



วารสารนิตินสูกิจไกลกังวณ

Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2559

Vol. 1 No. 1 January - June 2016

ISSN 2465-4809

บทความวิชาการ

★ การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในไทย

เชษฐ รัชดาพรรณากิจกุล

ศรินญา เพ็งสุก

รายงานวิจัย

★ เทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล

ประกายพรรณ จินดา

รุ่งอรุณ มงคลศิริโรจน์

สายทอง วงศ์คำ

หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์

ผกาวรรณ จันทร์เพิ่ม

★ การสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน

วรรณรา ชื่นวัฒนา

ความเหมาะสมของการท่อน้ำฝนประคบร้อน งานกายภาพบำบัด

วรุตม์ เพ็งสุก

ศุภรณันท์ เรืองพุก

★ โรงพยาบาลหัวหิน

สุทธชัย ใจบาล

ณัฐนันท์ แซ่ตั้ง

★ การพัฒนาศิลปินจินตนาในการป้องกันในการป้องกันอุทกภัย

จินตนา กุณทิทอง

ตำราในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนไหว

★ การพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จินตนา วิชญเศรณี

ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดึงแนวกระดูกภายนอก

ดวงฤทัย พงศ์ทรัพย์กุลกุล

★ การพัฒนาแบบบันทึกปัญหาการใช้ยา และคำแนะนำการปรับ

สกนวรรณ พวงหอม

ขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟาริน

อรอนงค์ หงษ์ชุมแพ

ศิระชา แซ่เนี่ยว

★ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สิทธิพร เสียงใหญ่

ในชุมชนบ่อฝ้ายตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

★ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พุทธชาติ ฉันทกัทรางกูร

ที่มาใช้บริการ ณ หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบางสะพาน



โรงพยาบาลหัวหิน

วิสัยทัศน์

ศูนย์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นเลิศด้านบริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉินในเขต 5

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการถวายการแพทย์แด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์
2. พัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ผสมผสาน ทุกระดับครอบคลุมทั้ง
เครือข่ายบริการ
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนสู่สังคมสุขภาวะ
4. พัฒนาระบบบริการจัดการแบบมืออาชีพให้สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี
5. เป็นหน่วยบริการสมทบในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
6. บุคลากรมีความสุขและมีเกียรติภูมิ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. พัฒนาขีดความสามารถบริการให้ได้ตามมาตรฐานรพ. ระดับ 3.1 และได้รับการประกันคุณภาพตาม มาตรฐาน HA และอื่นๆ
2. การสร้างสุขภาพสู่หัวหินแข็งแรง
3. การพัฒนาระบบบริหารงาน , การเงินและเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. สร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาล
5. การสร้างพันธมิตรในการเชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการกับสถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ
6. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
7. สร้างเสริมขวัญและกำลังใจ ตลอดจนการดูแลสุขภาพสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

วัฒนธรรมองค์กร

“โครงการสุขใจไกลกังวล” ภายใต้หลักการ HHH Strategy of ๙ คือ

H=Honesty	Royalty ความจงรักภักดีในราชวงศ์
U=Unity	Welfare ขวัญกำลังใจในทุกระดับ
A=Advancement	Human ความก้าวหน้าบุคลากร
H=Healthy	Holistic ระบบบริการในทุกมิติ
I=Innovation	HHH นวัตกรรมใหม่
N=Nobleness	Quality HHH โรงพยาบาลคุณภาพคุณธรรม
H=Happiness	HHH โรงพยาบาลหัวหินโรงพยาบาลแห่งความสุข
O=Operation	Surrounding สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการปฏิบัติงาน
S=Stability	of finance ความมั่นคงทางการเงิน

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขา
วิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อ
ให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข
ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชนของคณาจารย์
นักวิชาการ บุคลากร และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบัน
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิคณาจารย์ นักวิชาการ บุคลากร และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอก
สถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
4. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารทางวิชาการ
5. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

นายแพทย์สมชาย เทพเจริญนิรันดร์

นางสาวศิระชา แซ่เนี้ยว

แพทย์หญิงอภิรดี โชติกิตติพงศ์

นางสาวสิริมา แสงสุวรรณ

ทพ.ญ.อัญชลี ว่องพานิช

นายแพทย์อนุกุล ทาทอง

อาจารย์นิตยา จันทรเรืองมหาผล

นายแพทย์สุนัย จันทรฉาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลหัวหิน

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ

และสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

รองผู้อำนวยการด้านนโยบายและแผน

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจแพทยศาสตร์ศึกษา

บรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

พว.ประกายพรรณ จินดา

โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล

โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล

ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา

ดร.ผกาวรรณ จันทรเพิ่ม

ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม

ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์

ภญ.สุธารส ปริญญาปูนโณ

ภญ.วันดี สำเร็จ

พว.จาริณี ศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

โรงพยาบาลหัวหิน

โรงพยาบาลหัวหิน

โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการผู้จัดการ

นายวิชาญ เบญจานุกร

โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการผู้จัดการ

นางสาวธันยมัย เจริญวัฒนะ

โรงพยาบาลหัวหิน

นางสาววันวิสาข์อ่วมเกิด

โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ

โรงพยาบาลหัวหิน

สำนักงาน

30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 89..... แฟกซ์ 032-547350

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม – มิถุนายน), (กรกฎาคม – ธันวาคม)

พิมพ์ที่

อภิญญาการพิมพ์ 13/60 ซอยหัวหิน 47/1 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์อ้างอิงดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI)

ในสาขาสหวิทยาการด้านสาธารณสุข

มีแผนการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI เมื่อครบ 6 เล่ม

☆ บทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่าง
น้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

☆ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลเป็น
วรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหัวหิน และกองบรรณาธิการไม่
จำเป็นต้องเห็นด้วย

☆ กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความเพื่อ
การศึกษาแต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

☆ ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการ
ลงตีพิมพ์ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล กรุณาส่งมาที่ กองบรรณาธิการ
วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบล
หัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ(Peer Review)

1.รศ.ดร.อารัมย์ เจริญฐานเมธา	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. ผศ.ดร.สมเสาวนุช จมูศรี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. ผศ.ดร.พิมพ์สุภา จันทนโชติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
13. ภก.ผศ.ดร.วิชัย สันติมาลีวรกุล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
14.ภญ.อ.ดร.อินทิรา กาญจนพิบูลย์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
15. ภญ.อ.ดร.พรวัลย์ บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
16. ภญ.ผศ.ดร.กัณท์รัตน์ ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
5. ดร.อัญชนา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
6. ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
7. ดร.กมลพรรณ วัฒนาร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
8. นางจงกล พุฒิกุล	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
11. ดร.วรเดช ช้างแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
12. ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
10.นางหทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
9. นางรวิวรรณ ปัญจมนัส	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
17. นางบุษบา แสงบุปผา	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
18. ดร.ณรีณี แยมสกุล	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
19. นางกันยสินี วิเศษสิงห์	โรงพยาบาลบ้านโป่ง

บทบรรณาธิการ

ด้วยเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้า ทำให้คนอายุยืน ประชากรสูงวัยจึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับอัตราการเกิดใหม่ของเด็กลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น อันเนื่องมาจากมีจำนวนไม่สัมพันธ์กับผู้ดูแล ผู้คนจึงเปลี่ยนไปอยู่ในภาวะของความเครียด ด้วยวิถีการใช้ชีวิตที่ต้องอยู่ในภาวะเร่งด่วน พักผ่อนน้อย สิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ อันเป็นเหตุให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดต่างๆ จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การเอาใจใส่ตนเองทางด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ลดน้อยลง เป็นต้น

คณาจารย์ที่ปรึกษา นักวิชาการ บุคลากรสหสาขาวิทยาการด้านสาธารณสุข และนักวิจัย ต่างก็พยายามคิดค้นพัฒนาแนวทางในการให้บริการแก่สุขภาพเพื่อให้ได้นำองค์ความรู้ที่ดี มีประโยชน์มากขึ้นมาให้บริการ ภายใต้กฎหมายสาธารณสุขของแต่ละสหสาขาวิทยาการนั้นๆ เพื่อเกิดประโยชน์ต่อมหาชน นอกจากนี้วารสารฉบับนี้ยังนำเสนอทั้งบทความวิชาการ และรายงานวิจัยอีกหลากหลายแนวความรู้ด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้อ่านได้เลือกศึกษาตามความสนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมองแนวคิดในการศึกษาพัฒนางานวิจัยของท่านต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิชาการ

- ☆ การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในไทย
เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ศรีนิญา เฟื่องสุก.....1-12

รายงานวิจัย

- ☆ เทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล
ประกายพรรณ จินดา, รุ่งอรุณ มงคลศิริโรจน์, สายทอง วงศ์คำ,
หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์, ผนวกรณ จันทรเพิ่ม.....13-28
- ☆ การสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน
วรรณรา ชื่นวัฒนา.....29-43
- ☆ ความเหมาะสมของการห่อแผ่นประคบร้อน งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน
ศุภรณันท์ เรืองพุก, สุทธชัย ใจบาล, ณัฐนันท์ แซ่ตั้ง.....44-51
- ☆ การพัฒนาลิขิตจินตนาในการป้องกันในการป้องกันอุณหภูมิภัยต่ำ
ในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย
จินตนา กุณทิทอง.....52-62
- ☆ การพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก
จินตนา วิชญเศรณี, ดวงฤทัย พงศ์ทรัพย์การุณ.....63-73
- ☆ การพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยา และคำแนะนำการปรับขนาดยา
ในผู้ป่วยใช้ยารักษาโรค
สกนวรรณ พวงหอม, อรอนงค์ หงษ์ชุมแพ, ศีระษา แซ่เนี้ยว.....74-84
- ☆ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
สิทธิพร เสี่ยงใหญ่.....85-97
- ☆ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการ
ณ หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร.....98-106
- ปริทัศน์หนังสือ.....สมชาย เทพเจริญรินทร์

การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย

เชษฐ รัชดาพรรณากิจกุล^{***} ครินญา เฟื่องสุก^{***}

“ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” คงไม่มีใครกล้าที่จะปฏิเสธคำกล่าวนี้นี้ เพราะสุขภาพร่างกายของคนเราเป็นสิ่งสำคัญที่เรา จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้ร่างกายของเราแข็งแรงเพื่อที่พร้อมจะเผชิญปัญหาในทุกๆด้าน และดำเนินชีวิตไปอย่างปกติสุข แต่ก็คงไม่มีใครปฏิเสธอีกเช่นกันว่าคนเราทุกคนเกิดมามีอุปสรรคกับปัญหาสุขภาพกันทั้งสิ้นจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันจัดการ และดำเนินการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังและยั่งยืนในสังคมไทยสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเพื่อรองรับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่ประเทศไทยต้องเผชิญอีกไม่กี่ปีนับจากนี้

ประเด็นสำคัญแนวทางการจัดการของหน่วยงานทุกภาคส่วนของรัฐนั้น ต้องสอดคล้องและรองรับกับสภาวะความต้องการและปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังเช่น ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการหกล้มเป็นอย่างมาก หลายคนอาจมองการหกล้มเป็นเรื่องธรรมดา เพราะใครๆก็หกล้ม

ได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุไทยแล้วไม่ใช่เรื่องเล่นๆ เพราะคนไทยมีปัญหาเรื่องโรคกระดูกพรุนค่อนข้างสูง การหกล้มแต่ละทีมีโอกาสทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่ายๆ นำมาซึ่งโรคแทรกซ้อนต่างๆมากมาย และสามารถนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ผลการวิจัยชี้ว่า การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเราต้องให้ความสำคัญกับเรื่องการฝึกการทรงตัวของผู้สูงอายุให้มากขึ้น ที่ผ่านมาระดับความสำคัญเรื่องความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นหลัก ซึ่งนั้นไม่น่าจะเพียงพอต่อการป้องกันปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ การฝึกการทรงตัวที่ได้ผลดีมากที่สุดคือการฝึกร่วมกับจังหวะดนตรี ทั้งการเต้นรำ เต้นแอโรบิก ซึ่งช่วยได้ทั้งเรื่องการทรงตัว สุขภาพกายและจิต รวมทั้งการเข้าสังคม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557) ดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ทำให้เกิดคำถามย้อนถึงวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุของสังคมไทยว่า “ทำอะไรให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางสุขภาพ”

* หัวหน้าศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย

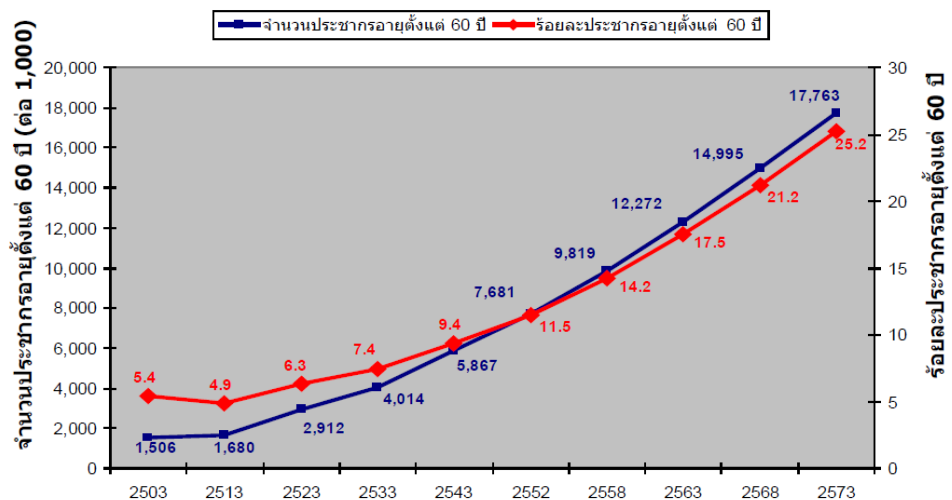
ในอนาคตอีกประมาณ 10 ปีสังคมไทยได้ถูกคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) กล่าวคือสังคมใดจะถูกเรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงอายุ” หรือ “สังคมผู้สูงอายุ” นั้นเป็นการพิจารณาจากสัดส่วนจำนวนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 10 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558)ตามสถิติของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มขึ้นปีละ 5 แสนคน กล่าวคือในปี พ.ศ. 2568 จำนวนประชากร 5 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน (จากการคาดการณ์คือมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 14 ล้านคน) ดังเช่นที่แสดงในแผนภูมิที่ 1 จะเห็นว่าประเทศไทยมีสถิติการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุมาโดยตลอด รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ดังแผนภูมิพยากรณ์ที่ได้ถูกคาดการณ์ถึงปี พ.ศ.2573 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ม.ป.ป.) เมื่อมีการตระหนักคิดว่าสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมีความเสียหายหรือมีผลกระทบอย่างไรบ้าง คำตอบที่ชัดเจนคือ จะกลายเป็นสังคมที่ไม่มีการผลิตอีกต่อไป ไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญต่อสังคม แต่ผู้สูงอายุคือผู้ที่ไม่สามารถเป็นแรงงาน และเป็นผู้ผลิตให้กับสังคมได้อีกต่อไป ประเด็นเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุหรือวัยย่างเข้าสู่ผู้สูงอายุ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์อีกต่อไป ซึ่งสภาวะเหล่านี้ย่อม

ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมาอย่างมากมาย ทั้งทางกายและใจ และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุนั้นจะกลายเป็นผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างดีเพราะส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าคนที่มีอายุในช่วงวัยอื่นๆ ดังนั้นประเด็นการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยในการมุ่งสู่สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่หลายฝ่ายควรให้ความสำคัญ ทั้งนี้สังคมผู้สูงอายุนอกจากเป็นสังคมที่มีวัยแรงงานลดลงแล้ว ยังเป็นเรื่องของงบประมาณที่ภาครัฐต้องคำนึงถึงเพื่อใช้เป็นงบประมาณที่ต้องใช้จ่ายเพื่อด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วยงบประมาณที่มากเป็นพิเศษเนื่องจากปัญหาที่น่าเป็นห่วงคือผู้สูงอายุส่วนมากมักจะมีสุขภาพไม่ดี ไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะเกิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และที่รุนแรงคือผู้ป่วยบางรายนั้นนอกจากจะสุขภาพไม่ดีแล้วยังมีสภาพเป็นคนผิวนอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ควร ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา แต่ในความเป็นจริงคือจะมีผู้ดูแลครอบครัวที่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงได้ตลอดเวลา(แนวหน้า, 2558) ซึ่งสิ่งที่กำลังจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในสังคมไทยนั้นเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับปัจเจกถึงระดับรัฐต้องมีการเตรียมความพร้อมและการ จัดการในทุกๆ ด้านที่ดีเพื่อรองรับสมาชิกส่วนใหญ่ของประเทศให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความมั่นคงในชีวิตตามมาตรฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยต่างจากวัยอื่น การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวความเสื่อมถอยของกำลังร่างกายทำให้ศักยภาพในการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่มีรายได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การต้องลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความสุขและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต ประกอบกับสภาพสังคมไทยปัจจุบันที่ความพร้อมในการดูแล

ผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วนหนึ่งถูกรับรองทอดทิ้ง หากไม่มีการเตรียมพร้อมในด้านการดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุแล้ว สถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาเพื่อหากลไกการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาวะของกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสุขภาพเพื่อลดทอนปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อปัญหาอื่นๆ อีกหลายด้าน

แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2573



ที่มา: ข้อมูลปี พ.ศ. 2503-2543 สำนักทะเบียนราษฎรของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี พ.ศ. 2543-2573 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง)
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ที่มา : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (ม.ป.ป.)

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง (เช่น มะเร็ง ไต เป็นต้น)

ความมั่นคงทางสุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาพสมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกายทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงการมีความมั่นคงทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

แนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย

แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์

ความมั่นคงของมนุษย์เป็นแนวคิดขององค์การสหประชาชาติที่ใช้หลัก “เสรีภาพจากความต้องการพื้นฐาน” (freedom from want) และ “เสรีภาพจากความหวาดกลัว” (freedom from fear) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับแนวคิด “ความมั่นคงของมนุษย์” โดยยึดหลักพื้นฐานศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และได้มีการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชน การจัดบริการให้เกิดความเสมอภาค เป็นธรรมแก่ประชาชน การลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความมั่นคง

ของมนุษย์” หมายถึงการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัยและอิสระและมั่นใจได้ว่าโอกาสที่เขาได้รับอยู่ในปัจจุบันจะไม่สูญเสียไปในวันข้างหน้า ความมั่นคงของมนุษย์เป็นเรื่องที่มีขอบเขตกว้างขวาง ดังที่โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติได้ระบุองค์ประกอบไว้ 7 มิติ ได้แก่ ความมั่นคงทางอาหาร ความมั่นคงทางสุขภาพ ความมั่นคงส่วนบุคคล ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงทางชุมชน และความมั่นคงทางการเมือง กล่าวโดยสรุปตามแนวคิดของ UNDP ความมั่นคงของมนุษย์มี 2 มิติหลัก คือ 1. ปลอดภัยจากภัยคุกคามที่เรื้อรัง เช่น ความหิวโหย โรคภัยต่างๆ และภาวะความกดดัน 2. การคุ้มครองจากการคุกคามอันฉับพลันในการดำเนินชีวิตปกติประจำวันไม่ว่าจะเป็นการทำงานหรือในชุมชน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ให้ความหมายของ “ความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security)” ว่าหมายถึง การที่ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองตอบต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ประกอบด้วย ความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 12 มิติได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัย 2) สุขภาพ 3) อาหาร 4) การศึกษา 5) การมีงานและมีรายได้ 6) ครอบครัว 7) ชุมชนและการ

สนับสนุนทางสังคม 8) ศาสนาและวัฒนธรรม 9) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 10) สิทธิและความเป็นธรรม 11) การเมือง 12) สิ่งแวดล้อมทรัพยากร/พลังงาน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์สันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2556)

จะเห็นว่านิยามของคำว่า “ความมั่นคงของมนุษย์” ไม่ว่าจะเป็นการให้นิยามหรือตัวชี้วัดของหน่วยงานใดก็ตามล้วนมีมิติด้านความมั่นคงทางสุขภาพอยู่ด้วยเสมอ ซึ่งถือว่าเป็นมิติที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามปกติสุข ดังคำกล่าวที่เรามักได้ยินอยู่เสมอคือ “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” การป้องกัน และส่งเสริมภาวะสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการนำมาสู่ความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนชาวไทย

แนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพ

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความมั่นคงของสุขภาพ” หมายถึงการมีสุขภาพดีปลอดจากโรคภัยต่างๆ และความเจ็บไข้ได้ป่วยอื่นๆ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลทุกๆ คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงสุขภาพ

1. สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกายทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

2. สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ รวมถึงความเป็นอยู่ทางกายภาพ เช่น เศรษฐกิจดี เศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น

3. สุขภาวะทางจิต หมายถึง การที่มีจิตใจดีมีความสุข มีความสบายใจ มีความเมตตา กรุณา ไม่เข้าไปสู่สถานการณ์ตึงเครียด มีความกดดันทางอารมณ์ เป็นต้น

4. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ทั้งคนในครอบครัว ชุมชน และรวมทั้งกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีระดับที่ใหญ่ขึ้นไป

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การทำความดี จิตใจที่ดี มีเมตตา กรุณา การมีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ ไม่เห็นแก่ตัว ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสันติสุข

จากที่กล่าวมาในตอนต้นแล้วว่าความมั่นคงทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความมั่นคงของมนุษย์ทั้งการให้ความหมายของ UNDP และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นั้น สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการกล่าวถึงการองค์ประกอบทั้งหมด 9 องค์ประกอบไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 คือ ความมั่นคงทางอารมณ์ เศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมการเข้าถึง

และได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ
ทางการเมือง เกี่ยวกับความยุติธรรม เกี่ยวกับการ
วิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้รวมถึงเทคโนโลยี
ด้านสุขภาพ และองค์ประกอบสุดท้ายคือ ความเชื่อ
ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม (ธนัช กนกเทศ,
2553) แต่การจัดการให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทาง
สุขภาพนั้นเป็นเรื่องไม่ได้ทำได้ง่ายเลย หน่วยงาน
ต่างๆ ให้ความสนใจและตระหนักถึงกันอย่าง
ต่อเนื่อง ดังเมื่อปลายปี พ.ศ. 2558 นั้นกระทรวง
สาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและภาค
ประชาสังคม จัดทำและพัฒนากรอบยุทธศาสตร์
สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2562 เป็นฉบับแรกของ
ประเทศไทย สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้คน
ไทย สอดคล้องนโยบายด้านสุขภาพของประชาคม
โลก เตรียมนำเสนอเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี
พิจารณากระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับ กระทรวง
การต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวง
เกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
และองค์กรภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันจัดทำ
กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2562 ซึ่ง
เป็นฉบับแรกของไทยและอาจเป็นฉบับแรกของ
ประเทศกำลังพัฒนาด้วย โดยมีเป้าหมายคือการ
สร้างสุขภาวะที่ดีให้กับคนไทยและการสร้างความ
มั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคาม เพื่อ
ส่งเสริมการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมไทยให้มีความยั่งยืน รวมทั้งเป็นการพัฒนา
กลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้ง
ภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขโดย
ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่

1. การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
 2. การส่งเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง
ยุติธรรมและเป็นธรรม
 3. ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบ
ของไทยในประชาคมโลก
 4. การส่งเสริมความสอดคล้องระหว่าง
นโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่าง
ประเทศ
 5. การส่งเสริมขีดความสามารถของ
บุคลากรและองค์กรในด้านการสาธารณสุขระหว่าง
ประเทศและการพัฒนากลไกการประสานงาน
(สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)
- ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นจะเป็นกรอบ
ในการขับเคลื่อนการทำงานระหว่างภาคส่วน เพื่อ
เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยและ
ส่งเสริมภาพลักษณ์ของประเทศในเวทีโลกดังนี้
เห็นว่าประเทศไทยก็มีการตระหนักต่อเรื่องดังกล่าว
เป็นอย่างดี ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะ
อีกไม่กี่ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคม
ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หากปัจจุบันเราไม่มีการตื่นตัว
ต่อเรื่องดังกล่าวนี้เกรงว่าต่อไปในอนาคตจะเป็น
เรื่องที่ยากต่อการแก้ไขปัญหา

การดำเนินการอย่างต่อเนื่องเรื่อง
ความมั่นคงทางสุขภาพแสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมา
ผลการดำเนินต่างๆ ของด้านนี้ยังไม่สามารถบรรลุ
วัตถุประสงค์ได้ เนื่องจากเป็นเรื่องใหญ่ที่เกี่ยวข้อง
กับหลายภาคส่วนที่ต้องมีการบูรณาการการทำงาน
ร่วมกัน ประเทศไทยต้องมีการจัดการถึงเรื่องนี้อย่าง
จริงจังและเข้มแข็งเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

แนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการกำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยมีวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคมที่สมควรได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวอบอุ่น มีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับการสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีความมั่นคงในชีวิตด้านมิติดินทำกิน มีที่อยู่อาศัยมั่นคง อาหารพอเพียง สุขภาพกายและจิตดี ครอบครัวดี ชุมชนเข้มแข็ง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเสรีภาพในการกระทำสิ่งที่ไม่กระทบทางลบต่อผู้อื่น ปลอดภัย มีความพอใจในตนเองและเข้าถึงธรรมะ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.)

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุคงหนีไม่พ้นภาวะการเจ็บป่วยทางใจมากกว่าการป่วยทางกาย ดังคำที่ว่า “**จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว**” ซึ่งเมื่อเกิดภาวะไม่ปกติแก่จิตใจขึ้นย่อมส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพร่างกาย หรือในทางกลับกันหากร่างกายเจ็บป่วยแล้วจิตใจป่วยตามไปด้วยย่อมทำให้อาการเจ็บป่วยเหล่านั้นยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะในวัยที่ลดทอนคุณค่าของตนเองอย่างผู้สูงอายุซึ่งเมื่อเป็นเช่นนี้ไม่ว่าทางหน่วยงานต่างๆ หรือรัฐ จะมีการเตรียมความพร้อมในเชิงนโยบายสาธารณะไว้รองรับการบริการทางสาธารณสุขไว้มากเพียงใดก็คงเป็นการเยียวยาหรือการแก้ปัญหาที่ปลายทาง เป็นขั้นตอนในส่วนของการ

การรักษาดูแล แต่คงไม่มีประโยชน์หากไม่มีการดำเนินการไม่มีประโยชน์หากไม่มีการดำเนินการในส่วนของการป้องกัน และส่งเสริม ซึ่งไม่ใช่เพียงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพกายเท่านั้น สุขภาพจิตใจก็สำคัญเป็นอย่างยิ่งเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้เขียนเล็งเห็นว่าการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุนี้นี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบเพื่อนำมาสู่การจัดการความมั่นคงทางสุขภาพด้านอื่นต่อไป ซึ่งในที่นี้ผู้เขียนมีความคิดเห็นว่าแนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพนี้มีส่วนที่คาบเกี่ยวและคล้ายคลึงกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002)

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active ageing)

ซึ่งถูกปรับเปลี่ยนมาจากแนวคิด “ความจำเป็นพื้นฐาน” (need-based) โดย WHO ได้ให้คำนิยามของ active ageing ว่า “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.” (WHO, 2002) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดีการมีส่วนร่วมในสังคมและการมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต อันนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยคำว่า “active” หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณและกิจการด้านพลเรือน (spiritual and civic affair)

นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมด้านกายภาพหรือการที่ยังสามารถทำงานในสังคมได้ แม้ผู้สูงอายุจะเกษียณจากงานประจำแล้ว ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการก็ยังสามารถมีส่วนร่วมในครอบครัว เพื่อน ชุมชนตลอดจนประเทศชาติได้ (WHO, 2002) กล่าวคือการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) จะต้องมีความเป็นตัวตนที่อิสระ (autonomy) มีความภาคภูมิใจในตนเอง (dignity) พยายามที่จะพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดอย่างมีอิสระ (independence) และการมีกิจกรรม (activity) ซึ่งหมายถึงการพยายามที่จะคงกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจวัฒนธรรมจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active ageing) มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ สุขภาพการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตรวมทั้งได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing)

สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด เพราะถ้ามีสุขภาพดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลักของการดำรงความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเองได้ อันเป็นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในประเด็นทางสุขภาพทั้งหมด 6 ประการ (WHO, 2002) คือ ชีววิทยาและพันธุกรรมเพศ ปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรมสุขภาพวัฒนธรรม และระบบบริการสังคมผู้เขียนคิดว่าปัจจัยหนึ่งที่มี

ความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพคือปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพของตัวผู้สูงอายุเอง

ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factors) กระบวนการทางความคิดและกระบวนการทางอารมณ์ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น สติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย อันถือเป็นจุดแข็งของการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ แม้ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะถูกทดแทนด้วยความฉลาด รอบคอบและมีประสบการณ์เพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีการเสื่อมถอยของความสามารถทางการคิดอันมักเกิดจากการหยุดใช้ความคิด การเจ็บป่วยและอาจสืบเนื่องจากปัจจัยทางจิตวิทยาอื่นๆ เช่น ขาดแรงกระตุ้น มีความคาดหวังต่ำ ขาดความมั่นใจในตนเองความโดดเดี่ยวและการแยกตัวรวมทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในการเลือกที่จะกระทำ (WHO, 2002) ปัจจัยทางจิตวิทยาเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับลักษณะการเผชิญปัญหาว่าบุคคลจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างไร ผู้ที่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยชราจะมีการปรับตัวดีขึ้นหลังอายุ 60 ปี มีความยืดหยุ่นไปตามอายุและมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาไม่ได้แตกต่างจากเมื่อตอนที่อายุน้อยกว่านี้ (WHO, 2002)

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการส่งผลต่อภาวะสุขภาพตลอดชีวิต ปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีผลต่อกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ(active ageing) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอการเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดระยะเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ยังคงความกระตือรือร้นย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี มีการติดต่อกับสังคมและช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระพึ่งพาตนเองได้ยาวนานมากขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยา (WHO, 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องรู้จักการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริงการดูแลรักษาความเจ็บป่วย หรือดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ขึ้นอยู่กับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการดูแลสุขภาพของบุคคลให้ประสบผลสำเร็จจะต้องส่งเสริมสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ และในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมของบุคคลมีความสำคัญมากต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีของบุคคล จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงมีความสำคัญกับบุคคลตลอดระยะเวลาภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหา

สุขภาพส่วนใหญ่จะอยู่ที่ตัวบุคคลเป็นหลัก เมื่อทราบถึงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลก็จะสามารถทำให้การแก้ไขปัญหสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นแก่บุคคลได้

พฤติกรรมมนุษย์ว่าเป็นพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยแสดงองค์ประกอบและเป้าหมายของพฤติกรรมไว้อย่างชัดเจนว่า หมายถึงคุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวังแรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุมความรู้สึภาวะ อารมณ์และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ การกระทำและ ลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพและการกระทำให้สุขภาพกลับภาวะเดิม และการส่งเสริม สุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเอง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และในชุมชน การพัฒนาและขยายแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองไปสู่ชุมชนจะเป็นวิธีที่เป็นไปได้มากที่สุด และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันอีกทั้งประชาชนเองก็มีคุณสมบัติที่ โน้มเอียงไปในทางที่จะให้การดูแลตนเอง และช่วยเหลือกันเองในหมู่พวกเดียวกันอยู่แล้ว การพัฒนาแนวคิดและการดูแลตนเองให้กับประชาชนจึงสามารถจัดทำได้ 5 รูปแบบคือ 1) รูปแบบธรรมชาติ (Naturalistic Model) คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รู้จักการรักษาพยาบาลอย่างง่ายที่สามารถทำกันเองในครอบครัวและใน

ชุมชนนั้นสอนให้ประชาชนรู้จักสาเหตุของอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองให้ปราศจากความเจ็บป่วยนั้นๆ อย่างเหมาะสมกับภาวะความเป็นอยู่ตามธรรมชาติและแบบแผนพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่²⁾ รูปแบบเข้าข้างตนเอง (Egoistic Model) มนุษย์มีลักษณะที่ชอบเข้าข้างตนเองตลอดเวลาถือตนเองเป็นใหญ่และมีความต้องการที่จะดูแลตนเองถ้าสังคมอาศัยมูลเหตุจูงใจเชิงจิตวิทยาให้เกิดประโยชน์โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพจะช่วยให้มนุษย์รู้จักการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้อง 3) รูปแบบอุดมคติ (Ideological Model) สังคมจะต้องวางรากฐานความรู้ด้านสุขภาพอนามัยถูกต้องให้กับประชาชนและต้องให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของประชาชนตลอดจนส่งเสริมกลุ่มการช่วยเหลือกันเองให้พัฒนามากขึ้นเพราะกลุ่มเหล่านี้จะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ผิดๆ ได้ 4) รูปแบบการมีชีวิต (Existential Model) ปัจจุบันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชนและประชาชนพึ่งพาบริการทางการแพทย์เกินความจำเป็นเช่นการใช้บริการทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้และบริการทางการแพทย์ที่มีราคาแพงจึงควรมีการสร้างกฎเกณฑ์บางอย่างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงกฎเกณฑ์ที่สร้างขึ้นก็คือแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง 5) รูปแบบการแลกเปลี่ยน (Exchange Model) การพัฒนาการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นในลักษณะของการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองสิ่งที่ต้องการเมื่อใดที่ประชาชนรู้สึกว่าการ

สุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้กระบวนการแลกเปลี่ยนจะเกิดขึ้นทันทีเพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดในการตอบสนองด้านสุขภาพนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างถูกต้องจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ (เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์, 2543)

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลที่ดีในทุกๆ ด้าน เป็นวัยที่มีคุณค่าได้ผ่านการสร้างประโยชน์ที่มากมายให้กับสังคมสำหรับการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องมีการพิจารณาทั้ง 2 ฝ่าย คือ

- ฝ่ายผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึงหน่วยงานทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ เพื่อพิจารณาถึงการจัดการในด้านต่างๆ ที่นำมารองรับบริการแก่ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิ และสวัสดิการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ เช่น ชุมชนหรือหน่วยบริการที่มีความเกี่ยวข้องจะมีกระบวนการจัดการต่อการส่งเสริม ป้องกันโรคต่อผู้สูงอายุอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด มีกลไกในการจัดการส่วนนี้อย่างไร มีหน่วยงานใดบ้างเป็นผู้รับผิดชอบ และมีการบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างไร

- ฝ่ายของตัวผู้สูงอายุเอง ควรมีการศึกษาด้วยการใช้แนวคิดเรื่องการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพว่าจะมีมุมมองความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

จากผู้สูงอายุโดยตรง มีความต้องการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไร มีแนวคิดต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและเป็นผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีความมั่นคงทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่มีความสอดคล้องกันของทั้ง 2 ฝ่ายต่อการพัฒนาไปสู่การจัดการทางสุขภาพให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นเป้าประสงค์หลักประการหนึ่งที่องค์กรต่างๆ ของภาครัฐให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้มา

โดยตลอด รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในช่วงวัยของการก้าวสู่วัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางเพื่อการลดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันส่วนใหญ่ถึงแม้จะมีการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้ว แต่อาจจะยังไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการหรือเกิดปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันยังคงพบว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย

บรรณานุกรม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์สันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2556). **ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2556-2566**.

ธนัช กนกเทศ. (2553). ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ : องค์ความรู้ที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 40(2)**.
แนวหน้าออนไลน์. (2558). **ไทยกำลังกลายเป็นสังคมคนชรา**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2559, สืบค้นจาก <http://www.naewna.com/politic/columnist/18209>

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). สังคมสูงอายุ กับ สังคมผู้สูงอายุ. **จดหมายข่าวประชากรและการพัฒนา, 35 (4)**.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (ม.ป.ป.). **วิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพช่วยเพิ่มคุณค่าการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างไร**

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). **การหกล้มในผู้สูงอายุ. โลกวันนี้วันสุข (ฉบับวันที่ 5 - 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2557) : 46**

สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ข่าวเพื่อสื่อมวลชน : สธ. จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2559. สืบค้นจาก

http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=76489.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2(2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2559, สืบค้นจาก <http://www.cabinet.soc.go.th>

World Health Organization. (2002). **Active ageing: A Policy Framework.**, เมื่อ 24 มีนาคม 2559, สืบค้นจาก

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

เทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล

ประกายพรรณ จินดา*

รุ่งอรุณ มงคลศิริโรจน์**

สายทอง วงศ์คำ***

หทัยรัตน์ บุญพรรณพงศ์****

ผกาวรรณ จันทร์เพิ่ม*****

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)พัฒนาเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดลและ 2)ประเมินผลเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดลโดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย การสร้างรูปแบบแนวทางที่ 1 การลดความปวดขณะเจาะเลือด – ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะถอดเข็ม และแนวทางที่ 2 การเจาะหาเส้นเลือดโดยการวัดหาระดับของเส้นเลือดก่อน เพื่อลดความปวดในการบริจาคโลหิตขณะเจาะเลือด – ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะดึงเข็มออก และทำให้สามารถเจาะเลือดครั้งเดียวได้ตรงเส้นของผู้บริจาคโลหิตที่หาเส้นเลือดได้ยากแต่มีความประสงค์จะบริจาคโลหิตการประเมินเทคนิคการเจาะเลือดภายใต้จริยบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาล ตามกรอบแนวคิดผลสัมฤทธิ์ของการแก้ไขปัญหา และSymptom Management Model appears as Humphreys, J., et. al., in Smith, M.J. and Liehr, P.R. (eds., 2008) ของ UCSF School of Nursing (School of Nursing University of California, San Francisco)มีกลุ่มที่ศึกษาในการวิจัยคือ 1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มละ 2 – 6 คนจำนวน 28 กลุ่ม2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิตรายที่เคยบริจาคโลหิตมากกว่า 2 ครั้ง และรายที่มีลักษณะอ้วนไม่สามารถหาเส้นเลือดได้โดยวิธีการใดๆ เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 114 ราย การทดสอบความเชื่อถือได้ของนวัตกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในหน่วยงานได้เพิ่มจำนวน 22 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มย่อย การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้แถบบันทึกระดับของความปวด (Numerical Rating Scale) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยายได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัยพบว่า

1. นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมี 2 แนวทาง ดังนี้แนวทางที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 – 2 – 3 โดยการเฉียดปลายเข็ม 45 องศากับผิวหนังตัวเข็มทำมุม 5 – 15 องศากระนาบแขน - ติดพลาสติกเอร์กว้าง 1 นิ้วและยาว 2 นิ้วที่กระเปาะโคนเข็ม - ใช้มือจับที่สายถุงเลือดแล้วดึงเข็มช้าๆ ตามระนาบแขน แนวทางที่ 2 การวิจัยจะมีการต่อเนื่องกับวิธีการพัฒนาแนวทางที่ 1 แล้วหาจุดเริ่มเจาะที่เหมาะสมในแนวทางที่ 2 โดยให้ผู้รับบริการนอนหงายโดยหันฝ่ามือเข้าหาลำตัวแนบกับสี่ข้างแล้วพับข้อศอกทำเครื่องหมายจุดปลายของเส้นข้อพับทั้ง

สองด้าน เจาะหาเส้นเลือด Median Cubital Vein โดยเริ่มเจาะที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1.5 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มการเจาะลึกไม่เกินครึ่งของความยาวเข็ม

2. คุณภาพของแนวทางการเจาะเลือด พบว่าแนวทางที่ 1) มีผลให้ความปวดขณะเจาะเลือด

– ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะดึงเข็มออก อยู่ในระดับ 0.5 – 0 – 0 แนวทางที่ 2) ปวดเข็มจะไม่กระทบต่อเส้นประสาท เป็นแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยสามารถเจาะหาเส้นเลือดครั้งเดียวได้สำเร็จ 92% การทดสอบความเชื่อถือได้ของนวัตกรรมในหน่วยไตเทียมมีผลสัมฤทธิ์ 90.9% ด้านประสิทธิภาพของเทคนิคการเจาะเลือดแบบหัวหินโมเดลทำให้เพิ่มผลผลิตต่อองค์คิดต่ออัตราค่าล้าง 1 คน ในระยะเวลาเท่าเดิมสามารถรับบริจาคเพิ่มขึ้นจาก 6.18 เป็น 10.33 ถุง ผลผลิตเพิ่มขึ้นคิดเป็น 67.15%

คำสำคัญ: เทคนิคการเจาะเลือด, การรับบริจาคโลหิต, หัวหินโมเดล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวหิน

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานไตเทียมโรงพยาบาลหัวหิน

*** นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชนาพ

***** วิทยากรชำนาญการพิเศษสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Research : “Perching the Vessleof Hua Hin Model for blood donation.”

*Mrs.PrakhaipanJinda**

*Mrs.RungaroonMongkonsiroch***

*Mrs.SaitongWongkham ****

*Mrs.HathairatBudsayapanpong *****

*Miss PakawanChanperm ******

Abstract

The purpose of this research were to 1) develop of guidelines for blood donation in Hua Hin model 2) evaluate of guidelines for blood donation in Hua Hin model developed by mean of Research and Development (R&D) approach which composed of 1. Painless while perching a needle - during donation – take off a needle 2. to perching a needle by determining the proper position to be able to perching a needle once one bag was drilled. Blood donors wanted to donate but can't find the vessel can successes perching blood once. Evaluation of Technical under the ethics of nursing . According to the conceptual framework and the achievement of a solution Symptom Management Model appears as Humphreys, J., et. al., in Smith, M.J. and Liehr, P.R. (eds., 2008) ของ UCSF School of Nursing (School of Nursing University of California, San Francisco). Implemented the model in the nurse team of blood donation 2-6 person in 28 groups. Selected the clients who had donated blood at least two times with shaped obese and can't touch a vessel with 114 person. Studying these model in 22 dialysis for Reliability. Selected Data by In-depth Interview, Focus group, Logging Data analysis And the record level of pain (Numerical Rating Scale), analysis of quantitative data. Using statistic, percentage, average, mean. Qualitative data by content analysis. The findings revealed that:

The development of model has 2 guideline: 1) While perching a needle, reduce pain during such service, while drilling for vein cut by placing the needle at an angle of 45 degrees to the skin - the blood flow into the bag to stick plaster is 1 inch from the bulb syringe to a needle - pull the needle out slowly by gently pulling the cable of blood bag. 2) To perching a needle by determining the proper position to be able to perching a

needle once one bag was drilled at the lower center of the crook of 1.5 cm, an angle of 5 – 15 degree to the skin depth of no more than half, the length of the needle (needle length 1.5 cm).

The Quality of model: 1) Client pain while perching a needle - during donation – takeoff a Needle = 0.5-1-1 2) Perching a needle once one bag and did not affect the nerves have 91.2%. To test the reliability of innovation in Dialysis unit = 90.9%. Satisfaction of the model. Including increasing the number of times a year, from 1 time to 2 – 4 times, almost all the new growth. The participants were joined by the 100% commissions and voluntary. The organizations is to increase the yield from 6.18 to 10.33 Unit. Productivity increased 67.15%

Keywords :Perching technique / Blood donation / Hua Hin Model

* Specialist nurses in Hua Hin Nursing Group of Hua Hin Hospital

** Specialist nurses in Dialysis Unit of Hua Hin Hospital

*** ProfessorScientistic

**** Specialist nurses and secondary manager with head of Researcher Group in Collage of BoromrachachonnaniChainat

***** Professor specialized Institutional Praboromarajchanok

ความเป็นมาและความสำคัญ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการรับบริจาคโลหิตครบวงจร ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังนี้ องค์การอนามัยโลกสภาสุขภาพไทยได้ให้ความสำคัญต่อผู้บริจาคโลหิตทุกคนจึงถือว่าเป็นผู้ที่เสียสละเลือดในกายเปรียบเสมือนการสละชีวิตตนเองในการช่วยเหลือผู้อื่นควรแก่การยกย่องสรรเสริญ⁽¹⁾ หน่วยรับบริจาคโลหิตของโรงพยาบาลหัวหินมีภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากผลกระทบทางสังคมทำให้ขอบเขตความรับผิดชอบขยายวงกว้างขึ้นโดยรับผิดชอบเขตอำเภอหัวหินและเขตจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เปื่องหลังการรักษาพยาบาลคือการเตรียมโลหิตให้เพียงพอต่อการให้บริการให้ทันเวลา ถึงแม้ว่าสภาสุขภาพไทยจะให้การสนับสนุนให้มีศูนย์กลางการจ่ายโลหิตเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลต่างๆ แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ โรงพยาบาลหัวหินจึงต้องมีโลหิตสำรองให้เพียงพอต่อการรักษาทุกโรค คุณภาพในการรักษาโรคก็จะตามมาทำให้ 1. ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาล่าช้าเพราะต้องรอโลหิต 2. ลดการนอนโรงพยาบาลนานเนื่องจากการรักษาล่าช้า 3. ไม่มีข้อร้องเรียนจากการขาดความพร้อมในการรักษาพยาบาล 4. ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกหน้าที่มีความสุขในการทำงาน 5. ลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล 6. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและประทับใจต่อผลการให้บริการในภาพรวมของโรงพยาบาล ตลอดจนวิธีการเก็บโลหิตที่ดีมีคุณภาพก็มีผลดีเช่นกัน การเก็บโลหิตได้สำเร็จในเวลาที่เหมาะสม คือโลหิตเต็มถุงภายในเวลาไม่เกิน 15

นาทีจะสามารถนำมาแยกเป็นส่วนประกอบของเลือด (blood components) ได้หลายอย่าง⁽²⁾

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวหินจึงได้จัดให้มีพยาบาลจากหน่วยงานต่างๆ สนับสนุนหน่วยรับบริจาคโลหิต โดยที่มีคณะผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมทีมในช่วงแรกพบปัญหาที่เกิดขึ้นหลายอย่างเช่น ไม่มีพยาบาลออกหน่วย ผู้บริจาคโลหิตกลัวมากจนกระทั่งเกิดความเครียดต้องส่งมาพบแพทย์ บางรายนอนไม่หลับก่อนวันบริจาคโลหิตแต่ปกปิดไว้เพราะกลัวไม่ได้บริจาคโลหิต ในปี 2552 การออกรับบริจาคโลหิตแต่ละครั้งจะมีผู้บริจาคโลหิตมีอาการเป็นลมภายหลังบริจาคโลหิตเสร็จแล้วครั้งละ 3 - 5 ราย บางครั้งมีอาการรุนแรงถึงขั้นล้มลงศีรษะฟาดพื้น 1 ราย ฟันหัก 1 ราย ริมฝีปากแตกอีก 1 ราย ทั้ง 3 รายได้ทำการพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลหัวหิน บางรายเห็นว่าที่แขนข้างที่เจาะหาเส้นเลือดบริเวณรอบๆ รอยเจาะหาเส้นเลือดเป็นรอยช้ำสีม่วงเป็นวงกว้าง จนกระทั่งมีอาการแสดงทาง Psychosis อย่างเห็นได้ชัดต้องให้งดบริจาคโลหิต บางรายเป็นผู้หญิงที่มาบริจาคโลหิตทุก 3 เดือน มีรอยแผลเป็นหลายแผลที่ข้อพับไม่กล้าสวมเสื้อแขนสั้น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัญหาภายใต้จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาลพบว่า ด้านผู้รับบริการโดยศึกษาจากผู้บริจาคโลหิตและหน่วยสนับสนุนภาครัฐและเอกชนที่บริจาคโลหิตปีละ 1 ครั้ง จำนวน 28 หน่วยงาน พบว่า 1. การกลัวความเจ็บปวดขณะรับบริการในขณะที่เจาะหาเส้นเลือด จากวิธีเดิมที่ปฏิบัติอยู่คือหยายเข็มทำมุม 15 - 30 องศากับระนาบแขน⁽²⁾⁽³⁾ ระหว่างที่โลหิตไหลลงถุง ขณะดึงเข็มออกที่ระดับ 2 ถึง 4

(numerical rating scale)⁽⁴⁾ 2. การเจาะหาเส้นเลือดแบบไม่มีจุดหมายโดยการเจาะหาเส้นเลือดแล้วค้นหาเส้นเลือดบางรายเล่าให้ฟังว่า “เจ็บ 2 ครั้งขณะเจาะหาเส้นเลือดเนื่องจากพยาบาลเจาะหาเส้นเลือดแล้วปล่อยแคลล์มออกแล้วจึงรู้ว่าไม่เข้าเส้นเลือดต้องดันเข็มเข้าไปอีกก็จะทำให้เจ็บอีกครั้งหนึ่ง บางรายบอกว่า “เข็มหลุดแล้วมีโลหิตพุ่งออกมาระหว่างที่โลหิตกำลังไหลลงถุง”

พบว่าในปี 2552 พบปัญหาว่า เมื่อมีการจัดหน่วยออกมารับบริการโลหิต ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลออกปฏิบัติงาน ทางด้านผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลจึงมอบหน้าที่ให้ผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลหน่วยบริการโลหิต ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ปัญหา ด้านผู้ให้บริการบางคนวิตกกังวลจนกระทั่งนอนไม่หลับก่อนวันออกปฏิบัติงาน เนื่องจากกลัวว่าเจาะหาเส้นเลือดไม่ตรงเส้นเลือดแล้วทำให้ผู้รับบริการต้องเจ็บจากการค้นหาเส้นเลือดหรือต้องเจาะหาเส้นเลือดซ้ำ ซึ่งมีสาเหตุจากหลายๆ อย่างเช่นไม่รู้ตำแหน่งของเส้นเลือด มีปัญหาเรื่องสายตา ตลอดจนหน่วยงานที่สนับสนุนบางที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอทำให้มองหาเส้นเลือดไม่ชัดเจน คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าควบคุมทีมกลัวว่าจะเกิดปัญหากับผู้รับบริการจนถึงขั้นอันตรายต่อชีวิต และกลัวว่าเมื่อบุคลากรในทีมขอความช่วยเหลือแล้วจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ทีมงานได้ ตลอดจนการออกให้บริการในชุมชนนั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ จึงได้ให้ความสำคัญต่อผู้บริการโลหิตและผู้ป่วยที่รับ

โลหิตไปใช้จึงดำเนินการพัฒนาเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริการโลหิตแบบหัวหินโมเดลขึ้นเพื่อลดความปวดในการบริการโลหิตขณะเจาะเลือด – ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะดึงเข็มออก และทำให้สามารถเจาะเลือดครั้งเดียวได้ตรงเส้นของผู้บริการโลหิตที่หาเส้นเลือดได้ยากแต่มีความประสงค์จะบริการโลหิต

คำถามการวิจัย

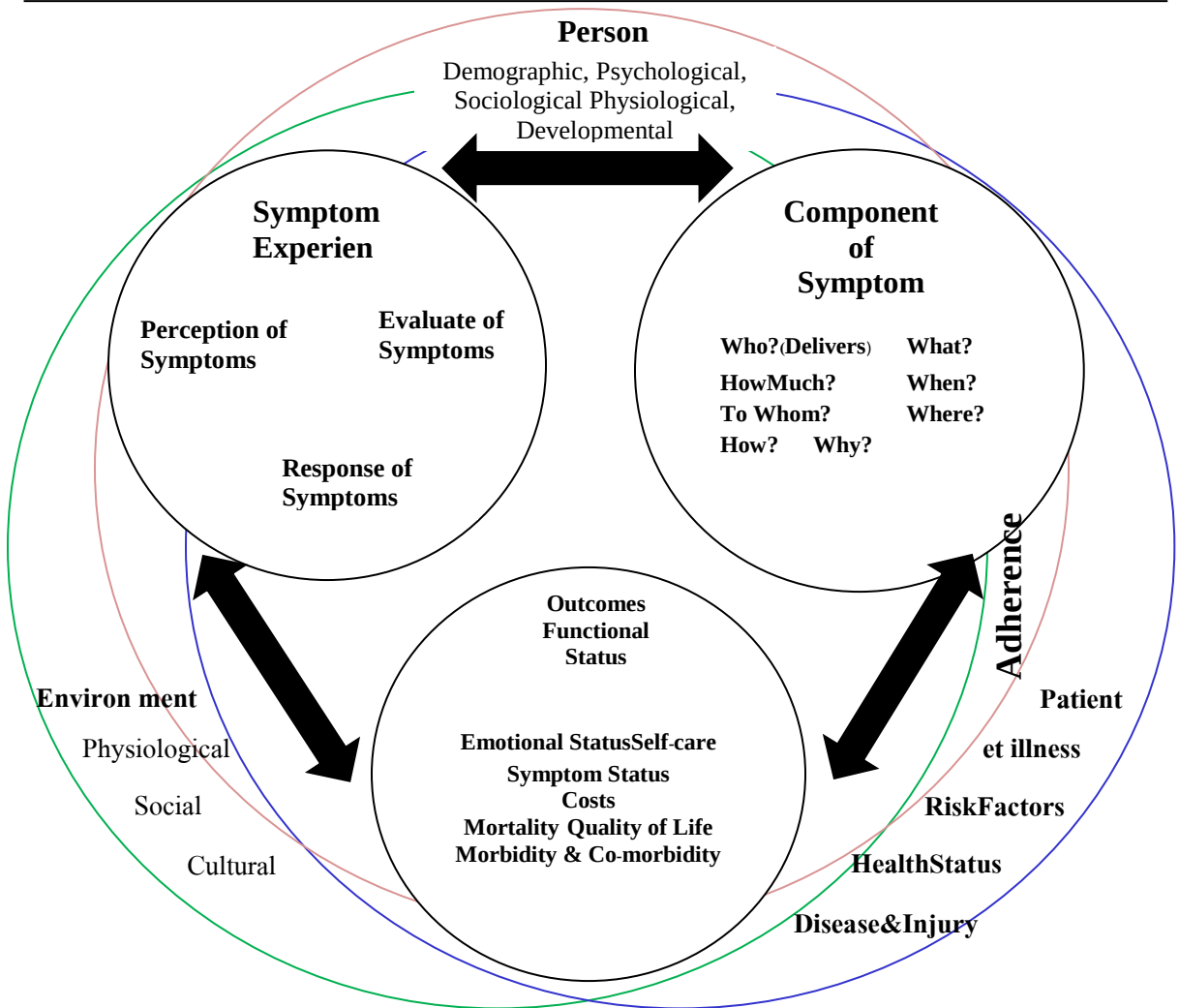
เทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริการโลหิตแบบหัวหินโมเดลมีรูปแบบอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริการโลหิตแบบหัวหินโมเดล
2. เพื่อประเมินผลเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริการโลหิตแบบหัวหินโมเดล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การประเมินเทคนิคการเจาะเลือดภายใต้จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาล ตามกรอบแนวคิดผลสัมฤทธิ์ของการแก้ไขปัญา และ Symptom Management Model appears as Humphreys, J., et. al., in Smith, M.J. and Liehr, P.R. (eds., 2008) ของ UCSF School of Nursing (School of Nursing University of California, San Francisco)⁽⁵⁾ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ที่มา : UCSF School of nursing⁽⁵⁾

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มละ 2 – 6 คนจำนวน 28 กลุ่ม
 2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้บริจาคลิ้นหัวใจในหน่วยงานบริการภาครัฐและเอกชนจำนวน 1184 ราย
- ความปวดขณะเจาะหาเส้นเลือด โดยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ไปทดลองใช้ในหน่วยงานที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน คือ

- โดยเลือกรายที่เคยบริจาคลิ้นหัวใจมากกว่า 2 ครั้ง และรายที่มีลักษณะอ้วนไม่สามารถหาเส้นเลือดได้
- โดยวิธีการใดๆ เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 114 ราย
- เนื่องจากสามารถดำเนินการศึกษาได้ครบทั้ง 2 วิธี
3. การทดสอบความเชื่อถือได้ของนวัตกรรมวิธีการคำนวณหาตำแหน่งที่เหมาะสมกับการลดระดับ
- หน่วยไตเทียม ดำเนินการศึกษาวีธีการที่ 1 ทั้งหมด 22 ครั้ง จำนวนผู้รับบริการ 22 ราย ในการเจาะหา

เส้นเลือดเพื่อส่งสิ่งส่งตรวจเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ
บวมไม่สามารถหาเส้นเลือดได้เช่นกัน

ขอบเขตพื้นที่ศึกษา

หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่

ของโรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 28 หน่วย

ขอบเขตระยะเวลา

- เดือนกรกฎาคม ปี 2554 -
ธันวาคม 2554

- ติดตามผลการใช้นวัตกรรม ปี
2555

- พัฒนานวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์จาก
งานวิจัยโดยการสร้างสื่อการสอนมัลติมีเดียแสดง
วิธีการเจาะหาเส้นเลือด ปี 2556

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้แนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานกำหนด
ในการออกปฏิบัติงานรับบริจาคโลหิต ทำให้มี
ความสุขในการทำงาน

2. ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นต่อการ
ให้บริการด้วยเทคนิคการรับบริจาคโลหิตแบบหัว
หินโมเดลมีผู้สมัครใจมาบริจาคโลหิตเพิ่มขึ้น

3. สามารถแก้ไขปัญหาได้เมื่อผู้ร่วมงาน
ต้องการความช่วยเหลือ และสร้างความเชื่อถือและ
ความพึงพอใจต่อทีมงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

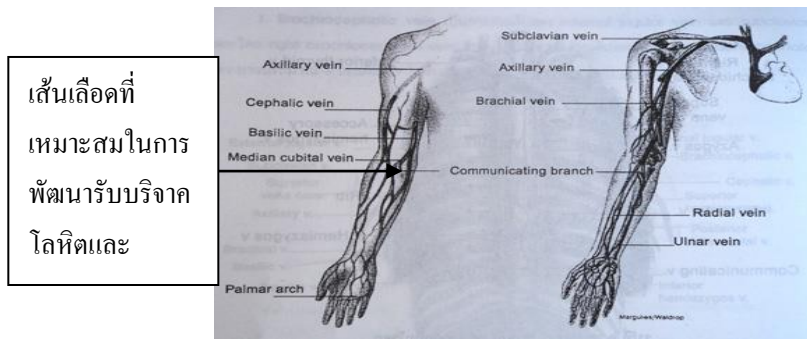
งานวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและ
พัฒนา (Research and Development) มี
ขั้นตอนการ

ดำเนินงาน ดังนี้

1. ทบทวนนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลเรื่อง
แนวทางการรับบริจาคโลหิต ศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับ
ระดับของความปวดระหว่างรับบริการโดยใช้
numerical rating scale เป็นเครื่องมือในการวัด
การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension)
ภายหลังบริจาคโลหิต โดยการเปรียบเทียบความดัน
โลหิตขณะที่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิต
ต่ำ และภายหลังจากการให้ดื่มน้ำ 1 แก้ว แล้ว 1
และ 5 นาที

2. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนวัตกรรม
ทางการแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรับบริจาค
โลหิต

3. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบ
ไหลเวียนโลหิต (Circulatory System) เพื่อค้นหา
สาเหตุของความปวดจากวิธีการต่างๆ ในการ
บริจาคโลหิต วิธีเจาะหาเส้นเลือดให้ได้ครั้งเดียวได้
โลหิต 1 unit โดยไม่ต้องความพบว่าเส้นเลือดที่ชื่อ
ว่า Median Cubital Vein เป็นเส้นเลือดที่สามารถ
วัดค่านวนหาระดับความลึกของเส้นเลือดได้ ดัง
ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงหลอดโลหิตดำบริเวณแขน

ที่มา : Van De Graaff and Fox, 1995⁽⁶⁾

4. เปรียบเทียบระบบไหลเวียนโลหิตระหว่างทฤษฎีระบบไหลเวียนโลหิตกับระบบไหลเวียนโลหิตจริงในร่างกายของมนุษย์ เพื่อสร้างแนวทางการวัดคำนวณเพื่อการเข้าถึงเส้นเลือด Median Cubital Vein

5. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีแรงเสียดทานและการสมดุลง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุของความปวดจากการเจาะหาเส้นเลือดวิธีเดิม คือ หายเข็มทำมุม 15 – 30 องศา กับผิวหนัง เพื่อเป็นแนวทางพัฒนานวัตกรรมวิธีการเจาะหาเส้นเลือดใหม่

6. พัฒนารูปแบบการเจาะโลหิตรับบริจาคโลหิตโดยวิธีการลดมุมเข็มลง และวางหน้าตัดของปลายเข็มทำมุมเฉียงลงไปเรื่อยๆ กับผิวหนัง เพื่อให้ได้ส่วนนำที่เล็กที่สุดในการเจาะหาเส้น

ผลการวิจัยการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล

เป็นดังนี้

แนวทางที่ 1 การลดความปวดขณะเจาะเลือด – ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะถอดเข็ม ผลการวิจัยพบว่า ขั้นตอนที่ 1 – 2 – 3 โดยการเฉียงปลายเข็ม 45 องศา กับผิวหนัง ตัวเข็มทำมุม 5 – 15 องศา กับระนาบแขน - ติดพลาสติกเกอร์กว้าง 1 นิ้ว และยาว 2 นิ้ว ที่กระเปาะโคนเข็ม - ใช้มือจับที่สายถุงเลือดแล้วดึงเข็มช้าๆ ตามระนาบมีผลให้ความปวดขณะเจาะเลือด – ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะดึงเข็มออก อยู่ที่ระดับ 0.5 – 0 – 0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวิธีดำเนินการพัฒนาแนวทางการรับบริจาคโลหิตและผลการดำเนินการแนวทางที่ 1 การลดความปวดขณะเจาะเลือด – ระหว่างเลือดไหลลงถุง – ขณะถอดเข็ม

วิธีการ	ผลการดำเนินการ					
	ม.ค. - มิ.ย. 2552	ก.ค. - ธ.ค. 2552	ม.ค. - ก.ค. 2553	ต.ค. - ธ.ค. 2553	มค.2553-ธค. 2554	มค.2554-ธค. 2556
ขั้นตอนที่ 1 : ขณะเจาะหาเส้นเลือด	หยาบเข็มทำมุม 30 องศา กับ ผิวหนัง	เฉียงปลายเข็ม 15 องศา กับ ผิวหนัง ตัวเข็มทำมุม 25 องศา กับ ผิวหนัง	เฉียงปลายเข็ม 30 องศา กับ ผิวหนัง ตัวเข็มทำมุม 20 องศา กับ ผิวหนัง	เฉียงปลายเข็ม 45 องศา กับ ผิวหนัง ตัวเข็มทำมุม 5 - 15 องศา กับ ผิวหนัง	เฉียงปลายเข็ม 45 องศา กับ ผิวหนัง ตัวเข็มทำมุม 5 - 15 องศา กับ ผิวหนัง	เฉียงปลายเข็ม 45 องศา กับ ผิวหนัง ตัวเข็มทำมุม 5 - 15 องศา กับ ผิวหนัง
ขั้นตอนที่ 2 : ระหว่างโลหิตไหลลงถุง	ติดพลาสติกที่กระเปาะโคนเข็มตามความถนัด	ติดพลาสติกที่กระเปาะโคนเข็มตามความถนัด	ติดพลาสติกที่กระเปาะโคนเข็มตามความถนัด	ติดพลาสติกที่กว้าง 1 นิ้ว และ ยาว 2 นิ้ว ที่กระเปาะโคนเข็ม	ติดพลาสติกที่กว้าง 1 นิ้ว และ ยาว 2 นิ้ว ที่กระเปาะโคนเข็ม	ติดพลาสติกที่กว้าง 1 นิ้ว และ ยาว 2 นิ้ว ที่กระเปาะโคนเข็ม
ขั้นตอนที่ 3 : การ off needle	ดึงเข็มเร็วๆ	ดึงเข็มช้าลงกว่าเดิม	ดึงเข็มช้าๆ ลงมากว่าเดิม	จับที่กระเปาะเบาๆ มือ แล้วดึงเข็มช้าๆ ตามแนวระนาบ	ใช้มือจับที่สายถุงเลือดแล้วดึงเข็มช้าๆ ตามระนาบ	ใช้มือจับที่สายถุงเลือดแล้วดึงเข็มช้าๆ ตามระนาบ
ระดับความปวดเฉลี่ย ขั้นตอนที่ 1 - 2 - 3	ระดับ 3 - 2 - 3	ระดับ 3 - 2 - 3	ระดับ 2 - 0 - 1	ระดับ 1 - 0 - 0	ระดับ (0.5-1) - 0 - 0	ระดับ 0.5 - 0 - 0

แนวทางที่ 2 การเจาะหาเส้นเลือดโดยการวัดหาระดับของเส้นเลือดก่อน การวิจัยจะมีการต่อเนื่องกับวิธีการพัฒนาแนวทางที่ 1 แล้วหาจุดเริ่มเจาะที่เหมาะสมในแนวทางที่ 2 โดยให้ผู้รับบริการนอนหงายโดยหันฝ่ามือเข้าหาลำตัวแนบกับสี่ข้างแล้วพับข้อศอกทำเครื่องหมายจุดปลายของเส้นข้อพับทั้งสองด้าน เจาะหาเส้นเลือด Median Cubital Vein โดยเริ่มเจาะที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1.5 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้ว หรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มการเจาะลึกไม่เกินครึ่งของความยาวเข็ม จะไม่กระทบต่อเส้นประสาท เป็นแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยสามารถเจาะหาเส้นเลือดครั้งเดียวได้สำเร็จ 92% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงวิธีดำเนินการพัฒนาแนวทางการรับบริจาคโลหิตและผลการดำเนินการแนวทางที่ 2 การ
คำนวณหาตำแหน่งที่เหมาะสมในการเจาะเลือด

วิธีการ	ผลการดำเนินการ					
	ม.ค. - มิ.ย. 2552	ก.ค. - ธ.ค. 2552	ม.ค. - ก.ค. 2553	ต.ค. - ธ.ค. 2553	มค.2553-ธค. 2554	มค.2554-ธค. 2556
ให้ผู้รับบริการนอนหงายโดยหันฝ่ามือเข้าหาลำตัวแนบกับสีข้างแล้วพับข้อศอกทำเครื่องหมายจุดปลายของเส้นข้อพับทั้งสองด้าน	ใช้นิ้วสัมผัส/คลำหาเส้นเลือด	เริ่มเจาะที่จุดกึ่งกลางของข้อพับ / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มนิ้ว	เริ่มเจาะที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มนิ้ว	เริ่มเจาะที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1.5 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มนิ้ว	เริ่มเจาะที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1.5 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มนิ้ว	เริ่มเจาะที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1.5 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็มนิ้ว
ตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นจำนวนครั้ง/จำนวนโลหิต 1 ถุง	เจาะหาเส้นเลือด 2 - 3 ครั้ง โลหิตไหลๆ หยดๆ	เจาะหาเส้นเลือดมากกว่า 1 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ โลหิตไหลๆ หยดๆ	เจาะโลหิต 1 ครั้ง แต่ไม่เข้าเส้น ทันทัดองตัววัดปลายเข็ม เล็กน้อยไปซ้ายหรือขวาจึ้เข้าเส้นโลหิตไหล สะดวกดีขึ้นเจาะสำเร็จ 80%	เจาะโลหิต 1 ครั้ง เข้าเส้นเลือด โดยตรงโลหิตไหล สะดวกดีเจาะสำเร็จ 92%	เจาะโลหิต 1 ครั้ง เข้าเส้นเลือด โดยตรงโลหิตไหล สะดวกดี เจาะสำเร็จ 92% อีก 6% เจาะครั้งที่ 2 สำเร็จหลังจากให้ดื่มน้ำ 1 - 2 แก้ว	เจาะโลหิต 1 ครั้ง เข้าเส้นเลือด โดยตรงโลหิตไหล สะดวกดี เจาะสำเร็จ 92% อีก 6% เจาะครั้งที่ 2 สำเร็จ

ผลการประเมินผลเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับ บริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล

ผลการประเมินผลเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดลแนวทางที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 -2 -3 คือ เฝียงปลายเข็ม 45 องศา กับ ผิวหนังตัวเข็มทำมุม 5 – 15 องศา กับ ระบายแขน - ติดพลาสติกที่กระเปาะเข็มโดยกำหนดขนาดความกว้าง 1 นิ้วและยาว 2 นิ้ว - ดึงเข็มช้าๆ ตาม ระบายโดยใช้มือจับที่สายถุงเลือดวัดระดับความปวดได้ = 0.5 – 0 – 0 แนวทางที่ 2 การให้ผู้บริจาคโลหิตนอนโดยลำแขนแนบลำตัวหันฝ่ามือเข้าหาลำตัวแล้วเจาะเลือดที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อ

พับ 1.5 เซนติเมตร ลึกไม่เกินครึ่งของความยาวเข็ม จะเจาะเลือดครั้งเดียวสำเร็จ 92% การทดสอบความเชื่อมั่นของนวัตกรรมในหน่วยงานไตเทียม ผลสัมฤทธิ์ 90.9% ระดับความปวดไม่เกิน 1 ด้านผู้ให้บริการพึงพอใจออกปฏิบัติงานครบตามจำนวนที่มอบหมาย และมีผู้สมัครใจเข้าร่วมทีม ด้านผู้รับบริการส่วนของหน่วยรับบริจาคโลหิตภาครัฐ และเอกชนเพิ่มจำนวนครั้งในการรับบริจาคโลหิต จากปีละครั้งเป็น 3 – 4 ครั้งต่อปี ผู้บริจาคโลหิตเพิ่มขึ้นทุกหน่วย อัตราเพิ่มของผลผลิตต่อกำลังคน ปี 2552 : 2554 – 2556 = 6.18 : 10.33 unit แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินผลเทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล

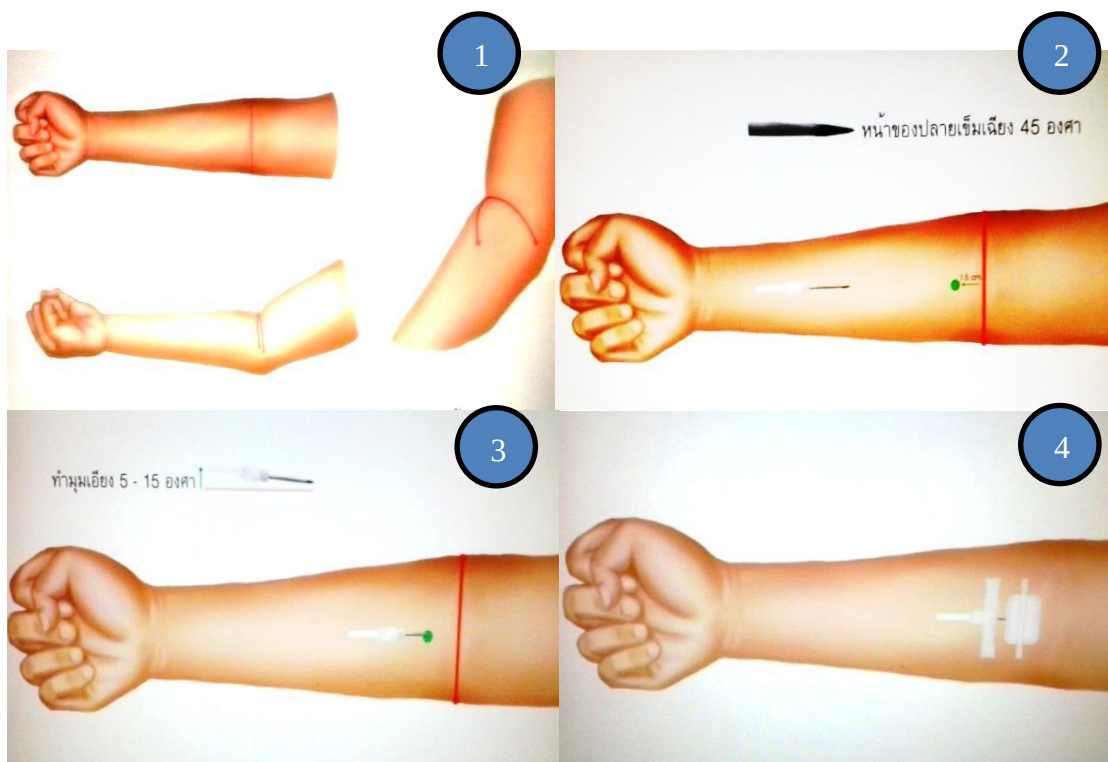
ผลลัพธ์การพัฒนาเทคนิคการรับ บริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดล	ผลการประเมิน	
	ผลสัมฤทธิ์	ประสิทธิภาพ
แนวทางที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 : เฝียงปลายเข็ม 45 องศากับผิวหนังตัวเข็มทำมุม 5 – 15 องศากับระนาบแขน	100% (ไม่กระทบเส้นประสาท)	ระดับความปวด = 0.5
ขั้นตอนที่ 2 : ดึงพลาสติกที่กระเปาะเข็มโดยกำหนดขนาดความกว้าง 1 นิ้วและยาว 2 นิ้ว	100%	ระดับความปวด = 0
ขั้นตอนที่ 3 : ดึงเข็มช้าๆ ตามระนาบโดยใช้มือจับที่สายถูเลือด	100%	ระดับความปวด = 0
แนวทางที่ 2 ผู้บริจาคโลหิตหันฝ่ามือเข้าหาสีข้างของลำตัวแล้วกำมือเบาๆ เจาะหาเส้นเลือดที่จุดต่ำกว่ากึ่งกลางของข้อพับ 1.5 เซนติเมตร / ลึกครึ่งนิ้วหรือไม่เกินครึ่งของความยาวเข็ม	92%	เจาะหาเส้นเลือด 1 ครั้งสำเร็จ
การทดสอบความเชื่อมั่นของวิธีที่ 1 และ 2 ในหน่วยไตเทียม	90.9%	เจาะเลือด 1 ครั้ง : pain level <1
ผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ)	ครบตามมอบหมาย/สมัครใจร่วมทีมเพิ่ม	มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน
ผู้รับบริการ (หน่วยสนับสนุนภาครัฐและเอกชน)	เพิ่มจาก 1 ครั้งเป็น 3 – 4 ครั้งต่อปี	มีความประทับใจ
ผลผลิตต่ออัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ของปี 2552 และปี 2554-2556	6.18 และ 10.33	ลด COST ภาพรวม

สรุปผลการวิจัย

เทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับบริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดลมีการพัฒนาเทคนิคทั้งแนวทางที่ 1 แล้วมีความเป็นพลวัตรต่อเนื่องให้เกิดแนวทางที่ 2 ผลลัพธ์เกิดเป็นผลสัมฤทธิ์ สามารถแก้ไขปัญหาของหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลหัวหินได้ครบทุกด้าน สอดคล้องกับการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์โดยการวัดผลสัมฤทธิ์⁽⁵⁾ โดยด้านผู้ให้บริการเมื่อมีการมอบหมายงานจะมีบุคลากรการพยาบาลออกรับบริจาคโลหิตครบทุกหน่วยงาน หากหน่วยงานใดไม่สามารถออกปฏิบัติงานได้จะสับเปลี่ยนหน้าที่กัน ยกเว้นเหตุจำเป็นหรือเจ็บป่วยเท่านั้น และมีบุคลากรที่มีความประสงค์เข้าร่วมทีมส่งรายชื่อไว้ ทำให้สามารถเรียกเวรเสริมได้เมื่อจำเป็น ส่วนหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนได้เพิ่มจำนวนครั้งจากปีละหนึ่งครั้งเป็นปีละ 3 – 4 ครั้ง และมีผู้ประสงค์จะบริจาคโลหิตเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วย เนื่องจากผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการเจาะเลือดแบบมีเป้าหมายทำให้เกิดความไว้วางใจ มีผลต่อสุขภาพการนอนหลับพักผ่อนในคืนก่อนเจาะเลือด และยังมีผลต่อคุณภาพของโลหิตที่ไม่เหน็ดเหนื่อยไปทำให้ระยะเวลาในการให้บริการเหมาะสม ไม่มีผู้บริจาคโลหิตเป็นลมจากความกลัว หน่วยรับบริจาคโลหิตพึงพอใจเช่นเดียวกัน มีคำพูดว่า “ในการรับบริจาคโลหิตครั้งก่อนๆ ที่ยังไม่มีการพัฒนา จะมีคนเป็นลมต้องเรียกรถพยาบาลไม่ต่ำกว่า 3 เทียวกในแต่ละครั้ง” ซึ่งผลการวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคการเจาะเลือดนั้นยังไม่มีงานวิจัยรองรับ คงมีแต่งานวิจัยที่เกี่ยวกับการนอนหลับไม่เพียงพอในคืนก่อนบริจาคโลหิตจะทำให้เป็น

ลม สอดคล้องกับแอนด์ อีเดอร์ และคณะ (2549) การพัฒนาแนวทางการเจาะเลือดแนวทางที่ 1 ทั้งสามขั้นตอนทำให้ลดความปวดลงจากระดับ 2 เหลือ 0.5 สอดคล้องกับเชอ ไอแซคนิวตัน(1726) และช่วง ชมทิศงค์(2549) ตลอดจนการเจาะเลือดในแนวทางที่ 2 ไม่ให้ลึกเกินครึ่งของความยาวเข็มจะทำให้เกิดอาการปวด 2 ระบายในแนวเส้นตรง 2 มิติ สอดคล้องกับชนันต์ สุมาวงศ์ (2553) คือ มิติของเข็ม คือ ส่วนภายนอกและส่วนภายในเนื้อเยื่อ และในเส้นเลือดโดยมีจุดรอยต่อของเข็มเป็นจุดพลิกผัน จึงไม่ทำให้เข็มแหว่งขณะที่เลือดกำลังไหลลงถุง จึงไม่ทำให้เลือดหยุดระหว่างไหลไม่ต้องคอยหมุนเข็มหรือจับเข็มจึงไม่รบกวนผู้บริจาคโลหิตให้เกิดความรำคาญ ส่วนมิติของเส้นเลือดนั้น เข็มไม่ดันเส้นเลือดขึ้นมาขณะที่ติดพลาสติก ทำให้เนื้อเยื่อใต้เส้นเลือดไม่ฉีกขาด (Trauma) และเส้นเลือดอยู่ในแนวระนาบจึงไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดระหว่างเลือดไหล และไม่เกิดรอยขีดที่รอยแผลภายหลังเจาะเลือดด้านประสิทธิภาพของเทคนิคการเจาะเลือดแบบหัวหินโมเดลทำให้เพิ่มผลผลิตต่อองค์ติดต่ออัตรากำลัง 1 คน ในระยะเวลาเท่าเดิมสามารถรับบริจาคเพิ่มขึ้นจาก 6.18 เป็น 10.33 Unit วัดประสิทธิภาพของการพัฒนานวัตกรรมได้เป็น $10.33-6.18=4.15$ คิดเป็น 67.15% สอดคล้องกับ ผกาพรรณ จันทรเพิ่ม(2556) ซึ่งกล่าวว่า การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย หรือการพัฒนา นวัตกรรมหากสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกได้มากกว่า 30% แสดงว่าการพัฒนาดังกล่าวประสบความสำเร็จ มีรูปแบบขั้นตอนการเจาะเลือดดังต่อไปนี้

ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการพัฒนาต่อเนื่องของแนวทางที่ 1 และแนวทางที่ 2



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการใช้เทคนิคการเจาะเลือดเพื่อรับ
บริจาคโลหิตแบบหัวหินโมเดลเป็นแนวทางในการ
ให้บริการรับบริจาคโลหิตของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยพัฒนาเพื่อผลิตเครื่องมือ
หรือวิดีโอ ประกอบการสอนวิธีที่ 1 และ วิธีที่ 2
2. ควรมีการวิจัยพัฒนาเพื่อผลิตนวัตกรรม
ที่ใช้แทนการวัดหาค่าตำแหน่งเส้นเลือด เพื่อช่วยให้
การปฏิบัติงานรวดเร็วขึ้น และดำเนินการทำวิจัย
เพื่อหาความเที่ยงตรงของนวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กระดานข่าวผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางรุ่นที่ 20, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. spsnc.net:บทความจากวารสารเภสัชฯ; 2552.

2. กฤตศธร องค์ติลลนท. เอกสารประกอบการสอนเรื่องการรับบริจาคโลหิต; 2554.

3. สุปานิ เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:บริษัทจุดทองจำกัด; 2547. หน้า 406.

4. “ Numerical rating Scale” www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21621130 สืบค้นเมื่อ 22 ธค.2554.

5. “ผลสัมฤทธิ์ของการแก้ไขปัญา และ Symptom Management Model appears as Humphreys, J., et. al., in Smith, M.J. and Liehr, P.R. (eds., 2008) ของ UCSF School of Nursing (School of Nursing University of California, San Francisco)” <http://nursing.ucsf.edu/research-center-symptom-management>

6.. โครงการสวัสดิการวิชาการ. สถาบันพระบรมราชชนก,กายวิภาคศาสตร์. กรุงเทพฯ:บริษัทประชุมช่าง จำกัด;2545.หน้า 306.

7. “แรงเสียดทาน” www.seafco.co.th. สืบค้นเมื่อ 22 ธค.2554

8. ช่วง ชมทิตชงค์และคณะ,หนังสือเรียนสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ฟิสิกส์ เล่ม 1.ฟิสิกส์ ม. 4 – 5 - 6 บริษัทไฮแอทพับลิชชิง จำกัด;2544.

9. เสริมพันธ์ เอี่ยมจะบก, “การสมดุลของแรง” 2547. www.loeitech.ac.th สืบค้นเมื่อ 22 ธค.2554

10. ชนัตต์ รัตนสุมาวงศ์,“สมการสมดุลสถิติ ” 2554. <http://www.sorakam-kmutnb.com/subject/chapter2.pdf> สืบค้นเมื่อ 22 ธค.2554

11. แอนด์ อีเตอร์ และคณะ, งานบริจาคโลหิต. กรุงเทพมหานคร: สหรัฐอเมริกา.2549. <http://www.oknation.net/blog/eduzones.com/azakikung/17183> สืบค้นเมื่อ 10 ธค.2554

12. ชนัตต์ รัตนสุมาวงศ์ และชาคริต เียนที่, การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกำลังสูญเสียในการส่งกำลังด้วยเฟืองตรง: การประเมินกำลังสูญเสียจากแบบจำลองและการจัดสร้างชุดทดลอง, การประชุมเครือข่ายวิศวกรรมเครื่องกลแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 24, อุบลราชธานี (ตุลาคม 2010)

13. เซอร์ไอแซกนิวตัน, “แรงเสียดทาน และ การสมดุล” 1726. https://th.wikipedia.org/wiki/ไอแซก_นิวตัน สืบค้นเมื่อ 10 ธค.2554

14. ผกาพรรณ จันทร์เพิ่ม. การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย เอกสารประกอบการสอนในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการณ์ ; 7 -8 ธันวาคม 2556; โรงพยาบาลหัวหิน; 2556

การสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน

วรรณรา ชื่นวัฒนา*

วรุฒม์ คุภกิจเสรี**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพแผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างจากกระดาษใช้แล้ว โดยการประดิษฐ์วัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้ว ทำการตรวจหาประสิทธิภาพและ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบแผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นความถี่ที่ 50Hzสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 4.3dB(A)(ร้อยละ 93.0)ความถี่ที่ 100 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ที่ 7.0dB(A)(ร้อยละ 90.0)ความถี่ที่ 150 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ที่ 11.2dB(A)(ร้อยละ 86.0)ความถี่ที่ 200 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ที่ 14.5dB(A)(ร้อยละ 83.0) ความถี่ที่ 250 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ที่ 13.2dB(A) (ร้อยละ 84.0) และความถี่ที่ 300Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงไม่สามารถดูดซับเสียงได้

ดังนั้นควรปรับปรุงวิธีการขึ้นรูปแผ่นวัสดุดูดซับเสียงให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นเพื่อพัฒนาต่อให้เทียบเท่ากับวัสดุในท้องตลาดได้ซึ่งจะส่งผลให้แผ่นดูดซับเสียงจากกระดาษเหลือใช้สามารถใช้เป็นวัสดุทางเลือกที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและยังช่วยเพิ่มมูลค่าให้แก่ขยะเหลือใช้ประเภทกระดาษในสำนักงานได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: วัสดุดูดซับเสียง / กระดาษที่ใช้แล้ว / กระดาษดูดซับเสียง

*อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาวชิราลงกูบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

**นิสิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาวชิราลงกูบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

The Development of Acoustic Screeing Device Made From Used Paper Material

*Wannara Chuenwattana**

*Varut Suppakitseelee***

Abstract

This quisi-experimental research aims to study the performance of acoustic screeing panels made from used papers and the invention of acoustic screeing panels. Thisacoustic screeing panelswas performed by measuring noise level. Data was analyzed with descriptive statistics.

Results, the noise frequency of 50 Hz, volume level was at 4.3 dB(A) which means the noise absorbed panel can reduce noise level by 93 %, the frequency of 100 Hz the volume was at 7.0 dB(A) which means the noise absorbed panel can reduce noise by 90 %, the frequency of 150 Hz the volume level was at 11.2 dB(A) which means the noise absorbed panel can reduce noise level by 86 %, the frequency of 200 Hz the volume level was at 14.5 dB(A) which means the noise absorbed panel can reduce noise level by 83 %, and the frequency of 250 the volume level was at 13.2 dB(A) which means the noise absorbed panel can reduce noise level by 84 %. However, at the frequency of 300 Hz noise panels absorb panel cannot absorb noise.

Base on this research the method of forming or structuring noise absorbed panel must be improved.

Keywords:acoustic screeing panels / The paper used / The paper absorbs sound

*Public Health Department Facultyof Science and Technology BansomdejchaoprayaRajadhat University

**The Student of Safety Science Facultyof Science and Technology BansomdejchaoprayaRajadhat University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เสียงที่เราได้ยินทุกวันนี้ ช่วยให้เราดำเนินกิจกรรมและแสวงหาความเพลิดเพลินในชีวิต เป็น การสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างมนุษย์ด้วยกัน อาจจะอยู่ในรูปแบบของการเรียนรู้ การฟังการบรรยายเพื่อนำข้อมูลไปปรับใช้ การฟังสื่อโฆษณา ข่าวสาร หรือด้านบันเทิงในรูปแบบของภาพยนตร์ เสียงเพลง เสียงดนตรี ละคร และจากแหล่งกำเนิดเสียงอื่นๆ เสียงที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดเสียงในระดับต่างๆ กัน อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดเสียงที่เป็นอันตราย หมายถึง เสียงที่ดังเกิน 85 เดซิเบล(เอ) เป็นจำนวนมาก ซึ่งสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและจิตใจ ส่วนเสียงรบกวน หมายถึง ระดับเสียงที่ผู้ฟังไม่ต้องการจะได้ยิน เพราะสามารถกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกได้แม้จะไม่เกินเกณฑ์ที่เป็นอันตราย แต่ก็ยังเป็นเสียงรบกวนที่มีผลต่อผู้ฟังได้ การใช้ความรู้สึกท้าวระดับเสียงทำได้ยากกว่าเป็นที่ เราได้ยินเป็นเสียงรบกวนหรือไม่เช่น เสียงดนตรีที่ดังมากในสถานที่เดินรำไม่ทำให้ผู้ที่เข้าไปเที่ยวรู้สึก ว่าถูกรบกวน แต่ในสถานที่ต้องการความสงบ เช่น ห้องสมุด เสียงพูดคุยตามปกติที่มีความดังประมาณ 60 เดซิเบล(เอ) ก็ถือว่าเป็นเสียงรบกวนได้ การทำงานในที่ที่มีเสียงดังเกิน 85 เดซิเบล(เอ) เป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน นานนับ

ปีจะมีผลต่อมนุษย์ ดังนี้ ผลเสียทางกายภาพ เกิดผลเสียโดยตรงต่อประสาทหูก่อให้เกิดการสูญเสียการได้ยินทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร จนกลายเป็นความพิการได้ ผลเสียทางจิตใจ เกิดความเครียดเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีผลทำให้เกิดโรคกระเพาะความดันโลหิตสูง ผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงาน เสียงที่ดังมากๆ จะรบกวนการทำงาน ทำให้เสียสมาธิ เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ และยังลดประสิทธิภาพการทำงานอีกด้วย^{1,8}

ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องความปลอดภัยในการทำ งานเกี่ยวกับ ภาวะแวดล้อม หมวด 3 เรื่องเสียงโดยกำหนดไว้ว่า^{8,9}

ข้อ 13 ภายในสถานที่ประกอบการที่ให้ลูกจ้างคนใดคนหนึ่งทำงานดังต่อไปนี้

- 1) ไม่เกินวันละเจ็ดชั่วโมง ต้องมีระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับติดต่อกันไม่เกินเก้าสิบเอ็ด เดซิเบล (เอ)
- 2) เกินกว่าวันละเจ็ดชั่วโมง แต่ไม่เกินแปด ชั่วโมง จะต้องมียกระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับติดต่อกันไม่เกินเก้าสิบเดซิเบล(เอ)
- 3) เกินวันละแปดชั่วโมง ต้องมีระดับเสียงที่ลูกจ้างได้รับติดต่อกันไม่เกินแปดสิบ เดซิเบล (เอ)

ข้อ 14 นายจ้างจะให้ลูกจ้างทำงานในที่ที่มีระดับเสียงเกินกว่า ร้อยสี่สิบเดซิเบล (เอ) ไม่สอดคล้องกับกรมแรงงาน กระทรวงแรงงานได้กำหนดมาตรฐานของระดับเสียงในสถานประกอบการต่างๆ ไว้ดังนี้คือ

1. ได้รับเสียงไม่เกินวันละ 7 ชั่วโมง ต้องมีระดับเสียงติดต่อกันไม่เกิน 91 เดซิเบล(เอ)
2. ได้รับเสียงวันละ 7-8 ชั่วโมง ต้องมีระดับเสียงติดต่อกันไม่เกิน 90 เดซิเบล(เอ)

3. ได้รับเสียงเกินวันละ 8 ชั่วโมง ต้องมีระดับเสียงติดต่อกันไม่เกิน 80 เดซิเบล(เอ)

4. นายจ้างให้ลูกจ้างทำงานในที่ ๆ มีระดับเสียงเกิน 140 เดซิเบล(เอ)ไม่ได้

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา OSHA และ ACGIH แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดระดับเสียงดังที่อาจได้ยินหรือสัมผัสในระยะเวลาหนึ่งๆ อย่างละเอียดดังนี้

มาตรฐานระดับความดังของเสียง (OSHA)

ระยะเวลาต่อวัน (ชั่วโมง)	ระดับเสียงดัง (เดซิเบล-เอ)
8	90
4	95
2	100
1	105
0.5	110
0.25 หรือน้อยกว่า	115
โดยที่ : ระยะเวลาทำงานต้องลดลงครึ่งหนึ่ง ในทุกๆ 5 เดซิเบล ที่เพิ่มขึ้น ตารางที่ 1 มาตรฐานระดับความดังของเสียง (OSHA)	

ในขณะที่สหราชอาณาจักรอังกฤษกระทรวงแรงงาน โดย Health and Safety Executive (HSE) ได้กำหนดมาตรฐานระดับความดังของเสียง (HSE:UK) ไว้ดังนี้

ระยะเวลาต่อวัน (ชั่วโมง)	ระดับเสียงดัง (เดซิเบล-เอ)
16	87
8	90
4	93
2	96
07.5	108
โดยที่ : ระยะเวลาทำงานต้องลดลงครึ่งหนึ่ง ในทุกๆ 3 เดซิเบล ที่เพิ่มขึ้น	

(<http://www.js-safety.com/?ContentID=ContentID-080901112114764> เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2559)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹ ได้มีแผนการรณรงค์ให้สถานประกอบการที่มีเครื่องจักร เครื่องยนต์ ที่ก่อให้เกิดเสียงอยู่ตลอดเวลาการทำงาน หาแนวทางการแก้ไขและรู้จักป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับ หู ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิดคือ การสูญเสียการได้ยินแบบชั่วคราว เกิดจากการรับฟังเสียงที่ดังมาก ๆ ในระยะเวลาไม่นานนัก ทำให้เกิดอาการหูอื้อ อวัยวะรับเสียงภายในหูเกิดอาการล้า จึงรับฟังเสียงได้ไม่ชัดชั่วคราว แต่ถ้าหูได้มีการหยุดสัมผัสเสียงดังระยะหนึ่ง การได้ยินก็จะฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่อย่างไรก็ตามถ้าไม่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องอาจนำไปสู่การสูญเสียการได้ยินแบบถาวรได้ การสูญเสียการได้ยินแบบถาวร เกิดจากการที่ต้องรับฟังเสียงดังมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เซลล์

ชนิดหนึ่งในหูถูกทำลาย การสูญเสียการได้ยินลักษณะนี้มักจะจะต้องได้รับฟังเสียงดังเป็นระยะเวลานานหลายปี และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การมีเนื้องอกภายในหูชั้นใน เป็นต้น การป้องกันไม่ให้เกิดประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง คือ การแก้ไขแหล่งกำเนิดเสียงดังจากเครื่องจักร โดยการออกแบบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักร ให้มีการทำงานที่เงียบ การเลือกใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ ควรเลือกประเภทที่มีเสียงดังน้อยกว่า เช่น การใช้เครื่องปั้นโลหะ ที่เป็นระบบไฮดรอลิกแทน เครื่องมือที่ใช้ระบบกล การเปลี่ยนกระบวนการผลิตที่ไม่ทำให้เกิดเสียงดัง การจกหาที่ปิดล้อมเสียงเครื่องจักร โดยนำวัสดุดูดซับเสียงมาบุลงในโครงสร้าง ที่จะใช้ครอบหรือปิดล้อมเครื่องจักร

การติดตั้งเครื่องจักรให้วางอยู่ในตำแหน่งที่มั่นคงเนื่องจากเสียงเกิดจากการสั่นสะเทือนของเครื่องจักรและการใช้อุปกรณ์กันสะเทือนจะช่วยลดเสียงได้ การควบคุมที่ทางผ่านของเครื่องเสียงโดยระดับเสียงจะลดลง 6 เดซิเบล(เอ) ทุกๆระยะทางเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า การทำห้องหรือกำแพงกันทางเดินของเสียง โดยออกแบบวัสดุเก็บเสียงที่สัมพันธ์กับความถี่ของเสียง การปลูกต้นไม้ยืนต้นที่มีใบดกบริเวณริมรั้ว ช่วยในการลดเสียงได้ ถ้าไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ให้พิจารณาการใช้อุปกรณ์เพื่อลดความเข้มของเสียงที่มากระทบหูและแก้วหู และยังป้องกันไม่ให้เศษวัสดุบางอย่างกระเด็นเข้าหูได้เครื่องป้องกันหูแบ่งออกเป็นชนิดใหญ่ๆ ได้ 3 ชนิดคือ ปลั๊กอุดหู ใช้อุดหูทั้งสองข้างโดยสอดใส่ในช่องหูออกแบบเป็นรูปต่าง ๆ ให้มีขนาดพอดีกับหูจึงมีผลต่อการป้องกันเสียงได้ วัสดุที่ใช้ทำประกอบด้วยพลาสติกอ่อน ยาง ขี้ผึ้ง สำลี แต่ชนิดที่ทำจากยางและพลาสติกใช้มากที่สุด จากการวิเคราะห์พบว่า สามารถลดระดับเสียงได้ถึง 8-30 เดซิเบล(เอ) ชนิดที่สองคือที่สอดหู เป็นชนิดที่ไม่ต้องเสียบเข้าช่องหู ทำด้วยยางซิลิโคน มีขนาดพอเหมาะสวมใส่สบาย และชนิดที่สามคือ ที่ครอบหู มีลักษณะคล้ายถ้วย ใช้ปิดหูทั้งสองข้างและติดต่อกันด้วยเส้นเหล็กหุ้มด้วยพลาสติกเป็น

ตัวเชื่อม วัสดุที่ใช้เป็นโฟมพลาสติกและยาง มีศักยภาพในการลดความดังได้แตกต่างกัน คือชนิดใช้งานหนักลดความดังเสียงได้ 40 เดซิเบล(เอ) ชนิดปานกลางลดความดังเสียงได้ 35 เดซิเบล(เอ) และชนิดงานเบาลดความดังเสียงได้ ประมาณ 30 เดซิเบล(เอ) การเลือกใช้การป้องกันหูเป็นสิ่งสำคัญและเลือกใช้ชนิดใดขึ้นอยู่กับระดับความดังเสียงที่ให้ความปลอดภัย แต่สถานประกอบการจะต้องเน้นให้เห็นความสำคัญของการใช้ โดยผู้ประกอบการอาชีพต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ประโยชน์ของอุปกรณ์ป้องกันหูอยู่ที่ต้องสวมใส่ตลอดเวลาการทำงาน

ผู้วิจัยสนใจการทำกลับมาใช้ใหม่ของวัสดุเหลือใช้หรือที่ใช้แล้ว เช่นกระดาดเมื่อนำมาใช้ใหม่ด้วยวิธีการที่สามารถทำได้ง่ายนั้นจะสามารถช่วยลดความดังเสียงลงได้หรือไม่และสามารถลดได้มากน้อยเพียงใดอีกทั้งยังเป็นการนำวัสดุมาใช้ใหม่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและลดมลภาวะด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาดใช้แล้วในสำนักงานที่ลดมลภาวะเสียงลงได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ขอบเขตการวิจัย

สร้างแผ่นวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงานนำไปทดสอบดูดซับเสียงจากแหล่งกำเนิดเสียงทางด้านหน้าและด้านหลัง

นิยามศัพท์เฉพาะ

แผ่นวัสดุดูดซับเสียง หมายถึง แผ่นวัสดุดูดเสียงที่ทำมาจากกระดาษใช้แล้วและผสมส่วนอื่น เช่น แป้งมัน แป้งข้าวโพด ปูนปาสเตอร์

มลภาวะทางเสียง หมายถึง เสียงที่ก่อให้เกิดการรบกวนในการฟัง

ความเข้มเสียง (Intensity) หมายถึง อัตราถ่ายทอดพลังงานของเสียงต่อพื้นที่ที่ตั้งฉากกับทิศการเคลื่อนที่ของเสียง

ระดับความเข้มเสียง (Intensity Level) หมายถึง ตัวเลขเปรียบเทียบกับความเข้มเสียงในหน่วยเดซิเบล(dB)

เดซิเบลเอ dB(A) คือ สเกลของเครื่องวัดเสียงที่สร้างเลียนแบบลักษณะการทำงานของหูมนุษย์ โดยจะกรองเอาความถี่ต่ำและเอาความถี่สูงของเสียงที่เกินกว่ามนุษย์จะได้ยินออกไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ การทำวัสดุดูดซับเสียง การทดสอบประสิทธิภาพวัสดุดูดซับเสียงโดยดำเนินการดังนี้

วัสดุและอุปกรณ์ มีดังนี้ กระดาษหนังสือพิมพ์ ปูนขาว กาวลาเท็กซ์ น้ำสะอาดถังพลาสติกและเครื่องปั่นไฟฟ้าโดยมีวิธีทำดังนี้

1. เตรียมกระดาษหนังสือพิมพ์
2. ฉีกกระดาษหนังสือพิมพ์ให้เป็นชิ้นเล็กๆ
3. นำกระดาษหนังสือพิมพ์ที่ฉีกแล้วไปแช่น้ำสะอาดไว้ประมาณ 1 สัปดาห์
4. นำกระดาษที่ผ่านการแช่น้ำไว้ 1 สัปดาห์มาเข้าเครื่องปั่นไฟฟ้า
5. นำกระดาษที่ปั่นละเอียดแล้วมาผสมกับกาวลาเท็กซ์และปูนขาว
6. นวดผสมให้เข้ากันเป็นเนื้อเดียว
7. นำไปขึ้นรูปตามที่ต้องการแล้วนำไปผึ่งแดดให้แห้งสนิทก่อนนำไปทดสอบ
8. นำแผ่นกั้นเสียงไปตากแดดให้แห้ง จะได้แผ่นกั้นเสียงที่พร้อมใช้งาน

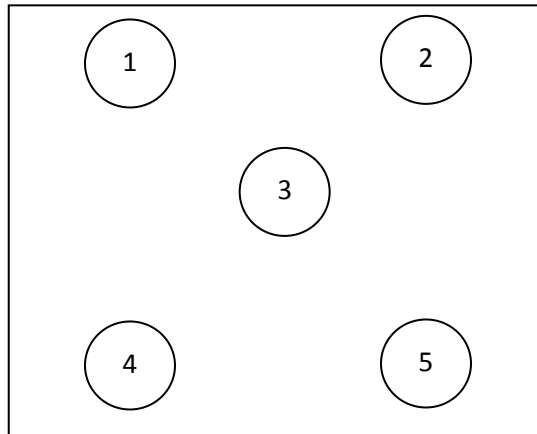
ลักษณะแผ่นกั้นเสียงที่ได้เป็นดังภาพที่ 1

1. เตรียมเครื่องวัดความเข้มเสียง โดยการปรับตั้งค่าให้เครื่องสามารถอ่านค่าได้ถูกต้องและแม่นยำ เครื่องวัดระดับความเข้มเสียงเป็นรุ่น IEC651 Type2 , ANSI SI ,4 Type2 ช่วงวัดระหว่าง 30 เดซิเบล ถึง 130 เดซิเบล ที่ความถี่ระหว่าง 31.5 Hz และ 8 kHz แสดงชั้นละ 0.1 เดซิเบล ด้วย LCD 4 ตำแหน่ง

2. เตรียมเครื่องขยายเสียงในระดับความถี่ตั้งแต่ 50-300 Hz

3. นำอุปกรณ์วัสดุปิดกั้นเสียงมาทำการทดสอบ โดยประกอบชุดอุปกรณ์วัดค่าระดับความเข้มเสียง ตั้งค่าความถี่ในช่วงระหว่าง 50-300 Hz

โดยต่างละความถี่จะวัดค่าระดับความเข้มเสียงในกรณีที่ไม่มีแผ่นเสียงวัสดุปิดกั้นเสียง และมีวัสดุปิดกั้นเสียงในตำแหน่งต่างๆดังภาพ



ภาพที่1 ตำแหน่งที่วัดค่าระดับความเข้มของเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำค่าระดับความเข้มของเสียงที่วัดได้จากเครื่องวัดที่ความถี่ค่าต่างๆ และที่ตำแหน่งต่างๆ หาค่าเฉลี่ย ขณะที่ไม่มีแผ่นวัสดุดูดซับและใส่วัสดุดูดซับเสียงความหนา 1 นิ้ว และนำค่าเฉลี่ยค่าระดับความเข้มของเสียงที่ความถี่ค่าต่างๆ หาค่าผลต่างของค่าระดับความเข้มของเสียงระหว่างที่มีแผ่นวัสดุดูดซับเสียงและใส่แผ่นวัสดุดูด

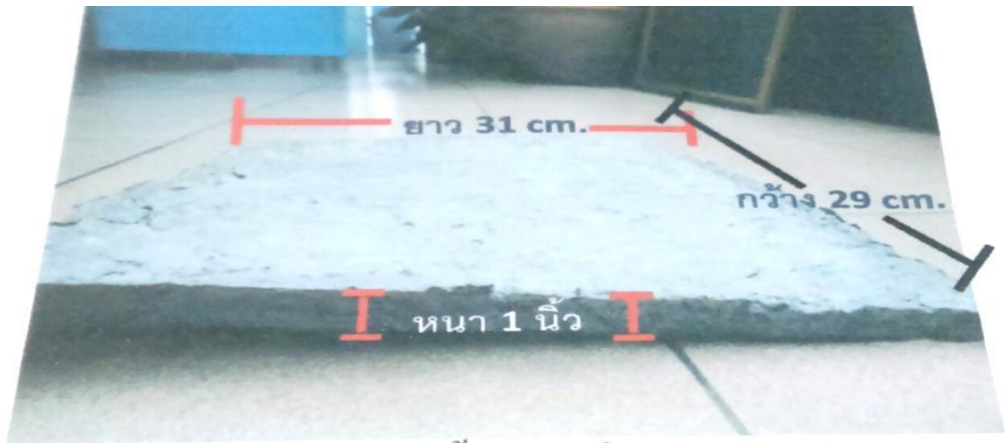
ซับเสียงกัน เพื่อให้ทราบว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมานั้นสามารถใช้ลดระดับความเข้มเสียงได้จริง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน และการทดสอบประสิทธิภาพของวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน

การสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน

ดำเนินการสร้างวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงานตามขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย ได้แผ่นกั้นเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผ่นกั้นเสียงจากกระดาษใช้แล้วในสำนักงาน

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ

ติดตั้งอุปกรณ์เพื่อทำการตรวจวัดแล้วทำการตรวจวัดและเก็บข้อมูลตามจุดที่กำหนดไว้ตามภาพที่ 1

ผลการตรวจวัด ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มเสียงกับความถี่ที่ไม่มีแผ่นดูดซับเสียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยนำค่าระดับความเข้มเสียงที่ตำแหน่งต่างๆกับความถี่ตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hz แล้วหาค่าเฉลี่ยความถี่ที่ไม่มีแผ่นดูดซับเสียงกันดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มเสียงที่ตำแหน่งต่างๆ กับความถี่ที่ไม่มีแผ่นดูดซับเสียงกัน

ความถี่ (Hz)	ค่าระดับความเข้มเสียง(dBA)					ค่าเฉลี่ย (dBA)
	ตำแหน่งที่1	ตำแหน่งที่2	ตำแหน่งที่3	ตำแหน่งที่4	ตำแหน่งที่5	
50	70.5	70.1	73.1	72.9	74.2	72.2
100	76.8	75.6	77.6	78.2	78.7	77.4
150	83.6	82.9	85.1	85.6	84.6	84.4

200	88.2	86.7	88.4	88.9	86.1	87.7
250	84.4	82.9	87.9	88.2	85.9	85.9
300	97.8	97.2	100.6	101.3	89.9	99.2

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเข้มเสียงในช่วงความถี่ของแหล่งกำเนิดเสียงตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hz อยู่ระหว่าง 72.2 dB (A) ถึง 99.2 dB (A) และค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่จะใกล้เคียงกับตำแหน่งที่ 3 เนื่องจากอยู่ตรงตำแหน่งของลำโพง

ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มเสียงบนแผ่นดูดซับเสียงความหนา 1 ซม. กั้นอยู่กับความถี่

หาค่าระดับความเข้มเสียงที่ตำแหน่งต่างๆบนแผ่นดูดซับเสียงความหนา 1 ซม. กั้นอยู่กับความถี่ตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hz ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มเสียงที่ตำแหน่งต่างๆ บนแผ่นดูดซับเสียงความหนา 1 ซม. กับความถี่

ความถี่ (Hz)	ค่าระดับความเข้มเสียง(dBA)					ค่าเฉลี่ย (dBA)
	ตำแหน่งที่	ตำแหน่งที่	ตำแหน่งที่	ตำแหน่งที่	ตำแหน่งที่	
	1	2	3	4	5	
50	67.8	67.7	67.4	65.5	67.5	67.3
100	71.5	70.1	70.4	71.6	70.1	70.4
150	73.5	72.7	73.1	73.9	73.2	73.2
200	74.4	70.3	73.1	75.4	72.8	73.2
250	75.1	72.1	73.1	71.2	72.0	72.7
300	82.9	79.0	83.3	86.1	83.5	83.3

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเข้มเสียงในช่วงความถี่ของแหล่งกำเนิดเสียงตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hz อยู่ระหว่าง 67.3 dB (A) ถึง 83.3 dB (A) และค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่จะใกล้เคียงกับตำแหน่งที่ 3 เนื่องจากอยู่ตรงตำแหน่งของลำโพง

นำค่าเฉลี่ยความเข้มเสียงที่ความถี่ต่างๆ มาหาค่าผลค่าระดับความเข้มเสียงขณะที่ไม่มีแผ่นดูดซับเสียงและมีแผ่นดูดซับเสียงความหนา 1 ซม. กันอยู่ และหาค่าร้อยละของการกรองเสียงที่ค่าความถี่ต่างๆ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความแตกต่างของค่าระดับความเข้มเสียงเฉลี่ยและค่าร้อยละ เมื่อไม่มีแผ่นดูดซับเสียงและมีแผ่นดูดซับเสียง ความหนา 1 ซม. กันอยู่

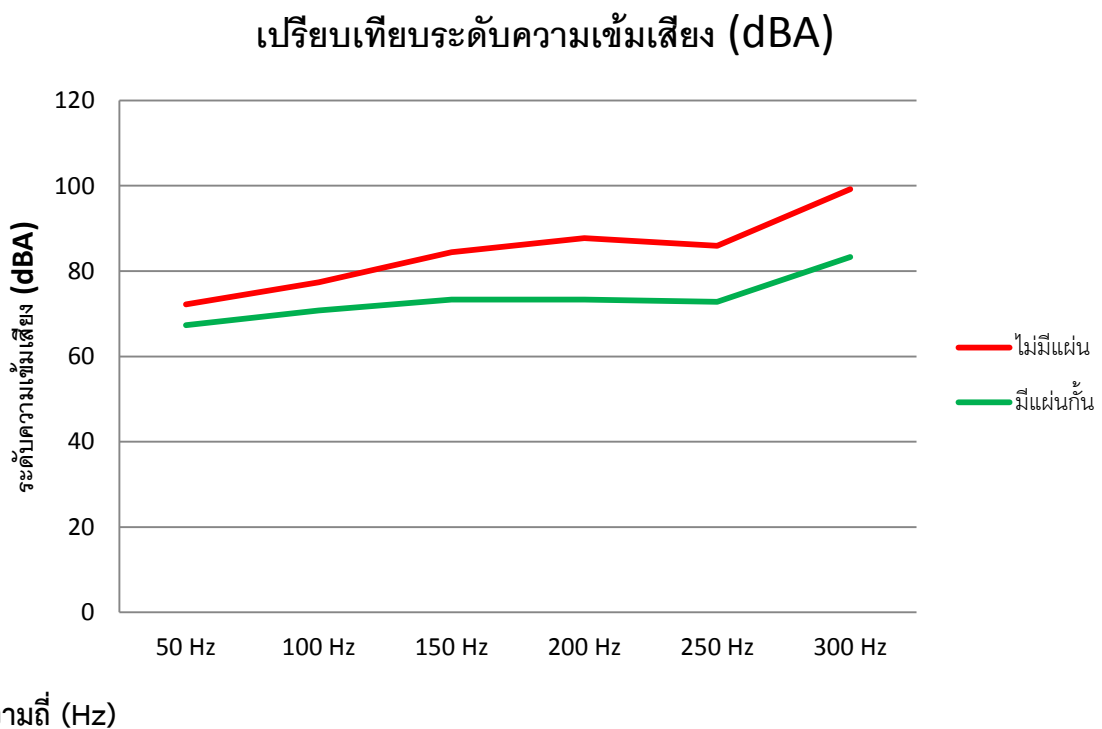
ความถี่ (Hz)	ค่าระดับความเข้มเสียง(dBA)		ค่าผลต่าง (dBA)	ร้อยละ (dBA)
	ไม่มีแผ่นกัน	มีแผ่นกัน		
50	72.2	67.3	- 4.3	93%
100	77.4	70.4	- 7.0	90%
150	84.4	73.2	- 11.2	86%
200	87.7	73.2	- 14.5	83%
250	85.9	72.7	- 13.2	84%
300	99.2	83.3	- 15.9	83%

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับความเข้มเสียงระหว่างมีแผ่นดูดซับเสียงกันกับไม่มีแผ่นดูดซับเสียงกัน ที่ช่วงค่าความถี่ตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hz พบว่าวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้น

สามารถใช้ลดความเข้มของเสียงได้จริง ซึ่งสังเกตได้จากค่าผลต่างๆ ดังนี้ ความถี่ที่ 50 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 4.3(ร้อยละ 93) ความถี่ที่ 100 Hz แผ่นวัสดุดูดซับ

เสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 14.5 (ร้อยละ 83)ความถี่ที่ 250Hz แผ่นวัสดุดูดซับ	
7.0 (ร้อยละ 90)ความถี่ที่ 150Hz แผ่นวัสดุดูดซับ	เสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้
เสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 13.2 (ร้อยละ 84)ความถี่ที่ 300Hz แผ่นวัสดุดูดซับ	
11.2 (ร้อยละ 86)ความถี่ที่ 200Hz แผ่นวัสดุดูดซับ	เสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ถึง
เสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 15.9(ร้อยละ 83)	

กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าระดับความเข้มเสียงขณะที่ไม่มีแผ่นดูดซับเสียง และมีวัสดุดูดซับเสียง ความหนา 1 ซม. กันอยู่



ภาพที่ 3 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าระดับความเข้มเสียง

สรุปผลการวิจัย

แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างจากกระดาษที่ใช้แล้ว เริ่มโดยนำกระดาษที่ได้ฉีกเป็นชิ้นเล็กๆ นำไปแช่น้ำทิ้งไว้ประมาณ 1 สัปดาห์ แล้วนำเข้าเครื่องปั่นกระดาษใช้เวลาปั่นกระดาษประมาณ 10 นาที จนกระทั่งได้กระดาษที่ปั่นละเอียดพอสมควร จากนั้นนำกระดาษออกจากเครื่องปั่นมาคั้นน้ำออกพอให้หมดแล้วนำมาผสมกับกาวแป้งเปียกที่ทำจากแป้งมันชนิดพิเศษเติมน้ำนำไปตั้งไฟเคี่ยวให้มีความเหนียว นวดให้เข้ากันให้มีความเหนียวพอประมาณ นำมาขึ้นรูปขนาดกว้าง 29 cm ยาว 31 cm ที่ขนาดความหนา 1 นิ้ว นำไปผึ่งแดดให้แห้ง หลังจากแห้งแล้วจึงนำไปทดสอบระดับความเข้มของเสียง ซึ่งในการทดลองนี้จะใช้ความถี่ในช่วงระหว่าง 50-300 Hz วัดทั้งหมด 5 ตำแหน่ง บนแผ่นวัสดุดูดซับเสียงในแต่ละความถี่แบบทั้งที่ไม่มีวัสดุดูดซับเสียงกันและที่มีวัสดุดูดซับเสียงกัน นำผลที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาเปรียบเทียบกันและหาผลต่าง เพื่อเป็นการพิสูจน์ว่าแผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างจากเศษกระดาษเหลือใช้สามารถใช้ลดความเข้มของเสียงได้จริง

อภิปรายผล

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าระดับความเข้มเสียงระหว่างมีแผ่นดูดซับเสียงกันกับไม่มีแผ่น

ดูดซับเสียงกัน ที่ช่วงความถี่ตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hz สามารถใช้ลดความเข้มเสียงได้จริง ตามผลการทดลองดังนี้ ความถี่ที่ 50 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 4.3dB(A)(ร้อยละ 93.0) ความถี่ที่ 100 Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 7.0dB(A)(ร้อยละ 90.0)ความถี่ที่ 150Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 11.2dB(A)(ร้อยละ 86.0)ความถี่ที่ 200Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 14.5 dB(A) (ร้อยละ 83.0) ความถี่ที่ 250Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ 13.2 dB(A) (ร้อยละ 84.0)ความถี่ที่ 300Hz แผ่นวัสดุดูดซับเสียงที่สร้างขึ้นสามารถลดระดับความดังเสียงได้ถึง 15.9dB(A) (ร้อยละ 83.0)แต่เนื่องจากขั้นตอนการอัดขึ้นรูปของแผ่นวัสดุดูดซับเสียงมีความแน่นไม่เพียงพอทำให้ประสิทธิภาพในการดูดซับเสียงไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ควรปรับปรุงวิธีการขึ้นรูปแผ่นวัสดุดูดซับเสียงให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไป

จากผลการทดลองแผ่นวัสดุดูดซับเสียงครั้งนี้ ที่ช่วงความถี่ตั้งแต่ 50 Hz ถึง 300 Hzที่จำลองจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดความรำคาญขึ้นอยู่กับระดับเสียงที่ได้ยินมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ. กาญจนา นาละพินธุ์² มนัญญา ชู

วงศ์เลิศ⁵ ธนาวัฒน์ รักกมล⁶ สุปัญญา บุญประสิทธิ์⁷ ที่ได้ทำการศึกษาแผ่นวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาด A4 เหลือใช้โดยการนำกระดาด A4 ที่ผ่านการย่อยจากเครื่องย่อยเอกสาร นำมาขึ้นรูปด้วยการอัดความร้อนเป็นแผ่นดูดซับเสียงด้วยความหนา 10, 15 และ 25 มิลลิเมตรโดยใช้กาวผงเป็นวัสดุประสานแบ่งเป็น 3 ชุดการทดลองได้แก่ชุด A ปริมาณกาว 5% ชุด B ปริมาณกาว 7.5% และชุด C ปริมาณกาว 10% ของน้ำหนักกระดาดอัดด้วยเครื่องอัดร้อนที่อุณหภูมิ 70-80 องศาเซลเซียส พบว่าการขึ้นรูปวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาดเหลือใช้ที่ความหนาแผ่น 15 มิลลิเมตรชุดการทดลอง A และ B เป็นชุดการทดลองที่มีผลดีที่สุดชุดการทดลอง A สามารถดูดซับเสียงได้มากกว่า 50% ที่ความถี่ 2400 – 4700 Hz สามารถดูดซับเสียงได้ดี

ที่สุด 54% ที่ความถี่ 3000 Hz ส่วนชุดการทดลอง B สามารถดูดซับเสียงได้มากกว่า 50% ที่ความถี่ 1300 – 1900 Hz สามารถดูดซับเสียงได้ดีที่สุด 72% ที่ความถี่ 1600 Hz มีแนวโน้มที่จะพัฒนาต่อเพื่อสามารถเทียบเท่ากับวัสดุในท้องตลาดได้ซึ่งจะส่งผลให้แผ่นดูดซับเสียงจากกระดาดเหลือใช้ในสำนักงานสามารถใช้เป็นวัสดุทางเลือกที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและยังช่วยเพิ่มมูลค่าให้แก่ขยะเหลือใช้ประเภทกระดาดในสำนักงานได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

ควรปรับปรุงวิธีการขึ้นรูปแผ่นวัสดุดูดซับเสียงให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาต่อให้เทียบเท่ากับวัสดุในท้องตลาด

บรรณานุกรม

1. กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ.(2530).ความผิดปกติของการได้ยิน.พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ้น.

2. กาญจนา นาละพินธุ์. (2533). การศึกษาวิจัยปัญหาเสียงรบกวนในชุมชนเมืองขอนแก่น.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อมบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

3. ปรียา อนุพงษ์อ้อจ. (2553). การพัฒนาชุดทดลองเรื่อง การกำหนดของคลื่นในท่ออากาศ.วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต, 5(2), 5-19.

เพรียวพันธ์ สิริวัลย์ภักดี. (2543). การสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินชั่วคราวเนื่องจากสัมผัสเสียง

รบกวนอุตสาหกรรม : กรณีศึกษา โรงงานผลิตเสาเข็มคอนกรีตเสริมเหล็กอัดแรงหล่อสำเร็จแบบแรงเหวี่ยง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

ปรียา อนุพงษ์อ้อจ. (2550). ความเข้มเสียงที่ระยะต่างกัน. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.atom.rmutphysics.com/charud/oldnews/0/287/6/17/rmutphysics/>

มนัญญาชยาช่วงศ์เลิศ(2550). การศึกษาวิจัยแผ่นวัสดุดูดซับเสียงจากกระดาด A4 เหลือใช้.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตภาควิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย [มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย](#).

ธนาวัฒน์ รักกมล. (2557). ความเป็นไปได้ในการผลิตวัสดุดูดซับเสียงจากถังกระดาดผสมกับถุงกระดาดเหลือใช้ของโรงงานอาหารทะเลแช่แข็ง. วิศวกรรมลาดกระบัง, 31(1), 25-30

สุปัญญา บุญประสิทธิ์. (2557). ขอบเขตบนของพลังงานสถานะพื้นที่ของสารประเภทเฟอร์มิออนใน 2 มิติ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตภาควิชาฟิสิกส์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุนันทา พลปัดพี. (2542). โรคหูตึงเหตุอาชีพ ตำราอาชีวเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : หจก. เจ เอสเคการพิมพ์.

สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ. (2548). พลังงานแม่เหล็กไฟฟ้า. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2558, จาก

<http://www.atom.mutphysics.com/charud/oldnews/201/sattelite/8.htm>

ความเหมาะสมของการห่อแผ่นประคบร้อน งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

ศุภรณันท์ เรืองพุก*

สุทธชัย ใจบาล**

ณัฐนันท์ แซ่ตั้ง***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความเหมาะสมของจำนวนชั้นผ้าขนหนูห่อแผ่นประคบร้อนที่ให้อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการรักษา อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง คือ ผ้าขนหนูชนิดผ้าฝ้ายร้อยเปอร์เซ็นต์ ขนาด 30x54 นิ้ว แผ่นประคบร้อนขนาด 11x19 นิ้ว หม้อต้มที่อุณหภูมิ 73-80 องศาเซลเซียส แห่งวัดอุณหภูมิ และแบบบันทึกอุณหภูมิ เก็บข้อมูลด้วยการทดลองกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังซึ่งเข้ามารับการรักษาทางกายภาพบำบัดจำนวน 9 คน ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2556 ถึง วันที่ 27 กันยายน 2556 ทำการห่อแผ่นประคบร้อนด้วยผ้าขนหนูที่จำนวนชั้นต่างกัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย พบว่าความเหมาะสมของจำนวนชั้นผ้าขนหนูที่ใช้ในการห่อแผ่นประคบร้อนคือผ้าขนหนูจำนวน 10 ชั้น ให้อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการรักษาทางกายภาพบำบัดมากที่สุด คืออยู่ในช่วงอุณหภูมิ 40 – 45 องศาเซลเซียส ส่วนแผ่นประคบร้อนที่ถูกห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 6 ชั้น มีอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมต่อการรักษาทางกายภาพบำบัด เนื่องจาก อุณหภูมิที่ได้เป็นอุณหภูมิที่สูงเกินไป เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังไหม้จากความร้อน และแผ่นประคบร้อนที่ถูกห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 14 ชั้น อุณหภูมิที่ได้น้อยเกินไป ทำให้ได้ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดไม่ดีเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการใช้ผ้าขนหนูที่ใช้ในการห่อแผ่นประคบร้อนจำนวน 10 ชั้น เพื่อป้องกันภาวะผิวหนังไหม้จากการรักษาด้วยแผ่นประคบร้อน ที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

คำสำคัญ : แผ่นประคบร้อน, กายภาพบำบัด, การห่อแผ่นประคบร้อน

* นักกายภาพบำบัด

** นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

*** นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

The suitability of the hot pack wrapped , Physiotherapy department , Hua Hin Hospital

*Supparanan Ruangpuk**

*Suttachai Jaiban***

*Nattanun Saetang****

Abstract

This semi-experimental research aimed to study the suitability layer of towel wrapping the hot pack was suitable for treatment. The instruments used in this study were a 100% cotton towel, size 30x54 inches ,the Hot pack size 11x19 inches, a hydrocollator which controlled the temperature between 73-80 degree celsius, a thermometer and the record form. To collect data in patients with chronic low back pain who come to treatment in the hospital (n=9) from 23 september 2014 to 27 september 2014 . Wrapping the hot pack with the towel in different layers . The descriptive statistics were used for analysis.

The results showed that the 10 layers of towel wrapping the hot pack was suitable for treatment , temperature between 40-45 degree celsius. The six layers of towel was wrapping the hot pack, not suitable for treatment because temperature was too high and patients could be at the risk of getting burned . For the fourteen layers of towel wrapping the hot pack, the temperature was too low so that made it poor treatment .

This study suggested that there should be use the 10 layers of towel wrapping the hot pack for protection of getting burned from hot pack wrapped at Physiotherapy department, Hua Hin Hospital.

Keywords : hydrocollator , physiotherapy , hot pack wrapped

* Physiologist

** Physiologist

*** Physiologist

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันการรักษาด้วยการใช้ความร้อนต้นเป็นที่นิยมใช้ในการรักษาทางกายภาพบำบัดกันอย่างมากมาย ทั้งในโรงพยาบาลหรือคลินิกกายภาพบำบัด โดยเฉพาะการประคบด้วยแผ่นประคบร้อน (hydrocollator pack) ซึ่งเป็นความร้อนชื้นแบบเฉพาะที่ให้ความร้อนที่ทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อมีอุณหภูมิประมาณ 40-45 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่ใช้ในการรักษา ความร้อนชนิดนี้ สามารถลงไปในเนื้อเยื่อได้ประมาณ 1 เซนติเมตรจากผิวหนัง และเป็นวิธีการรักษาที่ง่าย สะดวก มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลายประการ เนื่องจากผลของพลังงานความร้อนที่ถูกถ่ายเทจากแผ่นประคบความร้อนที่สัมผัสกับผิวหนังโดยการนำความร้อนจากอุณหภูมิสูงกว่าไปยังอุณหภูมิของผิวหนัง ทำให้ผิวหนังบริเวณที่วางเกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือดสูงขึ้น ทำให้ออกซิเจน สารอาหารและเซลล์เม็ดเลือดขาวไปยังบริเวณบาดเจ็บมากขึ้น จึงส่งเสริมการหายของการอักเสบ อาการปวดตามเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อจึงลดลง และความร้อนยังช่วยเพิ่มการดูดกลับของของเสียกลับทางท่อน้ำเหลืองและหลอดเลือดดำ ทำให้รอยฟกช้ำหรือจ้ำเลือดจางหายได้ นอกจากนี้ความร้อนยังมีผลทำให้มีการลดลงของกระแสประสาทของ gamma efferent ซึ่งจะให้ความไวของ muscle spindle ลดลงเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อลดการเกร็งลงได้ แต่การใช้ความร้อนก็มีข้อควรระวัง คือ ไม่ให้ความร้อนมาก

เกินไปจนทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อสูงเกินกว่า 45 องศาเซลเซียส เพราะจะทำให้เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อได้ และมีข้อห้ามใช้สำหรับบริเวณผิวหนังที่สูญเสียการรับความรู้สึกร้อน บริเวณที่มีอาการขาการบาดเจ็บเฉียบพลัน บริเวณกล้ามเนื้ออ่อนที่มี การ อักเสบ ของ หลอด เลือด ดำ (thrombophlebitis) ^[1] กระบวนการรักษาทางกายภาพส่วนใหญ่ของนักกายภาพบำบัดต่อผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมักมีการรักษาโดยการวางแผ่นประคบร้อน (Hydrocollator pack) เพื่อบรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อ ^[2]

ดังนั้น เพื่อ ป้อง กัน อุ บั ติ การ ณ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้แผ่นประคบร้อน ทางแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน จึงมีข้อตกลงและประชุมกันว่ก่อนการวางแผ่นประคบร้อนให้คนไข้ นักกายภาพบำบัด จะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายข้อห้ามข้อควรระวังในการวางแผ่นประคบร้อน ซึ่งนักกายภาพบำบัดจะมีการแจ้งกระตังให้ผู้ป่วยสั้น ในกรณีที่มีความรู้สึกว่าร้อนเกินไป ในการวางแผ่นประคบร้อนผู้ป่วยต้องรู้สึกอุ่นสบาย เมื่อรู้สึกร้อน แสบผิวหนังต้องแจ้งนักกายภาพบำบัดทันทีหรือสั่งกระตัง

จากสถิติอัตราการภาวะผิวหนังไหม้จากความร้อน แผนกกายภาพบำบัด รพ.หัวหิน ในปี พ.ศ. 2554 ^[3], 2555 ^[4], 2556 ^[5] มีจำนวน 1, 1, 2 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะผิวหนังไหม้จากความร้อนมักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย

ที่รับรู้ความรู้สึกปกติ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้นักกายภาพบำบัดทราบได้ และผู้ป่วยที่จัดอยู่ในข้อควรระวังในการวางแผนร้อน

ผู้วิจัยในฐานะนักกายภาพบำบัด จึงมีความสนใจศึกษาความเหมาะสมของการห่อแผ่นประคบร้อนของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน เพื่อหาความเหมาะสมของจำนวนชั้นของผ้าขนหนูห่อแผ่นประคบร้อนที่ให้อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการรักษา จึงทำการศึกษาน้ำหนักที่เหมาะสมของการห่อแผ่นประคบร้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อหาความเหมาะสมของจำนวนชั้นผ้าขนหนูห่อแผ่นประคบร้อนที่ให้อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการรักษา

ขอบเขตการวิจัย

ทำการทดลองที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมาจากผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดหลังจำนวน 9 คน ซึ่งมาเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2556 ถึง วันที่ 27 กันยายน 2556

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย ใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง
2. การเลือกตัวอย่าง

เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 คน โดยเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดหลัง ซึ่งมาเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลหัวหิน สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึก โดยเฉพาะความเจ็บปวดและอุณหภูมิร้อนเย็น ไม่มีอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบ ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งอาจกำเริบเมื่อได้รับความร้อน เช่น Metastatic CA, bleeding ไม่มีบริเวณที่มีการไหลเวียนเลือดผิดปกติหรือมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- หม้อต้มแผ่นประคบร้อน 3 หม้อ
- ผ้าขนหนู cotton 100% ขนาด 30x54 นิ้ว จำนวน 27 ผืน

- แผ่นประคบร้อน ขนาด 11x19 นิ้ว

จำนวน 9 แผ่น แท่งวัดอุณหภูมิ 3 แท่ง

- นาฬิกาจับเวลา

4. ขั้นตอนการทดลอง

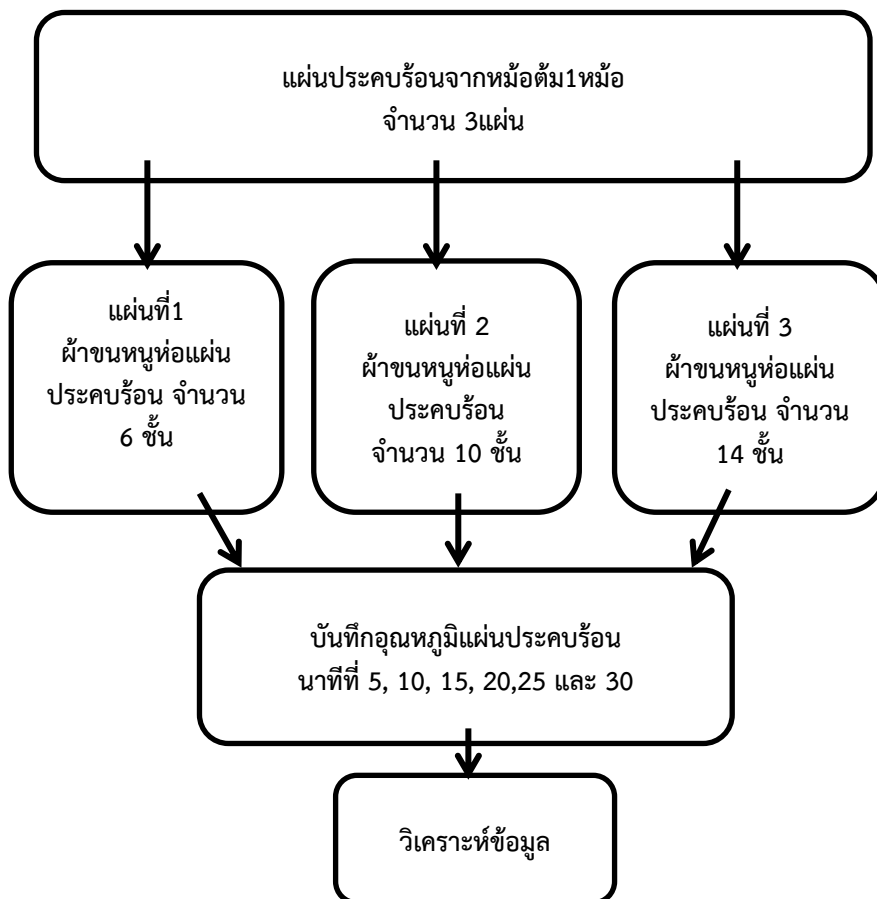
ผู้วิจัยเริ่มทำการวิจัยโดยนำแผ่นประคบร้อนจำนวน 3 แผ่นจากหม้อต้มแผ่นประคบร้อนแต่ละหม้อ 3 หม้อ ซึ่งควบคุมอุณหภูมิในช่วง 73-80 องศาเซลเซียส แบ่งแผ่นร้อนออกเป็น 3 ชุด โดยชุดที่ 1 ห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 6 ชั้น ชุดที่ 2 ห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 10 ชั้น ชุดที่ 3 ห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 14 ชั้น จากนั้นนำไปวางประคบบริเวณหลังของผู้ป่วย(นอนคว่ำ) สอดแท่งวัดอุณหภูมิไว้ระหว่างหลังและแผ่นประคบร้อน จด

บันทึกอุณหภูมิของแผ่นร้อนทั้ง 3 ชุด ในเวลาที่ 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 นาที จากนั้นทำตามขั้นตอนเดิมกับผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ารายถัดไป โดยเลือกแผ่นร้อนจากหม้อต้มที่ 2 และ 3 ตามลำดับ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยอุณหภูมิของแผ่นประคบร้อนที่ห่อด้วย

ผ้าขนหนูจำนวน 6 ชั้น 10 ชั้น และ 14 ชั้น ดังแผนภาพที่ 1

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการทดลองพบว่า

จำนวนชั้นของผ้าขนหนู 6 ชั้น มีอุณหภูมิเฉลี่ยที่เวลา 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 นาที เป็น 51.8, 52.2, 49.5, 46.7, 44.7 และ 42.3 องศาเซลเซียส ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองรู้สึกว่าร้อนเกินไปในช่วงแรกของการวางแผนประคบร้อน จำนวนชั้นของผ้าขนหนู 10 ชั้น มีอุณหภูมิเฉลี่ยที่เวลา 5, 10, 15, 20, 25 และ 30

นาที เป็น 46, 44, 44.3, 43.5, 42.5 และ 41.5 องศาเซลเซียส ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองรู้สึกสบายตลอดช่วง ไม่ร้อนเกินไป

จำนวนชั้นของผ้าขนหนู 14 ชั้น มีอุณหภูมิเฉลี่ยที่เวลา 5, 10, 15, 20, 25 และ 30 นาที เป็น 30.7, 39, 41.3, 41.5, 41.2 และ 40.5 องศาเซลเซียส ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองรู้สึกว่าไม่ค่อร้อนทำให้ไม่ผ่อนคลายหลังการวางแผนประคบร้อน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยอุณหภูมิเป็นองศาเซลเซียสตามจำนวนชั้นของผ้าห่อแผ่นประคบร้อนในระยะเวลาที่ต่างกัน

จำนวนชั้นของผ้า	ระยะเวลา (นาที)					
	5	10	15	20	25	30
6	51.8	52.2	49.5	46.7	44.7	42.3
10	46	44	44.3	43.5	42.5	41.5
14	30.7	39	41.3	41.5	41.2	40.5

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าจำนวนชั้นของผ้าขนหนูที่เหมาะสมที่สุดในการห่อแผ่นประคบร้อนคือผ้าขนหนูจำนวน 10 ชั้น เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายไม่ร้อนเกินไป ซึ่งจำนวนชั้นของผ้าขนหนูดังกล่าวให้อุณหภูมิเฉลี่ยในช่วง 41.5 องศาเซลเซียส ถึง 46 องศาเซลเซียส ซึ่งอยู่ในช่วงของอุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการรักษาและไม่เกิดภาวะผิวหนังไหม้โดย ทำให้เกิดผลเฉพาะที่ (Local effect) คือผลโดยตรงจากความร้อนทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นสูงขึ้น เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น^[6] ส่วนผ้าขนหนูที่ห่อแผ่นประคบร้อนจำนวน 6 ชั้น พบว่า อุณหภูมิที่ได้ส่วนใหญ่มากกว่า 45 องศาเซลเซียส ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะผิวหนังไหม้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ M.A. khan และคณะ ในปี 2011 ที่พบผู้ป่วยเกิดภาวะผิวหนังไหม้ภายหลังการรักษาด้วยแผ่นประคบร้อนที่ห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 2 ผืน^[7] ดังนั้นการห่อแผ่นประคบร้อนด้วยผ้าขนหนูจำนวน 6 ชั้นซึ่งต้องใช้ผ้าขนหนู 2 ผืนเช่นเดียวกัน จึงไม่เหมาะสม และผ้าขนหนูที่ห่อแผ่นประคบร้อนจำนวน 14 ชั้น พบว่า จำนวนชั้นของผ้ามากเกินไป ผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองรู้สึกว่ามันค่อร้อน และอุณหภูมิเฉลี่ยที่ได้น้อยกว่าผ้าขนหนูที่ห่อด้วยแผ่นประคบร้อนจำนวน 10 ชั้น อาจทำให้ได้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรจึงไม่เหมาะสมเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

สามารถนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการห่อแผ่นประคบร้อนเพื่อป้องกันภาวะผิวหนังไหม้จากการรักษาด้วยแผ่นประคบร้อน ที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แผ่นประคบร้อนที่ห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 10 ชั้น
2. ควรมีการศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมในการประคบร้อนด้วยแผ่นประคบร้อนที่ห่อด้วยผ้าขนหนูจำนวน 10 ชั้น

เอกสารอ้างอิง

1. ธาริณี ชันธวิธิ. (ม.ป.ป.). การตรวจวัดประสิทธิภาพแผ่นประคบความร้อนของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกลาง. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน, 2556, จากเว็บไซต์โรงพยาบาลกลาง : <http://www.klanghospital.go.th>
2. ประเสริฐ สกฤตศรีประเสริฐ. (ม.ป.ป.). ร้อน เย็น ลดปวด. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน, 2556, จาก : <http://www.pt.mahidol.ac.th>
3. ทะเบียนการให้บริการงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พ.ศ. 2554

4. ทะเบียนการให้บริการงาน
กายภาพบำบัดโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์ พ.ศ. 2555

5. ทะเบียนการให้บริการงาน
กายภาพบำบัดโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์ พ.ศ. 2556

6. พระวี เต็งอำนวย. (ม.ป.ป.).
เครื่องมือทางกายภาพบำบัด. สืบค้นเมื่อวันที่ 15
กันยายน,

2556, จาก:

[http://medtu5.info/med/uploads/article/PDF/MODAL\(1\).pdf](http://medtu5.info/med/uploads/article/PDF/MODAL(1).pdf).

7. M.A. khan, B.Jamnadas-Khoda,
M.Gorman, E.West, S.Jay, K.Zafeiris,
S.J.Ghosh.

(2011). Iatrogenic burn from the use
of hot packs in paraplegic insensate
patients. **ELSEVIER**, 42(6),64-65.

คลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย

จินตนา ภูณชีทอง*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย และศึกษาผลของคลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย โดยทำการประดิษฐ์คลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย และทดสอบประสิทธิภาพด้วยการทดลองใช้งานจริงกับทารกแรกเกิดในงานห้องคลอดโรงพยาบาลหัวหินในปี พ.ศ.2556 และ 2557 จำนวน 2,595 และ 2,398 รายและประเมินความพึงพอใจในการใช้คลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายจากบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดจำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ คลิปจินตนา ประเมินผลการใช้นวัตกรรมโดยใช้ 1. แบบบันทึกอุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย 2) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า คลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย ก่อนและ หลังใช้ ในปี 2556 และ 2557 มีผลให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จำนวน 65 และ 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.71 และ 1.54 เมื่อเปรียบเทียบผลของการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกแรกเกิดในปี 2556 กับ 2557 ทำให้ลดอัตราการเกิดได้ถึงร้อยละ 56.82 เท่ากับนวัตกรรมคลิปจินตนาป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดได้จริง ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิด พบว่า มีความพึงพอใจในภาพรวมเป็นอันดับแรก 100% รองลงมาด้านความสะดวกต่อการใช้งาน และด้านประสิทธิภาพของการทำงาน 95% และการดูแลรักษาความสะอาดของผู้ใช้นวัตกรรม 90% เป็นอันดับสุดท้าย

คำสำคัญ : คลิปจินตนา / การป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ/ทารกแรกเกิด /ขณะเคลื่อนย้าย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Jintana clip to prevent hypothermia in newborn while moving

*JintanaGunteetong**

Abstract

This research and development were to develop Jintana clip to prevent hypothermia in newborn while moving and to study the result of Jintana clip to prevent hypothermia in newborn while moving. Method of this research to make the Clip Jintana for the prevent hypothermia in newborn while moving, performance test and experiments with actual used with 2,595 and 2,398 newborns at the Delivery Room in Hua Hin Hospital in 2013 and 2014, and evaluate the satisfaction to used Clip Jintana for the prevent hypothermia in newborn while moving from the nurse to make this job 20 persons. The instruments used Clip Jintana and evaluation by 1) Note the body's temperature of newborn while moving. 2) Satisfaction form to evaluate of the nurse to moving newborn. Data were analyzed with descriptive analysis.

The research result are shown before and after used Clip Jintana to the prevent hypothermia in newborn while moving in 2013 and 2014 were 65 : 40 persons have hypothermia at 2.71% and 1.54%. Comparable results in 2013 and 2014 reducing incidence at 56.82%. Clip Jintana to prevent hypothermia in newborn actually. The overall satisfaction of the nurse to work moving the newborn 100% is the first. The second are comfortably and performance of application at 95%. And maintaining the cleanliness of Clip Jintana 90% to the final ranking.

Keywords : Clip Jintana, Prevention the hypothermia, Newborn, while moving.

* Specialist nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบบ่อย สาเหตุจากการควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารกยังไม่สมบูรณ์ ทำให้อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสภาพแวดล้อม ตามฤดูกาลโดยเฉพาะช่วงเวลาที่อากาศหนาวเย็น และลักษณะทางสรีระของทารกแรกเกิดจะมีผิวบางที่กว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว มีปริมาณไขมันใต้ผิวหนังน้อย ทำให้เก็บความร้อนไว้ในร่างกายได้ไม่ดี ซึ่งโดยทั่วไปทารกแรกเกิดจะมีอุณหภูมิปกติเท่ากับ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ทารกแรกเกิดมีการสูญเสียความร้อนที่ผิวร่างกายให้กับสภาพแวดล้อมภายนอก 4 วิธีโดยกระบวนการระเหยจากผิวร่างกาย การนำ การพา และการแผ่รังสีความร้อน ทารกแรกเกิดจึงมีอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ อันตรายของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีมากมาย ความรุนแรงขึ้นอยู่กับระดับความเย็นของสิ่งแวดล้อมที่ทารกอยู่ ระยะเวลาที่ทารกเผชิญความเย็นและความสามารถในการปรับตัวของทารกโดยใช้ปฏิกิริยาเคมี ทารกที่อยู่ในที่มีอุณหภูมิต่ำไม่มากเป็นเวลานาน แต่สามารถสร้างความร้อนเพิ่มโดยใช้ปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้น้ำหนักตัวของทารกไม่เพิ่ม⁽²⁾ ทารกที่เคยมีอุณหภูมิก่อนเกิดเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำอาจเป็นอาการเริ่มแรกของ sepsis ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การมีเลือดออกในสมอง ผลของ perinatal asphyxia ต่อสมอง และข้อ⁽³⁾ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การดูแลทารกแรกเกิดไม่ให้เกิด

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะเคลื่อนย้ายพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอุณหภูมิทารกเพราะนอกจากจะลดผลกระทบโดยตรงที่เกิดกับตัวทารกแล้วยังลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และลดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติได้

โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 340 เตียงผู้รับบริการส่วนใหญ่ เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหัวหิน อำเภอใกล้เคียงและส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจำนวน 3 โรงพยาบาลคือ รพ.ปราณบุรี, รพ.สามร้อยยอด, รพ.ค่ายธนรัตน์ โดยทั้ง 3 โรงพยาบาลไม่มีกุมารแพทย์และสูติแพทย์ในขณะที่โรงพยาบาลหัวหินมีกุมารแพทย์ 3 คน สูติแพทย์ 4 คน มีหน่วยบริการทารกวิกฤติ ดังนั้นโรงพยาบาลในเครือข่ายจึงจำเป็นต้องส่งผู้คลอดมาเพื่อรับการรักษาต่อหรือมา ANC ที่ รพ.หัวหิน และผู้รับบริการฝากครรภ์จะได้รับการตรวจครรภ์โดยสูติแพทย์ทุกราย ยิ่งทำให้ผู้รับบริการคลอดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พ.ศ.2555-2557 มีผู้รับบริการคลอดทั้งหมด 2,768 2,564 และ 2,776 ราย ตามลำดับ⁽⁴⁾ ส่วนด้านอัตรากำลังห้องคลอดมีพยาบาล 11 คนทั้ง 3 ปี ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลจบใหม่ 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน ซึ่งนับว่าเป็นอัตรากำลังที่ค่อนข้างน้อย จากสถิติ พ.ศ.2555, 2556 = 2.45%, 2.71 %⁽⁴⁾ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มที่จะเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายนั้นมีความเสี่ยงสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา

สถานการณ์ภายในโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายพบว่าในปี 2556 มีการย้ายหอผู้ป่วยหลังคลอดออกไปที่อาคารใหม่ ซึ่งอยู่ห่างจากห้องคลอดประมาณ 500 เมตร ระหว่างอาคารเปิดโล่งและมีความลาดชัน มีลมพัดแรงหรืออากาศหนาวเย็น การใช้คลิปแบบเดิม ดังภาพที่ 1 ในการเคลื่อนย้ายทารกจากห้องคลอดไปหน่วยงานหลังคลอด จะมีลมพัดแรงหรืออากาศหนาวเย็นผ่านเข้ามาในคลิปที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเคลื่อนย้าย



ภาพที่ 1 การเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดแบบเดิม

กระทบกับทารกโดยตรง ทำให้ทารกเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะเคลื่อนย้ายเพิ่มขึ้น ในการเคลื่อนย้ายที่ดีที่สุดควรใช้ Transport incubator ที่มีอุณหภูมิในตัว 36 องศาเซลเซียส⁽²⁾ แต่เนื่องจากมีราคาแพง โรงพยาบาลหัวหินมีเพียง 1 เครื่องที่ NICU ซึ่งใช้เฉพาะกรณีทารกที่มีภาวะวิกฤตและไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ผู้วิจัยจึงคิดประดิษฐ์นวัตกรรมคลิปจินตนาขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย

คำถามวิจัย

คลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย
2. เพื่อศึกษาผลของคลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาเป็นทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆและได้รับการดูแลที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหัวหิน 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยก่อนพัฒนาศึกษาในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้ใช้คลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 จำนวน 2,595 ราย และหลังพัฒนาคลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายโดยศึกษาในกลุ่มประชากรตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 2,398 ราย และศึกษาความพึงพอใจในการใช้คลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายจากบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดจำนวน 20 ราย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย
2. ลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายของญาติผู้ป่วยได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการประดิษฐ์คลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายทำการทดสอบประสิทธิภาพ ทดลองใช้กับผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เคลื่อนย้ายทารกแรกเกิด

ขั้นตอนการประดิษฐ์คลิปจินตนา

ขั้นตอนที่ 1 การนำคลิป 2 ตัวมาคว่ำประกบกัน โดยคลิปจะต้องมีขนาดเท่ากันดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนที่ 1 ใช้คลิป 2 ตัว คว่ำยึดติดกัน

ขั้นตอนที่ 2 ผ่าคลิปตัวบนตามด้านยาวตรงกลางออกเป็น 2 ส่วนยึดติดกันด้วยบานพับ
ทดสอบว่าฝาบนของคลิปสามารถเปิด-ปิดได้ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนที่ 2 คลิปตัวบนผ่ากลางออกเป็น 2 ส่วนยึดติดกันด้วยบานพับ
ฝาบนของคลิปสามารถเปิด-ปิดได้

ขั้นตอนที่ 3 แสดงวิธีประดิษฐ์นวัตกรรมรังล่อมอุ่นรัก (Nesting) สำหรับห่อหุ้มทารกในคลิป
ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4แสดงขั้นตอนที่ 3 การประดิษฐ์ผ้าห่มทารกในคลิป “รังล่อมอุ่นรัก” (Nesting)
ที่มา:นวัตกรรมรังล่อมอุ่นรัก (Nesting) ของหน่วยงาน Neonatal Intensive Care Unit (NICU)
โรงพยาบาลหัวหิน รางวัล Best of the Best ของสำนักงานสาธารณสุขประจวบคีรีขันธ์ พ.ศ.2556

ขั้นตอนที่ 4 แสดงการนำนวัตกรรม“รังล่อมอุ่นรัก” (Nesting)ใส่ในคลิปจินตนา ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงขั้นตอนที่ 4 นำนวัตกรรมรังล่อมอุ่นรัก (Nesting) ใส่ในคลิป
จนได้คลิปจินตนา ดังภาพ



ภาพที่ 6 คลิปจินตนา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. บุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติการในห้องคลอดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดด้วยคลิปจินตนาวัตอุณหภูมิทารกแรกเกิด และบันทึกข้อมูลอุณหภูมิร่างกายของทารกก่อนมีการเคลื่อนย้าย

2. บุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติการในห้องผู้ป่วยหลังคลอดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดด้วยคลิปจินตนาวัตอุณหภูมิทารกแรกเกิด และบันทึกข้อมูลอุณหภูมิร่างกายของทารกก่อนรับทารกแรกเกิดเข้าพักในห้องผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ประสิทธิภาพคลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย

ผลการวิจัยพบว่า ในปี พ.ศ.2556 ก่อนนำนวัตกรรมคลิปจินตนามาใช้ในการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำจำนวน

2,398 ราย พบการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.71 ส่วนปี พ.ศ. 2557 หลังจากนำนวัตกรรมคลิปจินตนามาใช้ในการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำจำนวน 2,592 ราย พบการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.54 ดังตารางที่ 1

การใช้นวัตกรรม	จำนวน	การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	ร้อยละ
พ.ศ.2556ก่อนใช้	2398	65	2.71
พ.ศ.2557หลังใช้	2592	40	1.54

ความพึงพอใจในการใช้คลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย

ความพึงพอใจในการใช้คลิปจินตนาในการป้องกันการเกิดอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายของบุคลากรการพยาบาลที่

ปฏิบัติการเคลื่อนย้ายทารก พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวม 100% เป็นอันดับแรก รองลงมา ความสะดวกในการใช้งาน และประสิทธิภาพของการใช้งาน 95% และ การดูแลรักษาความสะอาด 90% เป็นอันดับสุดท้ายดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติการเคลื่อนย้ายทารก

ความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิด	คิดเป็นร้อยละ
1.ความสะดวกในการใช้งาน	95
2.ประสิทธิภาพของการใช้งาน	95
3.การดูแลรักษาความสะอาด	90
4.ความพึงพอใจในภาพรวม	100

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของคลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายพบว่า เมื่อมีการพัฒนาแนวทางการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดจากห้องคลอดไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยการนำนวัตกรรมคลิปจินตนามาใช้เป็นเครื่องมือในการเคลื่อนย้ายนั้น คิดจากจำนวนทารก : จำนวนการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ : ร้อยละของการเกิด ก่อนใช้นวัตกรรมในปี พ.ศ. 2556 กับ หลังใช้นวัตกรรมในปี 2557 เป็น 2,398 : 65 : 2.71 กับ 2,592:40:1.54 ผลของการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาแนวทางการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดโดยใช้คลิปจินตนาในการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้าย วัดค่าประสิทธิภาพของการพัฒนานวัตกรรมได้ = 56.82% ซึ่งถ้าผลการการพัฒนานวัตกรรมมากกว่า 30 %ถือว่านวัตกรรมนั้นประสบความสำเร็จ⁽⁵⁾

การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการสูญเสียความร้อนในทารกแรกเกิดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการเช่น จากตัวทารกเอง การดูแลของพยาบาล และจากสภาพแวดล้อม การจัดให้ทารกนอนในตำแหน่งที่ไม่มีกระแสลมจากเครื่องทำความเย็นหรือลมพัดผ่านถูกตัวทารกโดยตรงและการจัดให้ทารกนอนในท่าที่คล้ายกับตอนที่ทารกอยู่ในมดลูก โดยใช้ผ้าล้อมทารก (Nesting) ช่วยให้อุณหภูมิกายทารกคงที่⁽⁶⁾ ซึ่งกระบวนการข้างต้นต้องอาศัยความรู้ความ

ชำนาญ ประสบการณ์การเอาใจใส่ ช่างสังเกต และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดอย่างเคร่งครัดในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือนวัตกรรมคลิปจินตนาในการป้องกันการพัฒนาความร้อนจากสิ่งแวดล้อมซึ่งแสดงว่าเมื่อมีการใช้นวัตกรรมคลิปจินตนาสามารถป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะเคลื่อนย้ายได้และผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจด้านความสะดวกต่อการใช้งานและด้านประสิทธิภาพของการใช้งานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95 เท่ากัน ส่วนการดูแลรักษาความสะอาดผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90 ความพึงพอใจในภาพรวมผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100

เพิ่มเติมข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการนำคลิปจินตนาไปใช้ในการเคลื่อนย้ายทารกปกติเนื่องจากสามารถช่วยป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายได้และลดผลกระทบโดยตรงที่เกิดกับตัวทารกแล้วยังลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของมารดาและญาติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาวิจัยความแตกต่างของอุณหภูมิภายในและภายนอกคลิปคลิปจินตนาขณะเคลื่อนย้าย

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา โรจนนรินทร์กิจ และปิยภรณ์ ปัญญาวิชิต. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำต่ออุณหภูมิของทารกคลอดครบกำหนด Rama Nurse J. Scien. September – December 2009;386.
2. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข;2554.
3. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การดูแลระบบหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์;2536.
4. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลหัวหิน, พ.ศ.2557.
5. ผกาพรรณ จันทร์เพิ่ม.การพัฒนางานประจำสู่วิจัย เอกสารประกอบการสอนในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ; 7-8ธันวาคม2556; โรงพยาบาลหัวหิน;2556.
6. ชัชฎา บุญยะอภิชาติ, กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร และกิตตินันท์ สิทธิชัย. ผลของการใช้ nest ต่อการควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย วารสารพยาบาลศิริราช ปีที่ 1 ฉบับที่ 2:กค.-ธค.2550 ;1-10.

การพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก

จินตนา วิชญ์เศรษฐี*

ดวงฤทัย พงศ์ทรัพย์การุณ**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก โดยการพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขา ทดสอบประสิทธิภาพด้วยการทดลองใช้งานจริงกับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก ประเมินผลการใช้งาน โดยการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเคนและแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขามีประสิทธิภาพในการลดการเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 100 และบุคลากรทางการแพทย์เกิดความพึงพอใจในชุดอุปกรณ์ในระดับมากที่สุดร้อยละ 95 ส่วนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชุดอุปกรณ์ในระดับมากที่สุดร้อยละ 98

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอกให้เหมาะสมตามขนาดและความยาวขาของผู้ป่วย

คำสำคัญ : อุปกรณ์เบาะรองขา / การเกิดแผลกดทับ / ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

Develop the leg – support Innovation and reduce the incidence at pressure sore in intertrochanteric fracture of femur on skin traction

*Chintana Wichayasaeranee**

*Daungruthai Pongsubkaroon***

Abstract

This research and development were to develop the leg-support innovation and reduce the incidence at pressure sore in intertrochanteric fracture of femur on skin traction which invent the leg support innovation and study the effects of innovation in at risk patients intertrochanteric fracture of femur with the skin traction in patient women surgery department at HuaHin Hospital. The instrument used to evaluate the incidence of pressure sore for risk Prediction of pressure and then evaluate Barden and Norton Scales are better risk prediction of medical personal and patients.

The result shown that the leg-support innovation can present prevent sore effectively 100% and the satisfaction of doctors and nurses were 95 % and the satisfaction of patients were 98%

The suggestion of this research were to adjust the leg support innovation many sizes for each patient's right.

Keyword : Leg-support / pressure sore / Intertrochanteric Fracture of femur on skin Traction

*Specialist Nurse

**Specialist Nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาของผู้ป่วยกระดูกหักโดยเฉพาะกระดูกต้นขาหักมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งต้องทำการรักษาโดยการดัดแนวกระดูกภายนอก แพทย์ได้ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักมีหลายวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและกิจกรรมลดลงจากภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องแผลกดทับบริเวณที่ดัดแนวกระดูกภายนอก อัตราการเกิดแผลกดทับระดับที่ 2 ถึง 4 สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล แสดงถึงการ

การใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ แผลกดทับทำให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งตัวผู้ป่วยเองต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากแผลซึ่งจะทำให้เจ็บปวดและไม่สบาย ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ และถ้าเกิดแผลกดทับในระดับที่รุนแรง เช่น แผลระดับที่ 2 ถึง 4 ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อในกระดูกและกล้ามเนื้อ หรือติดเชื้อในกระแสเลือดจนอาจทำให้ผู้ป่วยช็อกและเสียชีวิตได้ ด้านจิตใจผู้ป่วยจะมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าเดิม และการ

ละเลยต่อการประเมินและจัดการเพื่อป้องกันแผลกดทับ ดังนั้นการป้องกันแผลกดทับจึงเป็นหน้าที่โดยตรงสำหรับพยาบาล

บทบาพยาบาลกับแผลกดทับ⁽¹⁾ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมลดลง จากภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกต้นขาส่วนคอหักจะมีอัตราการเกิดแผลกดทับมากกว่าร้อยละ 60

สูญเสียภาพลักษณ์ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

จากสถิติของโรงพยาบาลหัวหินพบว่า มีผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ปี 2554 ,2555 และ 2556 จำนวน 594, 615 และ 609 ราย ตามลำดับ และพบภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับ ปี พ.ศ. 2554 ,2555 และ 2556 มีผู้ป่วย 1, 3 และ 4 รายตามลำดับ⁽⁷⁾ ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพอาจทำให้เกิดความพิการได้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดัดแนวกระดูกภายนอก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยต่อไป

คำถามวิจัย

ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิด
แผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนว
กระดูกภายนอกควรเป็นอย่างไร

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
กระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก
2. ไม่เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขา
หักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก
3. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูก
ภายนอกมีความสุขสบายในระหว่างการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อ
ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก
ที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก
2. ประเมินประสิทธิภาพของชุดอุปกรณ์
เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
กระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก
3. ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทาง
การแพทย์และผู้รับบริการหลังการใช้ชุดอุปกรณ์
เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
กระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่ง
แนวกระดูกภายนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน
6 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม
พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557

รูปแบบการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดย การ
ประดิษฐ์ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิด
แผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูก
ภายนอก ทำการทดสอบประสิทธิภาพ ทดลองใช้
กับผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจ

สถานที่ทำการวิจัย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหัว
หิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

1. ประดิษฐ์ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาชุด
อุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก
2. เลือกผู้ป่วยเฉพาะกระดูกต้นขาหักที่ดิ่ง
แนวกระดูกภายนอก และยินดีเข้าร่วมการวิจัยหอ
ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 6 ราย
3. ทดลองใช้ชุดอุปกรณ์เบาะรองขา
4. ปรับปรุงแก้ไขชุดอุปกรณ์เบาะรองขา

5. นำชุดอุปกรณ์เบาะรองขาที่พัฒนาแล้วไปใช้จริงกับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก

6. ประเมินการใช้ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจและประเมินการ

เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Barden and Norton Scales are better risk prediction⁽⁸⁾ ของบราเดนโดยแต่ละขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็นข้อๆ ดังนี้

1. ประดิษฐ์ชุดอุปกรณ์เบาะรองขา

การประดิษฐ์ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก มี 2 ขั้นตอนดังนี้

1.1 ส่วนประกอบของชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก ประกอบด้วย

1.1.1. ถุงผ้าสำหรับใส่เตียงลมที่ไม่ใช้แล้ว ขนาด 20 x 30 x 10 เซนติเมตร

1.1.2. ชุดเย็บผ้า เข็ม ด้าย

1.1.3. สำลี

1.2 ขั้นตอนการประดิษฐ์ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก

1.2.1. นำถุงผ้าสำหรับใส่เตียงลมขนาด 20 x 30 x 10 เซนติเมตร ที่ไม่ใช้แล้ว มาเย็บเป็น 4 ช่อง เท่าๆ กัน ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 ถุงผ้าที่เย็บเป็น 4 ช่องเรียบร้อยแล้ว

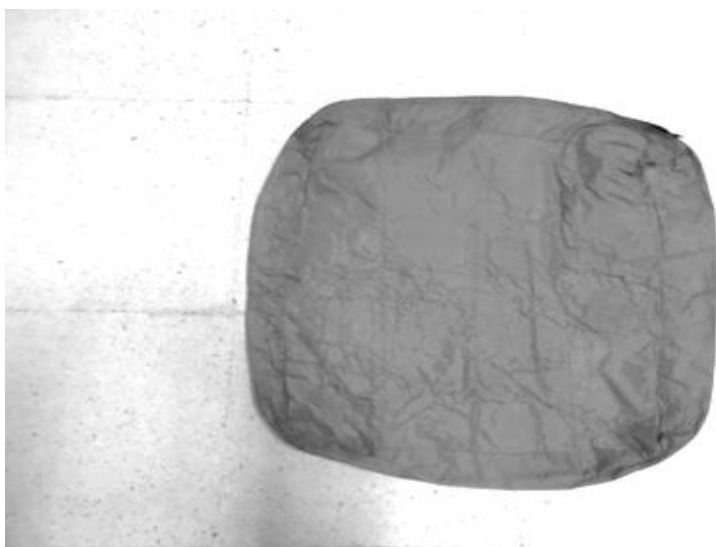
1.2.2. นำถุงผ้าที่เย็บเรียบร้อยแล้วใส่สำลี โดยใส่เฉพาะช่องด้านข้างซ้ายและขวา เว้น 2 ช่องตรงกลางไว้เพื่อสำหรับรองขาผู้ป่วย ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 ถุงผ้าที่ใส่สำลีเฉพาะซ้าย-ขวา เว้น 2 ช่องตรงกลางไว้

1.2.3. เย็บปิดถุงผ้าให้เรียบร้อยเพื่อพร้อมใช้งาน

1.2.4 อุปกรณ์เบาะรองขาที่เย็บเรียบร้อยแล้ว ดังรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 เบาะรองขาที่เย็บเรียบร้อยแล้ว

2. เลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลหัวหินจ. ประจวบคีรีขันธ์จำนวน 6 ราย ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ทดลองใช้ชุดอุปกรณ์เบาะรองขา กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก

ส่วนประกอบของชุดอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ดิ่งแนวกระดูกภายนอก ประกอบด้วย

3.1 ชุด Skin Traction ประกอบด้วย Skin Traction สำเร็จรูป และ Elastic bandage ดังรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 4

ชุด Skin Traction

1.2 Webril

1.3 อุปกรณ์เบาะรองขาที่เย็บเรียบร้อยแล้ว ดังรูปภาพที่ 3

ขั้นตอนการใส่ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอกประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะใส่ให้สะอาด
2. รองบริเวณปุ่มกระดูกด้วยการพัน webriil 2 ชั้น
3. ติดแถบกาวยาว 2 ข้างของแข็งที่จะดึงให้ยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อเพิ่มพื้นที่การดึง
4. พันผ้ายืด (Elastic bandage) รอบแถบกาวยเพื่อให้กระชับผิวหนังแต่อย่าแน่นจนเกินไปตั้งแต่ข้อบนของตาตุ่มให้เรียบจนถึงใต้เข่า
5. เมื่อนำเบาะรองขาไปใช้กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอกดังภาพที่ 5



รูปภาพที่ 5 ผู้ป่วยที่ใช้เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ตึงแนวกระดูกภายนอก

4. ปรับปรุงแก้ไขชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก
5. นำชุดอุปกรณ์เบาะรองขาที่พัฒนาแล้วไปใช้จริงกับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก ดังรูปภาพที่ 6



รูปภาพที่ 6 ผู้ป่วยที่ใช้เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ตึงแนวกระดูกภายนอก

6. ประเมินการใช้ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจและประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (The Barden and Nurton Scales are better risk Prediction) ของบราเดน

ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยแบบสอบถามพบว่า บุคลากรทางการแพทย์พึงพอใจในชุดอุปกรณ์ในระดับมากที่สุดร้อยละ 95 ส่วนผู้ป่วยพึงพอใจในชุดอุปกรณ์ในระดับมากที่สุดร้อยละ 98 ส่วนการประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอกพบว่า ไม่เกิดแผลกดทับร้อยละ 100

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสอบถามความพึงพอใจ

สรุปผลการทดลอง

จากการพัฒนาชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก ได้ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก ทำการประเมินประสิทธิภาพของชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอกพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจร้อยละ 95 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 98 และไม่พบการเกิดแผลกดทับ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ด้วยพยาธิสภาพของโรค พบว่าส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ชุดอุปกรณ์เบาะรองขา เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิณพิชญ์ชา มะम्म ⁽¹⁾ เรื่อง บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และวางแผนการพยาบาล และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนนทสิริ แสงสว่าง และ สุพรรณิ นาคารย ⁽³⁾ เรื่องการใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เบาะน้ำจะพลิกตะแคงตัว 4 ชั่วโมงต่อ 1 ครั้งและยังพบว่าเบาะน้ำช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 98 และจากการใช้ชุดอุปกรณ์เบาะรองขาพบว่า มีประสิทธิภาพร้อยละ 100 สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรปรับขนาดเบาะรองขาให้เหมาะสมตามขนาดและความยาวของขาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยชุดอุปกรณ์เบาะรองขาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ตึงแนวกระดูกภายนอก ที่ใช้วัสดุอื่นที่เหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม/เอกสารอ้างอิง

1. จินพิชญ์ชา มะम्म. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ: ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต; 2555.
2. ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒ กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership; 2550.

3. นันทสิริ แสงสว่าง และ สุพรรณี นาจารย์. การใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. โรงพยาบาลพิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร; 2554

4. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ และคณะ. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด; 2550.

5. สิทธิศักดิ์ หารรรษาเวก. ชีวิตวิทยาของกระดูก. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์; 2553.

6. สิทธิศักดิ์ หารรรษาเวก. วิทยาศาสตร์การแพทย์ของกระดูก เซลล์ต้นกำเนิดและวิศวกรรมเนื้อเยื่อ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

7. สลิตติ. ผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องตรวจโรคกระดูก: โรงพยาบาลหัวหิน; 2554-2556.

8. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (The Barden and Nurton Scales are better risk Prediction) ของบราเดน

การพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟาริน

สกนวรรณ พวงหอม*

อรอนงค์ หงษ์ชุมแพ**

ศิรษา แซ่เนี่ยว*** ****

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลหัวหินได้จัดตั้งคลินิกวาร์ฟาริน เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด “วาร์ฟาริน” มาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๖ ในช่วงแรกของการดำเนินงานยังไม่มีการใช้แบบบันทึกข้อมูล พบปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับขนาดยาดำกว่าการรักษา หรือขนาดยาสูงกว่าการรักษา ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เกิดอันตรกิริยาของยารวาร์ฟาริน และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และยังพบปัญหาค่าไอเอ็นอาร์ (International normalized ratio; INR) ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรักษาเพียงร้อยละ ๒๙.๙ เท่านั้น จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟาริน เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ประวัติ ค้นหาและบันทึกปัญหาจากการใช้ยา และปรับขนาดยารวาร์ฟารินโดยเภสัชกร ก่อนผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ ซึ่งหลังจากการพัฒนาและทดลองใช้แบบบันทึกดังกล่าวเป็นเวลา ๑๘ เดือน พบว่าค่า INR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๖๗.๘ และความพึงพอใจของผู้ใช้แบบบันทึกสูงถึงร้อยละ ๙๗.๑ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินมีประโยชน์ในวาร์ฟารินคลินิก การทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรเป็นผู้ช่วยในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ช่วยค้นหาปัญหาการใช้ยา รวมไปถึงแนะนำขนาดยารวาร์ฟารินที่ปรับตามค่า INR ของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบบันทึกก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์นั้น สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้เภสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟารินยังสามารถให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วย และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ จึงสรุปได้ว่าการพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยารวาร์ฟารินนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มประสิทธิผล และปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่ใช้ยารวาร์ฟารินมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : แบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยารวาร์ฟาริน, ยารวาร์ฟาริน, เภสัชกร, ค่าไอเอ็นอาร์ (International normalized ratio; INR)

*เภสัชกรชำนาญการ

**เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

***นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม

****ประธานศูนย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

The development of drug-related problems and dosage adjustment record forms for patients taking warfarin

*Sakonwan Pounghom**

*Onanong Hongchumpae***

*Seerasa Saeneaw*** *****

Abstract

According to the setting of warfarin clinic in Huahin Hospital in 2013, we have found the drug related problems (DRPs) too much, especially sub-therapeutic, over-therapeutic, non-compliance, drug interaction, and adverse drug reactions (ADRs). Moreover the international normalized ratio (INR) were reported in target range (2.0-3.0) only in 29.9% of patients taking warfarin. Therefore, we have been developed the record form to help the doctor interview and document the patient demographic, investigate the DRPs, and adjust dose of warfarin before patient be seeing a doctor. After 18 months of development and apply the DRPs and dosage adjustment record forms in warfarin clinic, we found that 67.8% of patients have a normal targeted-INR range. And satisfaction of record forms have also been reported in 97.1%. Thus, the DRPs and dosage adjustment record forms for patients taking warfarin have a benefit. Interviewing patients, investigating of DRPs, adjusting warfarin dosage, and record to the form by pharmacist before seeing the doctor can enhance the effectiveness and safety for patients taking warfarin. Furthermore, pharmacists can educate and help patients more compliance. In conclusion, the development of record form is a tool to communicate and notify the doctor and multidisciplinary care team for enhancing an effectiveness and safety in warfarin clinic.

Keywords : drug-related problems and dosage adjustment record forms, warfarin, pharmacist, International normalized ratio (INR)

*Pharmacist, Professional Level

** Pharmacist, Senior Professional Level

***Medical Physical Expert Level

****Chief of Heart Center, Prachuap Khiri Khan Network

ความเป็นมาและความสำคัญ:

ยาวาร์ฟาริน (warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่มีดัชนีการรักษาแคบ มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน และยังมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาเช่น สภาวะหรือโรคร่วมของผู้ป่วย การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง จากข้อมูลแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจปี 2551– 2555 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 30.9 และจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin) มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นการติดตามค่า international normalized ratio (INR) ให้เข้าเป้าหมายอยู่ในช่วงของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดอุบัติการณ์การเกิดก้อนเลือดอุดตัน และอาการข้างเคียงเลือดออกผิดปกติได้

การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางสำหรับดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งเรียกกันว่า คลินิกวาร์ฟาริน (warfarin clinic) ได้มีรายงานวิจัยยืนยันว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้เข้าเป้าหมายมากขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้ การทำงานของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน จำเป็นต้องใช้ความรู้ทางเภสัช

พลศาสตร์/เภสัชจลนศาสตร์ไปจนถึงการจัดการอันตรกิริยาระหว่างยา^{3,6}

โรงพยาบาลหัวหินจึงมีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกวาร์ฟารินเต็มรูปแบบ คือมีการพบเภสัชกรก่อนพบแพทย์ โดยบทบาทหลักคือการทำคำแนะนำเกี่ยวกับยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ค้นหาปัญหาการใช้ยาและร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมถึงได้มีการแนะนำการปรับขนาดยาวาร์ฟาริน ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายส่งให้แพทย์พิจารณา ก่อนสั่งใช้ยาด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลหัวหินจึงเริ่มทำแบบบันทึกปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาวาร์ฟาริน โดยเภสัชกร ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2556 และมีการขยายไปถึงโรงพยาบาลอื่นๆ ในเครือข่ายจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รวมถึงมีการพัฒนาแบบบันทึกมาต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกนี้ สามารถติดตามผลการดำเนินงานการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยคลินิกวาร์ฟาริน และนำมาปรับปรุงและพัฒนางานให้สมบูรณ์ผล

วัตถุประสงค์การวิจัย :

เพื่อพัฒนาแบบบันทึกปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน

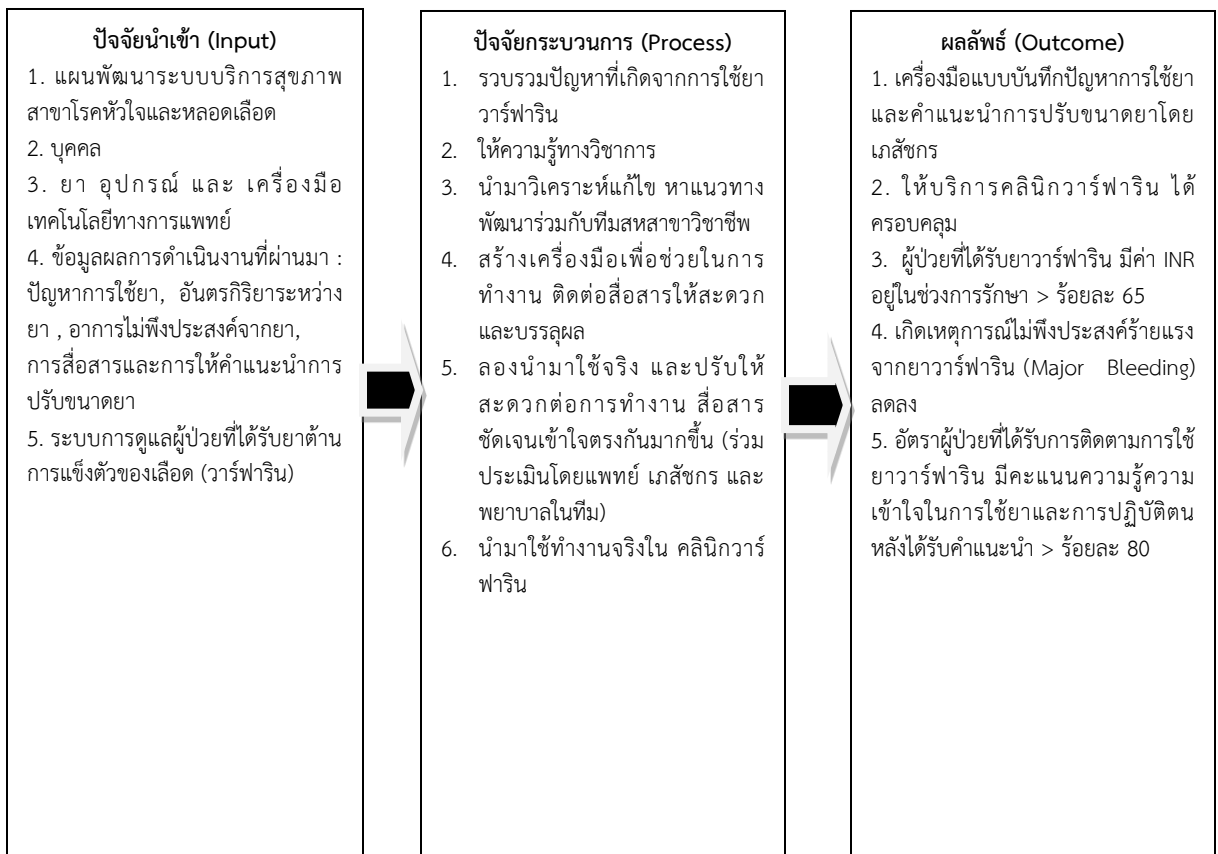
กรอบแนวคิดในการวิจัย :

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ เป็นปัจจัยนำเข้า (input) โดยใช้กระบวนการ (process) ในการพัฒนาตามตัวชี้วัดของ service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ร่วมกับทีมสห

สาขาวิชาชีพอายุรกรรม โดยเริ่มจากการรวบรวม ปัญหา นำมาวิเคราะห์แก้ไข หาแนวทางพัฒนา และริเริ่มทำเครื่องมือเพื่อช่วยในการทำงานให้ สะดวก และบรรลุผล

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาแวนาร์ฟาริน



ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง :

ประชากร คือ ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน ณ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการประเมินแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยา และคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาแวนาร์ฟาริน เป็นผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน และเข้ารับการบริหารเภสัชกรรมที่ คลินิกแวนาร์ฟาริน โรงพยาบาลหัวหิน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล :

1. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (warfarin)³⁻⁷
2. คู่มือการใช้และปรับขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน หรือยาคลินิกแวนาร์ฟาริน โรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งคู่มือนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

วิธีการดำเนินการวิจัย :

การวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาแวนาร์ฟาริน เริ่มจากการทบทวน

วรรณกรรม ทบทวนแนวทางการใช้และปรับขนาดยาแวนาร์ฟาริน รวบรวมวิธีการใช้ยาและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และเริ่มทำการสร้างเครื่องมือ ปรีกษาแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แก้ไขและปรับปรุงเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และเริ่มใช้เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยจริงตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง ปัจจุบัน โดยแบบเก็บข้อมูลมีรายละเอียดต่างๆ คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ชื่อสกุล, เพศ, อายุ, การแพ้ยา, โรคประจำตัว)
2. ข้อบ่งใช้ในการใช้ยาแวนาร์ฟาริน
3. ค่า INR เป้าหมาย 2.0 – 3.0 หรือ 2.5 – 3.5 (ในข้อบ่งใช้การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมแบบโลหะที่ตำแหน่งลิ้นไมทรัล)
4. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยครั้งนี้ (ความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วย, อันตรกิริยาระหว่างยา, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา)
5. ข้อเสนอแนะและความเห็นของเภสัชกรในการปรับขนาดยา
6. ผลการยอมรับการปรับขนาดยาแวนาร์ฟารินตามเภสัชกรแนะนำ
7. ระยะเวลาติดตามครั้งต่อไป
8. ข้อเสนอการจัดการผู้ป่วย

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนเริ่มใช้แบบบันทึก

ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยาว่าฟาริน ก่อนการจัดตั้งคลินิกว่าฟาริน อย่างเต็มรูปแบบ และยังไม่มีการใช้แบบบันทึก ดูแนวทางการปรับขนาดยา และผลของค่า INR ของผู้ป่วย และอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ระยะที่ 2 ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ

มีแพทย์จบใหม่ (Intern) ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการสั่งใช้ยาว่าฟาริน, ไม่ทราบเป้าหมาย INR, และไม่แน่ใจในการปรับขนาดยาขึ้นลงให้ผู้ป่วยอย่างถูกหลักการ ,เภสัชกรไม่มีแนวทางในการปรับขนาดยาที่เป็นไปในทางเดียวกัน และไม่มั่นใจในการให้คำแนะนำกับแพทย์ รวมทั้งพยาบาลไม่ทราบข้อควรระวังและความจำเป็นในการติดตามค่า INR ในการใช้ยาว่าฟาริน และตัวผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญในการกินยาและการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี

ระยะที่ 3 ทดสอบแบบบันทึก

เพื่อช่วยในการทำงานติดต่อสื่อสารให้สะดวก และบรรลุผล ลองนำมาใช้จริงที่คลินิกว่าฟาริน และปรับให้สะดวกต่อการทำงาน และสื่อสารชัดเจนเข้าใจตรงกัน

ขั้นตอนการดำเนินการคลินิกว่าฟารินโรงพยาบาลหัวหิน

การดำเนินการจัดการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ณ คลินิก

ว่าฟาริน โรงพยาบาลหัวหิน เริ่มจากการประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำงานกับคณะกรรมการโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะกรรมการสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหัวหินที่ประชุมลงมติกำหนดให้มีการดำเนินงานทุกวันอังคาร โดยมีขั้นตอนการทำงานดังต่อไปนี้

1. หลังจากผู้ป่วยยื่นบัตรนัด และรับคิวยามาจะติดกระดาษคำว่า “ผู้ป่วย warfarin clinic

ส่งพบเภสัชกรก่อนพบแพทย์”ที่ OPD card และจะส่งผู้ป่วยไปเจาะค่า INR ที่ห้องแลป

2. เมื่อได้ผลค่า INR พยาบาลจะส่งผู้ป่วยที่ใช้ยาว่าฟารินทุกราย พร้อม OPD card เข้ามาพบเภสัชกรที่ห้องคลินิกว่าฟาริน

3. เภสัชกรทำการค้นหาปัญหาการใช้ยา, ดูค่า INR, ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา เน้นย้ำการกินยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แล้วพิจารณาว่าควรปรับขนาดยาหรือไม่ บันทึกลงแบบฟอร์ม เพื่อส่งต่อให้แพทย์พิจารณาต่อไป

4. แพทย์ตรวจ และพิจารณาการใช้ยาว่าฟาริน ของผู้ป่วยแต่ละราย และส่งไปรับยาที่ห้องจ่ายยา

5. เภสัชกรที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมในการสั่งใช้ยา และพิจารณาความสอดคล้องกับใบบันทึกของเภสัชกรคลินิกว่าฟาริน และการสั่งใช้ยาของแพทย์

6. เกสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟารินเก็บข้อมูล บันทึก ติดตาม และรายงานผลการดำเนินการต่อที่ประชุมคณะกรรมการโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะกรรมการสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและกลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัย

จากการติดตามผลการดำเนินงานการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ณ คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลหัวหิน โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาโดยเภสัชกร warfarin เป็นระยะเวลา 18 เดือน โดยศึกษาในผู้ป่วยคลินิกวาร์ฟาริน ทั้งหมด 87คน ได้รับการบริหารเภสัชกรรมและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องรวม 369 ครั้ง ซึ่งพบข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 รวบรวมปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา วาร์ฟาริน

ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ที่พบมากที่สุดได้แก่ ขนาดยาดำกว่าการรักษาขนาดยาสูงกว่าการรักษา ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เกิดอันตรกิริยาของยา วาร์ฟาริน และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตามลำดับ แนวทางการปรับขนาดยาของแพทย์ มี

บางส่วนไม่ตรงตามแนวทางการรักษา ผลการติดตาม INR ครั้งล่าสุดก่อนเข้าคลินิกวาร์ฟาริน ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 คน พบว่าผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาเพียงร้อยละ 29.9 ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะที่ 2 ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ

ให้ความรู้การใช้ยา วาร์ฟาริน กับแพทย์จบใหม่ โดยเพิ่มเนื้อหาการใช้ยา warfarin ไปในวันปฐมนิเทศ ,จัดประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่องแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และมีแนวทางการปรับขนาดยาไปในแนวทางเดียวกัน

ระยะที่ 3 สร้างเครื่องมือ

แบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยา วาร์ฟาริน ผลของการใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยา เป็นตัวสื่อสารและประสานส่งต่อข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามตัวชี้วัด และเป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรม มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 67.8

แบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยา-warfarin โรงพยาบาลหัวหิน

ชื่อ สกุล.....HN เพศ..... อายุ.....ปี การแพ้ยา..... โรคประจำตัว.....

Indication ยา warfarin

- | | |
|--|--|
| ☐ Valvular atrial fibrillation (AF) | ☐ Pulmonary embolism (PE) |
| ☐ Deep vein thrombosis (DVT) | ☐ Valvular heart disease |
| ☐ Mechanical valves replacement (MVR) | ☐ Tissue valves replacement |
| ☐ Mechanical valves replacement (AVR) | ☐ Embolic stroke |
| ☐ อื่นๆ..... | |

ปัญหาของผู้ป่วยครั้งนี้

1. Compliance
 - ☐ กินยาครบตามจำนวน ถูกต้องตามวิธีการใช้
 - ☐ ลืมกินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา วัน/wk
 - ☐ กินยาไม่ถูกต้องตามฉลากยาระบุ เนื่องจาก
2. Drug interaction
 - ☐ โรค.....
 - ☐ ยาร่วม..... วันที่เริ่มใช้ ผล.....
 - ☐ สมุนไพร/อาหารเสริม
 - ☐ สูบบุหรี่มวน/วัน, แอลกอฮอล์.....แก้ว/วัน, กาแฟ.....แก้ว/วัน
3. ADR
 - ☐ Thromboembolism อาการ.....
 - ☐ Bleeding Minor bleeding อาการ.....

Major bleeding อาการ.....

การจัดการของผู้ป่วยเบื้องต้น ☐ หยุดยา.....วันก่อนมารพ. ☐ กินต่อเนื่อง.....mg/วัน

ข้อแนะนำและความเห็นของเภสัชกร

ขนาดยา warfarin ที่กินปัจจุบัน (Total weekly dose..... mg) INR
ล่าสุด.....

พิจารณา ☐ ให้กินยาขนาดเดิม

☐ ปรับขนาดยา ขึ้น.....% เป็น
ลง.....% เป็น

ความเห็นแพทย์ ☐ แพทย์ยอมรับตามความเห็นเภสัชกร

☐ แพทย์มีความเห็น.....

นัด Follow up ครั้งต่อไปวันที่.....เป็นเวลา.....วัน ☐ วันอังคาร ☐ วันพฤหัสบดี

บันทึกการกินยา warfarin และค่า INR ของผู้ป่วย

ขนาดยา

INR

วันที่

ADR

สรุปการจัดการผู้ป่วยรายนี้
.....เภสัชกร.....

การอภิปรายผล :

จากการศึกษานี้ สรุปได้ว่าบทบาทของ
เภสัชกรคลินิกวาร์ฟาริน มีความสำคัญในการดูแล
ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin โดยมีการใช้เครื่องมือ
คือ แบบบันทึกปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำการ
ปรับขนาดยา เป็นตัวสื่อสารและประสานส่งต่อ
ข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งเรื่องของการให้
คำแนะนำเกี่ยวกับยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย
ค้นหาปัญหาการใช้ยาและร่วมกันแก้ไขปัญหา
โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับขนาด
ยา warfarin แก่แพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่
ในช่วงเป้าหมายการรักษาเพิ่มสูงขึ้น และระยะเวลา

ที่ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาเพิ่มขึ้นซึ่ง
จะทำให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษา ได้รับความ
ปลอดภัยจากการใช้ยาสูงสุดและยังเพิ่มความ
ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้เครื่องมือ
คือ แบบบันทึกปัญหาการใช้ยาและคำแนะนำการ
ปรับขนาดยา เป็นตัวสื่อสารและประสานส่งต่อ
ข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถเก็บข้อมูลได้
ครบถ้วนตามตัวชี้วัด และเป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วย
ที่ได้รับการบริบาลเภสัชกรรมมีค่า INR อยู่ในช่วง
เป้าหมายการรักษา เพิ่มสูงขึ้นเป็น 67.8% ซึ่งเมื่อ
เทียบกับก่อนมีการจัดตั้ง warfarin clinic แบบเต็ม

รูปแบบและยังไม่มีการใช้แบบเก็บข้อมูล พบว่าผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา เพียง 29.9% สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ สิริทธิเดช และคณะ¹ ที่ว่าหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาเพิ่มสูงขึ้น และควรติดตามผลแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาแอสไพรินอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับแก้ไขให้เป็นข้อมูลตามหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเผยแพร่แบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยาและคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาแอสไพริน ให้โรงพยาบาลในเครือข่ายและจังหวัดใกล้เคียงได้ใช้ และทำการเก็บข้อมูลตาม

ตัวชี้วัดไปในแนวทางเดียวกัน ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง พัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป

2. เนื่องจากยา warfarin มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อระดับยาและอาการไม่พึงประสงค์ของ

ผู้ป่วย จึงควรมีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมเยี่ยมติดตามปัญหาผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อค้นหาปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยเฉพาะราย

3. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ที่ต้องไปรักษาตัวโรงพยาบาลใกล้บ้านต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อข้อมูลถึงโรงพยาบาลในเครือข่าย warfarin clinic จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และเครือข่าย warfarin clinic เขตบริการสุขภาพที่ 5

เอกสารอ้างอิง

1. มณีรัตน์ สิทธิเดช, ภัทรศรี มุฮัมมัด, นางสาวลักษณ มาลานุสรณ์ และคณะ. ผลของการบริหารทาง

เภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินหลังการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2555 ; 30(2) : 63-72.

2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานพ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.

3. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด : warfarin. ไทยโภชนาการ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์). 2553; 5: 87-98.

4. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, et al. Pharmacology and management of the Vitamin K Antagonists. The eighth ACCP Guidelines on Antithrombotic and

Thrombolytic Therapy. Chest 2008; 133 (suppl): 160s-198s.

5. January CT, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. Journal of The American College of Cardiology 2014;64: 2251-2264.

6. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug information handbook with international trade names index. 20th ed. Ohio: Lexi-comp; 2011-2012.

7. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP III, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary. Journal of The American College of Cardiology 2014;(63): 2469-2471.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน ชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลธิพร เสียงใหญ่ *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 106 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระดับความดันโลหิต โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 10.7

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย นักสุขภาพควรเลือกใช้สื่อสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับช่วงอายุ เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ควรใช้สื่อประเภทสื่อผสม มีรูปแบบการสอนลักษณะเป็นกลุ่มการเรียนรู้ สื่อที่ใช้ควรมีขนาดใหญ่เพื่อให้เห็นภาพและตัวอักษรได้ชัดเจน มีตัวอักษรที่อ่านง่าย มีภาพประกอบเพื่อการอธิบายให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจง่าย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และควรจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติในเรื่องการดูแลตนเองด้วยความตั้งใจและความสนใจ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง / ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง / ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง / แรงสนับสนุนทางสังคม / การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

Self-Care Behaviors Among Hypertensive Patient in Borfai Community under Responsibility of Huahin Hospital Prachuap Khiri Khan Province

*Sittiporn Sieangyai **

Abstract

This research was aimed studying factors which affected self-care behaviors. Sample consisted of 106 hypertensive patient in Huahin Hospital, Prachuap Khiri Khan Province, formed by a simple random sampling technique. Constructed questionnaires were used to collect data. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's product moment correlation co-efficient and multiple regression were used to analyzing all data.

The study reveals bio-social factors that significantly related to self-care behaviors ($p=.05$) among hypertensive patient are age, marital status, career, average income per month and level of blood pressure. Perception of hypertension has positively related to self-care behavior of hypertensive patient at statistically significant .01. The factors that can combined to statistically significant predict self-care behavior is factor of hypertension perception and explain deviation of self-care behavior in overall image at 10.7 %

This research is suggested that health educator should use the appropriate health education media and health behavior development program for hypertensive patients in age, for example, using mixed media which has large and clear both picture and letters for clearly understanding in 60 years-old and upper patients' age range. Group learning is important in exchange knowledge between patients as well as promote self-motivation for patients.

Keywords : self-care behavior/ hypertensive patient / knowledge of hypertension / social support / perception of hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในยุคโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยมและวัฒนธรรม ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน ทำให้ประชาชนขาดการดูแลสุขภาพ ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁾ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของระบบหัวใจและหลอดเลือดจึงเป็นปัญหาของปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา จากรายงานขององค์การอนามัยโลก WHO (2014) ในปี ค.ศ. 2014 ประชาชนทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 1.5 พันล้านคนและเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 7 ล้านคนในแต่ละปี ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องหนึ่งในโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันที่กระทรวงสาธารณสุขเร่งดำเนินการแก้ไขโดยนำมาเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขระดับประเทศ คือ นโยบายเร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วย ตายและผลกระทบด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จากรายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายแผนและยุทธศาสตร์ พบว่าอัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ปี 2557 มีจำนวนถึง 1,349.39 อัตราต่อแสนประชากร และ

จากการตรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี 2557 พบว่าความชุกโรคความดันโลหิตสูงพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีจำนวนร้อยละ 21.5 และร้อยละ 21.3 ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าอัตราผู้ป่วยในแยกรายอำเภอทั้งหมด 8 อำเภอ ปี 2558 อำเภอหัวหินมีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนถึง 246.74 อัตราต่อแสนประชากร สอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2558 ซึ่งปัญหาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในลำดับที่ 3 รองจาก สถานการณ์โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ/ใช้เลือดออก⁽²⁾ ข้อมูลจากงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลหัวหิน สรุป 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2558 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วย 26,175 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.8 รองลงมาคือ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีจำนวนผู้ป่วย 14,574 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.4 และผู้ป่วยด้วยโรคคออักเสบอย่างรุนแรง มีจำนวนผู้ป่วย 9,226 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 ตามลำดับ ส่วน 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2558 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วย 2,247 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 รองลงมาคือ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีจำนวนผู้ป่วย 1,050 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.0 และผู้ป่วยด้วยโรคท้องร่วง มีจำนวนผู้ป่วย 704 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ⁽³⁾ ข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานควบคุมโรค กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลหัวหิน⁽⁴⁾ ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่เขต 13 ชุมชน พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ 13 ชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลหัวหิน มีจำนวนร้อยละ 6.4 และเมื่อพิจารณารายชุมชน 13 ชุมชน พบว่า ชุมชนที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ชุมชนบ่อฝ้าย มีจำนวนร้อยละ 4.6 ชุมชนสมอโพรง มีจำนวนร้อยละ 4.2 และชุมชนตาลเดี่ยว ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งนับจากประชากรที่มีทะเบียนราษฎรอยู่ในชุมชนบ่อฝ้ายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหัวหินสองโรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลหัวหิน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 106 ราย ซึ่งสาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูงคือ พฤติกรรมวิถีชีวิตประจำวัน การบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งเรื่องของพันธุกรรมเป็นหลัก

ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากในการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตประจำวัน ได้แก่ การควบคุมอาหารรสเค็ม การควบคุมน้ำหนักตัว การ

ควบคุมอาหารประเภทไขมัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยาและการไปตรวจรักษาตามนัด การที่ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างหลาย โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพเพราะความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลที่ทำให้คนมีการปฏิบัติตัวตามความเชื่อหรือการรับรู้ต่างๆ สอดคล้องกับแนวคิด แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker & Marshal) ที่ได้มานำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความพร้อมที่จะปฏิบัติประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วยคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงจูงใจที่จะทำให้เกิดความหนักคือ ความสนใจต่อสุขภาพหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติรวมทั้งการรับรู้ถึงโอกาสที่จะลดภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติคือการรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรค⁽⁵⁾ เพื่อนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการพัฒนารูปแบบการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Descriptive Study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 145 คน

(4) คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 คน และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม จำนวน 7 ข้อ (2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ (3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 9 ข้อ (5) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19 ข้อ ทั้งนี้แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้าง ความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทำการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.76 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น = 0.70 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น = 0.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น = 0.77 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยลงพื้นที่ในชุมชนบ่อฝ้ายเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ หลังจากเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว นำข้อมูลที่ได้จาก

แบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-square การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อหาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.0 อายุสูงกว่า 60 ปี ร้อยละ 78.3 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 44.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อ

เดือน 6,001–8,000 บาท ร้อยละ 27.4 มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.2 และไม่พบบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 67.0

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระดับความดันโลหิต ส่วนปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ และประวัติความเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ปัจจัยชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม (n = 106)	X^2 value	df	p-
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง				
เพศ							
ชาย	7 (6.60)	8 (7.55)	20 (18.87)	35 (33.02)	5.9	2	.061
หญิง	11 (10.38)	33 (31.13)	27 (25.47)	71 (66.98)			
อายุ							
ต่ำกว่า 60 ปี	6 (5.66)	12 (11.32)	5 (4.72)	23 (21.70)	6.20	2	.045 *
60 ปีขึ้นไป	12 (11.32)	29 (27.36)	42 (39.62)	83 (78.30)			
สถานภาพการสมรส							
โสด หย่าหม้าย	12 (11.32)	21 (19.81)	26 (24.53)	59 (55.66)	15.96	6	.014 *
สมรสอยู่ด้วยกัน	6 (5.66)	20 (18.87)	21 (19.81)	47 (44.34)			
อาชีพ							
รายได้ประจำ	25 (23.6)	7 (6.6)	30 (28.3)	62 (58.5)	12.26	2	.002 *
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (5.7)	2 (1.9)	36 (34.0)	44 (41.5)			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยชีวิตสังคม	พฤติกรรม การดูแลตนเอง			รวม (n = 106)	X^2 value	df	p-
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง				
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							
6,000–10,000 บาท		26 (24.5)	15 (14.2)	41 (38.7)	55.73	13	.000 *
สูงกว่า 10,000 บาท		36 (34.0)	29 (27.4)	65 (61.3)			
ระดับความดันโลหิต	4 (3.77)	23 (21.70)	12 (11.32)	39 (36.79)	10.77	2	.005 *
ปกติ	14 (13.21)	18 (16.98)	35 (33.02)	67 (63.21)			
สูง	4 (3.77)	19 (17.92)	12 (11.32)	35 (33.02)	5.43	2	.066
ประวัติความเจ็บป่วย	14 (13.21)	22 (20.75)	35 (33.02)	71 (66.98)			
พบ							
ไม่พบ							

*p < .05

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สรุปได้ว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (r)
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.481
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.340 **
แรงสนับสนุนทางสังคม	.083

** < .01

3. การวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อหาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 10.7 % นั่นคือ ตัวแปรดังกล่าวอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 10.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ตัวพยากรณ์	b	s _b	Beta	t	p
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.420	.114	.340	3.683	.000

R^2 ที่ปรับแล้ว = .107 ค่าคงที่ = 28.44

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีประเด็นการอภิปรายผลตามข้อค้นพบจากการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับ

ความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลอายุ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีเวลาให้กับตนเองมากขึ้น เพราะอาจจะเกษียณจากการทำงาน ทำให้มีความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ศิริยามิตรเกษม⁽⁸⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

สถานภาพการสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้ายที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ จินดาวณิชย์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการควบคุม

ระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่สูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีรายได้สูงมักจะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เพราะผู้ที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานหนัก เพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันท์⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

ระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่สูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการต้องการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง จึงต้องหันมาดูแล ใส่ใจรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์ เปี่ยมนุ่ม⁽⁵⁾ ที่พบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอเขาชะเมา จังหวัดจันทบุรี

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้ายที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากมีแนวโน้มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการรับรู้หลายองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ เนื่องจากบุคคลเมื่อได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เชื่อถือได้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อที่จะป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁽⁷⁾ ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและหากผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของโรคมามากขึ้น จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁽⁷⁾ ที่พบว่า หากผู้ป่วยได้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูงมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพนับว่าเป็นสิ่งที่มีสำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะสามารถป้องกันการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพนั้นเกิดจากความตั้งใจและความสนใจสุขภาพหรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีของการปฏิบัติและการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 10.7 %

จากข้อค้นพบดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น หากให้องค์ความรู้ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นแรงกระตุ้นและตระหนักให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีการเสริมแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอารักขา ใจธรรม⁽⁹⁾ ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติงาน

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับ ความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรตั้งเป็นกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง มีการสร้างแกนนำในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดการดูแลรักษาสุขภาพซึ่งกันและกัน ตลอดจนมีบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาในการแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ

2. นักสุขศึกษาควรเลือกใช้สื่อสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับช่วงอายุ เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ควรใช้สื่อประเภทสื่อผสม มีรูปแบบการให้สุขศึกษาลักษณะเป็นกลุ่มการเรียนรู้ สื่อที่ใช้ควรมีขนาดใหญ่ เพื่อให้เห็นภาพและตัวอักษรได้ชัดเจน มีตัวอักษรที่อ่านง่าย มี

ภาพประกอบเพื่อการอธิบายให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพหลังจากมีการให้สุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งพัฒนาเป็นรูปแบบ/โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงความพึงพอใจในการรับบริการที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กรุงเทพฯ; 2559.

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประจำปี 2558. ม.ป.ท.; 2558.

3. โรงพยาบาลหัวหิน. สรุป 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2558. ม.ป.ท.; 2558.

4. สุดารัตน์ รสโสภา, สุไรดา ศรีอุทราวงศ์. รายงานการประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหัวหินเรื่องสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอหัวหิน. ม.ป.ท.; 2558

5. จันทน์ เปี่ยมนุ่ม. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอเขาชะแมกภู จังหวัดจันทบุรี.[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.90 หน้า

6. สุชาติพิญ รุ่งเรืองอนันต์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต], กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2558. 114 หน้า

7. สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557. 146 หน้า

8. ศิริมา มิตรเกษม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557. 128 หน้า

9. อารักขา ใจธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล จตุรพิตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต], กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557. 136 หน้า

10. อุบลรัตน์ จินดาวณิช. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเสนาให้ จังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต], กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557. 145 หน้า

11. World Health Organization & International Society of Hypertension. World Health Organization - International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Journal of Hypertension 2011;17:151-183.

ปัญหาที่เนื่องจากยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

พุทธชาติ ฉันทภักทรางกูร *

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเพื่อทราบวิธีการจัดการปัญหาที่เนื่องจากยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยชาย จำนวน 30 ราย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่มานอนโรงพยาบาลในช่วง 1 เมษายน 2558-30 มิถุนายน 2558 เครื่องมือที่ใช้มี 4 ตอน ได้แก่ แบบบันทึกการให้บริบาลทางเภสัชกรรม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินการใช้ยาสุดท้าย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาที่เนื่องจากยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 ราย จำนวน 42 ครั้ง คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 20 ครั้ง (ร้อยละ 47.62) รองลงมาคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 10 ครั้ง (ร้อยละ 23.81) อันตรกิริยาระหว่างยา 5 ครั้ง (ร้อยละ 11.90) การใช้ยาขนาดสูง 5 ครั้ง (ร้อยละ 11.90) และการใช้ยาดต่ำกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง 2 ครั้ง (ร้อยละ 4.76) 2) ผลการประเมินการตอบสนองของแพทย์และผู้ป่วยต่อคำแนะนำของเภสัชกรพบว่า จากปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด เภสัชกรทำการปรึกษาแพทย์ 15 ปัญหา (ร้อยละ 35.71) ในประเด็น อันตรกิริยาระหว่างยา การใช้ยาในขนาดสูง เภสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วย 27 ปัญหา (ร้อยละ 64.28) ในประเด็น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการใช้ยาดต่ำกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง การประเมินผลการตอบสนองของแพทย์และผู้ป่วยให้การยอมรับและเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถเพิ่มความถูกต้องของเทคนิคการใช้ยาสุดท้าย และช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ การทำ medication reconciliation สามารถช่วยป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้ และการบริหารทางเภสัชกรรมควรกระทำในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ประหยังบประมาณด้านการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/การบริหารทางเภสัชกรรม/ปัญหาที่เนื่องจากยา

*เภสัชกรชำนาญการ รม.

Drug Related Problems of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients at male ward in Bangsaphan Hospital, Prachuap Kirikhan.

*Puttachart Chantapattarakul **

Abstract

This descriptive study aimed to evaluate the outcomes of pharmaceutical care on patient's medication including drug related problems and to know how to manage the problems after the intervention of the pharmacist. Sample consisted of 30 patients, Bangsaphan hospital during 1st April 2015 to 30th June 2015. The device are 4 parts such as the pharmaceutical care form, the general data record form, the inhaler technique evaluate form and the medication reconciliation form. The data were analyzed for percentage, mean, and standard deviation.

The result were 1) 30 patients with drug related problems(DRPs), 42 problems in total. The most DRPs were 20 non-compliances(47.62%), 10 adverse drug reactions(23.81%), 5 drug interactions(11.90%), 5 over doses(11.90%) and 2 under doses(4.76%). A pharmacist resolved or prevented DRPs by counseling patients 27 DRPs (64.28%) and consult physicians 27 problems (35.71%). The outcomes of the response assessment from the doctors and the patients are 100%.

Suggestion from the research : Pharmaceutical care provided by pharmacist for COPD patients could improve patients' inhaler techniques and reduce drug related problems. Medication reconciliation could prevent some DRPs. Pharmaceutical care could do in all of chronic disease patients to receive efficacy and safety in medication and save for our country.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Pharmaceutical care, Drug related problem

*The Master of Sciences of Pharmacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบมากขึ้น พบว่าผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปรวมถึงผู้สูงอายุมีความชุก ร้อยละ 10 เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในประเทศไทย พบภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 2 ของประชากร หรือมีจำนวนประมาณ 700,000 ราย⁽¹⁾ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ลดโอกาสกำเริบของโรคได้เมื่อให้การรักษาที่เหมาะสมมีความจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การยาที่ใช้มีเทคนิคการใช้พิเศษ อาจก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้เภสัชกรต้องเข้าไปมีบทบาทในการแก้ไขและป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

โรงพยาบาลบางสะพานมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และพยาบาล เภสัชกรและพยาบาลจะมีบทบาทในการจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินการใช้ยาเสพติด ประเมินปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดจะช่วยในการทำ breathing exercise ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เภสัชกรจะให้คำแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยทุกรายก่อนกลับบ้าน

การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมตาม GOLD guideline และ

ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การประเมินผลของการบริหารทางเภสัชกรรม ต่อปัญหาจากการใช้ยา และความสามารถในการใช้ยาเสพติด เภสัชกรจะให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้ด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา เทคนิคการใช้ยาเสพติด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ประเมินผลด้านการใช้ยาผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดไม่ถูกต้อง มีการใช้ยาซ้ำซ้อน ต้องมาอนโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ

ผู้วิจัยเป็นเภสัชกร มีส่วนช่วยในการทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินปัญหาจากการใช้ยา ประเมินการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยทุกราย และให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตลอดจนส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรบริหารผู้ป่วยนอก ผลที่ได้จากงานวิจัยเรื่องนี้จะประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบางสะพานต่อไป

คำถามวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนโรงพยาบาลมีปัญหาค่าเนื่องจากยาหรือไม่
2. เภสัชกรบริหารจะได้รับกรยอมรับจากแพทย์และผู้ป่วยหรือไม่หากทำการแทรกแซงในกรณีพบปัญหาที่เนื่องจากยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อทราบวิธีการจัดการปัญหาที่เนื่องจากยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยชาย

ขอบเขตด้านเวลา - 1 เมษายน 2558- 30 มิถุนายน 2558

ขอบเขตด้านสถานที่- หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบางสะพาน

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา- ปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการตอบสนองของแพทย์และผู้ป่วยต่อคำแนะนำของเภสัชกรเพื่อแก้ปัญหาที่เนื่องจากยาหลังให้คำแนะนำ

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การให้บริบาลเภสัชกรรม หมายถึง การให้การดูแลรักษาด้วยยา ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการค้นหาปัญหา ป้องกันการเกิดปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ปัญหาที่เนื่องจากยา หมายถึง

ปรากฏการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเนื่องจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดจากการใช้ยา และปัญหาการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลต่อการตอบสนองที่ต้องการของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนที่มานอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชาย จำนวน 30 คน ในช่วงเวลา 1 เมษายน 2558- 30 มิถุนายน 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบบันทึกงานบริหารทางเภสัชกรรม จำนวน 10 ข้อ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 7 ข้อ และ 3) แบบประเมินการใช้ยาผ่านจำนวน 7 ข้อ 4) medication reconciliation ผ่านการหาความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยจากเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์วิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ**

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการรักษา มี
ทั้งสิ้น 30 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มี

อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 26.67 (อายุเฉลี่ย 65 ปี)
การศึกษาม.3 ขึ้นไป ร้อยละ 56.67 เป็นพ่อบ้าน
ร้อยละ 40 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 76.67
ความถี่ของการใช้ยาสูดพ่นมากกว่า 3 ครั้ง/วัน ร้อย
ละ 50 ร้อยละเฉลี่ยแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย(N=30 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	100
หญิง	0	0
อายุเฉลี่ย 65 ปี		
น้อยกว่า 41ปี	3	10
41-50 ปี	4	13.33
51-60 ปี	8	26.67
มากกว่า 55 ปี	15	50
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	10
ประถมศึกษา 4	10	33.33
มัธยมศึกษา 3 ขึ้นไป	17	56.67
อาชีพ		
พ่อบ้าน	12	40
ค้าขาย รับจ้างทั่วไป	10	33.33
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	5	16.67
พระภิกษุ	3	10
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	2	6.67
ไม่สูบ	5	16.67
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	23	76.67

การใช้ยาในการรักษา		
salbutamol	1	3.33
Budesonide	5	16.67
Salmeterol+fluticasone	10	33.33
Theophylline	30	100
Ipratropium	29	96.67
bromide+ fenoterol		
hydrobromide	10	33.33
Thiotropium bromide		
ความถี่ของการใช้ยาสุดพ่น		
ตามอาการ	3	1
2 ครั้ง/วัน	5	16.67
3 ครั้ง/วัน	7	23.33
มากกว่า 3 ครั้ง/วัน	15	50

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าปัญหาที่เนื่องจากยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มานอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชาย พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ร้อยละ 47.62 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 23.81 ได้รับยาสูงกว่าขนาดรักษา ร้อยละ 11.90 อันตรกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 11.90 และได้รับยาดำกว่าขนาดรักษา ร้อยละ 4.76 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาปัญหาที่เนื่องจากยา

ปัญหาที่เนื่องจากยา	จำนวนปัญหา (N= 42ครั้ง)	ร้อยละ
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	20	47.62
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	10	23.81
ขนาดยาดำกว่าขนาดรักษา	2	4.76
ขนาดยาสูงกว่าขนาดรักษา	5	11.90
อันตรกิริยาระหว่างยา	5	11.90

สำหรับลักษณะของปัญหา ตัวอย่างและ
แนวทางการแก้ปัญหาที่เนื่องจากยา ได้แก่ปัญหา
การได้รับยาขนาดสูง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์

จากยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และ
ปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา รายละเอียดดังตาราง
ที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะของปัญหา ตัวอย่างและแนวทางการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ลักษณะของปัญหา	ตัวอย่างปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผลการตอบสนอง
-การได้รับยาขนาดสูง	-แพทย์สั่งจำนวนครั้งของ การพ่นยาสูงเกินไป -แพทย์สั่งยา Theophylline 1*3pc ซึ่งยา ออกฤทธิ์ 12 ชม.	-ปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาลดขนาดยา	-แพทย์ปรับลดขนาด ยา
-การเกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากยา	-ผู้ป่วยเสียงแหบ และลิ้นเป็นฝ้าจากการ ใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์	-ให้คำแนะนำผู้ป่วย เรื่องการบ้วนปากกลั้วคอ ทุกครั้งหลังใช้	-ผู้ป่วยปฏิบัติตาม
-ความไม่ร่วมมือใน การใช้ยาของผู้ป่วย	-ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ -ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ ยาสูดพ่นชนิด accuhaler เนื่องจากไม่มีแรงสูด	-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ถึงความสำคัญของยา ในการควบคุมโรค -ปรึกษาแพทย์เพื่อ พิจารณาเปลี่ยนยาเป็น ชนิด MDI	-ผู้ป่วยพ่นยาตาม แพทย์สั่ง -ผู้ป่วยยอมใช้ยา
-อันตรกิริยาระหว่างยา	-แพทย์สั่งใช้ยา ciprofloxacin ร่วมกับ alummilk ซึ่งจับกันทำให้ยา ไม่ ถูกดูดซึม	-ปรึกษาแพทย์เพื่อ ขอแยกมียาให้ ห่างกัน 2 ชม.	-แพทย์สั่งแยกมียา ให้ห่างกัน

ตอนที่ 3 ผลการประเมินการตอบสนองของ
แพทย์และผู้ป่วยต่อคำแนะนำของเภสัชกรเพื่อ
แก้ปัญหาที่เนื่องจากยา หลังให้คำแนะนำ

จากการศึกษาพบว่าเภสัชกรจัดการปัญหา
ที่เนื่องจากยา โดยการแนะนำผู้ป่วย ร้อยละ 64.28

และการปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 35.71 รายละเอียด
ดังตารางที่ 4 ส่วนการตอบสนองของแพทย์และ
ผู้ป่วยต่อการให้บริบาลเภสัชกรรมได้รับการยอมรับ
และเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 100

ตารางที่ 4 ผลของการจัดการปัญหาที่เนื่องจากยาโดยเภสัชกร

การจัดการปัญหา	ปัญหา	ร้อยละ
แนะนำผู้ป่วย	27	64.28
ปรึกษาแพทย์	15	35.71

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่เนื่องจากยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 ราย จำนวน 42 ครั้ง คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 20 ครั้ง (ร้อยละ 47.62) รองลงมาคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 10 ครั้ง (ร้อยละ 23.81) อันตรกิริยาระหว่างยา 5 ครั้ง (ร้อยละ 11.90) การใช้ยาขนาดสูง 5 ครั้ง (ร้อยละ 11.90) และการใช้ยาดต่ำกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง 2 ครั้ง (ร้อยละ 4.76) และผลการประเมินการตอบสนองของแพทย์และผู้ป่วยต่อคำแนะนำของเภสัชกรพบว่า จากปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดเภสัชกรทำการปรึกษาแพทย์ 15 ปัญหา (ร้อยละ 35.71) ในประเด็น อันตรกิริยาระหว่างยา และการใช้ยาในขนาดสูง เภสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วย 27 ปัญหา (ร้อยละ 64.28) ในประเด็น การใช้ยาดต่ำกว่าขนาดรักษา และการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยการประเมินผลการตอบสนองของแพทย์และผู้ป่วยให้การยอมรับและเปลี่ยนแปลงร้อยละ 100 จากการที่เภสัชกรให้ข้อมูลบนพื้นฐานของ evidence base และทำที่ที่จริงจังและเป็นมิตร ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของวิลลวธรณ พันธ์ภูเกา และคณะ⁽²⁾ ที่

ศึกษาพบว่าการปฏิบัติที่ผิดมากที่สุดคือ ขั้นตอนเขย่า และกลั่นหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของโอภาส การย์กวินพงศ์ และรุ่งทิพย์ คุปติธรรมา⁽³⁾ ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของวันดี ชเลงพจน์สกุล⁽⁴⁾ ที่ศึกษาพบว่า บางราย มีการลืมรับประทานยาจากการได้รับยาหลายชนิดจากหลายโรคประจำตัว ได้รับยาซ้ำซ้อนจากยาที่รับที่โรงพยาบาล คลินิก ร้านยา ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจภาวะโรค ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เภสัชกรจำเป็นต้องให้ความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม มีการสอน breathing exercise จากนักกายภาพบำบัด แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยฝึกฝน อาจต้องแนะนำการออกกำลังกายชนิดอื่น เช่นการใช้อย่างยืดหรือฉุทหาย บางรายยังไม่เลิกบุหรี่ ทำให้การใช้ยาบางชนิดไม่ได้ผล เช่น theophylline และ steroid ควรมีการแจก mask ผ้าให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันฝุ่นละอองเพื่อป้องกันการกำเริบของอาการหอบ ในช่วงรอยต่อของการให้บริการมีความเสี่ยงของการได้รับยาไม่ครบทั้งตอน admit และ discharge กิจกรรม medication reconciliation ที่เข้มข้นน่าจะช่วยลดความเสี่ยงได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการประเมินขั้นตอนการใช้จ่ายยาสุดท้ายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้จ่าย และยังประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยบางรายอธิบายความจำเป็นในการใช้จ่ายยาสุดท้ายสแตยรอยด์ไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตามอาจต้องทำสื่อการสอนเป็นรูปภาพอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะโรคและความจำเป็นในการใช้จ่ายยาสุดท้ายดังกล่าวในการรักษาและชะลอการดำเนินไปของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ role model ที่ใช้จ่ายและให้ผลการรักษาที่ดีในการให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาและใช้จ่ายยาสุดท้ายเพิ่มขึ้น

เชิงนโยบาย

1. ควรมีการทำ discharge reconciliation ทุกรายเพื่อป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ
2. การบริหารทางเภสัชกรรมควรกระทำในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้จ่ายประหยังบประมาณด้านการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย
3. ควรให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการใช้จ่ายอย่างสม่ำเสมอ

เชิงวิชาการ

- ควรเพิ่มการออกกำลังกายแบบอื่น เช่น ยางยืด ถูทราย เพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้จ่ายที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอำเภอบางสะพาน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557) สถิติสาธารณสุข. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://www.bhps.moph.go.th> (5 กรกฎาคม 2558)
2. วิมลวรรณ พันธุ์เกา, สมพงษ์ เจิ้งฮั่ว, วราพร สุภามูล และคณะ. การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2548; 13(1):51-55.
3. โอภาส การย์กวินพงศ์, รุ่งทิพย์ คุปติธรรมา. ผลของการให้ความรู้และการสอนสาธิตการใช้ผลิตภัณฑ์รูปแบบสุดท้ายในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วารสารวันโรคและโรคทรวงอก 2543; 21:171-182.
4. วันดี ชเลงพจน์สกุล. การประเมินการใช้ผลิตภัณฑ์รูปแบบสุดท้ายในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการ ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร 2539; 13:33-40.

ปริทัศน์หนังสือ

ชื่อเรื่อง : สุขใจไกลกังวล ประวัติโรงพยาบาลหัวหิน

ผู้เขียน : สมชาย เทพเจริญนิรันดร์ กุมารศัลยแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
โรงพยาบาลหัวหิน

วิสัยทัศน์

ศูนย์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นเลิศด้านบริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉินในเขต 5

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการถวายเป็นการแพทย์แด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์
2. พัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ผสมผสาน ทุกระดับ ครอบครัวทั้งเครือข่ายบริการ
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนสู่สังคมสุขภาวะ
4. พัฒนาระบบบริการจัดการแบบมืออาชีพให้สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี
5. เป็นหน่วยบริการสมทบในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
6. บุคลากรมีความสุขและมีเกียรติภูมิ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและศูนย์โรคหัวใจให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. พัฒนาขีดความสามารถบริการให้ได้ตามมาตรฐานรพ. ระดับ 3.1 และได้รับการประกันคุณภาพตามมาตรฐาน HA และอื่นๆ
3. การสร้างสุขภาพสู่หัวหินแข็งแรง
4. การพัฒนาระบบบริหารงาน , การเงินและเทคโนโลยีสารสนเทศ
5. สร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาล
6. การสร้างพันธมิตรในการเชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการกับสถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ
7. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
8. สร้างเสริมขวัญและกำลังใจ ตลอดจนการดูแลสุขภาพสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

กำเนิดโรงพยาบาลหัวหิน

ปี พ.ศ.๒๕๐๕-พ.ศ.๒๕๑๘ สถานีอนามัยชั้น ๑ อำเภอหัวหิน คือชื่อแรกของโรงพยาบาลหัวหิน ตั้งอยู่ที่ เลขที่ ๕๑ ถนนแนบเคหาสน์ ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ มีเนื้อที่ดิน ประมาณ ๒ ไร่เศษ ได้ก่อสร้างขึ้นเป็นอาคารชั้นเดียว โดยสร้างเพิ่มเติมจากหน่วยงานย่อยของกรมควบคุมโรคติดต่อ มีนายแพทย์พินิจ วัฒนไพศาล เป็นแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยคนแรกในปี พ.ศ.๒๕๐๕ จนกระทั่ง ปี พ.ศ.๒๕๑๖ สถานีอนามัยชั้น ๑ อำเภอหัวหินได้ยกระดับเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอหัวหิน

ปี พ.ศ.๒๕๑๘-พ.ศ.๒๕๔๕ เปลี่ยนชื่อจากศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอหัวหินเป็นโรงพยาบาลหัวหิน ๑๐ เติง จนเมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๑๙ ได้ปรับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เติงและเนื่องจากที่ดินในสถานที่เดิมไม่พอที่จะรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลในอนาคตได้ ประกอบกับได้รับการบริจาคที่ดินของนายสุชัย ออสุวรรณ จำนวน ๑๔ ไร่ ๒ งาน จึงได้เริ่มก่อสร้างโรงพยาบาลหัวหินซึ่งตั้งอยู่ที่ ๓๐/๒ ถนนเพชรเกษม ซึ่งห่างจากโรงพยาบาลเดิม ๔ กิโลเมตร ใช้เวลาก่อสร้าง ๗ ปีเศษและได้ย้ายมาอยู่สถานที่ใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหัวหินในปัจจุบันนี้ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๒๒ และในวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๒๒ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินประกอบพิธีเปิด โรงพยาบาลหัวหิน อย่างเป็นทางการ

ปี พ.ศ.๒๕๒๕ ปรับเป็นโรงพยาบาลชุมชน ๖๐ เติง ได้อาคารผู้ป่วยในเพิ่มอีก ๑ หลัง และได้ขอ อนุมัติเงิน ๕ แสนบาทเศษซื้อที่ดินเพิ่มอีก ๓ ไร่เศษรวมทั้งที่ดินโรงพยาบาลหัวหินขณะนั้น ๑๘ ไร่เศษ และในปี พ.ศ.๒๕๒๙ ได้รับเงินบริจาคจากคหบดีชาวกรุงเทพมหานครจำนวนเงิน ๕ แสนบาทมาซื้อที่ดินอีก ๒ ไร่เศษ รวมโรงพยาบาลหัวหินมีที่ดินทั้งหมด ๒๐ ไร่เศษ

พ.ศ.๒๕๓๘ ได้รับการปรับเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๙๐ โดยได้อาคารผู้ป่วยในเพิ่มอีก ๑ หลัง เป็นอาคาร ๒ ชั้น รองรับผู้ป่วยสามัญได้ ๓๐ เติง ผู้ป่วยพิเศษรวม ๑๒ เติง ห้องผู้ป่วยพิเศษ ๑๒ ห้อง ผู้ป่วยพิเศษ VIP ๑ ห้อง ICU ๒ เติง ๑ ห้อง

ปี พ.ศ.๒๕๔๕ ได้รับการปรับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๑๒๐ เติง

ปี พ.ศ.๒๕๔๖-ปัจจุบัน โดยปี ๒๕๔๖ได้รับการปรับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๒๐๐ เติง ในปี พ.ศ.๒๕๕๑

-ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้งบประมาณก่อสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ ๕๐ พรรษา เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐

-ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้รับการปรับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๓๔๐ เตียง พร้อมได้รับงบการก่อสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ ๕๐ พรรษา ในวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๔

-ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้รับงบก่อสร้างอาคารสนับสนุนบริการพร้อมที่จอดรถ ๑๐ ชั้นโดยจะเริ่มก่อสร้างในวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๕๘ โรงพยาบาลหัวหินในปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และเขตสุขภาพที่ ๕

โรงพยาบาลหัวหิน ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้ขยายเครือข่ายต่อเนื่องครอบคลุมทั้งอำเภอหัวหินเพื่อให้บริการประชาชนในโครงการลดความแออัด โดยประชาชนอยู่ใกล้ที่ให้บริการที่นั่น โดยมีชื่อโครงการว่า “โครงการสุขใจไกลกังวล” ภายใต้หลักการ HHH strategy of ๙ คือ

H=Honesty	Royalty ความจงรักภักดีในราชวงศ์
U=Unity	Welfare ขวัญกำลังใจในทุกระดับ
A=Advancement	Human ความก้าวหน้าบุคลากร
H=Healthy	Holistic ระบบบริการในทุกมิติ
I=Innovation	HHH นวัตกรรมใหม่
N=Nobleness	Quality HHH โรงพยาบาลคุณภาพคุณธรรม
H=Happiness	HHH โรงพยาบาลหัวหินโรงพยาบาลแห่งความสุข
O=Operation	Stability of finance ความมั่นคงทางการเงิน

โดยได้กระจายทั้งในเขตเทศบาลและทุกตำบลของอำเภอหัวหินด้วยหลักการมาตรฐานการให้บริการพื้นฐานเดียวกันกับโรงพยาบาลหัวหิน

วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๙ โรงพยาบาลหัวหินครบรอบ ๕๔ ปี ก้าวย่างเข้าสู่ปีที่ ๕๕ พร้อมกับการเปิดตัวของวารสารวิชาการฉบับแรกของโรงพยาบาลหัวหินภายใต้ชื่อ “วารสารสุขใจไกลกังวล” ถือได้ว่าตรงกับเลขมงคล ๕๔ ปีโรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งกำลังจะปรับเป็นโรงพยาบาลขนาด ๔๐๕ เตียง

โรงพยาบาลหัวหินภายใต้โครงการสุขใจไกลกังวลและวารสารสุขใจไกลกังวล จะต้องอยู่เคียงคู่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการตลอดไปภายใต้ค่านิยม “จงรักภักดี สุขภาพดี มีความสุข”

ใบส่งบทความตีพิมพ์
วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับผลงาน จำนวน.....ชุด

Digital File จำนวน.....แผ่น

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน จำนวน 3 ชุด และ Digital File มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่แล้วในวารสารอื่น และยินดี **ปรับแก้ บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด** ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารฯ ต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

1.(ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้นิพนธ์รอง

2.(ตัวบรรจง).....

3.(ตัวบรรจง).....

4.(ตัวบรรจง).....

5.(ตัวบรรจง).....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

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

รายละเอียดสำหรับผู้เขียนในการส่งบทความ / รายงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ใน “วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล”

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และเพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ

คำแนะนำสำหรับผู้สนใจส่งบทความมาลงวารสาร

- สำหรับต้นฉบับผลงานที่สรุปแล้วไม่เกิน 15 หน้า จำนวน 3 ชุด พร้อมเขียนชื่อและเบอร์ติดต่อกลับ
- ทางกองบรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจและจะติดต่อผู้เขียนในกรณีแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ Peer Review เพื่อให้ทางผู้เขียนนำไปดำเนินการแก้ไข เมื่อแก้ไขเสร็จตามที่ประเมินจาก Peer Review ให้นำต้นฉบับที่แก้ไขมาส่งพร้อมไฟล์
- เมื่อบทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว ทางกองบรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน จะนำส่งให้กับผู้เขียนจำนวน 2 เล่ม ตามที่อยู่ที่คุณเขียนให้ไว้

● การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ (ไม่เกิน 15 หน้า)

1. ชื่อเรื่อง (title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) เขียน ชื่อ – นามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นโดยใช้เครื่องหมาย *, **, *** ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) ระบุตำแหน่งทางวิชาการ ชื่อสถานที่ทำงาน หรือหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบัน
3. บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการรวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น
4. หลักและคำอธิบายที่ประสมประสานกับข้อวิจารณ์ โดยประกอบด้วยประเด็นย่อย หรือหัวข้อย่อย และคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์กับข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่
5. สรุป (conclusion)
6. การจัดทำเชิงอรรถและบรรณานุกรม (References) อ้างอิงโดยใช้ระบบแบบ แวนคูเวอร์ (ไม่ควรเกิน 20 เล่ม)

● การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) รายงานวิจัย (สรุปไม่เกิน 15 หน้า)

1. ชื่อเรื่อง (title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) เขียน ชื่อ – นามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นโดยใช้

เครื่องหมาย *, **, *** ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) ระบุตำแหน่งทางวิชาการ ชื่อสถานที่ทำงาน หรือหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบัน

3. บทคัดย่อ (Abstract) มีทั้งฉบับภาษาไทยและอังกฤษต้องเป็นความเรียงย่อหน้าเดียวมีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขป ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีดำเนินการวิจัย (การเก็บข้อมูล/ กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/ การวิเคราะห์ผล) วิธีดำเนินการวิจัย (Materials & Methods) และสรุปผล (Results conclusion) จำนวนไม่เกิน 300 คำ

4. คำสำคัญ (Keyword) เขียนเป็นคำ หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 คำ

5. บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และประเด็นสำคัญทางวิชาการรวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

6. คำถามวิจัย (Research question)

7. วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objective)

8. ประโยชน์ที่ได้รับ (Benefits)

9. วิธีดำเนินการวิจัย (Materials & Methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงตามขั้นตอน

10. ผลการวิจัย (Result) รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นจริงอาจมีตารางและภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

11. อภิปรายผล (Discussion) นำประเด็นที่สำคัญเป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่เสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลของผู้อื่นอย่างไรโดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

12. การจัดทำเชิงอรรถและบรรณานุกรม (References) อ้างอิงโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป