ใส่นั้นญาติที่ล่วงลับไปแล้วชอบรับประทาน หรือมีความเชื่อว่าอาหารนั้นนำมาซึ่งความโชคดี เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เป็นต้น ดังนั้นลักษณะของอาหารที่ญาติโยมนำมาถวายหรือใส่บาตร มักเป็นอาหาร ที่มีไขมันสูงมีรสหวานและเค็มจัด โปรตีนต่ำและคุณค่าทางอาหารต่ำ¹¹ ในขณะที่ญาติ โยมเองก็มีความรู้ว่าถ้าถวายอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้เกิดโรคโรคหัวใจ และโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ญาติโยมไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการถวายอาหาร ให้พระสงฆ์ นอกจากนี้ ในเรื่องของการออกกำลังกาย พระธรรมวินัยกำหนดให้ พระสงฆ์ต้องอยู่ในความสำรวม และการบริหารร่างกายเป็นไปเพื่อให้ชันธำเนนอยู่ ได้ ดังนั้น พระพุทธเจ้าได้กำหนดให้พระสงฆ์เดินจงกรม ทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ถวายทานวัด และเดินบิณฑบาต เพื่อให้ชันธำเนนไปอย่างปกติ ทำให้พระสงฆ์ มีการออกกำลังกายน้อยเนื่องจากกลัวผิดพระธรรมวินัยและส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง ตามมา¹²

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ จะพบว่า การเกิดปัญหาสุขภาพ ของพระสงฆ์นั้นมีสาเหตุปัจจัยทั้งจากตัวพระสงฆ์เอง ได้แก่ ความเคร่งครัด ในวัตรปฏิบัติที่กำหนด และกลัวผิดพระธรรมวินัย จึงทำให้พระสงฆ์ขาดการ ออกกำลังกาย อีกทั้งการขาดความรู้ในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ต่อสุขภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยจากญาติโยมชาวพุทธที่มีความเชื่อในเรื่อง การถวายอาหารที่ดีหรืออาหารมงคล เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง และ ถวายอาหารที่บรรพบุรุษตนเองชอบรับประทานโดยมีพระสงฆ์เป็นผู้ที่รับอาหาร

เหล่านี้และไม่สามารถปฏิเสธการรับการถวายอาหารจากญาติโยมได้ ส่งผลให้พระสงฆ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้น การแก้ไขปัญหাসุขภาพของพระสงฆ์นั้นไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพระสงฆ์เพียงอย่างเดียวแต่จำเป็นต้องต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนและญาติโยม ด้วยการส่งเสริมศักยภาพชุมชน และความรู้ให้สามารถดูแลพระสงฆ์ให้มีสุขภาพที่ดีได้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community empowerment)

การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนนั้นได้มีผู้ให้คำนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย Glanz และคณะ¹³ ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเป็นกระบวนการระดับบุคคลหรือชุมชนที่ช่วยให้พวกเขาเหล่านี้สามารถควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นโครงสร้างของกระบวนการมีส่วนร่วม การควบคุมและเป็นกระบวนการของการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณร่วมกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและผลลัพธ์ในเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ Kieffer¹⁴ ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นกระบวนการทางสังคมที่มีความเป็นพลวัตและต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการปฏิบัติของสังคม เช่นเดียวกับ Rissel⁴ ที่มองว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นกระบวนการที่คน บุคคล ชุมชน พยายามควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ในแง่มุมของสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นกระบวนการที่จะนำศักยภาพที่มีอยู่ภายในชุมชนมาใช้ในการดูแล สร้างเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมการใช้ชีวิตที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ¹⁵ ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนให้คนเห็นศักยภาพของตนเองและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและมีอิสระที่จะตัดสินใจเพื่อเลือกวิธีในการดูแลตนเอง¹⁶

จากแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ควรมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อของพระสงฆ์และญาติโยม รวมถึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย การรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และความสำคัญในการตรวจสุขภาพประจำปี¹⁷ ด้วยกระบวนการในการดำเนินการที่ชัดเจน นั่นคือ การพัฒนาศักยภาพของบุคคล

และชุมชนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ดังจะกล่าวในรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment Process)

Rissel⁴ ได้นำเสนอประเด็นเรื่องการขาดพลังอำนาจของบุคคล หรือชุมชนขาดความสนใจในปัญหาของตนเอง จึงได้เสนอรูปแบบ 5 ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อันจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพของชุมชน ดังนี้

1. การพัฒนาคนเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อตนเอง (Personal development) เป็นการสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคลเพื่อเพิ่มคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) และสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ถ้าหากคนมีทั้งสองอย่างนี้เพิ่มขึ้น คนเห็นศักยภาพของตนเองและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และจะพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สอง

2. การสนับสนุนของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เป็นกระบวนการที่คนมาร่วมกันเสนอปัญหาและประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดปัญหาในชุมชน กระบวนการนี้ ทำให้คนเกิดการอภิปรายและคิดวิเคราะห์ร่วมกัน อันจะทำให้เกิดกระบวนการสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในชุมชน

3. การระบุปัญหาตามความต้องการของชุมชน/ องค์กรชุมชน เมื่อเกิดการรวมกลุ่มและสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในชุมชนแล้ว การระบุประเด็นที่เป็นปัญหาของชุมชนจะเกิดขึ้นเพื่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และเกิดการณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

4. การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ภายหลังจากเกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันแล้ว ชุมชนจะเกิดเครือข่าย และเกิดการผลักดันประเด็นที่ได้จากในขั้นตอนที่สามเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายหรือการปฏิบัติของชุมชน

5. การเกิดนโยบาย/ การปฏิบัติของชุมชน เป็นการแสดงออกในระดับของชุมชนและเกิดขึ้นภายหลังจากการกระบวนการการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนแล้ว การสร้างพลังชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจะถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน โดยชุมชนจะเป็นผู้กำหนดบทบาทของสมาชิกในชุมชน มีข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ของชุมชนเพื่อเป็นการควบคุมปัจจัยต่างๆ ของชุมชนตนเอง

ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน

ความตระหนักของชุมชน (Community awareness) การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นกระบวนการที่ดึงประสบการณ์ (The elicited participants' experiences specific to the health issue) ของชุมชนในเรื่องที่ชุมชนให้ความสนใจ ทำให้เพิ่มการรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) อันจะส่งผลให้คนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) วิเคราะห์บริบทของชุมชน^{4,18} ในมุมมองทางด้านสุขภาพ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ทำให้คนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชน ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

ศักยภาพชุมชน (Community capacity) การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่ภายในชุมชนรวมถึงสามารถนำแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน¹⁶ เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรค สิ่งแวดล้อมต่างๆ อาจส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน

การเปลี่ยนแปลงของชุมชน (Community change) เป็นผลลัพธ์ของหุ้นส่วนในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ซึ่งกระบวนการนี้นำมาซึ่งข้อตกลงร่วมกัน และวาระต่างๆ ของชุมชน¹⁹⁻²⁰ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของคนในชุมชน มีการร่วมกันวางแผนด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน

พลังอำนาจชุมชน (Community power) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนอีกประการหนึ่ง คือ พลังอำนาจของชุมชนในการต่อรอง หรือการมีอิทธิพลต่อสังคมและผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ที่มิสุขภาพ นักวางแผนนโยบายหรือองค์กรต่างๆ¹⁹

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Improve quality of life) จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมและชุมชน รวมถึงการเกิดข้อตกลงหรือนโยบายของชุมชนอันจะทำให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น²⁰ ทั้งด้านวัตถุวิสัย เช่น การทำหน้าที่ของร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ คนในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ในส่วนของคุณภาพชีวิตด้านจิตพิสัย พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้คนในชุมชนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนรวมถึงรู้สึกมั่นใจในการดำเนินชีวิต เป็นต้น²¹

ความเท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ (Health equity) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดคู่ขนานกับระบบบริการสุขภาพ โดยการมีประสบการณ์ทางด้านบวกในการเชื่อมต่อและสร้างเครือข่ายร่วมกัน²²⁻²³ รวมถึงคนในชุมชนสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์และบริการทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ภายในชุมชน อันจะทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่ดีและเท่าเทียมกันในสังคม

แนวทางการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community empowerment) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการสร้างความตระหนัก (Community awareness) ต่อปัญหาและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง อันจะนำไปสู่การสร้างศักยภาพชุมชน (Community capacity) แนวคิดนี้ จะใช้กับชุมชนที่ขาดความใส่ใจในปัญหาของชุมชน ทั้งที่ในความเป็นจริงทั้งบุคคลและชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหา⁴ โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนนี้ จะจัดการให้ชุมชนสามารถพัฒนาแหล่งประโยชน์ของชุมชน อันจะนำไปสู่การควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในบทความนี้ ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนของ Rissel มาประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ได้ดังนี้

1) การพัฒนาคนในการสร้างความตระหนักของชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ในกระบวนการนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคลในการเพิ่มคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) และสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ และสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพว่ามาจากการถวายเป็นอาหารของญาติโยม^{1,24} นอกจากนี้ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงวิธีการป้องกัน เพื่อสร้างความตระหนักของชุมชนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลควรใช้วิธีที่หลากหลาย เช่น การสอนแบบกลุ่มในประเด็นสาเหตุการเกิดโรคเรื้อรังในพระสงฆ์ การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อันจะนำไปสู่ความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งการสอนแบบกลุ่ม เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการสอนในชุมชน และมีประสิทธิภาพในการพัฒนาการคิด

อย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ซึ่งช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอิทธิพลกระบวนการสอนแบบกลุ่มจะส่งผลต่อความคิด และเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²⁵ นอกจากนี้ การให้ความรู้แบบบรรยายเกี่ยวกับข้อมูลของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และบทบาทของคนในชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นวิธีการที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการให้ข้อมูลจะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ของคนในชุมชนโดยการมีอิทธิพลต่อทัศนคติของคนในชุมชน พฤติกรรมและความเชื่อของคน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการทำงานของชุมชน²⁶ สำหรับการสนทนากลุ่มย่อย จะเป็นการใช้คำถามที่สามารถสะท้อนประสบการณ์ของแต่ละคน และแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ วิธีการดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความตระหนักในระดับตัวบุคคล²⁷ สร้างการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการวิเคราะห์บริบทของชุมชนตนเอง และพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการเข้าถึงแหล่งทุนทางสังคม เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน^{4,18} อันจะนำไปสู่ความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของพระสงฆ์รวมถึงการเพิ่ม การปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

นอกเหนือจากเนื้อหาความรู้ในเรื่องของการถวายอาหารแล้ว การสร้างความเข้าใจกับคนในชุมชนและพระสงฆ์ในเรื่องของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์โดยไม่ผิดพระธรรมวินัย เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันโรคเรื้อรังในพระสงฆ์ได้ โดยการให้คำแนะนำถึงวิธีการออกกำลังกายตามหลักกัจจัตรา 10 ของพระสงฆ์ ได้แก่ การเดินบิณฑบาต การเดินในวัดหรือเดินจงกรม กวาดลานวัด แกว่งแขนลดพุงลดโรค (ทำได้ในวัด ไม่ทำละแวกบ้านเรือน เพื่อความสำรวมตามหลักเสขียวัตถ์) ชักผ้า ตากผ้า และงานสาธารณูปการในวัด เช่น ตัดต้นไม้ เทปูน เลื่อยไม้ เป็นต้น²⁸

การสาธิตเกี่ยวกับการเลือกอาหาร การประกอบอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ ซึ่งวิธีการสาธิตนี้จะสามารถให้คำแนะนำแก่คนในชุมชน และสามารถให้คำแนะนำอย่างทันที่ทั้งนี้ นอกจากนี้ ในการสาธิตการเลือกและการประกอบอาหารเพื่อถวายพระสงฆ์ การใช้อาหารและวิธีการประกอบอาหารพื้นบ้านมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้สามารถเพิ่มทางเลือกในการถวายอาหาร และช่วยให้ชุมชน

สามารถประยุกต์อาหารที่มีอยู่ในชุมชนเป็นอาหารที่มีความเหมาะสมต่อการถวายพระสงฆ์

เนื้อหาที่ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลเป็นเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งควรเป็นความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบทบาทของชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ซึ่งความรู้ดังกล่าว ช่วยเพิ่มความตระหนักบุคคลให้เกิดการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาในประเทศที่พัฒนาแล้ว²⁹⁻³¹

2) การสนับสนุนของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เป็นกระบวนการที่คนมาร่วมกัน เสนอปัญหาและประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาก็ทำให้เกิดปัญหาในชุมชน อันจะทำให้เกิดกระบวนการสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในชุมชน กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อคนในชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ทำให้เกิดการรวมตัวกันของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้นำชุมชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์^{1,24} เนื่องจากกระบวนการพัฒนาได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีส่วนในการตัดสินใจในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานด้วย และมีการดำเนินงานร่วมกันอย่างเนื่อง นอกจากนี้ ผู้นำชุมชน โดยเฉพาะผู้นำแบบไม่เป็นทางการ ได้ให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการพัฒนา ซึ่งผู้นำแบบไม่เป็นทางการนี้ ทำงานใกล้ชิดกับคนในชุมชน และคนในชุมชนได้ให้ความเคารพนับถือ ดังนั้น เมื่อคนในชุมชนได้รับคำแนะนำจากผู้นำแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นบุคคลในระดับเดียวกับตนเอง ทำให้ชาวบ้านเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคเบาหวานในพระสงฆ์

3) การระบุปัญหาตามความต้องการของชุมชน/ องค์กรชุมชน เมื่อเกิดการรวมกลุ่มและสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในชุมชนแล้ว การระบุประเด็นที่เป็นปัญหาของชุมชนจะเกิดขึ้นเพื่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และเกิดการณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ การระบุปัญหา อาจใช้เทคนิค Photo voice method โดยการใช้คนในชุมชนถ่ายรูปภาพอาหารที่ถวายพระในเทศกาลสำคัญต่างๆ หรือถ่ายรูปอาหารที่จะใส่บาตรพระสงฆ์ ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้คนในชุมชนเกิดการสะท้อนคิดถึงอาหารที่ถวายพระสงฆ์ผ่านการอภิปรายร่วมกันจนกระทั่งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

4) การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ภายหลังจากเกิดการสนับสุนซึ่งกันและกันแล้ว ชุมชนจะเกิดเครือข่าย และเกิดการผลักดันประเด็นที่ได้จากในขั้นตอนที่สาม เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายหรือการปฏิบัติของชุมชน โดยการขยายบทบาทในการดูแลพระสงฆ์ไปยังองค์กรในชุมชนเพื่อให้เกิดการผลักดันในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

5) การเกิดนโยบาย/ การปฏิบัติของชุมชน ภายหลังจากกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนแล้ว การสร้างพลังชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจะถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน เกิดแนวทางเฉพาะของชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ จากการทบทวนวรรณกรรมชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้มีแนวทางเฉพาะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชน ได้แก่ การทำอาหารพื้นเมืองถวายพระสงฆ์ การประชาสัมพันธ์ก่อนการทำบุญในวันพระ และวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้พัฒนานโยบายร่วมกับผู้นำชุมชนในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ การติดตามเยี่ยมพระสงฆ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในวัดให้เหมาะสม เป็นต้น¹

สรุป

การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community empowerment) ตามรูปแบบที่นำเสนอ เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ เนื่องจากการดำเนินงานเป็นการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคลและชุมชนให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เป็นการทำงานร่วมกันของคนในชุมชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยการสร้างความตระหนักให้แก่คนในชุมชนด้วยการให้ความรู้ สาธิต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ซึ่งแนวทางที่นำเสนอนี้ เป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพระธรรมวินัย ทำให้เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชน และพระสงฆ์ นอกจากนี้ แนวทางการใช้กระบวนการเสริมสร้าง

พลังอำนาจชุมชน ให้แนวทางในการทำงานร่วมกับองค์กรในชุมชน ทำให้เกิด
การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ควรขับเคลื่อนผ่านกลไกการปกครองของสงฆ์
ในแต่ละพื้นที่ โดยทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์
อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. ชนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ, วราภรณ์ บุญเชียง, วรณเขตต์ หินเงิน. รายงานการ
วิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนต่อ
ความตระหนักและศักยภาพชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวานในพระสงฆ์
ตำบลสันทรายมawangค์และตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.
เชียงใหม่: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ฝ่ายท้องถิ่นและ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนงาน “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์”
ประเด็นการติดตาม การดำเนินงานการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์
แห่งชาติสู่พื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. ทีมข่าวศาสนา. มหาเถรสมาคมประกาศขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์
แห่งชาติ. ไทยรัฐ. 2561.
4. Rissel C. Empowerment: The holy grail of health promotion?. Health
Promot Int 1994;9:39-47.
5. ศนิกานต์ ศรีมณี, ชนิตา มัททวงกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, กุลธิดา จันทร
เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รณนุกูล. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์และ
พฤติกรรมกายภาพตาดอาหารของประชาชนในเขตภาคีเจริญ
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน
มหาวิทยาลัยสยาม; 2556.

6. พินิจ ลาภอนานนท์. สุขภาวะของพระสงฆ์ ปี 2561. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
7. มติชน. สาธารณสุขเผย 3 โรคเรื้อรังในพระสงฆ์ ‘ความดัน-ไขมัน-เบาหวาน’ 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_1368979.
8. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;37:154-9.
9. ทีมข่าวศาสนา. มหาเถรสมาคมประกาศขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/1340087>
10. พระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ งามัญวงศ์), วราภรณ์ ทรัพย์รวงทอง, สมบูรณ์ สุขสำราญ. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี. วารสารรัชต์ภาคย์ 2561;12:94-107.
11. ศนิกานต์ ศรีมณี, ชนิตา มัททวงกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ระวี ดิษฐจร, พรรณี ตรังคสันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารแก่พระสงฆ์ของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2561;19:22-38.
12. โรชินี อุปรา, กษิณา ชัชรรัตน์. โรคเรื้อรัง: ผลกระทบต่อสุขภาพพระสงฆ์และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559;17:17-23.
13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 5th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2015.
14. Kieffer CH. Citizen empowerment: A developmental perspective. Prev Hum Serv 1984;3:9-36.
15. อมร สุวรรณนิมิตร. การพยาบาลปฐมภูมิกับการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
16. กุณห์ พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:86-90.

- 17.มินตรา สารระรักษ์, วรรัตน์ สังวะลี, วิลาศ คำแพงศรี. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2560;19:37-48.
- 18.Bandura A. Encyclopedia of human behavior. 4th ed. New York: Academic Press; 1994.
- 19.Fawcett SB, Paine-Andrews A, Francisco VT, Schultz JA, Richter KP, Lewis RK, et al. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. Am J Community Psychol 1995;23:677-97.
- 20.Wold Health Organization. Health promotion: Track 1: Community empowerment [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 2]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/index.html>
- 21.Choksawadphinyo K. Empowerment on family caregivers for quality of life development in people living with HIV/AIDs. KKU Research Journal 2011;16:416-27.
- 22.Rifkin SB. A framework linking community empowerment and health equity: It is a matter of CHOICE. J Health Popul Nutr 2003;21: 168-80.
- 23.Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16:354-61.
- 24.Wisitcharoen K, Boonchieng B, Suwanprapisa T, Buddhirakkul P. The effects of a community empowerment program on community awareness and capacity among stakeholders in diabetes prevention in Buddhist monks. ASR: CMU Journal of Social Sciences and Humanities 2016;3:133-49.
- 25.Jindal HA. Health Education: Informing, Educating and Empowering Citizens [Internet]. 2014 [cited 2017 April 20]. Available from: <https://www.slideshare.net/harjindal/health-education-37280424>

26. Sayers R. Principles of awareness-raising for information literacy: a case study. Bangkok: UNESCO Bangkok; 2006.
27. Laverack G. Using a 'domains' approach to build community empowerment. Community Development Journal 2006;41:4-12.
28. สงฆ์ไทยไกลโรค. พระสงฆ์ก็ออกกำลังกายได้ (ตามหลักกิจวัตร 10 ของสงฆ์). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
29. Coppola A, Sasso L, Bagnasco A, Giustina A, Gazzaruso C. The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes: an overview. Endocrine 2016;53:18-27.
30. Deepa M, Bhansali A, Anjana RM, Pradeepa R, Joshi SR, Joshi PP, et al. Knowledge and awareness of diabetes in urban and rural India: The Indian Council of Medical Research India Diabetes Study (Phase I): Indian Council of Medical Research India Diabetes. Indian J Endocrinol Metab 2014;18:379-85.
31. Unwin N, Marlin A. Diabetes action now: WHO and IDF working together to raise awareness worldwide. Diabetes Voice 2004;49:27-31.

ชนิดและประสิทธิภาพของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

บทคัดย่อ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

กฤษฎา สอนถม พย.บ.^{1*}, ลีต้า อาษาวิเศษ พย.ม.¹,
นิตยา ยุตวัน พย.บ.¹, ธีรภรณ์ สาครเจริญ พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การใช้น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิง เป็นประเด็นหนึ่งที่ยังไม่ชัดเจน อาทิ ชนิดของน้ำยามีความหลากหลาย ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง การนำไปใช้ในสถานการณ์และบริบทของผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังไม่มี การรวบรวมและสังเคราะห์ที่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชนิด ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวความคิดของ The Joanna Briggs Institute โดยการสืบค้นรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษจาก ฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, CINAHL, Thaijo, และ Google scholar (พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2561) ได้งานวิจัยทั้งสิ้น 89 เรื่อง และเมื่องานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์คัดเข้า 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง และงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 1 และ 3 เรื่อง ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ชนิดของน้ำยาประกอบไปด้วย สบู่ น้ำสะอาด โฟมทำความสะอาดผิวหนัง 10% โพรโดนไอโอดีน 2% โพรโดน ไอโอดีน น้ำเกลือ และน้ำยาเซฟลอน 1 : 100 งานวิจัยส่วนใหญ่แนะนำให้ทำความสะอาดรอบๆ ท่อปัสสาวะ (Periurethral) ด้วยสบู่และน้ำสะอาด และรูดท่อปัสสาวะ (Meatus) ด้วยน้ำเกลือก่อนใส่คาสายสวนปัสสาวะ และใช้เพียงสบู่และน้ำสะอาดทำความสะอาด รอบๆ ท่อปัสสาวะเข้าและเย็น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเลือกใช้วิธีการทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีค่อนข้างหลากหลาย ซึ่งควรคำนึงบริบทและความคุ้มค่า ทั้งต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล

คำสำคัญ: อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง, การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ,
น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding E-mail: Kaiyaris2504@hotmail.com

วันที่รับ (received) 24 มิ.ย.2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ก.ค.2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ส.ค.2562

Types and Effectiveness of Female Perineal Care Flushing

Solutions: A Systematic Review

**Krisana Sonrnthom B.N.S.¹, Leeta Arsaviset M.N.S.¹,
Nittaya Yutawan B.N.S.¹, Teeraporn Sakorncharern B.N.S.¹**

Abstract

The uses of female perineal care flushing solutions were still vague due to the various types of solutions, different effectiveness and side effects, various uses in different situations, and different patients' contexts. As the synthesis of the issue had not been clearly conducted, this research aimed to study types, effectiveness, and side effect of female perineal care flushing solutions based on systematic review method following The Joanna Briggs Institute framework. Thai and English research articles were collected from the database including PubMed, CINAHL, Thaijo, and Google scholar (from 2008 to 2018). The 89 research articles were retrieved. There were three research articles passed the criteria: one experimental research and three quasi-experimental research articles. The solution found in the studies consisted of soap, water, skin cleansing foam 10% Povidone iodine 2% Povidone iodine, saline water, and savlon 1:100. Most studies suggested cleaning periurethral by soap and water, cleaning meatus with saline water before indwelling catheterization, and cleaning around urethra by using soap and water in the morning and evening. Although several methods were used, the selected methods of female perineal care were selected based on the patients' contexts and the worthiness to the patients and hospital.

Keywords: female genital organs, urinary tract infection,
female perineal care flushing products

¹Registered nurses, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

*Corresponding E-mail: Kaiyaris2504@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection : CAUTI) หมายถึง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือ หรือภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากดึงสายสวนปัสสาวะออก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากปอดอักเสบ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การใส่สายสวนปัสสาวะเพศหญิง¹ ระดับของความรุนแรงของโรคที่ทำให้นอนโรงพยาบาลนาน และระยะเวลาการใส่สายสวนปัสสาวะ²⁻³ จากสถิติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ปี พ.ศ.2557 - 2558 พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 15.10 และ 18.78 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁴

ผลกระทบจากการใส่สายสวนปัสสาวะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ใช้ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน ส่งตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 10 โคโลนี/มล.⁵ ทำให้นอนโรงพยาบาลนาน เกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา⁵⁻⁶ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใส่สายสวนปัสสาวะมากกว่า 4 วัน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁷ ในประเทศไทยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต พบผู้ป่วยจำนวน 57,500 รายต่อปี มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ 17,250 ราย ติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 2,875 ราย และเสียชีวิต 431 รายต่อปี หรือเฉลี่ย 1.2 รายต่อวัน เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ มากกว่า 400 ล้านบาทต่อปี⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ วิธีการหนึ่ง คือ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งน้ำยาทำความสะอาดมีหลายชนิด ได้แก่ นอร์มอลซาลิน เซฟลอน น้ำและน้ำสบู่²⁻³ มีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ และการทางด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ในต่างประเทศ พบว่าการใส่สายสวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และใช้อุปกรณ์ที่ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น ถุงมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ (Antiseptic) หรือ สารละลายปราศจากเชื้อ (Sterile solution) ทำความสะอาดรูเปิดท่อปัสสาวะ (Meatus) ไม่จำเป็นต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเป็นประจำ⁹

ในด้านการดูแลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะมีการดูแลหลายรูปแบบ ได้แก่ การสวนล้างสายสวนปัสสาวะ การใช้ยาฆ่าเชื้อ Methenamine เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำที่ผ่านการฆ่าเชื้อ (Sterile solution) เป็นต้น และขณะใส่สายสวนปัสสาวะหรือหลังขับถ่ายอุจจาระ ทำความสะอาดด้วยน้ำและน้ำสบู่ และ 0.9 % NSS หรือ 2% Chlorhexidine gluconate เช้า-เย็น¹⁰ มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง น้ำและ 1% Chlorhexidine gluconate ของ Webster และคณะ¹¹ พบว่า มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเหมือนกัน จึงแนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำ และการทบทวนวรรณกรรมของ Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infection ในปี 2009 ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และรูปเปิดท่อทางเดินปัสสาวะเป็นประจำ โดยพอกด้วยน้ำและสบู่ ไม่ว่าจะเป็นใส่สายสวนปัสสาวะหรือไม่ และควรใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ (Antiseptic) หรือสารละลายที่ผ่านการฆ่าเชื้อทำความสะอาด (Sterile water) รอบ ๆ ท่อทางเดินปัสสาวะ (Periurethral) ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ¹⁰

จากการสังเกตเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการทำสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้ป่วยเพศหญิงของพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่า มีการใช้น้ำยาที่หลากหลาย ปฏิบัติไม่เหมือนกัน และปฏิบัติตามหลักของวิธีปฏิบัติ (Work Instruction : WI) ของงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งหลักปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักของวิธีปฏิบัติ ควรใช้น้ำสบู่และน้ำทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อน ตามด้วยใช้นอร์มอลซาลินก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาด เช้า เย็น แต่ยังพบว่ามีการใช้วิธีอื่นๆ อีก เช่น 1) ใช้น้ำเกลืออย่างเดียวก่อนใส่สายสวนปัสสาวะและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เช้าและเย็น 2) ใช้เซฟลอนอย่างเดียวก่อนใส่สายสวนปัสสาวะและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เช้าและเย็น และ 3) ใช้น้ำสะอาดผสมกับน้ำสบู่ในอัตราส่วน 10 : 20 ทั้งนี้ มีทั้งใช้ชุดทำความสะอาด 2 ชุด แบ่งเป็นใช้น้ำและใช้สบู่เหลว และใช้เพียงชุดเดียว โดยแบ่งก้อนสำลีเพื่อชุบน้ำสบู่และน้ำสะอาดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เกิดข้อสงสัยในวิธีปฏิบัติ และยังไม่มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์จำนวนมาก และมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

แต่ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนเกี่ยวกับชนิด ประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงของน้ำยาทำความอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของเพศหญิง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทบทวนวรรณกรรมในประเด็นดังกล่าว และสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการทำมาสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้ป่วยเพศหญิง ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม

เพื่อศึกษาชนิด ประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงของน้ำยาทำความอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิง

การสืบค้นคุณภาพของวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสืบค้นและการสังเคราะห์งานวิจัยจากสถาบันโจแอนนาบริกส์¹² ดังนี้

1) การระบุประเด็นวัตถุประสงค์ในการศึกษาการสืบค้นเอกสารตามแนวคิด PICOT Framework ได้แก่

P (Population) หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการรักษาด้วยสายสวนทางปัสสาวะ

I (Intervention) หมายถึง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วย NSS, Savlon, สบู่และน้ำ

C (Comparison) หมายถึง น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์แต่ละชนิด

O (Outcome) หมายถึง ประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ ราคา และผลข้างเคียง

T (Time) คือ ช่วงเวลาที่ศึกษาและตีพิมพ์ครั้งนี้ ใช้ปี พ.ศ. 2551-2561

2) การคัดเลือกงานการศึกษามีคุณสมบัติ ประกอบด้วย

2.1) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษารายงานการวิจัย ที่เกี่ยวกับชนิด และประสิทธิภาพของการใช้น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นรายงานการศึกษารายงานภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ มีการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ตั้งแต่ ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2018 หรือเดือน มีนาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จาก PubMed, CINAHL, Thaijo และ Google scholar

2.2) การกำหนดคำสำคัญภาษาไทย คือ เพศหญิง, สายสวนทางปัสสาวะ, ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ คำสำคัญภาษาอังกฤษ คือ Female, Foley's catheter, Flushing, Perineum care

2.3) เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าทำการศึกษา (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) เป็นการรายงานการวิจัย (2) เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยเพศหญิงที่ใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะที่มีปัญหาทางอายุรกรรมและ/หรือศัลยกรรม (3) เป็นการรายงานการศึกษาของการวิจัยเชิงทดลอง หรือการวิจัยกึ่งทดลอง และ (4) เป็นรายงานการศึกษารายงานภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ประกอบด้วย งานวิจัยที่ไม่สามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้

3) การบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลของการศึกษาที่ทำการคัดเลือกเข้ามาศึกษา กำหนดรูปแบบเป็นตาราง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของงานวิจัย วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา สถานที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นวัตกรรมที่ใช้วิธีทำความสะอาด ผลของการศึกษา ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย/การนำไปใช้

4) การประเมินเอกสาร ตามแบบประเมินของสถาบันโจนาบริกส์ โดยการประเมินคุณภาพ และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

5) การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล

6) การสรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

7) การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

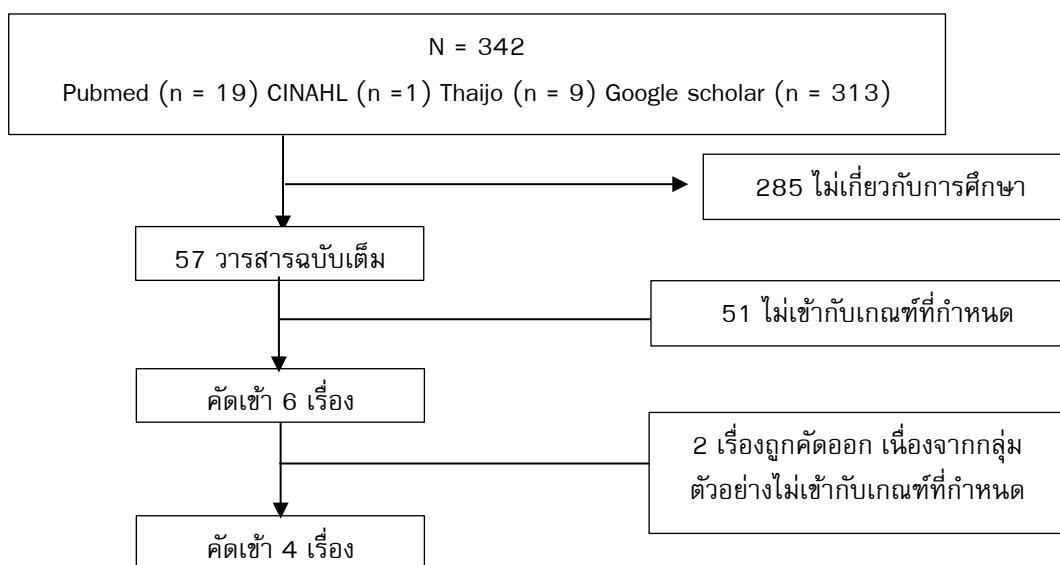
ข้อมูลวรรณกรรมที่สืบค้น นำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหาเข้าตาราง

ผลการวิจัย

1. ผลขั้นตอนการคัดเลือกเอกสารรายงานวิจัยเพื่อนำมาศึกษาภายหลังผู้วิจัยได้สืบค้นเอกสารรายงานวิจัยเพื่อนำมาศึกษา จากฐานข้อมูล 4 ฐาน ได้แก่ PubMed, CINAHL, Thaijo และ Google scholar ตั้งแต่ ค.ศ. 2008 ถึง ค.ศ. 2018 พบว่า

ได้ออกสารรายงานวิจัย จำนวนทั้งหมด 342 เรื่อง จาก PubMed จำนวน 19 เรื่อง จาก CINAHL จำนวน 1 เรื่อง จาก Thaijo จำนวน 9 เรื่อง จาก Google scholar จำนวน 313 เรื่อง ต่อมาพิจารณาชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และเนื้อหาฉบับเต็ม คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบทดลอง (Experimental Designs) จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) จำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในต่างประเทศจำนวน 2 เรื่อง และทำการศึกษาในประเทศไทยจำนวน 2 เรื่อง (แผนภาพที่ 1) โดยมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับชนิด ประสิทธิภาพและอาการข้างเคียงของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง แสดงในตารางที่ 1

ภาพขั้นตอนการคัดเลือกผลการวิจัย



ภาพที่ 1 ผลการสืบค้น

2. งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง จากทั้งหมด 5 เรื่อง ได้สรุปตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 งานวิจัยเกี่ยวกับชนิด ประสิทธิภาพและอาการข้างเคียงของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง

ชื่อผู้วิจัย	ปีพิมพ์	วิธีการวิจัย	น้ำยาที่ใช้ในการทดลอง	ผลการวิจัย	ข้อจำกัด & ข้อเสนอแนะ
Jeong และคณะ	2010	- การวิจัยกึ่งทดลอง - หอผู้ป่วยหนักฉุกเฉิน อายุรกรรม และ ศัลยกรรมประสาท (ICUs) - เพศหญิง - จำนวน 97 คน แบ่ง 4 กลุ่ม (แต่ละ หน่วยงานใช้น้ำยาทั้ง 4 ชนิด ในระยะเวลา 4 เดือน)	กลุ่มที่ 1 - สบู่และน้ำ กลุ่มที่ 2 - โฟมทำความสะอาด ผิวหนัง กลุ่มที่ 3 - 10% โพวิโดนไอโอดีน กลุ่มที่ 4 - น้ำเกลือ	พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อ 100 วันวันคาสายสวน ปัสสาวะ ในสัปดาห์ที่ 1 2 และ 4 ร้อยละ 3.18 3.31 และ 3.04 ตามลำดับ น้ำยาทำ ความสะอาดแต่ละชนิดไม่มีผล ต่อการเกิดภาวะติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะจากการใส่คา สายสวนปัสสาวะ ซึ่งเห็นได้ชัด ในการใช้สบู่และน้ำ ในสัปดาห์ ที่ 1 2 และ 4 หลังจากเริ่มต้น ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ มีการควบคุมเกี่ยวกับอายุ ยา ปฏิชีวนะ การกลั่นแอูจจาระ ไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัว ไข้ และโรคเบาหวาน ไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ	ชนิดของการทำความสะอาด สะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มี ผลต่ออุบัติการณ์การเกิด ภาวะติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะจากการใส่คา สายสวนปัสสาวะ ควรศึกษา เพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่ มีขนาดใหญ่ เช่นเดียวกับ การกำหนดน้ำยาทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์

ชื่อผู้วิจัย	ปีพิมพ์	วิธีการวิจัย	น้ำยาที่ใช้ในการทดลอง	ผลการวิจัย	ข้อจำกัด & ข้อเสนอแนะ
Lisum & Widani	2016 (อินโดนีเซีย)	-การวิจัยกึ่งทดลอง -ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม -จำนวน 60 คน กลุ่มละ 20 คน - แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ควบคุม 1 กลุ่ม และทดลอง 2 กลุ่ม	กลุ่มที่ 1 -10 % โพวิโดน ไอโอดีน กลุ่มที่ 2 -2% โพวิโดน ไอโอดีน กลุ่มที่ 3 -น้ำเกลือ	-ส่วนใหญ่ พบในเพศหญิง ร้อยละ 61.7 ช่วงอายุ 60-88 ปี ร้อยละ 43.3 ผู้ป่วยผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 40 นอร์มอลซาล์นลตเชื้อแบคทีเรียได้น้อยที่สุด 2% โพวิโดน ไอโอดีน ลตเชื้อแบคทีเรียได้มากกว่า 10 % โพวิโดน ไอโอดีน ส่วน 10 % โพวิโดน ไอโอดีน ทำให้เกิดการระคายเคืองในท่อทางเดินปัสสาวะ (urethral) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วย 2% โพวิโดน ไอโอดีนและน้ำเกลือ มีผลต่อการลดเชื้อแบคทีเรียแตกต่างกัน แต่ 2% โพวิโดน ไอโอดีน มีประสิทธิภาพมากที่สุด และมากกว่าน้ำยาชนิดอื่นๆ	การ 2% โพวิโดน ไอโอดีน ทำความสะอาดรอบๆ ท่อปัสสาวะ ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ จะมีประสิทธิภาพต่อการลดเชื้อแบคทีเรีย แต่ปัจจุบันพบการใช้ 10 % โพวิโดน ไอโอดีน ทำความสะอาด รอบๆท่อปัสสาวะบ่อยขึ้น จึงควรมีการประเมินผลเพิ่มเติม

ชื่อผู้วิจัย	ปีพิมพ์	วิธีการวิจัย	นํ้ายาที่ใช้ในการทดลอง	ผลการวิจัย	ข้อจำกัด & ข้อเสนอแนะ
กิตติกา ประทีปะเสน	2558 (ไทย)	- การวิจัยเชิงทดลอง - ผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมหญิง & ICU อายุรกรรม - จำนวน 42 คน กลุ่ม ละ 21 คน	กลุ่มที่ 1 สบู่และน้ำ กับนํ้ายา - การใส่สายสวน ปัสสาวะ ทำความ สะอาดด้วย เซฟลอน 1 : 100 ด้วยเทคนิค ปราศจากเชื้อ ก่อนใส่ สายสวนปัสสาวะ และ เก็บปัสสาวะส่งตรวจ เพาะเชื้อในวันที่ 4,7,10 และวันที่ถอด สายสวนปัสสาวะ - ทำความสะอาดด้วย สบู่และน้ำ โดยการ ราดน้ำบริเวณอวัยวะ สืบพันธุ์ นำสำลีที่ เปียกน้ำถูกับสบู่ ถูทำ ความสะอาด ใช้ กระดาษทิชชูซับให้ แห้ง วันละ 2 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่กำหนด	พบว่า ทั้งกลุ่มที่ใช้สบู่และน้ำ และ กลุ่มที่ใช้เซฟลอน 1 : 100 มีผล ต่อการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ ใช้สบู่และน้ำและกลุ่มที่ใช้เซฟ ลอน 1 : 100 มีการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะจำนวน 3 และ 5 ราย ร้อยละ 14.3 และ 23.8 ตามลำดับ เชื้อที่ตรวจพบมาก ที่สุด คือ Yeast, Escherichia และ Enterococcus จำนวน 4, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ และระยะเวลาของการเริ่มติดเชื้อ ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยใน กลุ่มที่ใช้สบู่และน้ำ และกลุ่มที่ใช้ เซฟลอน 1 : 100 มีระยะเวลา เฉลี่ยเริ่มติดเชื้อประมาณ 3 และ 4.6 วัน ตามลำดับ	ข้อจำกัด - ไม่ได้เก็บปัสสาวะเพาะ เชื้อทุกวัน เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นไปได้ ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อใน วันที่ไม่ได้ตรวจ ในใน ส่วนของระยะเวลาจึง เป็นค่าโดยประมาณ ข้อเสนอแนะ - พยาบาลสามารถ เลือกใช้วิธีทำความสะอาด สะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ป่วยหญิง ที่คาสายสวน ปัสสาวะ โดยคำนึงถึง ความคุ้มค่าของต้นทุน - ควรมีการเปรียบเทียบ ซ้ำในกลุ่มทดลองที่ ขนาดใหญ่ เพื่อเป็น ประโยชน์ในการอ้างอิง ถึงประชากรกลุ่มใหญ่ได้

ชื่อผู้วิจัย	ปีพิมพ์	วิธีการวิจัย	น้ำยาที่ใช้ในการ ทดลอง	ผลการวิจัย	ข้อจำกัด & ข้อเสนอแนะ
			-บันทึกปริมาณน้ำ เข้า-ออกร่างกาย กลุ่มที่ 2 น้ำยาเซฟ ลอน 1 : 100 -การใส่สายสวน ปัสสาวะ ทำความ สะอาดด้วย เซฟลอน 1 : 100 ด้วยเทคนิค ปราศจากเชื้อ ก่อนใส่ สายสวนปัสสาวะ และ เก็บปัสสาวะส่งตรวจ เพาะเชื้อในวันที่ 4,7,10 และวันที่ถอด สายสวนปัสสาวะ -การทำความสะอาด โดยใช้ เซฟลอน 1 : 100 สำลี 6 ก้อน ทำ ความสะอาดตามแนว ปฏิบัติ และเทน้ำยาที่ เหลือจากหัวหน่วย		

ชื่อผู้วิจัย	ปีพิมพ์	วิธีการวิจัย	นํ้ายาที่ใช้ในการ ทดลอง	ผลการวิจัย	ข้อจำกัด & ข้อเสนอแนะ
จิณณภัทร ช้างมุกดา และคณะ	2554 ไทย	-การวิจัยกึ่งทดลอง -ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม -จำนวน 40 คนกลุ่ม ละ 20 คนชาย 16 คน (80%) หญิง 4 คน(20%)	ลงไปถึงทวารหนัก นํ้า สำลีที่เหลือซับให้แห้ง -บันทึกปริมาณนํ้า เข้า-ออกร่างกาย กลุ่มที่ 1 -Hibitane 1:1 (สำเร็จรูป) 500 ml -เทลงในภาชนะ 50 ml + สำลี 6 ก้อน อีก 2 ก้อน วางไว้บน ผ้าห่อสำลี ทำความ สะอาดตามเทคนิค ปราศจากเชื้อ กลุ่มที่ 2 -นํ้าประปา 300 ml และสบู่unkแก้ว -เทนํ้าประปาราด อวัยวะสืบพันธุ์ ฟอก สบู่ที่มือ 3 ครั้ง ให้เกิด ฟอง	พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 45 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 20 ในผู้ป่วยศัลยกรรม ประสาททั้งที่มีเลือดออกและไม่มี เลือดออก ร้อยละ 50 เท่ากัน ไม่ พบการติดเชื้อทั้งนํ้ายาฆ่าเชื้อกับ สบู่และนํ้า ในวันที่ 1, 4, 7 และ 10 ไม่พบการระคายเคืองผิวหนัง ทั้งสบู่และนํ้า ในช่วงวันที่ 4, 8, 12, 16, 20 และ 24 วันนอน เฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยวิธีการทำความสะอาดด้วย นํ้ายาฆ่าเชื้อมีวันนอนเฉลี่ยน้อย กว่านํ้าสบู่ 8.25 และ 11.30 วัน ตามลำดับและค่าใช้จ่ายมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดย วิธีการทำความสะอาดด้วยนํ้ายา	1.พยาบาลสามารถนำ ผลการวิจัยไปใช้ใน หน่วยงาน เพื่อเลือก ชนิดของนํ้ายาทำความสะอาด สะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่าย การติดเชื้อ การเกิดการ ระคายเคืองของผิวหนัง วันนอนโรงพยาบาลให้ เหมาะสมและเป็นปะ โยชน์ต่อผู้ป่วยและเป็น ประโยชน์ต่อหน่วยงาน มากยิ่งขึ้น 2.สำหรับการทำวิจัยครั้ง ต่อไป ควรทำการ ทดลองกับประชากร ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่

ชื่อผู้วิจัย	ปีพิมพ์	วิธีการวิจัย	นํ้ายาที่ใช้ในการ ทดลอง	ผลการวิจัย	ข้อจำกัด & ข้อเสนอแนะ
			-ทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์โดยการ ฟอกสบู่ จากบนลงล่าง และล้างด้วยน้ำประปา ที่เหลือ ซับด้วยผ้าสี 8 ก้อน	ผ้าเช็ดมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการใช้ สบู่และน้ำ	ขึ้น และเป็นกลุ่ม ตัวอย่างที่มีความเสี่ยงใน การติดเชื้อมาก่อน

อภิปรายผล

การศึกษาค้างนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับชนิดและประสิทธิภาพของน้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง โดยรายงานการวิจัยที่นำเข้ามาศึกษาค้างนี้มีจำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง ดังนี้

สบู่และน้ำ โฟมทำความสะอาดอวัยวะ 10% โพรโตนไอโอดีน และ น้ำเกลือ ผลการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาของ Jeong และคณะ¹³ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต่อ 100 วันคาสายสวนปัสสาวะ ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ร้อยละ 3.18 3.31 และ 3.04 ตามลำดับ น้ำยาทำความสะอาดแต่ละชนิดไม่มีผลต่อการเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเห็นได้ชัดในการใช้สบู่และน้ำ ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 หลังจากเริ่มต้นทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ มีการควบคุมเกี่ยวกับอายุ ยาปฏิชีวนะ การกลั่นแฉะไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัว ไข้ และโรคเบาหวาน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hibitane 1:100 กับ สบู่และน้ำ ผลการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาของ จินฉณภัทร ช้างมุกดา และคณะ¹⁴ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 45 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 20 ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาททั้งที่มีเลือดออก และไม่มีเลือดออก ร้อยละ 50 เท่ากัน ไม่พบการติดเชื้อทั้งน้ำยาฆ่าเชื้อกับสบู่และน้ำ ในวันที่ 1, 4, 7 และ 10 ไม่พบการระคายเคืองผิวหนังทั้งสบู่และน้ำ ในช่วงเวลาที่ 4, 8, 12, 16, 20 และ 24 วันนอนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยวิธีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อมีวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าน้ำสบู่ 8.25 และ 11.30 วัน ตามลำดับและค่าใช้จ่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยวิธีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการใช้สบู่และน้ำ

สบู่และน้ำ กับน้ำยาเซฟลอน 1:100 ผลการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาของ กิตติกา ประทีปะเสน¹⁵ พบว่า ทั้งกลุ่มที่ใช้สบู่และน้ำ และกลุ่มที่ใช้เซฟลอน 1 :100 มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ใช้สบู่และน้ำ และกลุ่มที่ใช้เซฟลอน 1 :100 มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 3 และ 5 ราย ร้อยละ 14.3 และ 23.8 ตามลำดับ เชื้อที่ตรวจพบมากที่สุดคือ Yeast, Escherichia และ Enterococcus จำนวน 4, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ และระยะเวลาของการเริ่มติดเชื้อไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยในกลุ่มที่ใช้สบู่และน้ำ และกลุ่มที่ใช้เซฟลอน 1 : 100 มีระยะเวลาเฉลี่ยเริ่มติดเชื้อประมาณ 3 และ 4.6 วัน

ตามลำดับพยาบาลสามารถเลือกใช้วิธีทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วยหญิงที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าของต้นทุน

10 % โพรโตน ไอโอดีน 2% โพรโตน ไอโอดีน และ น้ำเกลือ ซึ่งเป็นการศึกษาของ Lisum & Widani¹⁶ พบว่า ส่วนใหญ่ พบในเพศหญิง ร้อยละ 61.7 ช่วงอายุ 60-88 ปี ร้อยละ 43.3 ผู้ป่วยผ่าตัดใส่คาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 40 นอร์มอลซาไลน์ลดเชื้อแบคทีเรียได้น้อยที่สุด 2% โพรโตน ไอโอดีน ลดเชื้อแบคทีเรียได้มากกว่า 10 % โพรโตน ไอโอดีน ส่วน 10 % โพรโตน ไอโอดีน ทำให้เกิดการระคายเคืองในท่อทางเดินปัสสาวะ (Urethral) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วย 2% โพรโตนไอโอดีนและน้ำเกลือ มีผลต่อการลดเชื้อแบคทีเรียแตกต่างกัน แต่ 2% โพรโตนไอโอดีน มีประสิทธิภาพมากที่สุด และมากกว่าน้ำยาชนิดอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำกับน้ำยาเซฟลอน 1:100 มีอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไม่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถเลือกใช้วิธีทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วยหญิงที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าของต้นทุน และผลของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ¹⁵ และการศึกษา Hibitane 1:100 กับ สบู่และน้ำของ จินณภัทร ช่างมุกดา และคณะ¹⁴ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบปัสสาวะมีตะกอน การระคายเคืองของผิวหนัง แต่พบว่าการใช้น้ำสบู่ มีวันนอนเฉลี่ยมากกว่า แต่ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ส่วนการศึกษาของ Lisum และ Widani¹⁶ พบว่า การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วย 2% โพรโตนไอโอดีนและน้ำเกลือ มีผลต่อการลดเชื้อแบคทีเรีย แต่ 2% โพรโตนไอโอดีน มีประสิทธิภาพมากที่สุด และมากกว่าน้ำยาชนิดอื่นๆ แนะนำให้ส่งปัสสาวะตรวจเพาะเชื้อหลังใช้ทำความสะอาดรอบๆ ท่อทางเดินปัสสาวะ ส่วน 10 % โพรโตน ไอโอดีน ทำให้เกิดการระคายเคืองในท่อทางเดินปัสสาวะ (Urethral) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ และการศึกษาโพนทำความสะอาดผิวหนัง 10% โพรโตน ไอโอดีน และน้ำเกลือ ของ Jeong และคณะ¹⁷ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไม่แตกต่างกัน

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า มีการใช้น้ำยาที่หลากหลายในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วย และงานวิจัยส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้น้ำและสบู่ เพราะการใช้น้ำยาต่างๆ กับสบู่และน้ำ มีผลต่อการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไม่แตกต่างกัน และงานวิจัยอื่นๆ

แนะนำให้ทำความสะอาดรอบๆ ท่อทางเดินปัสสาวะด้วยสบู่และน้ำสะอาด และ
รูดท่อทางเดินปัสสาวะทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือก่อนใส่คาสายสวนปัสสาวะ
ใช้สบู่และน้ำสะอาดทำความสะอาดรอบๆ นอกท่อทางเดินปัสสาวะเข้า เย็น ใช้เฉพาะ
สบู่และน้ำสะอาดก็เพียงพอแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติ
(WI) ของโรงพยาบาลเพื่อให้เป็นไปในแนวเดียวกัน

ข้อจำกัดของการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณงานวิจัยที่นำมาเสนอ
ค่อนข้างน้อยเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ 4 ฐานข้อมูล ซึ่งยังไม่ครอบคลุม
งานวิจัย (Grey reterature) อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์ รายงานวิจัยจากหน่วยงาน
ทางสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการเพิ่มเติมถึงงานวิจัยที่
ยังไม่ตีพิมพ์ทางออนไลน์และการค้นหาด้วยมือ (Hand searching) เพื่อจะได้นำ
องค์ความรู้หรือแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการทำความสะอาดอวัยวะ
สืบพันธุ์หญิง ในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวน
ปัสสาวะ สามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับชนิดและประสิทธิภาพของน้ำยา
ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ไปใช้
เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการตัดสินใจในการเลือกใช้น้ำยาแบบใด ที่จะมี
คุณภาพที่เหมาะสมในบริบทของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป และควรนำผลการวิจัยไปใช้
ด้วยความระมัดระวัง

2. การเลือกใช้วิธีการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเพศหญิง
ขึ้นอยู่กับบริบท ความคุ้มค่า คุ้มค่า ทั้งต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล

3. จากการศึกษายังไม่มีข้อสรุปอย่างชัดเจนในการใช้น้ำยาทำความสะอาด
อวัยวะสืบพันธุ์ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิง Unit cost และเชิงคุณภาพ
เกี่ยวกับความคิดเห็นในการใช้น้ำยาทำความสะอาดแต่ละชนิดจากผู้ป่วยเพศหญิง

เอกสารอ้างอิง

1. Center for Disease Control and Prevention. "CDC Definition Nasocomail"
[Internet]. 2009 [cited 2018 May 30]. Available from:
https://www.cdc.gov/hai/ca_uti/uti.html
2. Scott Rd. The Direct Medical Costs of Healthcare- Associated Infections in
U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention, 2009. Muncie HL, Hoopes
JM, Damron DJ, Tenney JH, & Warren JW. Once-daily irrigation of long-term
urethral catheters with normal saline. Lack of benefit. Aech Intern Med
1989;149:441-3.
3. สมบัติ ด้านชัยจิตร. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน: กิตติกา ประทีปะเสน,
เปรียบเทียบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยหญิงที่คาสายสวนปัสสาวะ
ระหว่างกลุ่มที่ทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำกับน้ำยาเซฟลอน. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต;
2558.
4. แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2560-2564. สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรค 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้
จาก: [http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/
Documents/5.%20CD/6.%20แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.pdf](http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/5.%20CD/6.%20แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.pdf)
5. Tambyah PA, Maki DG. Catheter-Associated Urinary Tract Infection Is Rarely
Symptomatic: A Prospective Study of 1497 Catheterized Patients. Arch
Intern Med 2000;160:678-82.
6. Temiz E, Piskin N, Aydemir H, Oztoprak N, Akduman D, Celebi G, Kokturk F.
Factors associated with catheter-associated urinary tract infections and the
effects of other concomitant nosocomial infections in intensive care units.
Scand J Infect Dis 2012;44:344-9.
7. Leone M, Albenese J, Gamier F, Sapin C, Barrau K, Bimar MC et al. Risk
factors of nosocomial catheter-associated urinary tract infection in a
polyvalent intensive care unit. Intensive Care Unit 2003;29:929-32.

8. Crouzet J, Bertrand X, Venier AG, Badoz M, Husson C, Talon D. Control of the duration of urinary catheterization: impact on catheter-associated urinary tract infection. *J Hosp Infect* 2007;67:253-7.
9. Guideline summary: Catheterisation. Indwelling catheters in adults: urethral and suprapubic [Internet]. 2012 [cited 2018 April 28]. Available from: https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/44931/EAUN_Paris_Guideline_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) [Internet]; 2012 [cited 2018 April 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>
11. Webster J, Hood RH, Burrige CA, Doidge ML, Phillips KM, George N. Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization: a randomized controlled trial. *Am J Infect Control* 2001;29:389-94.
12. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grade of Recommendation Working Party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation [Internet]. 2014 [cited 2018 May 30]. Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbednav=Levels-of-Evidence>
13. Jeong I, Park S, Jeong SJ, Kim SD, Choi SY, Lee SY, et al. Comparison of Catheter-associated Urinary Tract Infection Rates by Perineal Care Agents in Intensive Care Units. *Asian Nurs Res* 2010;4:141-50.
14. จิณณภัทร ช้างมุกดา, สุปรรณภา ตราทอง, จิรภา มิ่งแมน. การเปรียบเทียบผลการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้ป่วยคาสาวสวนปัสสาวะระหว่างการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อกับน้ำสบู่ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก https://www.google.com/search?safe=active&rlz=1C1CHBD_enTH822TH8

15. กิตติกา ประทีปะเสน. เปรียบเทียบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยหญิงที่คาสายสวนปัสสาวะระว่างกลุ่มที่ทำความสะอาดด้วยสบู่ และน้ำ กับน้ำยาเซฟลอน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.gotoknow.org/posts/78962>
16. Lisum K, Widani NL. Periurethral cleansing solution again bacterial colonization count in the periurethral area prior to urinary catheterization. Indonesian nursing journal of education and clinic 2016;1:66-70.

ประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน

คลินิกหอบครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร

เปรมจิต อนุมาน พย.บ.¹

อารมย์ พรหมดี พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ควรได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องการจัดการรายกรณีเป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้จัดการปัญหาโรคเบาหวานได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดการรายกรณี เกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป หลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง สัมภาษณ์เข้าร่วมโครงการ จำนวน 32 ราย จากการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คู่มือการจัดการรายกรณี แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบประเมินความรู้ในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้ 1) หลังดำเนินการจัดการรายกรณี ค่าเฉลี่ยความรู้การใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงก่อนดำเนินการจัดการรายกรณี และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=10.15$, $p<.001$) 2) มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงร้อยละ 75.0 และ 3) ภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณี ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนดำเนินการจัดการรายกรณี และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=7.21$, $p<.001$; $t=3.05$, $p<.001$; $t=6.59$, $p<.001$) ตามลำดับ จากการใช้การจัดการรายกรณี ศีษานี้สามารถช่วยให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดี ซึ่งจะเป็นแนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, การจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยเบาหวาน

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมุกดาหาร

* Corresponding e-mail : arom_mkoy@hotmail.com

วันที่รับ (received) 17 มิ.ย.2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.ย.2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ก.ย.2562

Effectiveness of Case Management among Patients with Diabetes Mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital

Premjit Anaman B.N.S¹

Arom Promdee M.N.S^{1*}

Abstract

Patients with diabetes mellitus that is a chronic disease have to continuing care. Case management is an important concept that is used to systematically and continuously manage diabetes problems. The purpose of this quasi- experimental research were to compare patients with diabetic mellitus between before and after receiving case management about levels of knowledge; medication adherence; the blood sugar levels; and the systolic blood pressure and diastolic blood pressure level. The purposive samples comprised 32 patients with fasting plasma glucose ≥ 130 mg%, treated at health care services at the Primary Care Cluster Mukdahan Hospital. The instruments were management manual and information record including general data, laboratory record, medication adherence of patients, and knowledge assessment about diabetic mellitus Data were analyzed by frequency, percentage, average, standard deviation, and paired t-test. The findings showed three parts. First, after receiving case management, mean score of knowledge about the medication was higher than that before receiving case management. It was significant ($t=10.5$, $p< .001$). Second, higher medication adherence was 75.0 %. Third, comparing between before and after receiving case management, there were significant about average blood sugar level, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure ($t=7.21$, $p< .001$; $t=3.05$, $p< .001$; $t=6.59$, $p< .001$ respectively). This study suggested that the case management is effective that is information to broadly care patients with Diabetes Mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital in future.

Keywords: effectiveness, case management, patients with diabetic mellitus

¹ Registered Nursing at Mukdahan Hospital

* Corresponding e-mail : arom_mkoy@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่คุกคามสุขภาพชาวโลกและคนไทย หากควบคุมโรคไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคร้ายแรงตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ยาวนานต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตที่ไม่สมเหตุสมผลก่อนวัยอันสมควร เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2543 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 171 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 415 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2583¹

ในประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 8.9 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย ร้อยละ 9.8 และ 7.8 ตามลำดับ ในปี 2556 โรคเบาหวานเป็นภาระโรคลำดับที่ 7 ในผู้ชายทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) 236,000 ปี (ร้อยละ 3.9 ของ DALYs loss) ส่วนในผู้หญิงเป็นภาระโรคอันดับที่ 2 ทำให้สูญเสีย 355,000 ปีสุขภาวะ (ร้อยละ 7.9 ของ DALYs loss)²

สถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ปี 2550-2558 มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น เบาหวาน เท่ากับ 2,080 1,838 2,218 2,533 3,316 3,708 4,060 3,727 และ 3,987 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 พิจารณาอยู่ 2 ประเด็น คือ 1) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 หรือระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 70 - 130 มก./ดล. ติดต่อกัน 2 ครั้ง ผลการดำเนินงานในไตรมาสแรก ร้อยละ 26.38 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ในปี พ.ศ. 2558 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายในจังหวัดมุกดาหารเป็นลำดับที่ 6 จำนวน 56 คน คิดเป็น 16.07 ต่อแสนประชากร³

โรงพยาบาลมุกดาหารเป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไป ที่มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยปีพ.ศ. 2561 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 916 คน มีที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ร้อยละ 73.45 และมีภาวะแทรกซ้อนตามอวัยวะต่างๆ คือ ตา ร้อยละ 4.14 ไต ร้อยละ 12.01 และเท้า ร้อยละ 1.86 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้จำนวน 10 ราย พบว่ามีพฤติกรรมกินตามใจ ลดการใช้ยาเอง ไม่ได้ออกกำลังกายที่มีแบบแผน และขาดการมาตามนัด ทำให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง จากการศึกษาของ เปรียวพันธ์ อูสาย และคณะ⁴ พบว่าการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น และจากการศึกษาของ Guénette และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา รับประทานยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารเกิดอาการไม่สบายจึงหยุดยาเอง จากการประเมินระบบการให้บริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานพบว่าเป็นการทำงานตามหน้าที่มอบหมายในแต่ละวัน ไม่มีเจ้าของที่เป็นผู้รับผิดชอบรายโรคที่ชัดเจน ขาดการวิเคราะห์ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็นเฉพาะราย ไม่มีเป้าหมายและไม่สามารถวางแผนการปฏิบัติเฉพาะรายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีพบว่า เป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม⁶ ซึ่งการใช้การจัดการสามารถใช้ได้ในการให้การพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษารูปแบบการบริการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังคือ การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบต่อเนื่อง และเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการจัดการรายกรณีมีผลลัพธ์ดีต่อสุขภาพในด้านคลินิก การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล ในคลินิกครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี
2. เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี
3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการรายการนี้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยประเมินประสิทธิผลการจัดการรายการนี้ผู้ป่วยเบาหวาน ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง 30 พฤศจิกายน 2561

สมมติฐานการศึกษา

1. ความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายการนี้สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการนี้
2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายการนี้สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการนี้
3. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลัง ได้รับการจัดการรายการนี้ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการนี้
4. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายการนี้ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

การจัดการรายการนี้มี 6 ขั้นตอน

1. การคัดเลือกผู้ป่วย
2. การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย
3. การพัฒนาแผนการดูแลแบบจัดการรายการนี้
4. การดำเนินการตามแผนการดูแลแบบจัดการรายการนี้
5. การประเมินผล
6. การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม

- ระดับความรู้ในการใช้ยา
- ความร่วมมือในการใช้ยา
- ระดับน้ำตาลในเลือด
- ระดับความดันโลหิต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest only design) ประชากรที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไปหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคเบาหวานวิจัย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีตามแนวคิดการจัดการรายกรณีของโพเวลและทาสาน⁷ มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง 30 พฤศจิกายน 2561 แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลโดยการทบทวนเวชระเบียนประวัติที่มาใช้บริการที่คลินิก หมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหารในช่วงระหว่างวันที่ 26-30 กุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 32 คน จำแนกประเภทโรคร่วม จำนวนรายการยาที่ได้รับ ประเภทยาที่ได้รับ ความถี่ในการบริหารยา วิธีการใช้ยา ประวัติการใช้ยา ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ประเมินประวัติการมาตามนัดและการใช้ยา ประเมินความรู้ เจตคติ ของผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 2 การจัดทำแผนการจัดการรายกรณีและรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร

ระยะที่ 3 จัดการรายกรณี หลังครบ 2 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง และค้นหาสาเหตุของปัญหาเพิ่ม และติดตามกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเยี่ยมทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อปฏิบัติตนเองครบ 3 เดือน และ ครั้งที่ 2 เมื่อปฏิบัติตนเองครบ 6 เดือน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลหลังการจัดการรายกรณี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหารได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือด 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไปหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง รักษาด้วยยาชนิดรับประทาน มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารเข้าใจ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารได้กับผู้ทำวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มเดียว จำนวน 32 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 04/61 และอธิบายวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของตนเอง ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว โรคแทรกซ้อน จำนวนรายการยาที่ได้รับ ที่แพทย์สั่งใช้ในปัจจุบัน จำนวนครั้งการบริหารยาต่อวัน ความต่อเนื่องของการใช้ยา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลจากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ Morisky Score⁸

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน (ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมาสร้างเป็นข้อคำถาม ซึ่งมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้เรื่องยา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,7,9,12 ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,3,4,5,6,8,10,11 ตัวเลือกคำตอบเป็น ใช่ และไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ตอบไม่ใช่, ไม่ทราบ	0 คะแนน	1 คะแนน
ตอบใช่	1 คะแนน	0 คะแนน

ค่าที่เป็นไปได้ของส่วนนี้คือ 1- 12 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้ ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ ดังนี้

ระดับความรู้มาก หมายถึง คะแนน 10-12 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนน 7-9 คะแนน หรือร้อยละ 60 ขึ้นไป

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 คู่มือการจัดการรายการณ⁹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกร จำนวน 1 ท่าน และพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา ความสอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.89

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 :KR-20)¹⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวาน ได้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งเปิดบริการคลินิกโรคเบาหวานทุกวันจันทร์ เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการจัดการจัดการรายการณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และระดับความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการจัดการรายการณโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

การวิจัยประสิทธิผลของการจัดการรายการณในผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 32 คน ผลการวิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุมากกว่า 55 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.9 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานเกิน 10 ปี ร้อยละ 25.0 มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.6 มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 90.0 ดังนี้ คือ ซาตามปลายมือและเท้า ร้อยละ 33.3 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.1 มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาระยะแรก (NPDR) ร้อยละ 15.4 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 65.6 เป็นระยะ 2 มากที่สุด พบร้อยละ 42.9 และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 46.88 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

(n = 32 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	31.2
หญิง	22	68.8
อายุ(ปี)		
< 55	8	25.0
55-64	12	37.5
≥65	12	37.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	62.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	4	12.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อนุปริญญา/ปวส.	5	15.6
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	3	9.4
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	2	6.2
รับจ้าง	7	21.9
ค้าขาย	6	18.8
รับราชการ	2	6.2
สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	46.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท		
<1,500	9	28.1
≥1,500	23	71.9
เป็นเบาหวานมาแล้วกี่ปี		
<10 ปี	24	75.0
≥10 ปี	8	25.0
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวานอย่างเดียว	11	34.4
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	21	65.6
โรคแทรกซ้อน		
ไม่มี	3	9.4
มี	29	90.6
- มีแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง (N=29)	17	58.6
- มีภาวะแทรกซ้อนทางไต(N=29)	21	72.4
ไตเสื่อมระยะที่ 1 (N=21)	7	33.3
ไตเสื่อมระยะที่ 2	9	42.9
ไตเสื่อมระยะที่ 3	4	19.0
ไตเสื่อมระยะที่ 4	1	4.8
ไตเสื่อมระยะที่ 5	0	0.0
- มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (N=29)	4	13.8
จอตาเสื่อมระยะแรก (NPDR)	4	100.0
จอตาเสื่อมระยะรุนแรง (PDR)	0	0.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนรายการยาที่ได้รับ		
2 - 3 ขนาน	3	9.4
4 - 10 ขนาน	28	87.5
> 11 ขนาน	1	3.1
จำนวนครั้งการบริหารยาต่อวัน		
2 - 3 ครั้ง	5	15.6
4 - 5 ครั้ง	25	78.1
6 - 7 ครั้ง	2	6.3
ประวัติในบันทึกเวชระเบียน		
รับประทานยาต่อเนื่อง	17	53.1
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	15	46.9

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเปรียบเทียบก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายการยา พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 ภายหลังดำเนินโครงการพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้ยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.87

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายการยา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และ หลังดำเนินการจัดการรายการยา

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	6	18.75	0	0.0
ปานกลาง	19	59.37	9	28.12
มาก	7	21.87	23	71.87

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และหลังดำเนินการจัดการรายการณี

ตัวแปรที่ศึกษา	ระยะเวลาดำเนินการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความต่างเฉลี่ย	t	P-value
ความรู้เรื่องการใช้ยา	ก่อน	8.18	1.40	2.41	10.15	.000**
	หลัง	11.01	1.13			

** P< .01

ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการจัดการ รายการณี

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แบบประเมินของ Morisky score พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยเบาหวานมีความร่วมมืออยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) หลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความร่วมมืออยู่ในระดับสูง มากที่สุด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 75.0) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการจัดการรายการณี

ระดับความร่วมมือ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
High adherence	4	12.50	24	75.0
Medium adherence	10	31.25	8	25.0
Low adherence	18	56.25	0	0.0
รวม	32	100.0	32	100.0

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ข้อมูลผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้า

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายการณี พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้า ก่อนและหลังการดำเนินการจัดการรายการณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการจัดการรายการนี้

ตัวแปรที่ศึกษา	ระยะเวลาดำเนินการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความต่างเฉลี่ย	t	P-value
Fasting plasma Glucose : FPG	ก่อน	150.81	21.13	28.91	7.21	.000**
	หลัง	121.90	11.91			

** P< .01

2. ข้อมูลผลการตรวจค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายการนี้พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และหลังดำเนินการจัดการรายการนี้

ตัวแปรที่ศึกษา	ระยะเวลาดำเนินการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความต่างเฉลี่ย	t	P-value
Systolic Blood Pressure (SBP)	ก่อน	120.98	15.07	9.75	3.05	.001**
	หลัง	129.84	11.62			

** P< .01

3. ข้อมูลผลการตรวจค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และหลังดำเนินการ จัดการรายการนี้

ตัวแปรที่ศึกษา	ระยะเวลาดำเนินการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความต่างเฉลี่ย	t	P-value
Dystolic Blood Pressure (DBP)	ก่อน	89.40	6.31	9.00	6.59	.000**
	หลัง	80.41	7.90			

** P< .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการวิจัยประสิทธิผลการจัดการรายการนี้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.8 มีอายุมากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 37.5 เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.9 เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ได้รับยาจำนวน 4-10 ขนาน ร้อยละ 87.5 การบริหารยาต่อวันจำนวน 4-5 ครั้งร้อยละ 78.1 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 46.9 ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 หรือ 3,185,639 คนโดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชายพบร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุดพบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7² พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 90.0 จำแนกเป็น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 65.6 จอตาเสื่อมระยะแรก ร้อยละ 15.4 ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ยุพิน ภูวงษ์ และสมเดช พินิจสุนทร¹¹ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน พบว่า 1) ภาวะแทรกซ้อนที่ไต 2) ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เป้าหมายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานจึงเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด การดูแลตนเองที่ดีจะทำให้

การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น ช่วยลดอัตราและระยะเวลาในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังลง

2. ความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังได้รับการจัดการรายการณี เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายการณีพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการรายการณี ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการประเมินความรู้ความเข้าใจการจัดการยาของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสอบถามเกี่ยวกับขนาดและความถี่ในการรับประทานยา วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ปฏิภิกิริยาของยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ทำให้รับรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยในประเด็นที่แตกต่างกัน หลังจากให้ความรู้เรื่องการใช้ยาโดยใช้สื่อที่มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ann Ryan¹² พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเป็นรายบุคคลซึ่งแต่ละคนจะมีแผนการเรียนรู้เฉพาะตามความรู้พื้นฐานเรื่องการจัดการยา ภายหลังดำเนินโครงการผู้สูงอายุจะมีระดับความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยมนต์ รัตนผ่องใส และคณะ¹³ พบว่า โปรแกรมการให้การศึกษาในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน มีผลต่อคะแนนความฉลาดด้านการใช้ยาดีขึ้นในกลุ่มทดลอง

3. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการจัดการรายการณี พบว่า หลังดำเนินการจัดการรายการณีพบผู้ป่วยเบาหวานมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับที่สูงขึ้น โดยมีความร่วมมืออยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 75.0 ผลการจัดการรายการณี พยาบาลผู้จัดการและทีมมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการสอบถามสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า มีความเชื่อวากินยามากไปจะทำให้ไตวายทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาตามใบสั่งแพทย์ ขาดนัด รับประทานไม่ต่อเนื่อง และกินยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารเกิดอาการรบกวนก็หยุดยาเอง บางครั้งก็ลืม บางคนก็เบื่อเพราะกินมานานเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดจากปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ลืมรับประทานยา ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังร่วม

ปัจจัยด้านยา ได้แก่ ได้รับยาหลายขนาน การบริหารยามีความซับซ้อน และด้านระบบบริการที่ให้ความสัมพันธ์ไม่ดีกับผู้สูงอายุและ¹⁴⁻¹⁵

เมื่อพยาบาลมีเวลาพูดคุยรับรู้เรื่องสาเหตุการไม่กินยาต่อเนื่องและให้ข้อมูลเพิ่มความเข้าใจและมีขั้นตอนในการจัดการยาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเมื่อมีความรู้ในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยมณฑ์ รัตนผ่องใส และคณะ¹³ พบว่า เมื่อให้ความรู้ในการใช้ยาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการใช้ยา สามารถดูแลตนเองและมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น

4. ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าการจัดการรายการณี เป็นรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวาน มีเป้าหมายที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยใช้กระบวนการจัดการรายการณีตั้งแต่ การคัดเลือกผู้ป่วยการประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย การพัฒนา แผนการดูแล การดำเนินการตามแผนการดูแลการประเมินผลและการติดตาม ผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องพยาบาลผู้จัดการรายการณี ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายการณี และให้คาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง หากไม่ปฏิบัติ ด้านสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การไม่กินยาตามแพทย์สั่ง ใช้การกินยาไม่สัมพันธ์ กับมื้ออาหาร เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเอง และให้ตั้งเป้าหมาย ในการควบคุมระดับน้ำตาลและโรคร่วม เช่น ความดันโลหิต โดยให้ปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง ใช้รูปแบบการจัดการรายการณี

พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะราย เช่น ในผู้ป่วยไม่กินยาตามแพทย์สั่ง ก็ให้ความรู้และสอนทักษะในการกินยา เมื่อมีความเข้าใจในการใช้ยา กินยาถูกขนาด ถูกเวลา และกินยาสัมพันธ์กับมื้ออาหารเพิ่มขึ้น สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของปิยมณฑ์ รัตนผ่องใส และคณะ¹³ พบว่า การให้ความรู้การใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความร่วมมือ ในการใช้ยาและช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตรี โกศลจิตร เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย¹⁶ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด

ของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 9 เดือน ควรขยายระยะเวลานานออกไป และควรประเมินภาวะแทรกซ้อนด้วย เช่น การทำหน้าที่ของไต การเสื่อมของจอประสาทตา การเกิดภาวะแทรกซ้อนของปลายประสาท

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ควรใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นต้นแบบในการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

2. เสนอให้มีการพัฒนาบทบาทพยาบาลจัดการรายกรณีโรคเรื้อรังครอบคลุมสถานบริการทุกแห่งในจังหวัดมุกดาหาร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี โดยศึกษาผลลัพธ์ในด้านค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. วิชัย เอกพลการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงาน ปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560. การประชุมรับการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560; 24-26 มกราคม 2560; โรงพยาบาลมุกดาหาร. เอกสารอัดสำเนา.

4. เพ็ญพัณณ์ อูสาย, นิรมล เมืองโสม, ประยูร โกวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555;5:11-18.
5. Guénette L, Moisan J, Breton MC, Sirois C, Grégoire JP. Difficulty adhering to antidiabetic treatment: factors associated with persistence and compliance. *Diabetes Metab* 2013;39:250-7.
6. ปัญญาวัชร ปรากฏผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Nurse Case Manager for Chronic Disease). วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;1:112-21.
7. Powell SK, Tahan HA. Case management: A practical guide for education and practice. 3rd ed. Philadelphia: F.A Davis company; 2010.
8. Krapek K, King K, Warren SS, George KG, Caputo DA, Mihelich K, et al. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. *Ann Pharmacother* 2004;38:1357-62.
9. ศิริอร ลินธุ์, พิเชต วงรอด. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์; 2557.
10. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: จามจุรี โปรดักส์; 2553.
11. ยุพิน ภูวงษ์, สมเดช พินิจสุนทร. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557;2:311-19.
12. Ann Ryan A. A systematic approach to self-medication in older people. *British Journal of nursing* 1998;9:528-35.
13. ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกำป็น, ปาหนัน พิษยัญญู. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารสภาการพยาบาล 2559;31:50-62.

- 14.ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์, สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์, อลิศรา แสงวิรุณ. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2558;7:47-58.
- 15.Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Eng J Med 2005;353:487-97.
- 16.ราตรี โกศลจิตร, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของการจัดการรายการฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก. พยาบาลสาร 2560;44:26-38.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอบผู้ป่วยหนักเป็นประเด็นที่สำคัญในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม หากการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จย่อมเกิดปัญหาการติดเครื่องช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอบผู้ป่วยหนักอาจช่วยลดปัญหาดังกล่าว วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอบผู้ป่วยหนัก การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi – Experimental Study) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ณ หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยการวิธีสุ่มการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหอบผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลอง มีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แม้ว่าการทดสอบทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างของระยะเวลาในการใช้และหย่าเครื่องช่วยหายใจ ($p = .057$ และ $.13$ ตามลำดับ) แต่ทั้งระยะเวลาของการใช้และหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งจะแนวทางเบื้องต้นเพื่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมต่อไปสำหรับผู้ป่วยหอบผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

คำสำคัญ: ระยะเวลา, แนวปฏิบัติ, การพัฒนา, การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วันที่รับ (received) 27 มิ.ย.2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ก.ค. 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ก.ย. 2562

Effect of Clinical Nursing Practice Guideline of Weaning in intensive care unit patients at Detudom Crown Prince Hospital

Watcharaphan Wongkhamphan RN.*

Abstract

Weaning ventilation in patients is an important point in the intensive care unit at Detudom Crown Prince Hospital. If the weaning ventilation is unsuccessful, adverse effects with the patients will be dependent on the ventilation and more complicated. Therefore, we did guideline of weaning in intensive care unit patients that may help these problems. The purposes of this study were to develop and study outcome of guideline of weaning in intensive care unit patients. This quasi - experimental study was needed by comparing between control group and experiment group. Samples were 30 patients with ventilation at intensive care unit patients at Detudom Crown Prince Hospital by purposive sampling. After using the guideline, data were collected in three months. Data analysis included frequency, percentage, mean, standard division, and Inferential Statistics. The results showed that, after using guideline of weaning in intensive care unit patients following evidence base, rate of success with weaning ventilation increased in experiment group. Although there were not significant about time of using ventilation and time of weaning ventilation ($p = .057$ and $.13$ respectively), both times decreased comparing control group. This study was basic information to continuing develop the guideline of weaning in intensive care unit patients at Detudom Crown Prince Hospital.

Keywords: time, guideline, development, weaning ventilation

* Registered Nurse from Detudom Crown Prince Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีความก้าวหน้าอย่างมาก ทำให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการหายใจในระหว่างการรอผลการรักษาโรค อันเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยประคับประคองระบบการหายใจของผู้ป่วย ในระหว่างการรักษาให้เกิดความสมดุลของความสามารถของการหายใจ และ ความต้องการใช้ออกซิเจนในการดำรงชีวิตอยู่ จึงถือได้ว่า เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือที่มีความจำเพาะที่ผู้ดูแลรักษาต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมืออย่างเหมาะสม สามารถประเมินได้ว่า เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถหายใจได้เองต้องพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ¹

เนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจที่ยาวนานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอของกล้ามเนื้อที่ไม่ได้ถูกใช้ (Disused atrophy) การเกิดกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจอ่อนล้าจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ยาวนาน² เกิดการบาดเจ็บของเนื้อปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอาการที่รักษายาก มีอัตราการตายสูง การเกิดปอดแตกจากความดันภายในปอดที่เพิ่มขึ้นหรือที่เรียกว่าบาโรทรอมา (Barotrauma) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10 - 20 การเกิดปอดแฟบ การเกิดภาวะเลือดออกจากกระเพาะอาหารส่วนบน นอกจากนี้ การใส่เครื่องช่วยหายใจเกิดภาวะความไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยทุกซัทรมาณทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกเจ็บปวดไม่สุขสบายจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ พุดไม่ได้ จากการที่ท่อทางเดินหายใจกดกลองเสียง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังพบกับปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายาต่างๆ²

การหย่าเครื่องช่วยหายใจแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning process) เป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning process) เป็นช่วงระยะตั้งแต่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจซึ่งจะเริ่ม

โดยการเลือกใช้วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning mode) และ 3) ระยะเวลาที่เป็นผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Leaning outcome) เป็นช่วงสิ้นสุดของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งหมายถึงการหย่าประสบความสำเร็จ³

การวัดความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตนเอง โดยใช้เพียงออกซิเจนผ่านทางข้อต่อตัวที่ (T-piece) ได้นานเกิน 2 ชั่วโมง และไม่กลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง⁴ ระยะเวลาที่เริ่มนับตั้งแต่เริ่มกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจจนกระทั่งสำเร็จการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ⁴ และเป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อนซับซ้อน นับเป็นปัญหาสำคัญและท้าทายความสามารถบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

ในการพิจารณาการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยทั่วไปมักจะเป็นการประเมินการตัดสินใจโดยแพทย์ผู้ดูแลในการพิจารณาเริ่มการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลจะมีส่วนร่วมกับแพทย์ในการตัดสินใจเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากพยาบาลจะเป็นผู้ดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้น พยาบาลจะเป็นผู้เฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในทุกขั้นตอน แต่ในทางปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการหย่าเครื่องช่วยหายใจก็ยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 37 หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ และผู้ป่วยเหล่านี้จะเสียชีวิตร้อยละ 17 ส่วนผู้ป่วยที่เหลือคือร้อยละ 20 หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ และต้องเสียชีวิตในที่สุด⁴

ดังนั้น ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจึงควรตระหนักถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จโดยเร็วที่สุด ภายหลังการแก้ไขสาเหตุของการใส่เครื่องช่วยหายใจได้แล้ว ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีเพียงร้อยละ 56.9 ที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จซึ่งถือว่าต่ำกว่ามาตรฐาน จากการสังเกตการให้การพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาล พบว่า มีการใช้แบบประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ยังไม่ครอบคลุมระบบที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ส่วนการพยาบาล

ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจนั้น เป็นไปตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน กล่าวคือ ยังขาดแนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ส่งผลต่อความปลอดภัยและความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยด้วยและไม่มีการเก็บบันทึกข้อมูลเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนาให้มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจจากแบบเดิมที่มีอยู่ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันโดยใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการพัฒนาแนวทาง นำไปสู่การออกแบบปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการหยาเครื่องช่วยหายใจ สนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อเนื่องและประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก

นิยามศัพท์การวิจัย

การพัฒนาแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจประกอบไปด้วย 1) ค้นหาและประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) วางแผนและเชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไขกับการพยาบาล 3) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการคัดเลือกข้อมูล 4) ออกแบบแผนในการใช้สู่การเปลี่ยนแปลง 5) นำไปใช้และประเมินผล และ 6) ผลสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติใหม่ และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง

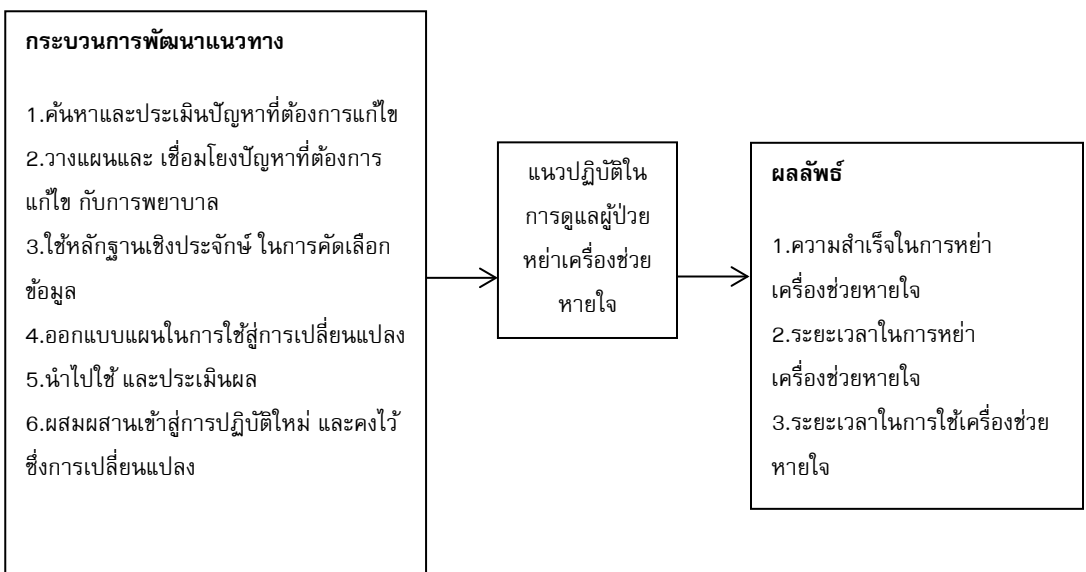
ระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการลดการช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้สามารถกลับมาหายใจได้เองหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตนเองภายหลังการถอดเครื่องช่วยหายใจโดยใช้ออกซิเจนผ่านข้อต่อตัวที่นานเกิน 2 ชั่วโมง และไม่กลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจอีกภายใน 48 ชั่วโมง

แนวปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอน กระบวนการที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ ประเมินหลังจากลดเครื่องช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมง ประเมินผู้ป่วยเพื่อถอดเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจโดยใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูล

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ โดยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi – Experimental Study) วัดผลหลังการทดลอง โดยกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจตามวิธีปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการหายใจล้มเหลวได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยแบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการหายใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามวิธีปกติ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยดูจากเวชระเบียนในเรื่องความสำเร็จและระยะเวลาของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2561 จำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีสุ่มการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นมีภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
2. มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ 24 ชั่วโมงขึ้นไป
3. รู้สึกตัว ติดต่อสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง
4. ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และ ประสาทสัมผัสอื่น ๆ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงมากขึ้น และทำให้มีผลต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับการรู้สึกตัวลดลง และภาวะของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2. ผู้ป่วยถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ก่อนสิ้นสุดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเข้าสู่กระบวนการ หย่าเครื่องช่วยหายใจ
4. ผู้ป่วยอาการแยลง แพทย์ให้การรักษา แบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 2. แบบบันทึกผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
- เครื่องมือเชิงปริมาณครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่คณะผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมได้ออกแบบเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามขั้นตอนในกระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยให้ผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานและ แพทย์ จำนวน 3 ท่าน ร่วมพิจารณาและทดลองใช้ในผู้ป่วยปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินงาน มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

ประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็นเวลา 1 เดือน พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ และสังเกตสิ่งที่เกิดกับผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ ไม่สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2

จัดประชุมกลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์เชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไขกับการพยาบาลและผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 3

สังเคราะห์เพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุดในการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ จำเป็นต้องอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นฐาน ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องสืบค้นหาข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักการดังกล่าวโดยมีการดำเนินในขั้นตอนดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ศึกษาทำการสืบค้นข้อมูลและวรรณกรรมที่สำคัญเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2550 - 2561 คัดเลือกและให้นำนักความน่าเชื่อถือของข้อมูลร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเสนอต่อกลุ่มเพื่อร่วมกันพิจารณาประโยชน์ ความเหมาะสม ความเสี่ยง และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นด้วยมือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และฐานข้อมูล PUBMED, E- JOURNAL, MEDLINE และ CINAHL แล้วพิจารณาใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางที่ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกใช้

ผู้ศึกษา	ความน่าเชื่อถือ	ชื่องานวิจัย
จิตรศิริ ตันดิชาติกุล	A	การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ
เพ็ญศรี ละออ	B	ประสิทธิผลของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการหยาใจล้มเหลว ต่อความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ
ยุพา วงศ์สวัสดิ์	B	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ
วนิดา เคนทองดี	B	โครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. สังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานที่ดีที่สุดเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นระยะการเตรียมและการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ระยะการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นระยะดำเนินการติดตาม เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และระยะหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นระยะการประเมินผลของการหยาเครื่องช่วยหายใจดังแผนภูมิที่เสนอขึ้นต้น

ขั้นตอนที่ 4

นำแนวทางการปฏิบัติดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2 ทดลองใช้ในผู้ป่วย 30 ราย และประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5

การผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติใหม่ โดยการประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติต่อผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและแพทย์ เพื่อการยอมรับและสนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อเนื่องโดย การฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานได้นำเครื่องมือไปใช้

ผลการวิจัย

แนวทางปฏิบัติ

การสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน 2) การประเมินขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) การประเมินเพื่อถอดท่อช่วยหายใจร่วมกับแพทย์ 4) ประเมินก่อนการถอดเครื่องช่วยหายใจ ดังภาพที่ 1 และแบบบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังภาพที่ 2

Weaning Protocol

ทำเครื่องหมาย✓เพื่อประเมิน Weaning

DX.....Admitวันที่.....Ward.....วันที่ใส่ ET tube.....

❖ Step 1. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.

Clinical*	Parameter**
☐ 1. อาการของโรคที่ทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น	☐ 7. BP > 90/60, < 180/110 mmHg
☐ 2. ไม่มี ACS, CHF, Life threatening arrhythmia	☐ 8. HR 50-120/min
☐ 3. ไม่มีคั่ง, No severe brain edema	☐ 9. Electrolyte, Mg, Ca, P ปกติ
☐ 4. No muscle relaxant/sedative drug	☐ 10. Hct $\geq$ 30%, Hb > 7g/dl
☐ 5. No/low dose inotropic drug (dopamine/dobutamine < 5 μ g/kg/min)	☐ 1. Sat O ₂ > 95%
☐ 6. RR < 30/min	☐ 2. FiO ₂ $\leq$ 0.4, PEEP $\leq$ 5
	☐ 3. TV > 5 cc/kg
	☐ 4. MV 5-12 LPM
	☐ 5. RSBI (RR/VT) < 100
	ประเมินโดย
	วันที่.....เวลา.....

** ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ
*** กรณี parameter ข้อ 3, 4, 5 ผ่านไม่ครบทุกข้อให้แพทย์พิจารณา

❖ Step 2. ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Monitoring Parameter***
☐ 1. ระดับความรู้สึกตัว(level of conscious) คงเดิม
☐ 2. ไม่กระสับกระส่าย, เหงื่อแตก, ตัวเย็น
☐ 3. ไม่เหนื่อยขึ้น, ไม่ไซ้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ, no cyanosis
☐ 4. RR < 30/min
☐ 5. HR 50 - 120/min
☐ 6. BP > 90/60, < 180/110 mmHg
☐ 7. Sat O ₂ > 95%
☐ 8. No life threatening arrhythmia
***- ประเมินทุก 2 ชั่วโมง
- หากไม่ผ่านเพียง ข้อใดคือการหย่าเครื่องช่วยหายใจและกลับไป on setting เดิมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ประเมินโดย
วันที่.....เวลา.....

❖ Step 3. ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ

☐ 1. หายใจได้ดี คิดออกกัน อย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง	***ข้อ 1-3 ถ้าผ่านครบทุกข้อ ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ ข้อ 4 ถ้า cuff leak test negative ให้แพทย์เป็นผู้พิจารณา
☐ 2. มีแรงไอได้ดี	
☐ 3. ความถี่ในการดูเสมหะ < 2 ครั้ง ใน 2 ชั่วโมง	
☐ 4. ประเมิน cuff leak test เพื่อประกอบการตัดสินใจ	
	ประเมินโดย
	วันที่.....เวลา.....

❖ ข้อปฏิบัติก่อนถอดท่อช่วยหายใจ

☐ NPO อย่างน้อย 4 ชั่วโมง	ประเมินโดย	วันที่.....เวลา.....
☐ ดูดเสมหะ ใน ETT และช่องปากให้หมดก่อนถอดท่อช่วยหายใจ	ถอดท่อช่วยหายใจเวลา.....	
☐ ฟันยาขยายหลอดลม 15 นาที ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ	หมายเหตุ(กรณีออกไม่ได้บอกเจ้าหน้าที่)	
☐ เตรียม O ₂ mask with nebulizer ให้พร้อม		
☐ จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่ง		
☐ ถอดท่อช่วยหายใจออกในขณะที่ผู้ป่วยกำลังหายใจเข้า		
☐ สังเกตอาการ Vital signs อย่างใกล้ชิด ในนาทีที่ 5, 15, 30 นาทีและ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 2-4 ชั่วโมง		
☐ NPO ต่ออย่างน้อย 4 ชั่วโมง		
Name of patient	Age	Hospital number
Ward	Attending physician	

ภาพที่ 1 ประเมินก่อนการถอดเครื่องช่วยหายใจ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 และ 46.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.3 และ 46.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วย ศัลยกรรมร้อยละ 66.7 และ 80.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.438
ชาย	17	56.7	13	43.3	
หญิง	14	46.7	16	53.3	
อายุ					.602
น้อยกว่า 60 ปี	16	53.3	18	60.0	
มากกว่า 60 ปี	14	46.7	12	40.0	
ประเภทของผู้ป่วย					.243
ศัลยกรรม	10	33.3	6	20.0	
อายุรกรรม	20	66.7	24	80.0	

ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

พบว่ากลุ่มทดลองมีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 96.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ความสำเร็จในการหย่า เครื่องช่วยหายใจ	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สำเร็จ	26	86.7	29	96.7
ไม่สำเร็จ	4	13.3	1	8.3

ผลของการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยได้รับบริการที่มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลอง ลดลง ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p
มาตรฐาน				
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.33	3.4	1.93	.057
กลุ่มทดลอง	2.9	2.1		

ตารางที่ 5 ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p
มาตรฐาน				
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.66	43.27	2.60	0.13
กลุ่มทดลอง	18.96	14.24		

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พบว่า แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นทำให้การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยครอบคลุมตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจในการแก้ไขสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว⁵ ขณะเดียวกันก็เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และทำให้ให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น³ ซึ่งความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจนั้นมีผลต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาล ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติ การได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพในการร่วมออกแบบแนวทางและเห็นชอบกับการสั่งใช้แนวทางปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสำเร็จ

ในการใช้แนวทางในการหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ⁴ บริบทขององค์กรมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี แม้ว่าผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ภายหลังใช้แนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยได้รับบริการที่มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่าผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ได้จากการหลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยหนัก สามารถเพิ่มความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจตลอดจนลดระยะเวลาในการหยาและใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบแล้วว่าได้ผลน่าเชื่อถือมาใช้ แม้จะได้ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติในบางประเด็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบใหม่ ภายใต้บริบทและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การหยาเครื่องช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น ในหอผู้ป่วยหนักจะต้องมีพยาบาลที่จบเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 คน ในแต่ละเวรเนื่องจากหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ได้ทำการเปิดใหม่ซึ่งยังขาดพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้สามารถเป็นที่ปรึกษาในการให้ความรู้พยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์และทีมพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวทางที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการหยาเครื่องช่วยหายใจในหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วนิดา เคนทองดี. โครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
2. Wunderlich RJ, Perry A, Lavin MA, Katz B. Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical; 1999.
3. จิตรศิริ ตันติชาติกุล, วนิดา เคนทองดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วารสารกองการพยาบาล 2556;40:56-69.
4. ยุพา วงศ์สไตร. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
5. ฉันทชัย สิทธิพันธ์. ภาวะการหายใจล้มเหลว การบำบัดทางระบบหายใจ. ใน: วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

**พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
จังหวัดอุบลราชธานี**

ลักขณา ขอบเสียง พย.ม.^{1*}, สมฤทัย ขอนภา น.ศ.², สรินยา สมชัย น.ศ.²,
สาริน เลิศแสนสิน น.ศ.², สิริยาภรณ์ ภูอวด น.ศ.², สุदारัตน์ ศิริบุรณ์ น.ศ.²,
สุนิษา บุญสาร น.ศ.², สุภาพร มีแก้ว น.ศ.², สุวรินทร์ บุญศรี น.ศ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและหาความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาคมีค่าเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยจำนวน 54 คน (ร้อยละ 52.90) และมีความเสี่ยงในระดับปานกลางจำนวน 48 คน (ร้อยละ 47.10) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดมีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง คือพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 1.64, S.D.= 0.89) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 1.52, S.D. = 0.72) และพฤติกรรมด้านอารมณ์ความเครียด (Mean = 1.27, S.D.= 0.76) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดมีความเสี่ยงในระดับน้อย

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

²นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

*Corresponding email : chlakhana@hotmail.com

วันที่รับ (received) 6 มิ.ย.2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ส.ค.2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ส.ค.2562

คือพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ (Mean = 0.07, S.D. = 0.43) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริม (Mean = 0.33, S.D. = 0.53) และพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean = 0.39, S.D. = 0.57) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 34.30 ได้แก่การดื่มชา กาแฟ และครีมเทียม รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น นม เนย ถั่ว ไข่ เนื้อสัตว์ ที่ร้อยละ 28.40

ผลการวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของบุคลากร รวมทั้งทราบถึงระดับของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ดีเพื่อนำไปสู่การรับรู้และการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมทำให้องค์กรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติของบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยง, ภาวะไตเสื่อม, โรคไตเรื้อรัง

Risk behavior for Chronic Kidney Disease of Staff at Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong Ubon Ratchathani Province

**Lakhana Chopslang M.N.S.^{1*}, Somruethai Sonpa N.S.², Sarinya Somchai N.S.²,
Sarin Lerdsaensin N.S.², Siriyaporn Puoud N.S.², Sudarat Siriboon N.S.²,
Sunisa Boonsan N.S.², Supaphorn Meekaew N.S.², Suwanan Boonsri N.S.²**

Abstract

This descriptive research aimed to explore risk behavior for chronic kidney disease of staff at Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong Ubon Ratchathani Province. The research tool was a questionnaire divided into two parts. First one was about general information of the samples. Second one was question about related risk behavior for CKD. The tool was proved by the experts for content validity and tested by Cronbach's alpha coefficient for reliability ($\alpha = 0.86$). Statistical analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that more than half of the samples had risk behavior for the overall renal impairment, with at least 54 people (52.90%) and a moderate risk of 48 people (47.10%). The risk behavior of renal failure in each aspect with the highest mean score was exercise behavior (Mean = 1.64, SD = 0.89), eating behavior (Mean = 1.52, SD = 0.72), and behavior emotional stress (Mean = 1.27, SD = 0.76), respectively. The behavior of the sample group with the lowest mean score and low risk level is smoking behavior (Mean = 0.07, SD=0.43), supplemental eating behavior

¹Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

²Junior nursing students, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

*Corresponding email : chlakhana@hotmail.com

(Mean = 0.33, SD = 0.53) and alcohol drinking behavior (Mean = 0.39, SD = 0.57). The risk behaviors routinely performed was 34.30 % such as tea, coffee, and creamer. Next, high protein food was 28.40 % such as milk, butter, peanuts, eggs, and meats.

Therefore, the results of this descriptive research was the basic health information for personnel knowing the level of risk factors for renal impairment. These will be good basic information to lead to awareness and plan to change behavior appropriately. Moreover, the health organization will develop the practice of personnel to have good health can affect the performance effectively.

Keywords: risk behavior, renal insufficiency, chronic kidney disease

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและในประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy)¹ อุบัติการณ์และความชุกของโรคไตเรื้อรังของโลกพบว่า ประเทศไทยได้วันมีอุบัติการณ์สูงสุด รองลงมาคือสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโก ตามลำดับ โดยประเทศไทยนั้น จะมีอุบัติการณ์ต่ำกว่า 200 ต่อประชากร 1,000,000 คน และความชุกต่ำกว่า 750 ต่อประชากร 1,000,000 คน² โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และที่สำคัญที่สุดคือประชากรส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง¹ สาเหตุของความชุกที่เพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สะสมตัวเพิ่มขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง และการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น¹

ภาวะไตเสื่อมเป็นภาวะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติซึ่งจะส่งผลให้เกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย รวมทั้งการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีผลต่อการผลิตฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน (Erythropoietin) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดงและสารเรนิน (Renin) ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตลดลง และเกิดการเสียสมดุลของภาวะกรดและด่าง³ ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะไตเสื่อมเร็วขึ้น ที่สำคัญ คือ 1) ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ และกรรมพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมเนื่องจากไตมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง⁴ ส่วนเพศชายจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมมากกว่าเพศหญิง โดยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสสูงที่จะเป็นต่อมลูกหมากโต ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ นำไปสู่ภาวะไตเสื่อมได้ และบุคคลที่มีญาติเป็นโรคถุงน้ำในไต สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ 2) ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด⁴ และบุคคลที่มีดัชนีมวลกายสูง⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะไตเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมและอาการแสดงเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม เช่น การกลั้นปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นฟองมาก ปวดหลังบริเวณบั้นเอว ปัสสาวะกลางคืนบ่อย ปัสสาวะแสบขัดลำบาก

บัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื่องจากอาหารบวมหลังตื่นนอน พฤติกรรมการรับประทานยา เช่น ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ยาฆ่าเชื้อ ยาแก้ปวดและด้านการอักเสบกลุ่ม NSIADs ยาโรคประจำตัว พฤติกรรมการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม อาหารเสริมความงาม และอาหารเสริมบำรุงร่างกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น อาหารที่มีไขมันสูง โซเดียมสูง ฟอสเฟตสูง โพแทสเซียมสูงและเหล็กสูง พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น การนอนหลับ ภาวะเครียด พฤติกรรมการดื่มน้ำ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการสัมผัสสารโลหะหนัก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว เป็นพฤติกรรมที่อาจผลต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม⁶⁻¹⁰

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์เป็นสถาบันระดับอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสิทธิภาพ ทำงานให้ความรู้และให้บริการด้านสุขภาพโดยตรงจากการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น รวมทั้งผลตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะไตเสื่อม เช่น การรับประทานอาหารมันเค็ม เป็นประจำ การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าเป็นพฤติกรรมด้านใดบ้าง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพบุคคลากรเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และเพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ระดับความเสี่ยงและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 102 คน ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังเก็บข้อมูลใน ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ.2561

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model)¹¹ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นในบุคคล ซึ่งพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงตามมา และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ได้แก่ 1) พฤติกรรมและอาการแสดงเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม 2) พฤติกรรมการรับประทานยา 3) พฤติกรรมการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม 4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5) พฤติกรรมด้านอารมณ์ 6) พฤติกรรมการดื่มน้ำ 7) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 8) พฤติกรรมการดื่มสุรา 9) พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ 10) พฤติกรรมการสัมผัสสารโลหะหนัก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อการทำงานของไต หากบุคคลนั้นมีพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้บุคคลนั้นมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม และอาจส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ในอนาคต ดังนั้นกรอบแนวความคิดในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม 10 พฤติกรรม

1. พฤติกรรมและอาการแสดงเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม
2. พฤติกรรมการรับประทานยา
3. พฤติกรรมการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม
4. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
5. พฤติกรรมด้านอารมณ์
6. พฤติกรรมการดื่มน้ำ
7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่
8. พฤติกรรมการดื่มสุรา
9. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
10. พฤติกรรมการสัมผัสสารโลหะหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่ จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 30 ปีขึ้นไปและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรสายสอน 64 คน สายสนับสนุน 38 คน และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งหมดจำนวน 102 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย นอกจากนี้ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเผยแพร่ผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สายงาน รายได้ส่วนตัวต่อเดือน โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง BMI และรอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 39 ข้อ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติ มี 4 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติเป็นประจำ มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยมีการปฏิบัติเลย โดยให้ค่าคะแนนเป็น 3, 2, 1, 0 คะแนน มีการแปลงคะแนนกลับกันในข้อคำถามเชิงลบ ข้อคำถามแบ่งเป็น 10 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมและอาการแสดงเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม จำนวน 7 ข้อ 2) พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ 3) พฤติกรรมการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จำนวน 3 ข้อ 4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 17 ข้อ 5) พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ 6) พฤติกรรมการดื่มน้ำ จำนวน 1 ข้อ 7) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ 8) พฤติกรรม

การดื่มสุรา จำนวน 1 ข้อ 9) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 1 ข้อ และ
10) พฤติกรรมการสัมผัสสารโลหะหนัก จำนวน 1 ข้อ

การแปลผล แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับตามค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้

ระดับความเสี่ยงน้อย	0-39 คะแนน
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	40-78 คะแนน
ระดับความเสี่ยงสูง	79-117 คะแนน

การแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับตามค่าคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้

ระดับความเสี่ยงน้อย	0-1 คะแนน
ระดับเสี่ยงปานกลาง	1.1-2 คะแนน
ระดับความเสี่ยงสูง	2.1-3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.89 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน นำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลกร โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงการวิจัย ภายหลังได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.50) มีอายุในช่วง 40 - 49 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 35.60) อายุเฉลี่ย 44.50 ปี จำนวนครึ่งหนึ่ง จบการศึกษาระดับปริญญาโท ส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ (ร้อยละ 62.70) รายได้อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 24.50) มากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.60) น้ำหนักที่พบมากที่สุดคือช่วง 51 - 60 กิโลกรัม (ร้อยละ 36.30) และส่วนสูงที่พบมากที่สุดคือช่วง 151 - 160 เซนติเมตร (ร้อยละ 53.90) มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.20) เพศชายมีรอบเอวเกินมาตรฐานร้อยละ 26.09 และเพศหญิงมีรอบเอวเกินมาตรฐานถึงร้อยละ 41.77

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ในภาพรวมมีความเสี่ยงระดับน้อยจำนวน 54 คน (ร้อยละ 52.94) และมีความเสี่ยงระดับปานกลางจำนวน 48 คน (ร้อยละ 47.06) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมโดยรวม (n=102)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงน้อย	54	52.94
เสี่ยงปานกลาง	48	47.06
รวม	102	100.00

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 1.64, S.D. = .89) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 1.52, S.D. = .72) และพฤติกรรมด้านอารมณ์ความเครียด (Mean = 1.27, S.D. = .76) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดมีความเสี่ยงในระดับน้อย คือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ (Mean = 0.07, S.D. = .43) พฤติกรรม การรับประทานอาหารเสริม (Mean = 0.33, S.D. = .53) และพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean = 0.39, S.D. = .57) ตามลำดับ (ดังตาราง 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม จำแนกตามด้าน (n = 102)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม	Mean	S.D.	การแปลผล ระดับความเสี่ยง
1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.64	.89	ปานกลาง
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	1.52	.72	ปานกลาง
3. พฤติกรรมด้านอารมณ์	1.27	.76	ปานกลาง
4. พฤติกรรมการดื่มน้ำน้อยกว่า 1.5 ลิตร/วัน	1.18	.83	ปานกลาง
5. พฤติกรรมการสัมผัสสารโลหะหนัก	0.51	.59	น้อย
6. พฤติกรรมและอาการแสดงสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม	0.49	.60	น้อย
7. พฤติกรรมการรับประทานยา	0.45	.64	น้อย
8. พฤติกรรมการดื่มสุรา	0.39	.57	น้อย
9. พฤติกรรมการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	0.33	.53	น้อย
10. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	0.07	.43	น้อย
โดยรวม	0.79	.66	น้อย

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ พบว่า การรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง (Mean = 2.11, S.D. = .69) รองลงมาคือรับประทานอาหารที่มีเหล็กสูงจำพวกแครอท พักทอง มะเขือเทศ ถั่วแดง และผักสีเขียวเข้ม (Mean = 1.96, S.D.=.67) และรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ผักสด เช่น คะน้า บร็อคโคลี่ ผักบุ้ง หัวปลี กะหล่ำปลี และดอกกะหล่ำ (Mean = 1.93, S.D.= .77) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีการปฏิบัติเป็นประจำคือการดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ ครีมเทียม (ร้อยละ 34.30) รองลงมาคือรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นม เนย ถั่ว ไข่ เนื้อสัตว์ (ร้อยละ 28.40) และการรับประทานผักสด เช่น คะน้า บร็อคโคลี่ ผักบุ้ง เป็นต้น (ร้อยละ 23.50) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 102 คน ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลดังต่อไปนี้

จากการวิเคราะห์คะแนนกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 และในระดับความเสี่ยงปานกลางจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 ซึ่งแสดงว่าบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมต่ำ ส่วนความเสี่ยงระดับปานกลางอาจเกิดจากบุคลากรมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม เช่น รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายน้อย ฯลฯ และอื่นๆ เป็นต้น

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาล พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านที่เสี่ยงสูงที่สุดคือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 1.64, S.D. = .89) อาจมีสาเหตุมาจากภาระงานที่หนัก บางครั้งมีการทำงานล่วงเวลาจนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจึงทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 1.52, S.D. = .72) เนื่องจากปัจจุบันวัฒนธรรมและความนิยมในการรับประทานอาหารของผู้คนเปลี่ยนไป จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้บุคลากรเลือกรับประทานอาหารที่สะดวกสบาย จนบางครั้งเลือกซื้ออาหารถุงสำเร็จรูปมารับประทาน ซึ่งอาจใส่ผงชูรสในรูปแบบต่างๆ มีรสหวาน มัน เค็ม ทำให้ไม่สามารถปรุงรสหรือคำนวณพลังงานที่เหมาะสมได้ เป็นสาเหตุของสัดส่วนอาหารที่ได้รับเกินปริมาณตามที่ร่างกายต้องการ และสุดท้ายคือพฤติกรรมด้านอารมณ์ (Mean = 1.27, S.D. = .76) พบว่า สังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปในด้านต่างๆ เช่น ด้านเทคโนโลยี ด้านเศรษฐกิจ หรือแม้กระทั่งด้านการทำงานที่หนักขึ้น อาจเป็นสาเหตุทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ อาจมีภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ค่าเฉลี่ยในแต่ละข้อที่กล่าวมาข้างต้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าพฤติกรรมด้านที่เสี่ยงต่ำที่สุด 3 อันดับ คือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ (Mean = 0.07, S.D. = 0.43) พฤติกรรมมารับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (Mean = 0.33, S.D. = .53) และพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean = 0.39, S.D. = .57) ตามลำดับ เนื่องจากบุคลากรเป็นผู้นำด้านสุขภาพ และมีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมส่งผลเสียต่อสุขภาพ จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ต่ำ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง มีความเสี่ยงระดับสูง (Mean = 2.11, S.D. = .69) การรับประทานอาหารที่มีเกลือสูงจำพวกแครอท พักทอง มะเขือเทศ ถั่วแดง

และผักชีเขียวเข้ม มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 1.96, \text{S.D.} = .67$) การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ผักสด กระเทียม บร็อคโคลี่ ผักบุ้ง หัวปลี กะหล่ำปลี และดอกกะหล่ำ มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 1.93, \text{S.D.} = .77$) ตามลำดับ เนื่องจากปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีเนื้อและผักเป็นส่วนผสมหลัก หรือแม้กระทั่งการเลือกรับประทานอาหารถุงสำเร็จรูปที่สะดวก รวดเร็วและง่าย ซึ่งในงานวิจัยข้างต้น เป็นผักที่มีออกซาเลตสูง ส่วนอาหารสำเร็จรูปมีสารเคมีสูงอาจจะเกิดจากพลาสติกบรรจุอาหาร โดนความร้อนทำให้มีสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร รวมทั้งไม่สามารถควบคุมปริมาณสารอาหารได้ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม สูงเกินปริมาณที่ร่างกายต้องการ จึงทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม

พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมสูงสุด 3 อันดับในกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำคือ พฤติกรรมการรับประทานเครื่องดื่มชา กาแฟ และครีมเทียม ร้อยละ 34.30 ($\text{Mean} = 1.81, \text{S.D.} = 1.07$) รองลงมาคือพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นม เนย ถั่ว ไข่ และเนื้อสัตว์ ร้อยละ 28.40 ($\text{Mean} = 2.11, \text{S.D.} = .69$) และพฤติกรรมการรับประทานผักสด เช่น กระเทียม บร็อคโคลี่ และผักบุ้ง ร้อยละ 23.50 ($\text{Mean} = 1.93, \text{S.D.} = .77$) ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 3 อันดับนี้จัดอยู่ในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ พฤติกรรมการรับประทานเครื่องดื่มชา กาแฟ และครีมเทียม เป็นต้น ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากลักษณะของงานที่ต้องเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เช้า การนอนไม่เป็นเวลา และภาระงานที่หนัก การตื่นนอนตั้งแต่เช้ามีดื่มน้ำเพื่อทำกิจวัตรประจำวันและเตรียมตัวมาทำงาน อาจจะทำให้บุคลากรรู้สึกง่วงและเป็นสาเหตุในการเลือกดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน นอกจากนี้พฤติกรรมที่พบมาเป็นอันดับที่ 2 และอันดับที่ 3 คือพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นม เนย ถั่ว ไข่ เนื้อสัตว์ เป็นต้น และพฤติกรรมการรับประทานผักสด เช่น กระเทียม บร็อคโคลี่ และผักบุ้ง ตามลำดับ อาจจะมีสาเหตุมาจากการเลือกซื้อและรับประทานได้ง่าย มีทั่วไปในร้านค้า และเป็นส่วนผสมหลักในการประกอบอาหาร จึงทำให้บุคลากรเลือกรับประทานอาหารเหล่านี้ จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุดใน 3 อันดับนี้ สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยาลูกกลอน ($\text{Mean} = 0.05, \text{S.D.} = .2$) และอันดับที่ 2 คือพฤติกรรมการรับประทาน

ยาลดน้ำหนักร (Mean = 0.08, S.D. = .3) อาจมีสาเหตุมาจากบุคลากรในวิทยาลัยเป็นบุคลากรด้านสุขภาพและมีวิจารณ์ญาณในการเลือกใช้ยา จึงทำให้บุคลากรหลีกเลี่ยงในการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดนี้

จากการวิเคราะห์คะแนนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีนิวแมนวงกลมชั้นนอกสุดที่ว่า บุคคลจะป้องกันสิ่งรบกวนไม่ให้เข้าไปรบกวนสุขภาพของบุคคล¹¹ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ กล้าเผชิญ โชคบำรุง³ คือ มีจำนวนประชาชนไม่น้อยที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมในระดับความถี่ของพฤติกรรมที่ทำบ่อยครั้งจนถึงเป็นประจำ โดยจากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรในวิทยาลัยพบว่า บุคลากรเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะไตเสื่อม จากความสัมพันธ์ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมต่ำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพบุคลากรเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในบุคลากรแต่ละระดับความเสี่ยง
2. บุคลากรได้รับรู้ระดับความเสี่ยงและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
3. นำแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงไปต่อยอดในการดูแลประชาชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะไตเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะไตเสื่อมหรือศึกษาความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง
2. การวิจัยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่างๆ

3. ควรศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมในกลุ่มอื่นๆ ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไปหรือศึกษาในกลุ่มประชากรโดยขยายไปสู่ชุมชน และประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทแต่ละชุมชน

4. ควรศึกษาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อจะได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมและอาจมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าวิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ 2558;40:5-19.
2. Jha V, García-García G, Iseki K, Li Z, Yang CW. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet 2013;382:260-72.
3. กล้าเผชิญ โชคบำรุง. แบบประเมินระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม. วารสารพยาบาลและสุขภาพ 2555;35:9-7.
4. มณีรัตน์ จิรปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2554;20:5-16.
5. Yen M, Huang JJ, Teng HL. Education for patients with chronic kidney disease in Taiwan: a prospective repeated measures study. J Clin Nurs 2008;17:2927-34.
6. ภทรพรรณ อุณาภาค, ขวัญชัย รัตนมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2558;10:44-54.
7. สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. โครงการป้องกันโรคไตเรื้อรังของสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลโรคไตภูมิราชนครินทร์; 2556.

8. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กลเม็ดเคล็ดลับ ทำอย่างไรไตไม่วาย.
กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การเภสัชกรรม;
2556.
9. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง
แบบองค์รวมชนิดประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2560.
10. กล้าเผชิญ โชคบำรุง. การศึกษาระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง
กรณีศึกษาในพื้นที่เขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และ
สุขภาพ 2556;36:57-65.
11. Hayden S. The Neuman Systems Model (5th ed.) by B. Neuman and
J. Fawcett (Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2011). Nursing Science
Quarterly 2012;25:378-80. doi: 10.1177/0894318412457067

สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหอบหืด

จังหวัดลำพูน ปี 2561

ธานี ศรีวงศ์วรรณ ร.ป.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหอบหืด การวิจัยเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการ จำนวน 362 คน จากการสุ่มแบบขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหอบหืด ประกอบด้วยตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.93 การวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการจำนวน 30 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การรับรู้การดำเนินงานคลินิกหอบหืด และตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคลินิกหอบหืด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหอบหืดในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า 1) ด้านการรับรู้การดำเนินงานคลินิกหอบหืดพบว่าผู้รับบริการรับรู้ถึงความหมายของคลินิกหอบหืด รู้ว่ามีคลินิกหอบหืดจากการบอกเล่าของบุคคลในครอบครัว และมองเห็นถึงความแตกต่างคลินิกหอบหืดกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบเดิม 2) ด้านความพึงพอใจต่อคลินิกหอบหืดพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการดูแลของทีม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 48.90) ด้านความเป็นธรรม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 49.40) ด้านความเป็นกันเอง อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.70) และด้านการส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และคนในครอบครัว อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 44.50) 3) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.20)

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

*Corresponding e-mail: thanee2010@hotmail.com

วันที่รับ (received) 1 ก.ค.2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ก.ย.2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ก.ย.2562

โดยมองว่าโรคประจำตัวเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังพอมีเงิน
เพียงพอใช้จ่ายตามความต้องการต้องพึ่งยาหรือการรักษาอาการ พึ่งพอใจกับสุขภาพ
ของตัวเอง รู้สึกถึงสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวมีผลดีต่อสุขภาพ

คำสำคัญ : สัมฤทธิผล, คลินิกหมอครอบครัว, คุณภาพชีวิต

Achievement of Primary Care Clusters System at Lamphun Province in 2018

Thanee Sriwongwan M.P.A^{*}

Abstract

The mixed method research aimed to study the achievement of primary care clusters (PCC) system. For quantitative research, the sample group obtained from multi-stage random sampling was 362 people receiving health service. Research tool was one assessment form of the achievement of PCC system including two parts including part 1 : demographic data, and part 2 : quality of life of the people receiving health service. Cronbach's Alpha Coefficient reliability was 0.93. For qualitative research, the sample group obtained from simple random sampling was 30 people. Research tool was in-depth interview including two parts including part 1 : the perception of the achievement of PCC system, and part 2 : the satisfaction towards PCC. The data were analyzed using descriptive statistics for quantitative data and using content analysis for qualitative data. The research found that the achievement of PCC system in the overall was at a good level. Considering each aspect, the findings of this study revealed three parts. First, the perception of the achievement of PCC system found that the samples recognized that there was PCC from telling of family members. Also, they perceived the difference in PCC and traditional health promotion hospitals. Second, the satisfaction towards PCC was at a high level for the quality of the team's care (48.90%), fairness (49.40%), friendly (51.70%), and the promotion of self-reliance potential and family members (44.50%). Third, for quality of life, most of the samples had a good quality of life (47.20%) by looking at the underlying disease as an obstacle in daily life, but still have

^{*} Public Health Technical Officer, Professional Level. Lamphun Provincial Health Office

^{*}Corresponding e-mail: thanee2010@hotmail.com

enough money to spend as needed. Moreover, they must rely on medication or symptomatic treatment. They also satisfied with their own health and perceived that the surrounding environment was good for health.

Keywords: achievement, primary care clusters, quality of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กฎหมายรัฐธรรมนูญ มาตรา 258 ช (5) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากร” ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นเป้าหมายทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล บนหลักการสร้างนำซ่อม 2) สังคม ประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบทรวมถึงประชากรกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมกันและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน 3) ประเทศ มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนไทยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน มีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือการพัฒนารูปแบบบริการ การบริหารจัดการและการวัดผลงานแบบใหม่ มีรูปแบบบริการที่เชื่อมโยงกับชุมชนมีความต่อเนื่องในการให้บริการ ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการและนำทรัพยากรในพื้นที่มาใช้ประโยชน์ มีระบบสนับสนุนและกลไกการเงินที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ประเด็นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ 1) ออกแบบระบบบริการภายใต้ระบบสนับสนุนการทำงานร่วมกับเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่ โดยกระบวนการวิจัยพัฒนา 2) ออกแบบระบบบริการให้เกิดความเชื่อมโยงผสมผสาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน 3) มุ่งเน้นการป้องกันโรคและโรคเรื้อรัง 4) การวัดผลงานโดยมีเป้าหมาย Triple Aim 5) การจัดทำชุดบริการหลักและมีชุดบริการเฉพาะพื้นที่ ลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บริการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ลดการแออัดและเพิ่มคุณภาพบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ

กระทรวงสาธารณสุข เห็นถึงความสำคัญด้านสุขภาพของประชาชน นำที่มหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่สำคัญของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ภายใต้การนำของศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข “ให้ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นที่มหมอครอบครัว” ได้ประกาศนโยบายมหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติในวันที่ 22 ธันวาคม 2557 เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน “ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” เน้นประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ หรือประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ให้บริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ดูแลคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพให้การดูแลอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดูแลบุคคลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ที่มีความพร้อมครบทั้ง 3 ด้าน (3 s.) ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง (Structure) 2) ทีมสหวิชาชีพ (Team) 3) ระบบบริการ (System) ตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่กำหนดกำหนดแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ในระยะ 10 ปี (ปี 2560 - 2569) เพิ่มแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเริ่มดำเนินการในปี 2560 จนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดลำพูน เพื่อทราบถึงสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานและนำผลการศึกษาเสนอผู้บริหารในการตัดสินใจเชิงนโยบายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวระดับจังหวัด และการขยายผลแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในแนวทางที่เหมาะสมตามบริบทและรูปแบบของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จังหวัดลำพูน

คำถามการวิจัย

สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จังหวัดลำพูนเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561 - ธันวาคม 2561 มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้รับบริการในพื้นที่ดำเนินการของคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 5 อำเภอ 10 Cluster จำนวน 36,543 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ดำเนินการของคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 5 อำเภอ ของจังหวัดลำพูน คือ 1. อำเภอเมืองลำพูน 2. อำเภอบ้านโฮ่ง 3. อำเภอลี้ 4. อำเภอบ้านธิ และ 5. อำเภอเวียงหนองล่อง 10 Cluster จำนวน 362 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ดำเนินการของคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยให้ความสำคัญในขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย ผ่านการอบรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่ REC 2562-03 โดยผู้วิจัยได้มีการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบทั้งต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลทุกประการของผู้ร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือแบบประเมินสัมฤทธิผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจำนวน 1 ฉบับ แบ่งเป็น 2 ตอน (Questionnaire) คือตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจำนวน 1 ฉบับ แบ่งเป็น 2 ตอน (Questionnaire) คือตอนที่ 1 การรับรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคลินิกหมอครอบครัว

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ศึกษาทบทวน แนวคิด ทฤษฎี รายละเอียดเกี่ยวกับความคิดเห็นโดยใช้แบบประเมินเพื่อรวบรวมและนำไปสรุปวิเคราะห์ นโยบายการดำเนินงานคลินิกหมอ

ครอบครัวจากผู้บริหารของส่วนกลาง ที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementations) จนถึงการติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน (Evaluation) และนำแบบสอบถามประเมินฯ ที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรง ด้านเนื้อหา โดยพิจารณาความครอบคลุมเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม พบว่าข้อคำถาม มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ ค่า IOC มีค่ามากกว่า 0.50 ถือว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำแบบประเมินฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ภาพรวมทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองโดยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่บริการหมอครอบครัวใน 5 อำเภอที่มีความพร้อมตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว(เกณฑ์ 3 S.)และเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2561 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ จำนวน 362 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านการรับรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และด้านความพึงพอใจต่อคลินิกหมอครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตีความและแปลความข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถตอบคำถามของการวิจัยที่ต้องการได้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 การรับรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ผลสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ด้านการรับรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประเมินผู้รับบริการ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.1 ความหมายของ คลินิกหมอครอบครัว

ผู้รับบริการทราบว่ามีการจัดตั้งและดำเนินการของคลินิกหมอครอบครัวที่มารับบริการในสถานบริการพบว่า ให้ความหมายในมิติที่มารับบริการที่มีทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่หลากหลายมาให้บริการในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ห่างไกล มีความสะดวกในการมารับบริการ ได้รับคำปรึกษาแนะนำในการดูแลตัวเองให้หายจากการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น มีการให้บริการที่มีความหลากหลาย เช่นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย มีบริการทั้งในสถานบริการที่เป็นคลินิกหมอครอบครัว มีการออกเยี่ยมบ้าน การให้บริการไปถึงระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หมู่บ้าน หากเจ็บป่วยสามารถติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ในการขอคำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพได้ตลอดเวลา

1.2 ทราบว่ามีคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่จากใคร

ผู้รับบริการรับรู้จากการบอกเล่าของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข หมอประจำครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คุรุการศึกษานอกระบบ (กศน.) และการเข้าร่วมประชุมของกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แม่บ้านและผู้สูงอายุ

1.3 ความแตกต่างคลินิกหมอครอบครัวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีหมอจากโรงพยาบาลมาตรวจรักษา ดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางมากขึ้น มีการให้คำปรึกษาได้มากกว่าไปโรงพยาบาล เช่น การทำกายภาพบำบัด จำนวนเจ้าหน้าที่และทีมที่มีมากกว่าเดิม มีความหลากหลายในการให้บริการ การปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลผู้ป่วยถึงที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากกว่าเดิม การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน มีความสะดวกรวดเร็วมาก

กว่าเดิม รวมถึงการดูแลสุขภาพแวดล้อมภายในบ้านและในชุมชน มีช่องทางการติดต่อสื่อสารสามารถโทรติดต่อได้สะดวก และทันทั่วทั้งตลอด 24 ชั่วโมง มีเพียงส่วนน้อยที่ยังมองว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิม มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ สถานที่และเข้าหาได้ง่ายกว่า ซึ่งสาเหตุเพราะไม่รู้จักหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ด้านที่ 2 ความพึงพอใจต่อคลินิกหมอครอบครัว

ผลสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวด้านความพึงพอใจต่อคลินิกครอบครัว พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพของทีมน้อยในระดับมาก (ร้อยละ 48.90) โดยผู้รับบริการพึงพอใจในประเด็น ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลสุขภาพช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งผลทำให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการดีขึ้น ทำให้ผู้รับบริการมีกำลังใจ ส่งผลทำให้มีทุกข์ลดน้อยลง ทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ด้านความเป็นธรรมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 49.40) ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมเหมือนกับที่ผู้รับบริการบุคคลอื่น ช่วยทำให้ผู้รับบริการประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ไม่ต้องซื้อสิ่งของบางอย่างมาใช้ดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ด้านความเป็นกันเองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.70) ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลด้วยความเป็นกันเอง ใกล้ชิดผู้ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับเต็มใจให้การดูแลสุขภาพหรือให้คำปรึกษา สามารถติดต่อทีมหมอครอบครัวได้สะดวก รู้สึกไว้วางใจที่จะบอกเล่าในเรื่องที่กังวลใจ และด้านการส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและคนในครอบครัว อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 44.50) รู้สึกไว้วางใจที่จะบอกเล่าในเรื่องที่กังวลใจ หรือมีปัญหาเข้ามาช่วยแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก สามารถเข้ามาช่วยสอนและสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.20) เมื่อพิจารณารายข้อ ประเด็นคุณภาพชีวิตที่ผู้รับบริการประเมินคุณภาพในระดับสูงที่สุดใน 5 ลำดับแรก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าจำนวนและร้อยละ ของความพึงพอใจต่อคลินิกหมอ

ครอบครัว จำแนกรายด้าน

ประเด็นการประเมิน ความพึงพอใจ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การดูแลของทีม	5 (1.40)	8 (2.20)	102 (28.20)	177 (48.90)	70 (19.30)
ความเป็นธรรม	3	10	76	179	94
ประหยัดค่าใช้จ่าย	(0.80)	(2.80)	(21.00)	(49.40)	(26.00)
ความเป็นกันเอง	3	9	66	187	97
เป็นมิตรเต็มใจดูแล	(0.8)	(2.5)	(18.2)	(51.7)	(26.8)
การส่งเสริมศักยภาพ	2	19	97	161	83
ในการพึ่งพาตนเอง และคนในครอบครัว	(0.6)	(5.2)	(26.8)	(44.5)	(22.9)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำแนก

รายข้อ

ข้อความในการ ประเมินคุณภาพ ชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่ดี	ค่อนข้างดี	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความสามารถทำ กิจวัตรประจำวัน ของท่าน	3 (0.80)	11 (3.00)	87 (24.00)	201 (55.50)	60 (16.60)
ความสามารถในการ ทำงานของท่าน	1 (0.30)	7 (1.90)	100 (27.60)	194 (53.60)	1 (0.30)
ท่านมีสมาธิในการ ทำสิ่งต่างๆ	2 (0.60)	5 (1.40)	118 (32.60)	186 (51.40)	51 (14.10)
ท่านสามารถจะไป ไหนมาไหนได้ดี	1 (0.30)	12 (3.30)	96 (26.50)	185 (51.10)	68 (18.80)
การนอนหลับ	2	10	100	182	68
พักผ่อนของท่าน	(0.60)	(10.00)	(27.60)	(50.30)	(18.80)

อภิปรายผลการวิจัย

คลินิกหมอครอบครัว คือ การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการโดยจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ “คลินิกหมอครอบครัว” (PCC: Primary Care Cluster) **“บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”** จัดเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัวคือการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) จากการวิจัยผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวด้านความพึงพอใจต่อคลินิกหมอครอบครัว สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การรับรู้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ความหมายในมิติที่มารับบริการที่มีทีมแพทย์ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย อยู่ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกล สะดวก รับบริการรวดเร็ว การเจ็บป่วยได้รับคำปรึกษาแนะนำในการดูแลตัวเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บริการคลินิกหมอครอบครัวจากสื่อบุคคล เช่น เพื่อนแนะนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน หมอประจำครอบครัว รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้เทคโนโลยี โทรศัพท์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การดูข่าวสารผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ ป้ายประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านและในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่²⁻³ และควรมีการสนับสนุนคลินิกหมอครอบครัวที่เพียงพอเพื่อมาให้บริการที่ต่อเนื่อง มีความหลากหลายครอบคลุม หมอครอบครัวที่มีความรอบรู้ มีความสามารถวินิจฉัยและรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยได้รวดเร็ว ใช้ระยะเวลาน้อย ควรเพิ่มบริการที่มีความหลากหลาย มีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาดูแล มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เบื้องต้น เช่น ปฐมพยาบาล เครื่องวัดความดันโลหิต กระเป๋ายาเย็บบ้านช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง มีล้อเข็นและอุปกรณ์ช่วยพยุงการเดิน เครื่องมือที่ทันสมัย เครื่องเอกซเรย์ การสนับสนุนงบประมาณทางด้านทันตกรรม มีสถานที่ในการให้บริการที่กว้างขวาง เพียงพอ เพิ่มอาหารและเครื่องอุปโภคบริโภคสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และลักษณะคลินิกหมอครอบครัวที่ดี⁴⁻⁵ ผลการศึกษาพบว่า บริการที่มีความหลากหลายและครอบคลุมการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เจ้าหน้าที่เพียงพอให้บริการที่รวดเร็ว ตรงเวลา รักษาอาการป่วยอย่างถูกต้อง

หายจากการเจ็บป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ใกล้บ้าน ให้กำลังใจผู้ป่วยดุษฎาติมิตร เป็นมิตรกับผู้ป่วย การสื่อสารดี พุดจาไพเราะ สุภาพ อ่อนโยน เสียสละเวลา ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาการเจ็บป่วย และมีบริการติดตามเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานที่กว้างขวาง สะดวก มีอุปกรณ์ให้บริการที่มีคุณภาพ มีความทันสมัย ครอบคลุมการบริการทุกช่องทางการติดต่อสื่อสารและสามารถเข้าถึงได้⁶

ความพึงพอใจต่อคลินิกหมอครอบครัว

ด้านคุณภาพการดูแลของทีม พบว่าทีมหมอครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งผลทำให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการดีขึ้น ทำให้ผู้รับบริการมีกำลังใจ ส่งผลทำให้มีทุกข์ลดน้อยลง ทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากถึงระดับปานกลาง ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าการให้บริการ ในภาพรวมของทีมหมอครอบครัวของจังหวัดลำพูน ผลการศึกษาด้านความเป็นธรรม ประหยัดค่าใช้จ่าย ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกับ ผู้รับบริการบุคคลอื่น ช่วยทำให้ผู้รับบริการประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเสียเวลาในการ ที่ต้องไปรอรับบริการที่โรงพยาบาล ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรเต็มใจดูแล พบว่า ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลด้วยความเป็นเอง ใกล้ชิด เต็มใจให้การดูแลหรือให้ คำปรึกษา สามารถติดต่อได้สะดวก รู้สึกไว้วางใจที่จะบอกเล่าในเรื่องที่กังวลใจในทุก ด้าน รวมทั้งมีการส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและคนในครอบครัว โดยช่วยแนะนำการดูแลตนเอง ช่วยสอนและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วย^{1,4}

คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้รับบริการ มีความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมาย โรคประจำตัวเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตาม ความต้องการและความจำเป็นในการใช้ยาหรือการรักษาอาการในแต่ละวัน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพและเป็นเพื่อนกับคนอื่นได้ดี มีความพอใจกับสุขภาพของ ตัวเอง รู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สภาพที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว มีผลดีต่อสุขภาพ ผลการศึกษพบว่า สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการ ทำงาน การยอมรับกับสภาพร่างกายและรูปร่างหน้าตาของตัวเอง รู้สึกพอใจใน การเดินทางไปไหนมาไหนได้ดี การพักผ่อนนอนหลับและได้รับความช่วยเหลือจาก บุคคลอื่น⁶ ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ด้านความรู้สึกหดหู่ ผิดหวังวิตกกังวลซึมเศร้ามีน้อย⁷

สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดลำพูน พบว่า ผู้รับบริการมีการรับรู้ถึงการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพมาให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งนับว่ามีความสำคัญเป็นอันดับแรก ทั้งในด้านโครงสร้าง (Structure) ทีม (Team) และระบบบริการ (System) ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้นกว่าเดิม ทั้งในคลินิกหมอครอบครัวในชุมชนและครอบครัวอย่างทั่วถึง รวมถึงการติดต่อสื่อสารนอกเวลาราชการได้ตลอดเวลา เกิดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวมทั้งระบบ การบริการมีคุณภาพสูงขึ้น ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู ส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งผู้รับบริการและผู้ดูแล ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการในโรงพยาบาล สามารถเข้าถึงระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ ก็จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ คือ

1. การตัดสินใจเพื่อทบทวนการดำเนินงาน (Recycling Decisions)
2. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
3. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้าง (Structure) ทีม (Team) และระบบบริการ (System) ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation Decisions)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกครอบครัวด้านอื่นๆ
2. ควรศึกษาในทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. สมยศ ศรีจารนัย, พิษณุภัสสร วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, สมใจ นกดี. วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่มหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
2. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริดิรมย์กุล, นภาพร วาณิชกุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธ, ปณิตดา ปรียทฤณ, และคณะ. รายงานโครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายที่มหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พกษา บุกบุญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาที่มหมอประจำครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
4. ยศ ตีรวพัฒนานนท์. รายงานการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
5. เดชา คนธภักดี, นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย, ยุพันธ์ จริยะธีรวงศ์, ฐานดา เกียรติเกาะ, นวลพรรณ พิมพ์สาร, สุพิชฌาย์ วิชิโต, และคณะ. การรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว: ความเข้าใจ ความรู้สึกความคาดหวัง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
6. ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, กฤษณา เปรมวงศ์, ทิพวรรณ ผ่องศิริ. ที่หมอครอบครัว เห็นทุกข์สร้างสุขด้วยจิตอาสา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2558.
7. ปิยะ เทพปิยะวงศ์. แนวพัฒนาการดำเนินงานที่หมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุศึกษา 2558;38:17-26.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอเรียนเชิญ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งนี้ บทความหรือรายงานการวิจัย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น งานวิจัยที่ศึกษาวิจัย และทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร FreesiaUPC ขนาด 16 pt. และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด B5 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ ยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 14 pt.

6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย

2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา(In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิงดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

- กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}
- กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้อ่อยมีดังนี้

1. หลักการเบื้องต้น

1.1 ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และเภสัชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต; 2550.

1.2 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21st century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.3 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

- ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
- ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1337-43 หรือ p.222-35 เป็นต้น
- สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

ตัวอย่าง

4. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.

5. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

3. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

6. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552.
7. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

4. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

8. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
9. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health Prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok; Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

5. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วันเดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมพันธ์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุขเจณพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัย แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
11. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

12. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.

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

7. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

14. พนัชญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

15. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

8. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

16. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>

17. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

9. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี]; ปีที่: [หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

18. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593

19. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันทรจักร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่ <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรี ใจการุณ โทรศัพท์ 091-832-3817

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง โทรศัพท์ 087-863-3441

อ.ชนุกร แก้วมณี โทรศัพท์ 081-064-3536

อ.ทัศนัย พลไชย โทรศัพท์ 088-133-2803

ผู้ปฏิบัติงานวารสาร

นางสาวสมพร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709

E-mail: journal.bcns@gmail.com



แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

1. ชื่อผู้ส่งบทความ

นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่งทางวิชาการ.....

หน่วยงานที่สังกัด.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail :

2. บทความที่ส่งเพื่อตีพิมพ์

หัวข้อ (ภาษาไทย).....

.....

หัวข้อ (ภาษาอังกฤษ).....

.....

3. ข้าพเจ้าส่งบทความนี้เพื่อรับพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. ได้รับบทความเมื่อวันที่...../...../.....

2. สิ่งที่แนบมาพร้อมกับบทความ

☐ แผ่น CD บันทึกบทความ จำนวนแผ่น

☐ อื่นๆ(โปรดระบุ)

ลงชื่อ.....

(.....)