

รายงานวิจัย

- ★ การตรวจหาแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม จ. ราชบุรี วทันยา รัญย์ชนกพงศ์
- ★ ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลนภลัย เบญจวรรณ มาฆะลักษณ์
- ★ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก กมลพร เหมมาตร,
กรวรรณ ปานแพ
สุภาภรณ์ มีแก้ว
- ★ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดราชบุรี
- ★ ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม นัตยา ปรีกัมศีล,
ศุภา เพ็งเลา,
สมใจ สายสม
อุทัย เจริญจิตต์
- ★ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง
- ★ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี บุญเรือง วิทมาลิ่งห์,
ซอผกา จันประดับ
- ★ ผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพะเยา พัชรินทร์ คำนวน,
นิภาภรณ์ เชื้อยูนาน,
ศิริพร เดชอุปการะกุล
วิริยะ ลิ่มมัน
- ★ วิจัยประเมินผลโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมชาติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี: ระยะเริ่มต้น
- ★ อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วนในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี สุกัญญา องอาจ



โรงพยาบาลหัวหิน

วิสัยทัศน์ (Vision)

ศูนย์บริการสุขภาพที่มีความเป็นเลิศด้านบริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉินในเขต 5

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการถวายการแพทย์แด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์
2. ยกระดับระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานระดับสากล ไร้รอยต่อ สู่ความเป็นเลิศด้านบริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉิน
3. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในเครือข่ายทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Service Plan
4. บูรณาการร่วมกับภาคีทุกภาพส่วนเพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมสุขภาพ และวิถีสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยตนเองได้อย่างยั่งยืน
5. พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้สูงก้าวไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม
6. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
7. สร้างระบบบริการเพิ่มพิเศษ (Convenient Health Care)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. ยกระดับระบบบริการการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีความเป็นเลิศ (Medical Excellence)
2. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและระบบบริการที่มีความเป็นเลิศ (PP & Service Excellence)
3. ปรับวัฒนธรรมองค์กรและพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้ก้าวสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (People Excellence)
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรตามหลักธรรมาภิบาลและมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Governance Excellence)
5. พัฒนาระบบบริการเพิ่มพิเศษสำหรับประชาชน (Convenient Service Hospital)

วัฒนธรรมองค์กร

“สุขใจไกลกังวล” ภายใต้หลักการ HHH Strategy of 9 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 ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชนของคณาจารย์ นักวิชาการ บุคลากร และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบัน
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิคณาจารย์ นักวิชาการ บุคลากร และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบัน ได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
4. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารทางวิชาการ
5. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

พญ.ดารารัตน์ รัตนรักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
พญ.ศีระษา แซ่เนี้ยว	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นพ.ณัฐ รัตนโกศรัย	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
พญ.อภิรดี โชติกิตติพงศ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
พว.สิริมา แสงสุวรรณ	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
อาจารย์นิตยา จันทรเรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นางมยุรี จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย จันทรฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม
นพ.สมชาย เทพเจริญนรินทร์	อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

บรรณาธิการ

พญ.อภิรดี โชติกิตติพงศ์	โรงพยาบาลหัวหิน
พว.ประกายพรรณ จินดา	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
------------------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ดร.ผกาพรรณ จันทรเพ็ญ	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
ภญ.สุธารส ปริญญาบุญโณ	โรงพยาบาลหัวหิน
ภญ.วันดี สำเร็จ	โรงพยาบาลหัวหิน
นกก.วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน
มล.เพ็ญประไพ หอยทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นายศุภชัย ศราภักยานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นางสาวนงเยาว์ นวลพรหม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
พว.จาริณี ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการผู้จัดการ

นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวเพ็ญพิศ เพ็ญฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
นายวิชา เบญจานุกร	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวทิพากร แสงศรี	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาววันวิสา ชูศิริ	โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ โรงพยาบาลหัวหิน

สำนักงาน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 แฟกซ์ 032-547350

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

พิมพ์ที่ อภิญาการพิมพ์ 13/60 ซอยหัวหิน 47/1 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์บรรณานุกรมดัชนีการบรรณานุกรมวารสารไทย (TCI)

ในสาขาสหวิทยาการด้านสาธารณสุข

มีแผนการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI เมื่อครบ 6 เล่ม

บทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหัวหิน และกองบรรณาธิการ
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

✚ กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความ
เพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

✚ ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการ
ลงตีพิมพ์ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการ
วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ถนนเพชรเกษม
ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

1. รศ.ดร.อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. ผศ.ดร.สมเสาวนุช จมูศรี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. ผศ.ดร.พิมพ์สุภา จันทนโชติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
5. ผศ.ดร.เชมภัทท์ เย็นเปี่ยม	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
5. ภก.ผศ.ดร.วิชัย สันติมาลีวรกุล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
6. ญ.อ.ดร.อินทิรา กาญจนพิบูลย์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
7. ญ.อ.ดร.พรวัลย์ บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
8. ญ.ผศ.ดร.กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
9. พว.ดร.อัญญา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
10. พว.ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
11. พว.ดร.กมลพรรณ วัฒนาก	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
12. พว.จกมล พุฒิกุล	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
13. พว.ดร.วรเดช ช้างแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
14. พว.ดร.อัญญา พลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
15. พว.ดร.ณรินทร์ แยมสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
16. พว.ดร.ภัทรา ชูริค	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
17. พว.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
18. พว.รวีวรรณ ปัญจมนัส	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
19. พว.บุษบา แสงบุปผา	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
20. พว.กัญญ์สินี วิเศษสิงห์	โรงพยาบาลบ้านโป่ง
21. นางจารุณี ตั้งใจรักการดี	โรงพยาบาลหัวหิน
22. นางสาวทอง วงศ์คำ	โรงพยาบาลหัวหิน
23. นางพัชนี พัฒราช	โรงพยาบาลปราณบุรี

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์พิจารณาบทความ (Peer Review)

1. นพ.เทียนชัย เมธานพกุล	ด้านโรคตา (จอตาและวุ้นตา)	โรงพยาบาลหัวหิน
2. พญ.เชิญพร พยอมแย้ม	ด้านวิสัญญี (การระงับปวด)	โรงพยาบาลหัวหิน
3. พญ.ป.นพรัตน์ เทศพิทักษ์	ด้านรังสี	โรงพยาบาลหัวหิน
4. นพ.จิรัชย์ พิสุทธิเบญญา	ด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ	โรงพยาบาลหัวหิน
5. นพ.ศรัณย์ โชติกเสถียร	ด้านศัลยกรรมระบบประสาท	โรงพยาบาลหัวหิน
6. นพ.ศตวรรษ ปิยะกุลวรรธน์	ด้านศัลยกรรมตกแต่ง	โรงพยาบาลหัวหิน
7. พญ.อติพร ยิ่งอยู่ดี	ด้านอายุรกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
8. พญ.นิรดา ลิมสุนทรากุล	ด้านอายุรกรรมระบบทางเดินหายใจ	โรงพยาบาลหัวหิน
9. นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีสด	ด้านกุมารตจวิทยา	โรงพยาบาลหัวหิน
10. พญ.ดวงหทัย พึ่งสุวรรณ	ด้านกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
11. พญ.ณัชชา จันทร์เทพเทวัญ	ด้านสูติ-นรีเวชกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
12. พญ.สิริหญิง ทองสันต์ดี	ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
13. พญ.พัชรภรณ์ มาลีเวช	ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	โรงพยาบาลหัวหิน
14. พญ.สุไรดา ศรีอุทาววงศ์	ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	โรงพยาบาลหัวหิน
15. พท.นพ.บัญชา ตันขวลิต	ด้านศัลยกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
16. ทพญ.พรนภัส ว่องวานิชวัฒนะ	ด้านทันตกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
17. ทพญ.ภัสสร ช่างเกตุ	ด้านทันตกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
18. พญ.ชญาพร เต็มเลิศชัยกุล	ด้านอายุรกรรมระบบประสาท	โรงพยาบาลหัวหิน

บทบรรณาธิการ

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2561 นี้ ยังคงมีความหลากหลายของเนื้อหาที่ครอบคลุมสภาพการพัฒนาด้านบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองการเรียนรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลหัวหินและเครือข่าย ตามพันธนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เน้นการพัฒนาโรงพยาบาลหัวหินสู่การเป็นองค์กรสุขภาวะ พัฒนาระบบการให้บริการและสนับสนุนบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทุกด้าน พัฒนาการให้บริการสุขภาพสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพต่อสังคม

วารสารฉบับนี้มีความหลากหลายในการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรครบทุกด้านของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านวิทยาศาสตร์ทั้งการแพทย์ การสนับสนุนทางการแพทย์ การพยาบาล สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ และยังมีบทความที่น่าสนใจรอให้ท่านเปิดอ่านอยู่ภายในเล่ม ที่ผ่านมามีแพทย์ติดต่อกับกองบรรณาธิการประสงค์จะส่งงานวิจัยมาเผยแพร่อยู่เนืองๆ กองบรรณาธิการจึงได้พัฒนาวารสารให้ตอบสนองความต้องการของสมาชิก จึงเพิ่มบรรณาธิการเป็นนายแพทย์ด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการเผยแพร่ผลงานวิจัย และวิชาการซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องพัฒนางานวิจัยตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ต่อไป เพื่อเป็นการศึกษาและวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยวิจารณญาณของท่านเอง

สุดท้ายนี้ บรรณาธิการขอขอบคุณผู้ประพันธ์และคณะทำงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลสำเร็จด้วยดี และหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

รายงานวิจัย	หน้า
☆ การตรวจหาแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม จ. ราชบุรี วทันยา ธันย์ชนกพงศ์.....	10
☆ ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภากาศ เบญจวรรณ มาฆะลักษณ์.....	19
☆ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก กมลพร เขมาธร, กรวรรณ ปานแพ.....	28
☆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดราชบุรี สุภาภรณ์ มีแก้ว.....	38
☆ ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม นัตยา ปรีกัมศีล, ศุภา เพ็งเลา, สมใจ สายสม.....	49
☆ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง อุทัย เจริญจิตต์.....	58
☆ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี บุญเรือง วิทมาสิงห์, ช่อผกา จันประดับ.....	73
☆ ผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพะเยา พัชรินทร์ คำนวล, นิภาภรณ์ เชื้อยูนาน, ศิริพร เดชอุปการะกุล.....	89
☆ วิจัยประเมินผลโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมชาติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลท่าหนด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี : ระยะเริ่มต้น วิริยะ ลิ้มมัน.....	102
☆ อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะ ส่วนในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี สุกัญญา องอาจ.....	116

การตรวจหาแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี

วทันยา อินัยชนกพงศ์*

บทคัดย่อ

ไวรัสหัดเยอรมันทำให้เกิดโรคหัดเยอรมันและภาวะแทรกซ้อนอีกมากมาย อันตรายหรือความรุนแรงของโรคหัดเยอรมันคือการติดเชื้อในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งมักก่อให้เกิดกลุ่มความพิการแต่กำเนิดในทารกเนื่องจากหัดเยอรมัน (Congenital Rubella Syndrome ; CRS) ประเทศไทยมีนโยบายให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน แต่จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขยังมีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันอยู่แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการฉีดวัคซีนในประเทศไทยยังไม่สามารถกำจัดโรคนี้ได้ จึงทำให้มีโอกาสพบเด็กที่มีความพิการอันเกิดจากโรคหัดเยอรมันได้ งานวิจัยนี้ต้องการทราบความชุกของภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยอิงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จำนวน 179 คนนำซีรัมของผู้เข้าร่วมการศึกษาไปตรวจหาแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันชนิด IgG โดยวิธี ELISA

ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันร้อยละ 87.71 ส่วนผู้ที่ไม่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันคิดเป็นร้อยละ 12.29 ซึ่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัดเยอรมัน เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมันหลังจากคลอดบุตรแล้วในผู้ที่ไม่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน เพื่อป้องกันการเกิด Congenital Rubella Syndrome ที่อาจเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจที่จะตามมาอีกมากมายในอนาคต การนำข้อมูลที่ตรวจวิเคราะห์ได้มาทบทวนร่วมกับสูติแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเฝ้าระวัง CRS ร่วมกับคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลกที่ให้คำแนะนำสำหรับประเทศที่นำวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันเข้ามาใน Expanded Program of immunization ของประเทศแล้วแต่ยังไม่สามารถกำจัดโรคหัดเยอรมันออกไปจากประเทศได้นอกจากควรเฝ้าระวัง CRS แล้วยังแนะนำให้มีการตรวจนำเหลืองหญิงที่มาฝากครรภ์เป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ปราศจากภูมิต้านทานกันต่อโรคนี้

คำสำคัญ : หัดเยอรมัน ภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน วัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน ความพิการแต่กำเนิดอันเกิดจากโรคหัดเยอรมัน

*นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ, กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก, โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี.

Detection of rubella antibody in pregnant women at Photharam Hospital

Wathanya Thanchanokpong*

Abstract

Rubella virus causes German measles and many complications. Dangerous or virulence of German measles is an infection during early pregnancy, often results in fetal abnormalities that are classified as congenital rubella syndrome (CRS). In Thailand, there is a policy in MMR vaccination. However, the reports from Public health ministry still report the cases of German measles. This indicated that efficacy of MMR vaccine cannot eliminate this disease. Therefore, there is still the risk for CRS burden. Therefore, the aim of this study is to determine the anti-rubella antibody (IgG) in the pregnant women at Photharam Hospital. Randomly select 179 pregnant women at Photharam Hospital from December 2016 to February 2017. After that, their serum were detected the anti-rubella antibody (IgG) using ELISA technique.

Our result shows that the prevalence of pregnant women who have anti-rubella antibody (IgG) was 87.71%. The prevalence of seronegative in pregnant women was 12.29 %. These seronegative women have a risk for German measles. Therefore, they should be rubella vaccinated before next pregnancy to prevent the incidence of congenital rubella syndrome.

Keywords : Rubella, Anti-Rubella IgG, Rubella vaccine, Congenital Rubella Syndrome

**Professional of Medical Technologist, Department of Medical Technology and Clinical Pathology, Photharam Hospital Ratchaburi province.*

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคหัดเยอรมัน มีสาเหตุมาจาก rubella virus Rubella virus ค้นพบโดยแพทย์ชาวเยอรมันและมีการศึกษามากในประเทศเยอรมัน ดังนั้นจึงตั้งชื่อโรคที่เกิดขึ้นว่า หัดเยอรมัน (German measles) เป็นโรคที่พบในมนุษย์เท่านั้น มีระยะฟักตัวประมาณ 14-21 วัน ครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการหรืออาการไม่รุนแรง อาการนำ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยไขต่างๆ ต่อม น้ำเหลืองโต โดยเฉพาะตามลำคอ หลังใบหู หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์จะเกิดผื่นเป็นเม็ดละเอียดสีชมพู ซึ่งปรากฏที่ใบหน้าก่อนและขึ้นที่คอไล่ลงมาตามลำตัวและแขนขา อาการจะหายภายใน 3 วัน อันตรายหรือความรุนแรงของโรคหัดเยอรมันเกิดขึ้นในกรณีเดียว คือ การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์จะทำให้เกิดการติดเชื้อของทารกในครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดกลุ่มความพิการแต่กำเนิดของทารก (congenital rubella syndrome; CRS) จะมีอาการ หูหนวก ความผิดปกติทางสายตา หัวใจพิการ ความผิดปกติของกระดูก รวมทั้งความผิดปกติของระบบประสาท รวมถึงสติปัญญาด้วย ซึ่งพบได้ประมาณ 20-85% ในทารกที่เกิดจากการติดเชื้อที่ได้รับเชื้อหัดเยอรมันก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โรคหัดเยอรมันติดต่อได้ง่ายจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย ผู้ที่ไม่แสดงอาการก็สามารถแพร่เชื้อได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ 2-3 วันก่อนผื่นขึ้นจนถึง 7 วันหลังผื่นขึ้น ตามปกติหลังการติดเชื้อครั้งหนึ่งจะเกิดภูมิคุ้มกันโรคได้ตลอดชีวิต¹

แผนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของไทยกำหนดให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (Measles-Mumps-Rubella Vaccine; MMR) อย่างน้อย 2 ครั้ง ฉีดครั้งที่ 1 เมื่อเด็กอายุ 9 - 12 เดือน และฉีดซ้ำครั้งที่ 2 เมื่อเด็กอายุ 4 - 6 ปี (เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2539) แต่พบว่า การฉีดแบบนี้ ยังไม่สามารถป้องกันการระบาดของโรคได้ ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคหัดเยอรมันในประเทศไทย ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขจึงเปลี่ยน

คำแนะนำให้ฉีดครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2 1/2 ปีการฉีดครั้งที่ 2 นี้มีความสำคัญเพื่อเร่งการสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กที่ได้รับวัคซีนครั้งแรกแล้วไม่ได้ผล (Primary vaccine failure) และในกรณีที่ 2 คือหลังการได้รับวัคซีนไประยะหนึ่งระดับภูมิคุ้มกันโรคที่ร่างกายสร้างขึ้นจะลดลงจนอาจต่ำกว่าระดับที่ป้องกันโรคได้ (Secondary vaccine failure)²

ในประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังโรคหัดเยอรมัน ซึ่งเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2518 พบว่าในปี พ.ศ. 2527 และ ปี พ.ศ. 2534 มีอัตราการป่วยของโรคหัดเยอรมันสูงมาก และได้มีวัคซีนหัดเยอรมันเดี่ยวๆ มาใช้ในปี พ.ศ. 2529 จากนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 มีอุบัติการณ์ของการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหัดเยอรมันลดลงเรื่อยๆ³ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2527 โดยการตรวจหา rubella IgM ในเลือดสายสะดือของทารกแรกคลอดโดยทั่วไปพบการติดเชื้อหัดเยอรมันแต่กำเนิดประมาณร้อยละ 1.1 และลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2528⁴ ในปี พ.ศ. 2544 สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคหัดเยอรมันจำนวนทั้งสิ้น 889 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 1.43 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2536-2543 มีแนวโน้มลดลง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2536-2541 อัตราป่วยมีลักษณะสูงต่ำปีเว้นปี ปี พ.ศ. 2542-2543 ผู้ป่วยเพิ่มสูงติดต่อกันสองปี เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2541 ส่วนปี พ.ศ. 2544 อัตราป่วยลดต่ำลงโดย พบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี¹ มีการศึกษาความชุกของประชากรไทยที่มีภูมิคุ้มกันต่อ หัด คางทูม หัดเยอรมัน การประเมินโครงการฉีดวัคซีน MMR ในปี พ.ศ. 2547 จากประชากรจำนวน 899 คน พบว่าประชากรในจังหวัดเชียงราย อุดรธานี ชลบุรี และนครศรีธรรมราช มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเยอรมัน 95.1%, 85.5%, 88.3%, และ 87.8% ตามลำดับ⁵ และจากการศึกษาวิจัยเรื่องแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2548 พบว่าหญิงมีครรภ์อายุ 24-33

ปี มีภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมันเพียง 27%⁶ ในปี พ.ศ. 2556 มีรายงานสรุปสถานการณ์โรคหัดเยอรมันใน กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 66 ราย คิดเป็น อัตราป่วยสะสม 1.61 ราย ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 25-29 ปี⁷

แม้ว่าจะมีแผนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของไทย โดยกำหนดให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ในเด็ก แต่จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังมีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันอยู่ และจากการศึกษาวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2548⁸ พบว่ามีภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมันเพียง 27% แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน แต่ก็ยังพบผู้ที่ไม่มีภูมิต้านทานต่อโรค จึงยังพบผู้ป่วยด้วยโรคนี้อยู่ ซึ่งมีผลต่อเนื่องคือมีโอกาสพบเด็กที่มีความพิการโดยกำเนิดอันเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกติดเชื้อ

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำว่า สำหรับประเทศที่นำวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันเข้ามาใน Expanded Program of immunization ของประเทศ แล้วแต่ยังไม่สามารถกำจัดโรคหัดเยอรมันออกไปจากประเทศได้ นอกจากควรเฝ้าระวัง congenital rubella syndrome (CRS) แล้วยังแนะนำให้มีการตรวจน้ำเหลือง หญิงที่มาฝากครรภ์เป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ปราศจากภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้

ดังนั้นการป้องกันการเกิด CRS คือการมีภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมันของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้ยังไม่มี การเก็บข้อมูลการเกิด CRS และยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับสถานะภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันในโรงพยาบาล โพรธารามมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานะทางภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดย อิงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลโพรธาราม เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมันหลังจากคลอดบุตรแล้ว

ในผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเยอรมัน เพื่อป้องกันการเกิด Congenital Rubella Syndrome ที่อาจเกิดขึ้นในการ ตั้งครรภ์ครั้งต่อไปซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพและ เศรษฐกิจที่จะตามมาอีกมากมายในอนาคต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยพื้นฐานรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บตัวอย่างเลือด ปริมาตร 2-3 มล. จากหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.โพรธาราม จ.ราชบุรี ตั้งแต่ธันวาคม 2559 ถึงกุมภาพันธ์ 2560 และให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษรประมาณ 180 รายโดยมีการเก็บข้อมูลทั่วไปของหญิงมีครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ ภูมิฐานะ และ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน จากนั้นตัวอย่างซีรัมของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษานำมาตรวจหาภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันชนิด IgG ด้วยวิธี Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)

ขั้นตอนการทำ ELISA

หลักการของการทดสอบ

ชุดทดสอบนี้ประกอบไปด้วย micro titer strips เป็นแถว 12 แถว แต่ละแถวมี 8 หลุม สามารถหักออกจากกันได้ แต่ละหลุมจะ coated ไว้ด้วย rubella virus antigen เพื่อตรวจหาแอนติบอดีต่อ rubella virus ในขั้นตอนแรกของการทำปฏิกิริยาให้ทำการ dilute ตัวอย่างตรวจ โดยสามารถใช้ได้ทั้งซีรัมหรือพลาสมา จากนั้นนำไป incubate ในหลุมที่เคลือบไว้ด้วยแอนติเจนที่ กันหลุม ในกรณีที่เป็นตัวอย่างที่เป็น positive specific IgG จะจับกับแอนติเจนที่ coat ไว้ได้ anti-human IgG ซึ่งถูกติดฉลากไว้ด้วยเอนไซม์ Peroxidase ซึ่งสามารถไป จับอย่างจำเพาะกับ human IgG หลังจากล้างเอา anti-human IgG ที่ไม่ทำปฏิกิริยาออกไป จากนั้นเติม substrate/chromogen ก็จะทำให้เกิดสีได้หากมี enzyme-labelled anti-human IgG (enzyme

conjugate) จับอยู่กับแอนติบอดีที่อยู่ในตัวอย่างตรวจ สำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณจะทำ calibrator 4 ค่า คือ 1, 10, 50 และ 200 IU/mL พร้อมทำ positive และ negative controls ไปพร้อมกับตัวอย่างตรวจ โดยจะนำค่าของ Calibrator ทั้ง 4 ค่า ไปทำ Calibration curve ต่อไป

วิธีการทำ ELISA

เจือจางตัวอย่างให้เป็น 1:100 โดยเติม serum 10 ไมโครลิตร ต่อ buffer 990 ไมโครลิตร แล้วผสมให้เข้ากัน เติม calibrators, positive control, negative control และ serum ผู้ป่วยที่เจือจางแล้ว 100 ไมโครลิตร ใน หลุมของแต่ละหลุมตาม protocol แล้ว incubate ที่ อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 30 นาที สลัดน้ำออกให้หมดแล้ว

นำไปล้างด้วย washing buffer หลุมละ 300 ไมโครลิตร 3 ครั้ง และต้องทำการสลัดเอา solution ออกให้มากที่สุด โดยการคว่ำ plate เติม peroxidase-labelled anti-human IgG 100 ไมโครลิตรลงในแต่ละหลุม incubate ที่อุณหภูมิห้อง 30 นาที สลัดน้ำออกให้หมดแล้วนำไปล้างด้วย washing buffer หลุมละ 300 ไมโครลิตร 3 ครั้ง และต้องทำการสลัดเอา solution ออกให้มากที่สุดโดยการคว่ำ plate เติม chromogen/substrate แล้วนำไป incubate ที่อุณหภูมิห้อง ในที่มืด 15 นาที จากนั้นเติม stop solution 100 ไมโครลิตรนำไปวัดการดูดกลืนแสงด้วย เครื่อง ELISA reader ที่ wavelength 450 nm โดยวัด ภายใน 30 นาทีหลังจากเติม stop solution

Cut-off value: 10 International units (IU)/mL(9)

การแปลผล	<8 IU/ml :	Non protective Ab
	≥ 8 to <11 IU/ml :	borderline
	≥ 11 IU/ml :	Protective Ab

ระดับภูมิต้านทาน(แอนติบอดี) ≥ 11 IU/ml สามารถป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมันได้

ระดับภูมิต้านทาน(แอนติบอดี) < 8 IU/ml ไม่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมัน

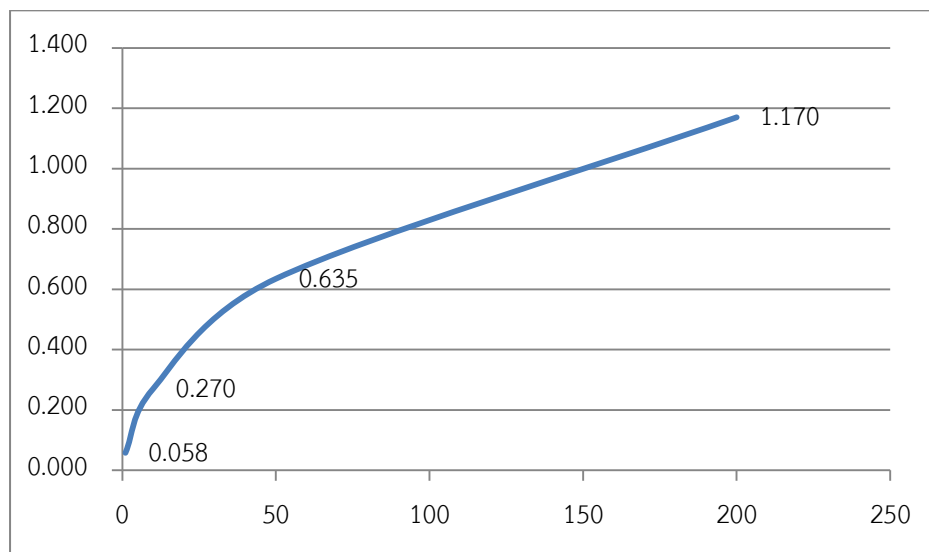
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงค่าการดูดกลืนแสง (Optical Density, OD) ของสารที่ใช้เทียบค่า (Calibrator)

Calibrator (IU/mL)	OD at 450 nm
1	0.058
10	0.270
50	0.635
200	1.170

รูปที่ 1 กราฟแสดง การดูดกลืนแสง (Optical Density ,OD) ของสารที่ใช้เทียบค่า (Calibrator)

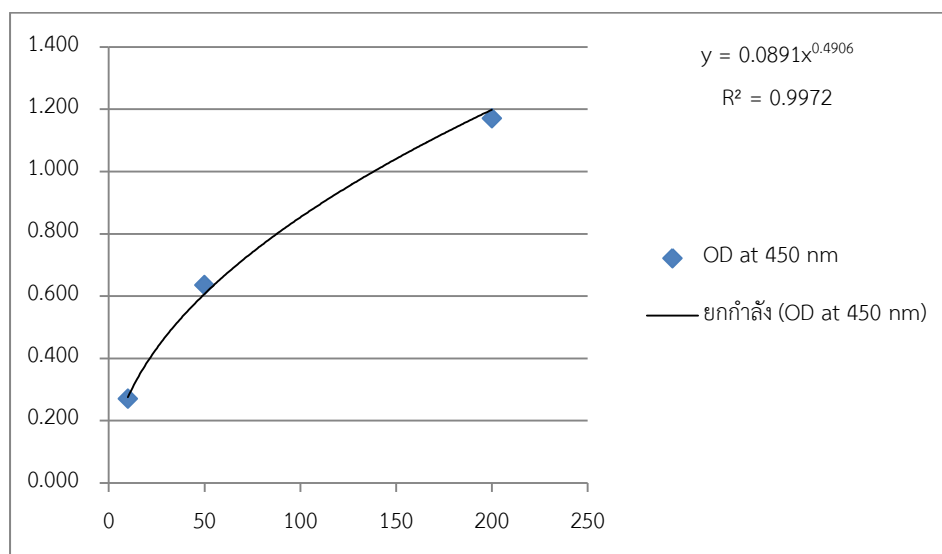
OD at 450 nm



ระดับภูมิต้านทาน (แอนติบอดี) IU/mL

รูปที่ 2 กราฟสมการเชิงเส้นของสารที่ใช้เทียบค่า (Calibrator)

OD at 450 nm



ระดับภูมิต้านทาน (แอนติบอดี) IU/mL

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละภูมิต้านทาน (แอนติบอดี) ต่อโรคหัดเยอรมัน

ภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมัน		
- มีภูมิต้านทานสูงเพียงพอต่อการป้องกันโรคหัดเยอรมัน	157	87.71
- มีภูมิต้านทานไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคหัดเยอรมัน	22	12.29

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยภูมิต้านทาน (แอนติบอดี) ต่อโรคหัดเยอรมัน

IgG for Rubella	Mean (IU/mL)	SD
- ค่าเฉลี่ยภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมัน	68.81	74.76
- ค่าเฉลี่ยภูมิต้านทานสูงเพียงพอต่อการ ป้องกันโรคหัดเยอรมัน	147.11	61.11
- ค่าเฉลี่ยภูมิต้านทานไม่เพียงพอต่อการ ป้องกันโรคหัดเยอรมัน	1.36	3.05

ผลการวิจัย

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 179 คน ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปี โดยมีการกระจายของอายุดังนี้คือ อายุเฉลี่ย 25 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี อายุสูงสุด 35 ปี ค่าเฉลี่ยภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน คือ 68.81 IU/mL (range 0 - >200 IU/mL) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 74.76 IU/mL พบผู้ที่มีภูมิต้านทานต่อโรคหัดเยอรมัน 157 คน คิดเป็น 87.71% โดยค่าเฉลี่ยภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน คือ 147.10 IU/mL และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 61.11 IU/mL และพบผู้ที่ไม่ภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน 22 คน คิดเป็น 12.29% โดยค่าเฉลี่ยภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน คือ 1.36 IU/mL และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.05 IU/mL

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาอายุของหญิงตั้งครรภ์ 13-35 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี ประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันคิดเป็น 87.71% ส่วนผู้ที่ไม่ภูมิแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันคิดเป็น 12.29 % โดยเป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าความชุกที่สูงของประชากรที่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน เนื่องจากการได้รับวัคซีนในวัยเด็ก ซึ่งแผนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของไทย กำหนดให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) 2 ครั้ง ครั้งที่1 เมื่ออายุ

9-12 เดือน และครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4-6 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวยังพบผู้ที่ไม่ภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันสูงถึง 12.29 % ซึ่งการทดลองนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้วัคซีนที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในประเทศไทย ดังนั้นผู้ที่ไม่ภูมิแอนติบอดีต่อหัดเยอรมันยังคงสามารถติดเชื้อหัดเยอรมันได้เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คนในกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่อาจเกิดการติดเชื้อหัดเยอรมันในระหว่างการตั้งครรภ์ จึงทำให้มีโอกาสพบเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดอันเกิดจากหัดเยอรมันได้

การพบอัตราความชุกของผู้ที่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันอยู่ที่ 87.71% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีการรายงานในปี พ.ศ. 2547 ในประเทศไทย ซึ่งพบอัตราความชุกอยู่ที่ 85.5%-95.1%⁹

นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศเคนย่ารายงานถึงอัตราของผู้ที่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน 92.9% ของหญิงที่มาฝากครรภ์ 470 คน จากโรงพยาบาล Moi Teaching and Referral (MTRH)¹⁰ และการศึกษาในประเทศซูดาน รายงานถึงอัตราของผู้ที่มีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมัน 95.1 % ของหญิงที่มาฝากครรภ์ 500 คน จากคลินิกฝากครรภ์ในเมืองคาร์ทุมประเทศซูดาน¹¹ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้ แต่สิ่งที่ต่างจากการศึกษานี้คือ ในประเทศเคนย่าไม่มีการนำวัคซีน MMR มาใช้ การมีภูมิต้านทานต่อหัดเยอรมันจึงเป็นการติดเชื้อในธรรมชาติ

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ว่าแผนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของไทย ได้กำหนดให้มีการฉีดวัคซีน MMR แต่ก็ยังพบอัตราของประชากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเยอรมันค่อนข้างสูง (12.29%) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากเทคนิคในการให้วัคซีนที่ไม่ดี การเก็บรักษาวัคซีนที่ไม่ถูกต้องหรือระบบสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถเข้าถึงหรือครอบคลุมประชาชนทั่วทุกพื้นที่ ซึ่งอาจทำให้เด็กบางคนอาจได้รับวัคซีนเพียงครั้งเดียวเพราะเมื่อเด็กอายุมากขึ้นก็จะเข้ารับการตรวจสุขภาพหรือการมีตารางการฉีดวัคซีนที่ค่อนข้างไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้ผู้ปกครองหลงลืมว่าต้องนำเด็กไปฉีดวัคซีนอีกครั้งเมื่อใด ซึ่งหากการฉีดวัคซีนครั้งแรกไม่ได้ผลแล้วไม่ได้ฉีดเข็มที่ 2 ก็จะทำให้เด็กกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่อาจไม่มีภูมิคุ้มกันต่อหัดเยอรมัน แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้วางมาตรการในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โดยการเปลี่ยนอายุที่แนะนำให้ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 จาก 4-6 ปี เป็น 2 ½ ปี เพื่อความครอบคลุมของวัคซีน และการควบคุมการระบาดให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในอนาคตเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น ควรทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้นและครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศ และควรมีการศึกษาถึงความชุกของความพิการของเด็กที่เกิดจากแม่ที่เป็นโรคหัดเยอรมันในระหว่างการจัดครรภ์เพิ่มเติมร่วมด้วย

บรรณานุกรม

1. จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา. โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ธนาเพรส; 2550.
2. กุลกาญญา โชคไพบุลย์กิจ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2556.
3. อุบลวรรณ บุญลอย. ระดับภูมิคุ้มกันป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 4 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดหรือวัคซีนรวมป้องกันโรคหัดคางทูม หัดเยอรมัน

หนึ่งครั้งเมื่อ 9-12 เดือน. ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555;29:217-228.

4. พิไลพันธ์ พุฒวนะ. ไวรัสวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักอักษรสมัย; 2540.
5. Tharmapornpilas P, Yoocharean P, Rasdjarmrearnsook A, Theamboonlers A, Poovorawan Y. Seroprevalence of Antibodies to Measles, Mumps and Rubella among Thai Population: Evaluation of Measles/MMR Immunization Programme. J Health Popul Nutr. 2009; 27(1):80-86
6. กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. สรุปสถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรค. 2556;22:15.
7. Skendzel LP. Rubella immunity—defining the level of protective antibody. Am J Clin Path; 1996; 106:170-174.
8. ธรรมโรจน์ โล่ห์লেখา. แอนติบอดีต่อหัดเยอรมันในหญิงมีครรภ์ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2548. (เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2557). เข้าถึงได้จาก <http://www.thaipediatrics.org/abstract/120909/pamongkud 48.doc>. 17 กค.2557.
9. Tharmapornpilas P et al. Seroprevalence of Antibodies to Measles, Mumps and Rubella among Thai Population: Evaluation of Measles/MMR Immunization Programme. J Health Popul Nutr 2009; 27:80-86.

10. Kombich JJ et al. Seroprevalence of Natural Rubella Antibodies among Antenatal Attendees at Moi Teaching and Referral Hospital Eldoret, Kenya. J Immunol Tech Infect Dis 2012; 1:1-4.

11. Adam O et al. Seroprevalence of rubella among pregnant women in Khartoum state, Sudan: EMHJ 2013; 19: 812-815.

ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย

เบญจวรรณ มาพะลักษณ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sample) 233 คน คือผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวอยู่ในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนภลัย ตั้งแต่ 2 คืนขึ้นไปในช่วงเวลา 2 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย รายด้านและในภาพรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้คุณภาพบริการรายด้านและในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เว้นแต่ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับน้อย ข้อเสนอแนะโรงพยาบาลนภลัยควรปรับปรุง อาคารสถานที่ ห้องน้ำ พัดลม/แอร์ บุคลากรผู้ให้บริการ และความปลอดภัย ข้อเสนอจากการวิจัยควรพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน GREEN and CLEAN และสื่อสารให้ผู้รับบริการรับรู้ข้อกำหนดของโรงพยาบาลนภลัย

คำสำคัญ : ความคาดหวัง การรับรู้ คุณภาพบริการ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลนภลัย

Expectation and Perception of Patients Regarding to Service Quality, Inpatient Department, Napalai Hospital.

*Benjawan Makaluck**

Abstract

This descriptive research aimed to 1) study expectation and perception level of service quality 233 samples were Systematic Sample selected from patients who hospitalized at IPD in Napalai Hospital for 2 nights or more during 2 months. Data was collected with questionnaire and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation

The results showed that expectation of service quality, each aspect and overall five aspects, at inpatient department (IPD) of Napalai Hospital was at highest level. Perception of service quality, each and overall aspects, was at high level, unless understanding and sympathy were at low level. Recommendations from research, there should be improved quality service in accordance with GREEN & CLEAN standard and communicated to recipients for perceiving hospital limitations.

Keywords : Expectation, Perception, Service Quality

**Professional Nurse, Napalai Hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ พ.ศ.2560 มาตรา 51¹ การใดที่รัฐธรรมนูญบัญญัติให้เป็นหน้าที่ของรัฐตามหมวดนี้ถ้าการนั้นเป็นการทำให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนโดยตรงย่อมเป็นสิทธิของประชาชนและชุมชนที่จะติดตามและเร่งรัดให้รัฐดำเนินการรวมตลอดทั้งฟ้องร้องหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดให้ประชาชนหรือชุมชนได้รับประโยชน์นั้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติประชาชนในฐานะผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมาพร้อมกับความคาดหวังว่าการรักษาพยาบาลที่จะได้รับนั้นเป็นการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นบริการที่ประทับใจดังนั้นโรงพยาบาลต้องมีความเอาใจใส่เรื่องคุณภาพบริการให้ตอบสนองกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการจนทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจการที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพนั้นจะต้องรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการหากมุมมองของผู้ให้บริการกับมุมมองของผู้ใช้บริการตรงกันก็จะสามารถจัดการบริการที่มีคุณภาพได้ดังนั้นคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลที่แท้จริงต้อง ประกอบด้วยคุณภาพตามหลักวิชาชีพและคุณภาพตามความรู้สึกของผู้รับบริการด้วย

โรงพยาบาลนภลัย เป็นสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยป้องกันและบำบัดโรครวมทั้งส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนผู้ใช้บริการทุกระดับโดยมุ่งให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อตอบสนองความคาดหวังและการให้บริการที่สะดวกรวดเร็วขั้นตอนไม่ยุ่งยาก อีกทั้งโรงพยาบาลนภลัยมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของการบริการอย่างต่อเนื่องโดยการปรับปรุงเครื่องมือเครื่องใช้ให้มีความทันสมัย พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการตรวจวินิจฉัยเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้จัดหาบุคลากรทางการแพทย์

ที่มีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพรักษาจรรยาบรรณในวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงเข้าร่วมทีมการให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุดแต่การที่โรงพยาบาลนภลัยให้บริการผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและในปัจจุบันประชาชนในฐานะผู้ใช้บริการต่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้นจึงมีความคาดหวังต่อการให้บริการสูงขึ้นด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลนภลัย จึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางในการดำเนินนโยบายการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ รับรู้ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ใช้บริการเลือกที่จะมาใช้บริการ และเป็นการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนางานภายในโรงพยาบาลให้เกิดระบบที่ดีทั่วทั้งองค์กร

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยมีความประสงค์ศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ที่มีต่อคุณภาพการบริการของงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย เพื่อนำข้อมูลใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องพัฒนาคนพัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลนภลัย

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ ดึกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ดึกพิเศษ ดึกสามัญหญิง ดึกสามัญชายโรงพยาบาลนภลัย ตำบลกระดังงา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนภลัย ตั้งแต่ 2 คืนขึ้นไป เพื่อได้รับการครบทุกเวช

3. ขอบเขตด้านช่วงเวลาเก็บข้อมูลเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2560 รวม 2 เดือน

ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ความคาดหวังและการรับรู้ตามแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วย พาราสุรามาน, เซทแฮล์มและแบร์รี² (1994) 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)
4. ด้านการให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการ (Assurance)
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ข้อมูลไปใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาคน พัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ศรัทธาต่อโรงพยาบาล นภลัยเพิ่มขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวอยู่ในตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนภลัย ในปีที่ผ่านมาคือปีงบประมาณ 2559 จำนวน 3,450 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้จากการคำนวณประชากร ผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวอยู่ในตึกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลนภลัย ตามสูตรของทาร์ยามาเน³ (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความคาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 257 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ มีระบบ (Systematic sample) โดยสุ่มเก็บข้อมูลในวันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ ผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวอยู่ในตึกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลนภลัยตั้งแต่ 2 คืบขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการครบทุกเวร ในช่วงเดือน พฤษภาคม - เดือนมิถุนายน 2560 รวม 2 เดือน เนื่องจากแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยจะผลัดเปลี่ยนเวรคนละ 1 เดือน การเก็บข้อมูลจะเลือกผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 คืบขึ้นไปและยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจและยินยอมตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสามารถเก็บแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้ 233 คน เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องช่วงเวลาเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่เพียงจำนวนเพียงเท่านี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลนภลัย เป็นการตอบความคิดเห็น ในประเด็นคำถามเดียวกัน เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามรูปแบบของ ลิเคอร์ท⁴ (Likert's Rating scale) ระดับให้ระดับคะแนนมากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 กำหนดคะแนนเฉลี่ยของระดับความคาดหวังและสภาพที่เป็นจริง โดยให้ความหมายดังนี้

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 ความคาดหวังและการรับรู้ ระดับมากที่สุด
ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 ความคาดหวังและการรับรู้ ระดับมาก
ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 ความคาดหวังและการรับรู้ ระดับปานกลาง
ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 ความคาดหวังและการรับรู้ ระดับน้อย
ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 ความคาดหวังและการรับรู้ ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลนภลัยเป็นคำถาม แบบเปิด ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) จำนวน 30 ชุดด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความคาดหวัง = .9505 แบบวัดการรับรู้ = .9470 วิเคราะห์ข้อมูลจากโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงร้อยละ 52.80 เพศชายร้อยละ 47.20 อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 96 ปี อายุเฉลี่ย 58.89 ปี เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบ

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และผลต่างของระดับของความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนภลัย

ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.50 สมรสแล้วร้อยละ 57.60 อาชีพรับจ้างร้อยละ 33.90 รองลงมาเกษตรกรร้อยละ 21.50 และไม่มีอาชีพร้อยละ 17.60 รายได้ต่ำสุดคือไม่มีรายได้ สูงสุด 60,000 บาท เฉลี่ย 6,764.38 บาท ส่วนมากจะมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 51.10 จำนวนครั้งที่มาใช้บริการสูงสุด 12 ครั้ง ต่ำสุดคือมาที่นี้เป็นครั้งแรกเฉลี่ย 2.34 ครั้ง ส่วนมากมาใช้บริการ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 66.5 จำนวนคืนที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนภลัยถึงวันนี้ สูงสุด 9 คืน ต่ำสุด 2 คืน เฉลี่ย 2.97 คืน ตึกที่นอนพักรักษาตัว จำนวนใกล้เคียงกัน ตึกสามัญชาย ร้อยละ 38.60 ตึกสามัญหญิง ร้อยละ 36.90 ตึกพิเศษ ร้อยละ 24.50

2. ผลการศึกษาระดับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการรายด้านและในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนระดับการรับรู้คุณภาพบริการ รายด้านและในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เว้นแต่ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) อยู่ในระดับน้อย ดังตาราง 1

หมวด/รายการประเมิน	ระดับความคาดหวัง			ระดับการรับรู้			ผลต่าง
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles)	4.89	.28	มากที่สุด	3.64	.24	มาก	1.26
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability)	4.92	.24	มากที่สุด	3.53	.26	มาก	1.39
3. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)	4.92	.24	มากที่สุด	3.71	.38	มาก	1.21
4. ด้านการให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการ (Assurance)	4.92	.26	มากที่สุด	3.74	.23	มาก	1.18
5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ผู้รับบริการ (Empathy)	4.88	.32	มากที่สุด	3.33	.35	น้อย	1.55
รวมทุกด้าน	4.71	.24	มากที่สุด	3.59	.15	มาก	1.12

1. ข้อเสนอแนะ ร้อยละ 34.10 ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลนภลัยได้แก่ให้ปรับปรุงอาคารสถานที่ (ห้องน้ำ) พัฒลม/แอร์ อาหารและน้ำ บุคลากรผู้ให้บริการและอื่นๆ เรื่องอุปกรณ์เครื่องใช้ ความปลอดภัยและข้อเสนอแนะที่พบภายในโรงพยาบาลนภลัยที่ไม่ใช่ภายในตึกที่นอนพัก ร้อยละ 42.25 ข้อเสนอแนะได้แก่อาคารสถานที่ ร้านอาหาร รถเข็นคนไข้ ที่จอดรถ ห้องยา ห้องน้ำ การบริการแพทย์ ห้องฉุกเฉิน และอื่นๆ เรื่องด้านความสะดวกและความปลอดภัยและให้คำชมร้อยละ 20.30 ได้แก่ดีแล้ว/ให้บริการเร็วดีแล้วการบริการดีขึ้นต่างจากเมื่อก่อนบริการรวดเร็วขึ้นพยาบาลหน้าตายิ้มแย้มหมอบน้อมและสนใจดีต่างจากเมื่อก่อนมาก

อภิปราย/วิจารณ์

จากข้อค้นพบของการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายเพื่อทำความเข้าใจให้กระจ่างชัดยิ่งขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังต่อไปนี้

1. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการ รายด้านและในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ได้ข้อมูลสารสนเทศจากสื่อเทคโนโลยี ข่าวโทรทัศน์มากขึ้น ผู้ป่วยนำข้อมูลที่รับรู้จากที่อื่นมาเปรียบเทียบ จึงต้องการได้รับการที่ดีที่สุด สอดคล้องกับ ดวงตา ภัทโรพงศ์⁵ ที่พบว่า ผู้รับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี มีความคาดหวังคุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูงและสอดคล้องกับ หัตยา แก้วกิม, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวรางคณา จันทรัง⁶ พบว่าประชาชนมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับมากและผลการศึกษาของ วรณภาพร ศรีอรินันท์⁷ พบว่าผู้ที่มารับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี ทั้ง 5 ด้าน คือ

ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก

ส่วนการรับรู้คุณภาพบริการ รายด้านและในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งน้อยกว่าความคาดหวังที่อยู่ในระดับมากที่สุด เป็นเพราะว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีระดับการรับรู้ไม่เท่ากันบางคนฟังแล้วไม่รู้ ไม่เข้าใจ ไม่กล้าถามกลับ ผู้ให้บริการอาจไม่อธิบายซ้ำ ผู้ให้บริการให้ข้อมูลน้อย และข้อมูลที่ผู้ให้บริการบอกไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยคาดคิด สอดคล้องกับ พัทณี เขยจรรยา⁸ กล่าวว่าเนื่องจากคนเรามีการรับรู้ ต่างกัน ความล้มเหลวของการสื่อสารจึงอาจเกิดขึ้นได้ ถ้าเราไม่ยอมรับความแตกต่างในเรื่องการรับรู้ของแต่ละบุคคล การรับรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การสื่อสาร ทักษะคิด และการความคาดหวังของผู้สื่อสาร ทักษะคิดและความคาดหวังของผู้สื่อสาร สอดคล้องกับ ดวงตา ภัทโรพงศ์⁵ พบว่า การรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ศศลักษณ์ สุขจิตต์⁹ พบว่าบุคลากรมีความคิดเห็นในการปฏิบัติงานตามสภาพที่เป็นจริงต่ำกว่าสภาพที่ตนเองคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญ และสุภาวดี วรชัน¹⁰ ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยคาดหวังสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรับรู้

การรับรู้คุณภาพบริการ ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Empathy) อยู่ในระดับน้อย เป็นเพราะว่า ผู้ให้บริการทำกิจกรรมการพยาบาล มีเวลาน้อยที่จะพูดคุยสื่อสาร พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจอาการของตนเองแล้ว จึงไม่ได้แสดงความรู้สึก ความเห็นอกเห็นใจ และอาจเป็นไปได้ว่าบางเวรมีกิจกรรมการพยาบาลหรือผู้ป่วยวิกฤต รุนแรงในช่วงเวลานั้นๆ เป็นเวลาเดียวกับผู้ป่วยคนนั้นต้องการให้แสดงความเห็นใจตนเอง แต่พยาบาลมาช้า จึงคิดว่าไม่เห็นใจ หรือให้ความสนใจน้อย สอดคล้องกับ วชิระ ชินหนองจอก¹¹ ที่กล่าวว่า การรับรู้

จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้าน คือการรับสัมผัส การแปลความหมายและอารมณ์ได้รับการตีความให้เกิดความหมายแล้ว และสอดคล้องกับพาราสูรามาน, เซทแฮล์มและแบร์รี² ที่เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพบริการ ความเอาใจใส่ (Empathy) ได้แก่การดูแลและสนใจผู้ป่วยอย่างทั่วถึงจะเห็นได้ว่าการให้ความสำคัญกับการให้บริการนั้นมีความสำคัญมากซึ่งส่วนหนึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการต้องเป็นบุคคลที่มีใจในการให้บริการเป็นสำคัญ ซึ่งทุกองค์กรไม่สามารถหลีกเลี่ยงการให้บริการได้ดังนั้นผู้ให้บริการคือพนักงานผู้ให้บริการทุกๆด้านไม่ว่าจะให้ข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์การต้อนรับบุคคลทั้งภายในและภายนอก รวมถึงผู้มาติดต่อทุกประเภทต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการ เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและความประทับใจกับผู้รับบริการทุกคนและท้ายสุดผู้ให้บริการเป็นกลไกสำคัญที่สุดที่จะต้องพัฒนาบุคลิกภาพและทัศนคติที่ดีโดยเฉพาะการมีจิตสำนึกในการรักการให้บริการเพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างสมบูรณ์แบบ

2. ผู้ป่วยคาดหวังที่จะได้รับสิ่งที่ดีที่สุด ที่ระบบราชการควรให้บริการกับประชาชนได้ แต่การรับรู้ สภาพความจริง ข้อจำกัด ทั้งด้านการบริหารคน การบริหารงบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะยังขาดการสื่อสารข้อจำกัดและความจำเป็นให้กับผู้ป่วยได้รับรู้ สอดคล้องกับ ดวงดา ภัทโรพงศ์⁵ ศึกษาพบว่า ผู้รับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี มีความคาดหวังคุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูงและการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ หัตยา แก้วกิม, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และ วรางคณา จันทรัง⁶ ที่ศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังมากกว่าการรับรู้ต่อคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และนพพร โลหะเจริญวนิช¹²

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การได้รับบริการพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน สอดคล้องกับ สุภาวดี วรชื่น¹⁰ คุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน และปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคกลางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานผู้ป่วยในและภายในโรงพยาบาลนภลัย โดยสรุป เป็นเรื่องความสะอาด สิ่งอำนวยความสะดวกความปลอดภัยและบริการเป็นเพราะว่าความสะอาดของอาคารสถานที่ ตึกผู้ป่วยและบริเวณโดยรอบโรงพยาบาลนภลัยเป็นเพราะว่าสภาพตึกที่เก่าทรุดโทรมสร้างมานาน 34 ปี บางห้องบางตึกอยู่ระหว่างเตรียมการซ่อมแซม การผลัดเปลี่ยนคนงานใหม่ ทำให้งานยังไม่อยู่ในสภาพดี เข้าที่เข้าทาง ขาดการนิเทศติดตามจากหัวหน้าสอดคล้องกับ จิตตินันท์ เดชะคุปต์¹⁴ ที่กล่าวว่าบริการจึงเป็นกระบวนการของกิจกรรมของการส่งมอบบริการจากผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการ ไม่ใช่สิ่งที่จับต้องได้ชัดเจนแต่ออกมาในรูปของเวลาสถานที่ รูปแบบและที่สำคัญเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยทางจิตใจทำให้เกิดความพึงพอใจ

- สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องปรับอากาศ (แอร์) ในตึกพิเศษเก่า พัดลมในตึกสามัญน้อย บางรายการอยู่ระหว่างส่งซ่อมตามระบบ ทางโรงพยาบาลมีแผนเพิ่มและปรับปรุง ทั้งเครื่องปรับอากาศ และเพิ่มพัดลมแต่กรณี ห้องสามัญต้องการเครื่องปรับอากาศ เป็นเพราะขาดการสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการบริหารงบประมาณที่ควรจะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ต่อไป

- กรณีความปลอดภัย ขาดการสื่อสารด้านความปลอดภัย ประชาชนไม่ได้รับรู้กรณีไม่มียามในช่วงเวรตึกหรือกรณีจำกัดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย โดยปิดห้องทุกห้องมิดชิดเป็นการดูแลความปลอดภัยและใช้กล้องวงจรปิด

มีระบบสื่อสารถึงสถานี่ตำรวจซึ่งห่างจากโรงพยาบาล 300 เมตร แต่ก็ป็นข้อมูลที่ผู้บริหารกำลังทบทวน ในเรื่อง การจ้างยามตลอด 24 ชั่วโมง

- ด้านการบริการ เป็นเพราะว่าพยาบาลน้อย พยาบาลไม่ทำตามที่ต้องการบางช่วงคนไข้มีมาก และ กิจกรรมการพยาบาลหลากหลายในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ พยาบาลต้องจัดลำดับความสำคัญ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่เข้าใจ พยาบาลใช้เสียงดัง หรือใช้คำสั่ง ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับรู้เหตุผล ความจำเป็นทั้งหมดแต่อาจใช้เป็นข้อมูลให้ พยาบาลทบทวนพฤติกรรมบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนภลัย ยังมีส่วนขาด (Gap) ที่ควรมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและควร ดำเนินการอย่างเร่งด่วนซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มระดับ การรับรู้ของผู้รับบริการและจะทำให้เกิดภาพลักษณ์ของ โรงพยาบาลดีขึ้นในสายตาของประชาชน ดังนี้

1. โรงพยาบาลนภลัย ควรพัฒนาคุณภาพ บริการ ให้เกิดระบบที่มีมาตรฐานเน้นเรื่องความสะอาด สิ่งอำนวยความสะดวกความปลอดภัยตามนโยบายกระทรวง สาธารณสุข GREEN and CLEAN ให้อยู่ในระดับดีเยี่ยม

2. โรงพยาบาลนภลัย ควรมีการพัฒนาบุคลากร ทุกระดับด้านการให้บริการที่เป็นเลิศ Service Excellence และกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความประทับใจ ให้กับผู้รับบริการทุกคน

3. โรงพยาบาลนภลัย ควรพัฒนาระบบ การสื่อสาร สร้างความเข้าใจแบบสองทาง (Two Way Communication) กับผู้รับบริการ รวมถึงพัฒนา ป้ายประชาสัมพันธ์ เพิ่มการให้ผู้รับบริการได้รับรู้ข้อจำกัด ของโรงพยาบาล เช่น รายจ่าย ซึ่งอาจจะเป็นช่องทางได้รับ บริจาคและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดหาทรัพยากรตรง ความต้องการของผู้รับบริการ

4. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควร ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเจาะลึกประเด็นที่เป็นข้อเสนอที่ได้ จากการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีโดยได้รับความ กรณาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ประกอบด้วย ดร.สมพร เนติรัฐกร ดร.วิวัลย์ดา สิริชีวานันท์ และ คุณยงยุทธ ธนิกกุล และขอขอบคุณ คุณหทัย พงษ์พันธ์วงศ์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมทั้งคำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิรัช ชีระภิญโญ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภลัย นายแพทย์เดชา มีสุข นายแพทย์ เชี่ยวชาญ ที่ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้พัฒนาตนเองพัฒนาคนและ พัฒนาหน่วยงานให้มีคุณภาพต่อไป

บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ. รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา;2560. หน้า 14
2. Parasuraman, Zeithaml ;& Berry. SERVQUAL: A multi-item scale for measuring consumer perception of service quality. Journal of Retailing, 1994 P 464-466
3. Yamane.T.Statistics:An Introductory Analysis.Z3rd.Ed) New York:Harper&Row. 1973
4. Likert, Rensis. “The Method of Constructing and Attitude Scale”. In Reading in Fishbeic, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son. Mathaheru, M. 1967 P. 90-95.

5. ดวงดา ภัทโรพงษ์. ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลของผู้รับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี; 2558 [อินเทอร์เน็ต]วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2558[เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2560]เข้าถึงได้จาก <https://www.google.co.th/search>
6. หัตยา แก้วกิม และคณะ. ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราช;2554 [อินเทอร์เน็ต]วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2560]เข้าถึงได้จาก http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters.
7. วรณภาพร ศรีอรียนันท์. ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี; 2557 [อินเทอร์เน็ต]วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/thesis/searching.php
8. พัทนี เขยจรรยา. แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : บริษัทเวิลด์การพิมพ์ (1988)จำกัด; 2541
9. ศศลักษณ์ สุขจิตต์. สภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของบุคลากรที่มีต่อการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2554 [อินเทอร์เน็ต]วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า[เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก [http:// lib.bcnsurin.ac.th/ULIB/searching.php](http://lib.bcnsurin.ac.th/ULIB/searching.php)
10. สุภาวดี วรชื่น. คุณภาพบริการโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยในคาดหวังและรับรู้และที่พยาบาลประจำการรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยใน และปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง; 2552 [อินเทอร์เน็ต]วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiedresearch.org/thaied/index>
11. วชิระ ชินหนองจอก. ทฤษฎีการรับรู้; 2552 [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2560] เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/282194>
12. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และนพพร โลหเจริญวนิช. ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกกรณีเวช โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขากะตะวันตกเฉียงเหนือ;2556 [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2560] เข้าถึงได้จาก <https://tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view>.
13. มัลลิกา เกื้อปัญญา. ความคาดหวังและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวต่อการจัดการสภาพแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวหมู่บ้านชาวเขาเผ่าม้งเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2560]เข้าถึงได้จาก <http://lib.mfu.ac.th/cgi-bin/gw/chameleon>.
14. จิตตินันท์ เดชะคุปต์. เจตคติและความพึงพอใจในการบริการ. เอกสารประกอบการเรียนการสอน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; 2543

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

กมลพร เขมาธร*

กรวรรณ ปานแพ**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ค่าฮีมาโตคริต อัตราการกรองของไต ระดับอัลบูมินในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด และความอยากอาหาร โดยมีรูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความอยากอาหาร และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุคูณตามลำดับ คัดเลือกตัวแปรที่น่าเข้าสมการโดยใช้วิธี Stepwise Multiple Regression Analysis

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 85.76$, $SD = 10.72$) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่าความอยากอาหารและภาวะความเป็นกรดร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 3 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .050

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต ความอยากอาหารของผู้ป่วย รวมถึงการติดตามประเมินภาวะเลือดเป็นกรดจากค่าไบคาร์บอเนตอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้ควรมีศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ และสังคมร่วมด้วย

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ภาวะเลือดเป็นกรด ความอยากอาหาร คุณภาพชีวิต

* ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

Factors influencing quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients In CKD clinic Damnoensaduak hospital

Kamolporn Kaematorn*

Korawan Panpae**

Abstract

The objective of this study is to study factors influencing quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. These factors are hematocrit, glomerular filtration rate, albumin level, acidosis and appetite. The study design was a correlational predictive design to study the factors influencing quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. The participants were 100 pre-dialysis chronic kidney disease patients at CKD clinic, Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi. The data were collected by using personal data, the appetite questionnaire and quality of life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Stepwise Multiple Regression Analysis.

This study found that the overall quality of life was moderate ($\bar{X} = 85.76$, $SD = 10.72$). Multiple regression analysis found that the appetite and acid level can predict the quality of life of the patients by 3 percent and 6.5 percent, respectively at the .050 statistical significant levels. In conclusion, health care teams who take care pre-dialysis chronic kidney disease patients should be aware of the need for continuous evaluation of quality of life, patient's appetite and acidosis from bicarbonate monitoring. This is a good method to promote quality of life for patients. In addition, other factors should be studied such as psychological and social factors

Keywords : pre-dialysis chronic kidney disease patients, acidosis, appetite, quality of life

* ** Registered Nurse, Damnoensaduak hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 17.5 %¹ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะที่ 3-5 ซึ่งเป็นระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต สำหรับข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของอำเภอดำเนินสะดวกปี 2560 มีจำนวน 1,659 คน เป็นผู้ป่วยระยะที่ 1-2 จำนวน 394 คน ระยะที่ 3-5 จำนวน 1,265 คน หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อัตราตาย การเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย รวมถึงชะลอการเสื่อมของไต ช่วยยืดเวลาการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาตลอดชีวิต การสูญเสียหน้าที่ของไตจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูรีเมีย เช่น การรับรสชาติของอาหารเปลี่ยนไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อាកรณ์ รู้สึกไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวม ชีตเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ง่วง ซึม สับสน ชัก และหมดสติได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตในที่สุด² จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยจากโรคและการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง³ จากการทบทวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต⁴

Ferrans และคณะ⁵ ได้เสนอ Conceptual Model of Health-related Quality of Life ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ 1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

(Characteristics of the environment) 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) 5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยาส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการซึ่งมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตตามลำดับ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงนำไปสู่ความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ค่าฮีมาโตคริต อัตราการกรองของไต ระดับอัลบูมินในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) และความอยากอาหารเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ตัวแปรต้นได้แก่ ค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit) อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ระดับอัลบูมินในเลือด (Albumin) ภาวะเลือดเป็นกรด โดยประเมินจากค่าไบคาร์บอเนต (Bicarbonate) และความอยากอาหาร

ตัวแปรตามได้แก่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้รับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และมีผลการตรวจ ค่าฮีมาโตคริต อัตราการกรองของไต ระดับอัลบูมินในเลือด ค่าไบคาร์บอเนต ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยการ เปิดตาราง Power analysis for multiple regression⁶ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และค่าขนาดอิทธิพล 0.13⁷ ซึ่งเป็นขนาดปานกลาง (Moderate effect size) มีตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรนำมาคำนวณใน สูตร $N = L / y + K + 1$ การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวกจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล บุคคลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังโรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรัง ระดับความดันโลหิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าฮีมาโตคริต อัตราการกรองของไต ระดับอัลบูมินในเลือด ค่าไบคาร์บอเนต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความอยากอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความอยากอาหารของ Council on Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ) พัฒนาโดย Wilson และคณะ (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย กรวรรณ ปานแพ และคณะ⁸ คะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการเบื่ออาหารมาก คะแนนสูง หมายถึง มีอาการเบื่ออาหารน้อย โดยช่วงคะแนน 8 - 16 หมายถึง มีอาการเบื่ออาหารมาก คะแนน 17 - 28 หมายถึง มีอาการเบื่ออาหารปานกลาง และ คะแนนมากกว่า 28 หมายถึง มีอาการเบื่ออาหารน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁹ นำมาใช้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การหาคุณภาพของเครื่องมือ (Validity)

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถามความอยากอาหาร และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Instrument Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความอยากอาหาร และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามความอยากอาหารได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS version 21 ในการวิเคราะห์ทาง สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความอยากอาหาร และคะแนนคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ค่าฮีมาโตคริต อัตราการกรองของไต ระดับอัลบูมินในเลือด ภาวะความเป็นกรดในเลือด และความอยากอาหาร วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต ที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน 100 คน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.0 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 82.0 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.0 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 82.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.0 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 59.0 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 87.0 กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตัวเองได้ร้อยละ 70.0 โรคที่เป็นร่วมกับโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความอยากอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.0 ดังตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 85.76 ± 10.72 , 22.25 ± 3.46 , 20.91 ± 3.22 , 9.57 ± 1.61 , 26.95 ± 3.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 และได้จำแนกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลพบว่า ร้อยละ 77.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 มีคุณภาพชีวิตดี และร้อยละ 3.0 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n =100)

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์	ช่วงคะแนนที่ได้	($\bar{X}$)	(S.D.)	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-130	54-114	85.76	10.72	ปานกลาง
ด้านสุขภาพกาย	7-35	12-29	22.25	3.46	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	10-30	20.91	3.22	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-15	4-13	9.57	1.61	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	15-35	26.95	3.75	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่วัดได้จริง	จำนวน	ร้อยละ	($\bar{X}$)	(S.D.)
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	26-60	54-57	3	3	55.33	1.52
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61-95	64-95	77	77	83.24	7.00
คุณภาพชีวิตดี	96-130	96-114	20	20	100	4.16

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อัตราการครองของไต ค่าฮีมาโทคริต ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) ระดับอัลบูมินในเลือด ความอยากอาหารและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) และความอยากอาหารมีความสัมพันธ์ต่ำแต่มีทิศทางเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัด

ทดแทนไต ($r=.198$) และ ($r=.199$) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อหาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตของคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าความอยากอาหารและภาวะความเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 3 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (Y) ของคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก	R	R ²	Adj R ²	R ² Change	b	Beta	t
ความอยากอาหาร	.199	.040	.030	-	.537	.211	2.170*
ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ)	.289	.084	.065	.044	.649	.210	2.157*
Constant (a) = 54.594	S.E. = 10.540	Over all F = 4.426					

* $p<.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 85.76$, $SD = 10.72$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริณาสค์ ทองเทียม¹⁰ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในคลินิกโรคไต อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการ การรักษาที่ซับซ้อนยาวนาน ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากคนรอบข้างมากขึ้นเนื่องมาจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ต้องมาพบบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตในทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายบ้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้ ไม่มีความรู้สึกเหงา ท้อแท้หรือสิ้นหวัง มีกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศิริณาสค์ ทองเทียม¹⁰

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าฮีมาโตคริต อัตราการกรองของไต ระดับอัลบูมินในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) ความอยาก

อาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัด ทดแทนไต มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ค่าฮีมาโตคริต กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีภาวะซีด โดยมีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร⁷ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของค่าฮีมาโตคริตกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Fukuhara และคณะ¹¹ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตลดลงมีความสัมพันธ์กับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีค่าฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีดมีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ไม่เหนื่อยหอบ จึงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษาค้นครั้งนี้

1.2 อัตราการกรองของไตจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอัตราการกรองไตไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ และคณะ⁷ ที่พบว่าอัตราการกรองของไต (GFR) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ McClellan และคณะ¹² ที่พบว่าการลดลงของค่าอัตราการกรองของไต (GFR) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงอยู่ในระยะที่ 3 - 5 แล้วก็ตามแต่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการที่รบกวนชีวิตมากนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 สามารถดูแลตัวเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

1.3 ระดับอัลบูมินในเลือดสำหรับผลการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับอัลบูมินในเลือดกับคุณภาพชีวิต แต่การศึกษาของศิริณาสค์ ทองเทียม¹⁰ พบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต อธิบายได้ว่าการประเมินภาวะโภชนาการด้วยระดับอัลบูมินในเลือดเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากการศึกษาของศิริราช ทงเทียม¹⁰ ใช้แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA) ในการประเมินภาวะโภชนาการ มีข้อคำถาม 7 ข้อในเรื่องการรับประทานอาหารมีการเปลี่ยนแปลง (ลดลงหรือไม่) น้ำหนักตัวลดลงหรือไม่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ มีความเครียดหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่ มีปัญหาทางจิตประสาทหรือไม่ และดัชนีมวลกายเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นการประเมินภาวะโภชนาการได้ครอบคลุมมากขึ้น^{10,11}

1.4 ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ($r=.198$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการนอนหลับผิดปกติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าค่าไบคาร์บอเนตมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการง่วงนอนระหว่างวัน ($r = .201$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.045$)¹³ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) ทำให้เกิดอาการง่วงนอนระหว่างวันได้มากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันได้

1.5 ความอยากอาหาร จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความอยากอาหาร และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่าความอยากอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต อธิบายได้ว่าเมื่อไตสูญเสียหน้าที่มากขึ้น ทำให้ไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูริเมียขึ้น เช่นอาการคลื่นไส้อาเจียน การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย

ความสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตด้วย

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรด (ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) และความอยากอาหาร อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการสูญเสียหน้าที่ไตมากขึ้นจนมีการเปลี่ยนแปลงของค่าชีวเคมีในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาได้แก่ค่าไบคาร์บอเนตที่ต่ำลงเกิดภาวะเลือดเป็นกรดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็ว เหนื่อย หอบลึก ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันต้องพึ่งพาคนรอบข้างมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล ไม่พึงพอใจในชีวิตได้สำหรับความอยากอาหารซึ่งปัจจัยด้านอาการที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง รวมถึงโรคหัวใจซึ่งจะมีผลต่อระดับความอยากอาหาร¹⁴ และจากการศึกษาของ กรวรรณ ปานแพ และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาหารเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่ากลุ่มที่มีอาการเบื่ออาหารหามากจะมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเบื่ออาหารน้อย พบว่ามีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความอยากอาหารดีก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตดี

บทสรุป

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลดำเนินสะดวกพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าภาวะเลือดเป็นกรด

(ค่าไบคาร์บอเนตต่ำ) และความอยากอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r=.198$) และ ($r=.199$) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ภาวะความเป็นกรดและความอยากอาหาร ซึ่งจากผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความอยากอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องติดตามประเมินภาวะเลือดเป็นกรดจากค่าไบคาร์บอเนตอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต

1.2 ควรมีการส่งเสริมการจัดการกับอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาพจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย และสภาพทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยลดอาการเบื่ออาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต

บรรณานุกรม

1. Ingsathit A., Thakkinstian A., Chaiprasert A., et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 1567– 1575
2. ทวี ศิริวงศ์. กลเม็ดเคล็ดลับอย่างไรไตไม่วาย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2548
3. อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. ใน: ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. Update on CKD prevention: Strategies and practical point. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550. หน้า 43-56
4. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 3047-53
5. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship* 2005; 37: 336-42.
6. Polit, DF, Beck CT. (2008). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (8th Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
7. รวีวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555:132 หน้า

8. กรวรรณ ปานแพ. ประสบการณ์การมีอาหารเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.140 หน้า
9. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล.เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
10. ศิริณาสค์ ทองเทียม, อรวมน ศรียุคศุทธ, จงจิต เสน่หาและ อัญญา ศีฬหวิชกุล. อิทธิพลของคุณภาพการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ และภาวะโรคร่วมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. J Nurs Sci 2016; 34(1): 42-52
11. Fukuhara S, Yamazaki S, Marumoto F, Akiba T, Akizawa T, Fujimori S, et al. Health-related quality of life of predialysis patients with chronic renal failure. Nephron Clinical Practice 2007; 105: C1-8
12. McClellan WM, Abramson J, Newsome B, Temple E, Wadley VG, Audhya P, et al. Physical and psychological burden of chronic kidney disease among older adults. American Journal of Kidney Disease 2010; 31: 309-317
13. รัชสา แพทย์ประสิทธิ์, พรรณวดี พุฒวนะ และวรรณภา ประไพพานิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับผิดปกติในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. Rama Nurs J 2014; 20 (2): 221-235
14. Lopes AA, Elder SJ, Ginsberg N, Andreucci VE, Cruz JM, Fukuhara S, et al. Lack of appetite in haemodialysis patients - associations with patient characteristics, Indicators of nutritional status and outcomes in the international DOPPS. Nephrology Dialysis Transplantation, 2007; 22: 3538-46.
15. กรวรรณ ปานแพ, อรวมน ศรียุคศุทธ และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์. ประสบการณ์การมีอาหารเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. J Nurs Sci 2011; 29 (Suppl2): 59-66

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดราชบุรี

สุภาภรณ์ มีแก้ว*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการหลังคลอดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดราชบุรี โดยวิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระเบียบวิธีการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ในเขตจังหวัดราชบุรี ที่มารับบริการหลังคลอดที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดราชบุรี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตร Infinite population proportion กรณีไม่รู้จำนวนประชากรของ Wayne W., D. (1995) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 21 โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) คือ chi-square test หรือ Fisher's exact test ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการหลังคลอดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดราชบุรี มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำ คือ การศึกษามีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยพบว่าวัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นที่เรียนหนังสือ ร้อยละ 32.6 ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ เนื่องจากวัยรุ่นที่ไม่ได้เรียนหนังสือขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้คุณค่าของตนเอง การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งการรู้เท่าทันผู้อื่น และการคุมกำเนิด อาชีพมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยพบว่าการประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าอาชีพค้าขาย ร้อยละ 54.1 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ เนื่องจากวัยรุ่นที่ไม่ประกอบอาชีพมีเวลาว่างมาก สามารถเลี้ยงลูกได้หากมีการตั้งครรภ์ จึงมีโอกาสนในการตั้งครรภ์สูงกว่า ส่วนการประกอบอาชีพรับจ้าง มีการทำงานเป็นเวลาที่แน่นอน หรือเป็นกะมีเวลาว่างที่ชัดเจนและมีรายได้ที่แน่นอน จึงมีโอกาสนในการตั้งครรภ์สูงกว่าอาชีพค้าขาย ซึ่งมีเวลาว่างค่อนข้างน้อยกว่า และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร พบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ระดับต่ำมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำ(ร้อยละ 35.8) สูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 19.4 และ ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ เนื่องจาก วัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สามารถวางแผนการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ซ้ำ, มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี

*นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

Factors associated with repeated pregnancy in postpartum adolescent mothers under 20 years of age Ratchaburi Province.

supaporn Meekaew*

Abstract

Objective : to study factors associated with repeated pregnancy in postpartum adolescent mothers under 20 years old. After birth in the center hospital, general hospital and community hospitals. In Ratchaburi 11 hospitals, 10 districts.

Material and Method : descriptive research. The sample size consisted in postpartum adolescent mothers under 20 years old. After birth in the center hospital, general hospital and community hospitals. In Ratchaburi 11 hospitals, 10 districts. And welcome to the research can speak and speak thai. 166 samplesize Calculate by Infinite population proportion Wayne W., D. (1995). Descriptive statistics, analyze data with descriptive statistics include percentage, average, standard deviation, analyze the relationship between variables using chi-square statistics. And analyze the relationship between personal factors. Behavioral factors. Socio - economic factors with inference statistics chi - square test หรือ Fisher's exact test.

Results : The study was associated with repeated pregnancies in adolescent mothers under the age of 20 years. It was found that adolescents did not study have a higher chance of pregnancy than teens and found that the profession is related with repeated pregnancies in adolescent mothers under the age of 20. It was found that the occupation of the contracted employment is higher than the trade profession and unoccupation understanding in health factors to prevent unwanted pregnancy have related in repeated pregnancy of adolescent mothers under age 20, with adolescent mothers have understanding in health factors in such a low level more than the one who have understanding in health factors in moderate and high level and the other factors were not associated.

keywords : Repeat pregnancy, Adolescent mothers under age 20

*Public Health Academic Officer Ratchaburi Provincial Health Office Health Promotion Group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามีอัตราสูง การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบันได้กลายมาเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากของสังคมไทย โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นที่หันมาสนใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรหรือตั้งแต่ในวัยเยาว์ จนทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนการขาดความรู้ในการป้องกันจนนำมาสู่การตั้งครรภ์และการทำแท้งในที่สุด¹ ข้อมูลของประเทศไทยล่าสุดคือข้อมูลในปี พ.ศ.2552^{2,3} อัตราคลอดในวัยรุ่นไทยอยู่ที่ 46.7 ต่อ 1,000 คน ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่สูงกว่าภาพรวมของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อัตราคลอดในวัยรุ่นล่าสุดที่มีการคำนวณของแต่ละประเทศ ประเทศไทยจะอยู่อันดับที่ 107 ของโลก อันดับที่ 15 ของเอเชีย และอันดับที่ 6 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558¹ พบว่าตลอดปี 2558 มีหญิงคลอดบุตรจำนวนทั้งสิ้น 679,502 ราย เป็นการคลอดจากแม่วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี จำนวน 104,289 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของการคลอดทั้งหมด อัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุ 10 - 19 ปี ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ.2557 และในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.8 โดยลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ.2558 เท่ากับร้อยละ 12.2 สำหรับจังหวัดราชบุรีพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2550 เท่ากับ 65.4 ปี 2553 เท่ากับ 61.1 ปี 2555 เท่ากับ 66.1 และปี 2556 เท่ากับ 52.37 (จำนวน 1,530 คน)³ และยังพบวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้น และมักตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 41

ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น พบว่าการให้ความรู้เรื่องความเสี่ยง หรือผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่นแก่มารดาวัยรุ่น ให้เข้าใจว่าการตั้งครรภ์ซ้ำส่งผลกระทบ

ทุกด้านแก่มารดาวัยรุ่น สามารถทำให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ และการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่น จะสามารถเว้นช่วงการตั้งครรภ์ได้^{4,5}

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นปัญหาและความสำคัญของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จึงได้ทำการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในจังหวัดราชบุรี เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากร ด้านสุขภาพในการนำมาปรับปรุงการให้บริการในการดูแล และป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการหลังคลอดในโรงพยาบาล ในจังหวัดราชบุรี เดือน มิถุนายน – กันยายน 2561 และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการหลังคลอดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 11 โรงพยาบาล 10 อำเภอ จำนวน 166 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตร Infinite population proportion กรณีไม่รู้จำนวนประชากรของ Wayne W., D. (1995)

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดยกำหนดค่า Proportion (p) = ค่าสัดส่วนของจำนวนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งมีค่า 0.12 (มาลีวัลเลิศสาครศิริ, 2557, อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสมจิตร เมืองพิล, 2556) Error (d) = 0.05 Alpha (α) = 0.05, $Z(0.975) = 1.959964$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ 163 คน งานวิจัยครั้งนี้เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ 166 คน

ซึ่งการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ดำเนินการ โดยขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น และผู้รับผิดชอบงานตึกหลังคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการเก็บแบบสอบถาม (เฉพาะมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับบริการ หลังคลอดในโรงพยาบาล ในจังหวัดราชบุรี เดือนมิถุนายน – กันยายน 2561 และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยสามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้)

นิยามศัพท์

1. การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปของมารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดราชบุรี

1.1 วัยรุ่น (Adolescent) หมายถึง วัยที่เป็นช่วงเวลาในการเจริญเติบโตของมนุษย์ เป็นช่วงของการพัฒนาที่เกิดขึ้นหลังจากในวัยเด็กและก่อนวัยผู้ใหญ่ อยู่ในช่วงระหว่างอายุ 10-19 ปี (World Health Organization, 2011)

1.2 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Unwanted pregnancies) หมายถึง สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผนจะให้เกิดขึ้น การไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด การถูกข่มขืนจนตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ก่อนการสมรส ตลอดจนความไม่พร้อมในด้านภาวะต่างๆ ด้านเศรษฐกิจ การไม่รับผิดชอบของบิดาของเด็กในครรภ์ เป็นต้น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ อายุของสามี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์ อาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

2.1 อายุ หมายถึง อายุของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดราชบุรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เศษ 6 เดือนนับเป็น 1 ปี

2.2 อายุของสามี หมายถึง อายุของสามีของมารดาวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เศษ 6 เดือนนับเป็น 1 ปี

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของมารดาวัยรุ่น แบ่งได้ดังนี้

สมรส ได้แก่ ผู้ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม

หม้าย ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่ได้สมรสใหม่

หย่า ได้แก่ สามีภรรยาที่จดทะเบียนหย่า ต่อนายทะเบียนถือว่าถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อให้ความเป็นสามีภรรยาสิ้นสุดลง

แยกกันอยู่ ได้แก่ ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้วแต่ยังไม่ได้หย่ากันตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้สมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และไม่ได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว

2.4 ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์ หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดาวัยรุ่นก่อนการตั้งครรภ์

2.5 อาชีพ หมายถึง อาชีพของมารดาวัยรุ่นก่อนการตั้งครรภ์

2.6 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น หมายถึง อายุของมารดาวัยรุ่นในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

3. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและปัจจัยด้านทัศนคติของมารดาวัยรุ่น

3.1 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หมายถึง ความรู้

ความจำ หรือความเข้าใจของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เกี่ยวกับความรู้ด้านเพศศึกษา และการคุมกำเนิดที่ถูกต้องสำหรับวัยรุ่น

3.2 ด้านทัศนคติของมารดาวัยรุ่น หมายถึง ความรู้สึกของวัยรุ่น เกี่ยวกับธรรมชาติของวัยรุ่น การรู้จักวางตัวในสังคม การวางตัวต่อเพศตรงข้าม ทักษะชีวิตของวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์ และการรู้จักแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่ถูกต้อง โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือแสดงออกมา เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด การเปลี่ยนคู่อุปการเลี้ยงดูบุตร การวางแผนการมีบุตร และความต้องการมีบุตรของสามี

4.1 การฝากครรภ์ หมายถึง การดูแลการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น และทารกในครรภ์ โดยการรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน โดยมี การนัดตรวจติดตามสุขภาพตลอดระยะการตั้งครรภ์ โดยรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และมีการรับบริการตรวจครรภ์ไม่น้อยกว่า 5 ครั้งก่อนคลอด

4.2 การคุมกำเนิด หมายถึง (contraception) หมายถึง ชนิดของการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 วิธี คือ

4.2.1 การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ได้แก่ การกินยาคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การนําระยะปลอดภายเป็นต้น ในฝ่ายชาย ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย

4.2.2 การคุมกำเนิดแบบถาวร ได้แก่ การใส่ห่วงคุมกำเนิด การใส่ยาฝังคุมกำเนิด

4.2.3 การคุมกำเนิดแบบถาวร ได้แก่ การทำหมัน

4.3 การเปลี่ยนคู่อุปการ หมายถึง การเปลี่ยนสามีก่อนการมีบุตรของมารดาวัยรุ่น

4.4 แผนการเลี้ยงดูบุตร หมายถึง ความคิดหรือการวางแผนของมารดาวัยรุ่น และสามีในการวางแผนการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด

4.5 การวางแผนการมีบุตร หมายถึง การวางแผนมีบุตรและการเว้นช่วงการมีบุตร ของมารดาวัยรุ่นและสามี เช่น ความตั้งใจในการมีบุตร หรือการเว้นระยะการมีบุตร

4.6 ความต้องการมีบุตรของสามี หมายถึง ความต้องการของสามีว่าต้องการมีบุตรคนนี้หรือไม่ก่อนการตั้งครรภ์ หรือเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์

5. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร และ

5.1 รายได้ หมายถึง เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนที่เป็นรายได้รวมกันทั้งของมารดาวัยรุ่นและสามี (เงินเดือน ค่าจ้าง บำนาญ อื่นๆ)

5.2 ลักษณะการอยู่อาศัย หมายถึง ลักษณะการอยู่อาศัยและการดำรงชีวิตประจำวันของมารดาวัยรุ่น

5.3 รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ต้องใช้ในการเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่ตั้งครรภ์ถึงการคลอด และค่าดูแลในการเลี้ยงดูบุตรตลอดช่วงชีวิตจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่

เครื่องมือและการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติของมารดาวัยรุ่น เป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ข้อ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านพฤติกรรม เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นแบบเลือกตอบ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 21 (Statistical Package for Social Science) ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Interference statistics) คือ chi-square test หรือ Fisher's exact test งานวิจัยฝ่ายจริยธรรม โดยสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เลขที่รับรอง RBPH-REC No. 00122561 วันที่รับรอง 23 เมษายน 2561

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นหญิง หลังคลอดอายุมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 98.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.1 เป็นนักเรียนในระบบการศึกษา ร้อยละ 37.3 เป็นนักเรียนนอกระบบการศึกษา ร้อยละ 7.2 และไม่เรียนหนังสือ ร้อยละ 55.4 ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 29.5 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 11.4 และไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.0 มารดาวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุต่ำกว่า 14 ปี ร้อยละ 28.3 และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.7 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 78.9 และเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 21.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 166)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
อายุ		
ไม่เกิน 14 ปี	3	1.8
15 ปีขึ้นไป	163	98.2
สถานภาพสมรส		
สมรส	133	80.1
ไม่ได้สมรส (หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่)	33	19.6
อาชีพก่อนการตั้งครรภ์		
นักเรียน/นักศึกษาในระบบ	62	37.3
นักเรียน/นักศึกษานอกระบบ	12	7.2
ไม่เรียน (ประกอบอาชีพ)	92	55.4
ประเภทอาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	49	29.5
ค้าขาย	19	11.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	98	59.0
อายุของวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ไม่เกิน 14 ปี	47	28.3
15 ปีขึ้นไป	119	71.7
การตั้งครรภ์ซ้ำ		
ครั้งแรก	131	78.9
ครรภ์ซ้ำ	38	21.1

พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 16.494$, $df = 2$, $p = 0.000$) โดยพบว่าวัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นที่เรียนหนังสือร้อยละ 32.6 และพบว่าอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 13.138$, $df = 2$, $p = 0.001$) โดยพบว่าการประกอบอาชีพรับจ้างมีโอกาสดังครรภ์ซ้ำสูงกว่าอาชีพค้าขายและไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.8 และร้อยละ 29.1 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอายุ, อายุของสามี, สถานภาพสมรส และอายุของวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ($n = 166$)

ตัวแปร	การตั้งครรภ์ซ้ำ				χ^2	df	p-value
	ไม่ซ้ำ		ซ้ำ				
	จำนวน	(%)	จำนวน	(%)			
ปัจจัยส่วนบุคคล							
อายุ							
ไม่เกิน 14 ปี	3	100.00	0	0.0	0.36	1	1.000
15 ปีขึ้นไป	128	78.5	35	21.5			
อายุของสามี							
ไม่เกิน 20 ปี	80	84.2	15	15.8	3.035	1	.081
20 ปีขึ้นไป	51	71.8	20	28.2			
สถานภาพสมรส							
สมรส	104	78.2	29	21.8	0.48	1	.827
ไม่สมรส (หม้าย/หย่า/แยก)	27	81.8	6	18.2			
การศึกษา							
นักเรียน/นักศึกษาในระบบ	58	93.5	4	6.5	16.494	2	.000
นักเรียน/นศึกษานอกระบบ	11	91.7	1	8.3			
ไม่เรียนหนังสือ (ประกอบอาชีพ)	62	67.4	30	32.6			
อาชีพ							
รับจ้างทั่วไป	30	61.2	19	38.8	13.138	2	.001
ค้าขาย	16	84.2	3	15.8			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	85	86.7	13	13.3			
อายุของวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก							
ไม่เกิน 14 ปี	37	78.7	10	21.3	.000	1	1.000
15 ปีขึ้นไป	94	79.0	25	21.0			

ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.429$, $df = 2$, $p = 0.002$) โดยพบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

อยู่ระดับต่ำมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำ (ร้อยละ 35.8) สูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 19.4 และร้อยละ 7.8 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติของมารดาวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร และปัจจัยด้านทัศนคติของมารดาวัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี (n =166)

ตัวแปร	การตั้งครรภ์ซ้ำ				χ^2	df	p-value
	ไม่ซ้ำ		ซ้ำ				
	จำนวน	(%)	จำนวน	(%)			
ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร							
ต่ำ (0 - 5 คะแนน)	34	64.2	19	35.8	12.429	2	.002
ปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	50	80.6	12	19.4			
สูง (8 - 10 คะแนน)	47	92.2	4	7.8			
ปัจจัยด้านทัศนคติของมารดาวัยรุ่น							
ต่ำ (0 - 35 คะแนน)	106	77.4	31	22.6	1.123	1	.289
ปานกลาง (36 - 47 คะแนน)	0	0.00	0	0.00			
สูง (48 - 60 คะแนน)	25	86.20	4	13.8			

ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี

วิจารณ์

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยพบว่าวัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นที่เรียนหนังสือ ร้อยละ 32.6 ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่ไม่ได้เรียนหนังสือขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้คุณค่าของตนเอง

การรับรู้ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งการรู้เท่าทันผู้อื่น และการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพเยาว์ วิศพรณ์, สมจิต ยาใจ (2555) ที่ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำอยู่ในกลุ่มไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 64.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา เอี่ยมสำอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำ (ประถมศึกษา) มีการตั้งครรภ์สูงกว่าระดับการศึกษาระดับสูง (มัธยมศึกษา) ร้อยละ 80.3 และ 19.7 ตามลำดับ

2. อาชีพมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยพบว่าการประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าอาชีพค้าขาย ร้อยละ 54.1 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่ไม่ประกอบอาชีพมีเวลาว่างมากสามารถเลี้ยงลูกได้หากมีการตั้งครรภ์ จึงมีโอกาสดังตั้งครรภ์สูงกว่า ส่วนการประกอบอาชีพรับจ้าง มีการทำงานเป็นเวลาที่แน่นอน หรือเป็นกะ มีเวลาว่างที่ชัดเจนและมีรายได้ที่แน่นอน จึงมีโอกาสดังตั้งครรภ์สูงกว่าอาชีพค้าขาย ซึ่งมีเวลาว่างค่อนข้างน้อยกว่า รายได้ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการทำงานหากไม่ค้าขายก็ไม่มีรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทน์พร เขียวน้อยรัชตะ, วรรณภา อรรถเมธากุล และ ณัฐกร ประกอบ (2559) ที่ศึกษาอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรด้านอาชีพ พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 66.7 และสอดคล้องกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น (2550) ที่ศึกษาผลการตั้งครรภ์ และการคลอดของวัยรุ่นที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นมาคลอดบุตรส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 53.5 วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.3 รองลงมาคือ ค้าขายและเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 10.6 และ 3.8

3. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.429$, $df = 2$, $p = 0.002$) โดยพบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ระดับต่ำมีโอกาสดังตั้งครรภ์ซ้ำ (ร้อยละ 35.8) สูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 19.4 และร้อยละ 7.8 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความรู้

และความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สามารถวางแผนการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา (2554) ที่ศึกษาครูไทยกับการสอนเพศศึกษา พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นสามารถลดลงได้ หากได้รับการแก้ไขด้วยวิธีการที่เหมาะสม เริ่มตั้งแต่การสร้างความรู้ความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยง โดยให้เด็กรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสร้างทักษะในการควบคุมตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่จำเป็นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปญญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น

สรุป

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี คือ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยพบว่าวัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือมีโอกาสดังตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นที่เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพเยาว์ วิศพรณ์ และสมจิต ยาใจ (2555) ที่ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำอยู่ในกลุ่มไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 64.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปญญา

เอี่ยมสำอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น จากการศึกษา พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำ (ประถมศึกษา) มีการตั้งครรภ์สูงกว่าระดับการศึกษาระดับสูง (มัธยมศึกษา) ร้อยละ 80.3 และ 19.7 ตามลำดับการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยพบว่าการประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าอาชีพค้าขายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทพร เขียวน้อยรัชตะ, วรรณภา อรรถเมธากุล และณัฐกร ประกอบ (2559) ที่ศึกษาอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ด้านอาชีพ พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 66.7 และสอดคล้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น (2550) ที่ศึกษาผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นมาคลอดบุตรส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 53.5 วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.3 รองลงมา คือ ค้าขายและเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 10.6 และ 3.8 และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควรมีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพรัตน์ ธรรมรักษา (2554) ที่ศึกษาครูไทยกับการสอนเพศศึกษา พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นสามารถลดลงได้ หากได้รับการแก้ไขด้วยวิธีการที่เหมาะสม เริ่มตั้งแต่การสร้างความรู้ความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยง โดยให้เด็กรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสร้างทักษะในการควบคุมตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และการสร้างสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่จำเป็นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดราชบุรี

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปญญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตภาวะเสี่ยงต่อตนเอง สังคมและครอบครัว และการคุมกำเนิด การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

2. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้แก่วัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือ หรือวัยรุ่นที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ทั้งในชุมชนและในโรงงาน และความรู้ด้านการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น รวมถึงการเข้ารับบริการฝากครรภ์คุณภาพในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาลงมือจัดโปรแกรมการให้ความรู้วัยรุ่น เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตภาวะเสี่ยงต่อตนเอง สังคม และครอบครัว การวางแผนที่เหมาะสมต่อเพื่อนต่างเพศสำหรับวัยรุ่น และการคุมกำเนิด เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือ หรือวัยรุ่นที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และวัยรุ่นที่ไม่ประกอบอาชีพในชุมชน หรือในโรงงาน

2. ควรทำการศึกษาลงมือปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือหรือวัยรุ่นที่ประกอบอาชีพรับจ้าง และค้าขาย และวัยรุ่นที่ไม่ประกอบอาชีพมีการตั้งครรภ์ซ้ำสูง เช่น ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพรับจ้าง และค้าขาย

และวัยรุ่นที่ไม่ประกอบอาชีพเกิดการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อจัดการป้องกันหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงนั้น

3. ควรรออกแบบการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะยาวและมีประสิทธิภาพสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และผู้บริหารทุกท่านที่สนับสนุนการอบรมและดำเนินการจัดทำวิจัย Project Manager งานวัยรุ่นระดับอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นระดับสสอ. และ รพ.ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเอื้อเพื่อการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และให้การช่วยเหลือในการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

บรรณานุกรม

1. รายงานประจำปีงบประมาณ 2559 กรมอนามัย (ออนไลน์).<http://203.157.116.24:7080/miskkk/page-870.html>, accessed 3/12/2015
2. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติการจดทะเบียนเกิด พ.ศ. 2553 สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. Policy Brief.ธ.ค.2557 ; 2 (19)
3. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ.2556 Statistics on Adolescent Births Thailand 2013. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
4. ปญญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. The Public Health Journal of Burapha University. 2556; 8 (1) : 55-67.
5. ฤดี ปุ่บางกะดี, เอมพร รตินธร. ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์. 32(2) : 23-31.
6. ปญญา เอี่ยมสำอาง. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของแม่วัยรุ่น จ.ฉะเชิงเทรา มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. จนนท์พร เขียวน้อยรัชตะ, วรรณ อรรถเมธากุล, ณัฐกร ประกอบ. ศึกษา อุปติการณการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ; 2559
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. ศึกษาผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ; 2550
9. ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, ธวัชชัย เอกสันติ. การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รายวิชาเพศศึกษาเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2557

ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม

นารถยา ปริกัมศิลป์*

ศุภา เพ็งเภา**

สมใจ สายสม***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบก่อนทดลอง (Pre-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษในโรงพยาบาลโพธารามประชากรในการทำวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธารามจำนวน 39 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยจำนวน 2 ชุดประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบวัดความรู้และแบบสังเกตพฤติกรรมสถิติที่ใช้วิเคราะห์ ข้อมูลประกอบด้วย สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t test และ Repeated measurement ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$)และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษหลังได้รับโปรแกรมว่ามีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$)โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษติดตาม 2 เดือนตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 ในเดือนเมษายน 2561 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X}=50.13$ ต่อมาในเดือนพฤษภาคม 2561 พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษลดลง $\bar{X}= 44.51$

ดังนั้นทีมควรสร้างความตระหนักในกลุ่มบุคลากรเรื่องการติดเชื้อดื้อยากับการจัดโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ และกำหนดแนวทางนิเทศติดตามอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ, บุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหนัก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**หัวหน้าพยาบาล

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Effects of the Prevention and Control Program for Special types of Multi-Drugs-Resistant Bacterial on Knowledge and Practices among Health Care workers in Intensive Care Unit, Photharam Hospital

Nattaya Parikumsil*

Supha Pengluo**

Somjai Saysom***

Abstract

The objective of this pre-experimental research is to investigate the result of nursing program using in special control of bacteria resistant infectious patients with the knowledge and the nursing care performance of the staff in Potharam Hospital. Thirty- nine staff participating in the study are registered nurses and nursing assistants in Intensive Care Unit (ICU), Potharam Hospital and the study was conducted from January to May 2018. Nursing practice program together with knowledge and nursing practice observation evaluation forms were used for research conduct and data collection respectively. Descriptive statistics, percentages, mean, standard deviation, paired t test, and repeated measures ANOVA were applied for data analysis.

The study revealed that the ICU staff's knowledge was significantly increased after the staff applying nursing program in special control of bacteria resistant infectious patients ($p<0.01$). The mean of nursing performance in these patients was also significantly elevated ($p<0.01$); the maximum mean of 50.13 was shown in April 2018; however, it descended to 44.51 in May 2018.

Therefore, the hospital should raise awareness of the staff regarding the importance of bacteria resistant infection as well as the nursing care program in this kind of patients. In addition, the systemic and ongoing follow-up evaluation plan should be established for sustainable and constant patient care and the best benefit of the patients.

Keywords : nursing care program, special control of bacteria resistant infectious patients,
Health care workers in Intensive Care Unit

*Professional, registered nurse

**Senior professional, register nurse

***Professional, registered nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาส่งผลกระทบต่อสำคัญหลายประการทั้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาจากผลรายงานการควบคุมการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฉลี่ย 9,275 เหรียญสหรัฐต่อราย¹ ปัจจุบันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องดังการศึกษาแนวโน้มและอุบัติการณ์การติดเชื้อ Methicillin - resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) ประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การติดเชื้อ MRSA ในกลุ่มเด็กที่พบการติดเชื้อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2.77 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนในปี ค.ศ. 2010 แต่อัตราการเสียชีวิตยังสูงถึงร้อยละ 14.1² การศึกษาในประเทศได้พบการติดเชื้อ Carbapenem - resistant *Acinetobacter* spp. เพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2014 - 2016 2.8 ครั้งต่อ 1,000 วัน -3.5 ต่อ 1,000 วันและ 2.2 ครั้งต่อ 1,000 วัน ตามลำดับ³ ในประเทศไทยมีการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 ราย (ร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อดื้อยา) คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁴ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น

โรงพยาบาลโพธารามแม้จะมีแนวทางสำหรับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2546 แล้วแต่ยังพบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางถูกต้องเพียงร้อยละ 37 จากภาระงานที่มากและเร่งรีบจากภาวะผู้ป่วยวิกฤต จึงอาจทำให้บุคลากรปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกขั้นตอน ประกอบกับอุบัติการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมยังคงสูงอยู่⁵ ผู้วิจัยจึงสนใจใน

การนำกลวิธีที่เสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute Model [JBI Model]) ประกอบด้วยการทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การแยกผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ของใช้ การทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม⁶ มาเป็นแนวในการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีส่วนร่วมและใช้เป็นกลวิธีในการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติร่วมกับใช้หลายวิธีประกอบกันจะได้ผลต่อการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตาม⁷ การใช้กลวิธีหลากหลายในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษถูกปรับใช้เป็นโปรแกรมและศึกษาผลของการใช้โปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมกำหนดแนวทาง และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบก่อนทดลอง (Pre-experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่โปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นเองตามกรอบ

แนวคิดของสถาบันโคโนนาปริกส์⁶ โปรแกรมปฏิบัติการประกอบด้วย

1.1 การจัดตั้งทีมควบคุมการติดเชื้อคณะกรรมการในหน่วยงาน

1.2 จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกถึงย้ายออก

1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถและสร้างทักษะในการใช้แยกผู้ป่วยและใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายพยาบาลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องปฏิบัติได้อย่างถูกต้องการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การแยกผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ของใช้ผู้ป่วยการทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม

1.4 โปสเตอร์เตือนเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

1.5 การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติประกอบด้วยผลการสังเกตการปฏิบัติเป็นรายบุคคลแบบไม่เป็นทางการให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกและกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อไปส่วนบุคลากรสุขภาพที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติหลังจากนั้นให้ข้อมูลย้อนกลับที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและผลในภาพรวมเดือนละครั้งนำเสนอเป็นกราฟแท่งแสดงผลการปฏิบัติถูกต้องของบุคลากรสุขภาพแต่ละกิจกรรมการสังเกตที่บอร์ดประชาสัมพันธ์

1.6 การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันได้แก่ถุงมือขนาดต่างๆ ผ้าปิดปากปิดจมูกกระดาษเช็ดมือเสื่อคลุม และแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือชนิดเจล

1.7 การติดตามนิเทศประเมินผลการนำไปใช้โดยผู้วิจัยเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพตามแนวทางที่กำหนด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้มีค่า CVI =0.97 ความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.89 และแบบสังเกตพฤติกรรมหาคุณภาพความตรงค่า CVI =1.0 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน

มกราคมถึงพฤษภาคม 2561 ในกลุ่มประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 39 คน การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธาราม (2 - 2561) ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. การจัดอบรมเรื่องเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษและการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้คู่มือการสอนและวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรม

2. ติดตามบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติที่ชี้แจงของเจ้าหน้าที่ทุกคนโดยวัดก่อนการอบรม หลังการอบรม 2 ครั้งห่างกัน 1 เดือน

3. ผลการวัดครั้งแรกแจ้งผลการปฏิบัติภาพรวมและติดบอร์ด หลังจากนั้นประเมินซ้ำครั้งสุดท้ายเดือนพฤษภาคม 2561 และทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test และ Repeated measurement ANOVA

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 39 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุส่วนใหญ่มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 64.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ ระยะเวลาในการทำงานร้อยละ 41 อยู่ในช่วง 11 - 20 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อ ร้อยละ 87.2 การล้างมือ ร้อยละ 92.3 การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ร้อยละ 74.4

2. ข้อมูลความรู้เรื่องการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนัก พบว่าเมื่อแยกระดับความรู้โดยวัดตามเกณฑ์ของ Bloom⁸ ก่อนให้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อแบคทีเรีย

ดื้อยาควบคุมพิเศษอยู่ในระดับต่ำ (0 – 11 คะแนน) มีมากถึง ร้อยละ 53.78 ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน) ร้อยละ 43.61 หลังจากได้รับโปรแกรมบุคลากรมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.12 ระดับในระดับสูง (คะแนน

16 - 20) ร้อยละ 35.21 ดังตารางที่ 1 หลังจากนั้นได้มีการทบทวนความเข้าใจซ้ำหลังจากวัดระดับความรู้ในบางข้อเจ้าหน้าที่ตอบได้ถูกต้อง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบระดับความรู้ของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ

ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ	ก่อนให้โปรแกรม		หลังให้โปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนน 1 - 11)	11	53.78	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 12 - 15)	9	43.61	13	64.12
ระดับสูง(คะแนน 16 - 20)	0	0.00	7	35.21

ก่อนให้โปรแกรม $\bar{X} = 11.4$, SD = 2.03 , Max = 21 , Min = 1
 หลังให้โปรแกรม $\bar{X} = 15.2$, SD = 1.81 , Max = 25 , Min = 14

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรงานผู้ป่วยหนักก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักหลังที่

ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษโดยใช้สถิติ paired t test (n=39)

เรื่อง	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย					
ก่อนได้รับโปรแกรม	11.41	2.04	38	- 8.98	0.000
หลังได้รับโปรแกรม	15.23	1.81			

4. เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษจาก เดือน มีนาคม 2561 (ก่อนให้โปรแกรม) เดือน เมษายน 2561 (วัดหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 1) เดือน พฤษภาคม 2561 (วัดหลังให้โปรแกรมครั้งที่ 2) พบว่า

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ (ตารางที่ 3) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษในเดือน เมษายน 2561 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด $\bar{X} = 50.128$ แต่เมื่อติดตามอีก 1 เดือนในเดือน พฤษภาคม 2561 พบว่ามี

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ
แบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษลง $\bar{X} = 44.513$ ดังตาราง
ที่ 4 ซึ่งค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษในเดือน เมษายน
2561 มีแนวโน้มสูงขึ้นจากเดือนมีนาคม 2561และ
มีแนวโน้มลดลงในเดือน พฤษภาคม 2561 ดังแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุม
พิเศษของบุคลากรสุขภาพงานหอผู้ป่วยหนัก ของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรีช่วงก่อนให้โปรแกรม
และหลังการให้โปรแกรมโดยวัด 2 ครั้งโดยวัดหลังให้โปรแกรม 1 เดือน (เมษายน 2561 และ ติดตามอีก 1
เดือน (พฤษภาคม 2561)(n=39)

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
เดือนที่ติดตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมใน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	1.204	24964.325	20736.644	416.497	0.000
ในบุคลากรสุขภาพงานหอผู้ป่วยหนัก ของโรงพยาบาล โพธาราม จังหวัดราชบุรีและเดือนที่ติดตาม	45.747	2277.675	49.788		

df = degree of freedom; SS = Sum Square; MS = Mean Square

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ของพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ
ในบุคลากรสุขภาพงานหอผู้ป่วยหนัก ของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติด เชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ	มีนาคม 2561 $\bar{X} = 16.718$	เมษายน 2561 $\bar{X} = 50.128$	พฤษภาคม 2561 $\bar{X} = 44.513$
มีนาคม 2561 $\bar{X} = 16.718$	-		
เมษายน 2561 $\bar{X} = 50.128$	27.795***	-	
พฤษภาคม 2561 $\bar{X} = 44.513$	33.418***	-5.615***	-

โดยหลักการ *** $p < 0.001$

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อ



กราฟที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา
ควบคุมพิเศษและเดือนที่ติดตามของกลุ่มตัวอย่าง (n = 39)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตาม
สมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการพยาบาล
ผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุม
พิเศษพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษสูงกว่า ก่อนได้รับ
โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรม
การให้ความรู้ความเข้าใจที่เป็นปัจจุบันในเรื่อง การล้างมือ
การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การแยกผู้ป่วยซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาของ ประจวบ ทองเจริญและคณะ (2559)⁹
ที่ได้พัฒนาโปรแกรมผลของการใช้ กลวิธี หลากหลายต่อ
การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ
แบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน พบว่าการให้ความรู้และแนว
การปฏิบัติที่มีหลากหลายวิธีช่วยในการกระตุ้นการปฏิบัติ
ของบุคลากรได้ และวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ
(2557)¹⁰ ที่ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง
ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมทำให้บุคลากรมีความรู้สูงขึ้น
และแนวการปฏิบัติที่ชัดเจนแก่บุคลากรในการปฏิบัติ
สุพัตรา อุปนิสากร และคณะ (2560)¹¹ เสนอแนะว่าต้องมี
การให้ความรู้และแนวการปฏิบัติที่มีหลากหลายวิธีช่วยใน
การกระตุ้นการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบ
พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย
ดื้อยาควบคุมพิเศษพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมแนว
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษของ
บุคลากรสุขภาพหอผู้ป่วยหนักสูงกว่า ก่อนได้รับ
โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลทำให้ค่าเฉลี่ย
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นเทียบระหว่าง
ค่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย เดือนมีนาคม และ
เมษายนในปี 2561 เป็นผลมาจากกิจกรรมการให้ความรู้
ความเข้าใจที่เป็นปัจจุบันในเรื่อง การล้างมือ การใช้
อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การแยกผู้ป่วยการจัดการอุปกรณ์

ป้องกันและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ร่วมกับทีม PCT อายุรกรรม แพทย์ มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มการติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษในชุมชน (Community Infection) และติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) เพื่อเป็นแนวทางให้กับพยาบาลผู้ป่วยที่ต้อง แนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมถึงผู้วิจัยได้มีการสอนเพิ่มเติม one the Job Training ให้กับพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานของ ประจวบ ทองเจริญและคณะ (2559)⁹ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมผลของการใช้ กลวิธี หลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการ ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน พบว่า การ ให้แนวการปฏิบัติที่มีความชัดเจนช่วยในการกระตุ้นการ ปฏิบัติของบุคลากรได้

แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยเฉลี่ยในเดือนเมษายนกับเดือนพฤษภาคม ในปี 2561 ซึ่งเป็นค่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย หลังให้โปรแกรม ไปแล้ว ระยะเวลา 2 เดือนพบว่าแนวโน้มลดลงจากเดือน เมษายน ทั้งนี้ เนื่องจากหลังการให้ความรู้เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ แต่ไม่ได้สร้างโปรแกรมความ ตระหนักควบคู่กันไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ (2557)¹⁰, สุพัตรา อุปนิสากร และคณะ (2560)¹¹ เสนอแนะว่าต้องมีการ กระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องโดยทีมติดตามนิเทศ สอดคล้อง กับการศึกษาของ กุลดา พฤตวิธรัตน์ และคณะ¹² เรื่องการ กำกับติดตามการปฏิบัติของทีมทางการพยาบาลผู้ป่วยติด เชื้อดื้อยาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและ ยั่งยืนควบคู่กับการติดตามทีมและประเมินอย่างเป็นระบบ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรสร้างความตระหนักในผลเสียจาก การติดเชื้อดื้อยา และกำหนดแนวทางนิเทศติดตามอย่าง เป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2 ควรมีนำโปรแกรมปฏิบัติการผู้ป่วยติด เชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษไปประยุกต์ใช้กับในกลุ่มโรคที่สำคัญ และโรคที่มีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงในผู้ป่วยได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส เลือดร่วมด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจในการใช้ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย ดื้อยาควบคุมพิเศษของโรงพยาบาลโพธาราม

2.2 พัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษที่มีกระบวนการ สร้างความตระหนักสอดแทรกในโปรแกรมควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ แบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษระหว่างก่อนกับหลังการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ควบคุมพิเศษของโรงพยาบาลโพธาราม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงเนื่องจากความกรุณา จาก อาจารย์ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ขอขอบคุณกลุ่ม ตัวอย่างทุกท่าน อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม หัวหน้า กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าและบุคลากรหออภิบาล ผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่และกุมาร ทีมอายุรแพทย์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ในการทำวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. David MZ, Medvedev S., Hohmann SF, Ewigman B, Daum RS. Increasing burden of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* hospitalizations at US academic medical center, 2003-2008. *Infection and Hospital Epidemiology* 2012 ; 33 (8), 782-9.
2. Song X, CogenJ, SinghN. Incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in a children's hospital in the Washington metropolitan area of the United States, 2003 – 2010. *Emerg Infect Dis*. 2013 ; 2 (10) : e69.
3. Chen CM, Lin CJ, Wu RW, Wang CH. Risk factors and molecular epidemiology of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* complex at a district hospital in Taiwan. *J Med Sciences* 2016; 38 (5) : 222-7.
4. ศิริตรี สุทธิจิตต์, นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ ชุนนางกรู ภูษิต ประคองสาย, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. มาตรการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2556 : 7 (2) : 281-95.
5. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โพรธารม. รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลปี งบประมาณ 2559. ราชบุรี : โรงพยาบาลโพรธารม, 2559.
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Management of multidrug-resistance organisms in healthcare settings 2016. Retrieved September 9, 2018. from http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_mdoro_guideline_2016.html
7. Card AJ, Ward JR, Clarkson PJ. Getting to Zero: Evidence-based healthcare risk management is key. *J Health care Risk Manage*. 2012 ; 32:20-7.
8. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. (1971). *Evaluation to Improve*. New York: McGraw Hill book Company.
9. ประจวบ ทองเจริญ, วันชัย มั่งคั่ง, อะเคื้อ อุณหเลขกะ. ผลของการใช้กลวิธีหลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน. *วารสารการพยาบาล* 2559. 42 (1), 71-73.
10. วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราพร น้อมกุล, รัตนา ทองแจ่ม และธนชัย พนาพุดิ. “การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง” *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2557 ; 32 (2) : 25-36.
11. สุพัตรา อุปนิสากร, กุณจิตรา ถิ่นนิคม, จารุวรรณ บุญรัตน์ (2560). “ผลการควบคุมการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ” *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ; ปีที่ 31* : 649 -56.
12. กุลดา พงศ์วิวัฒน, รัชนิยา วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์, สมรรถเนตร ตะริโย. การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล* 2560 ; 44 (4) : 10-33.

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง

อุทัย เจริญจิตต์*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกองสุขศึกษา¹ นำมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองบ้านโป่งจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น KR20= 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample's t - test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งควรคำนึงถึงกลุ่มอายุของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสูงอายุ ที่ควรมีผู้ดูแลติดตามเข้าร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้ง ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การติดตามกระตุ้นเสริมแรงจิตใจผู้ป่วยด้วยวิธีการโทรศัพท์ เป็นวิธีที่กลุ่มเป้าหมายพึงพอใจสูง เหมาะสมในการนำไปขยายผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน/ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ/ ความรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, โรงพยาบาลบ้านโป่ง, จังหวัดราชบุรี

EFFECTS OF HEALTH PROMOTION PROGRAMS ON HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR OF DIABETES PATIENTS OF COMMUNITY HEALTH CENTER BANPONG HOSPITAL

UTHAI CHAROENJITT*

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to study and compare means of health literacy and health behavior of diabetes patients who received health promotion program service based on Pender's theory under the program 4 times in 12 weeks, the sample was 30 experimental subjects. (The pretest-posttest One groups design). Data collecting by using the questionnaires on health literacy and health behavior of diabetes patients adapted from the questionnaires on health literacy and health behavior of Health Education Department. The Kuder-Richardson's Reliability(KR20) of questionnaires try out in 30 diabetes patients who lived in rural area of Banpong district was 0.95. The comparison of means of health literacy and health behavior of diabetes patients was analyzed means between pre and post experimentation using Paired sample's t-test. The research results indicated as follows:

1. Means of health literacy of diabetes patients of post- experimentation was statistically higher than pre-experimentation at 0.05 significant level.
2. Means of health behavior of diabetes patients of post- experimentation was statistically higher than pre-experimentation at 0.05 significant level.

So diabetes patients ought to receive health promotion program service based on Pender's theory. However, aging group is specifically considerable care giver or relatives in collaborate /join the group meeting. Telephone is the effective instrument for experienced care provider to empower health literacy and health behavior of diabetes patients. It is worth expanding to adoption in other care of NCDs in further.

Keywords : Health Promotion Program/ Diabetes Patients/ Health Literacy/ Health behavior

* Professional Nurse level 7, Social Medicine Department, Banpong Hospital, Ratchaburi Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

Non-communicable diseases (NCDs) หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งประกอบไปด้วยโรคหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พบแนวโน้มของการป่วยและการตายเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย² ได้รายงานสถานการณ์โรค NCDs เป็นสาเหตุการตายของประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68) ของสาเหตุการตายทั้งหมดของประชากรโลก (38/56 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2555 และมากกว่า 16 ล้านคน (ร้อยละ 29) เป็นผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุต่ำกว่า 70 ปี) โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (รวมถึงประเทศไทย) มีภาวะโรค (Burden of Disease) จากการตายก่อนวัยอันควรนี้มากถึงร้อยละ 82 โดยเฉพาะโรคเบาหวาน พบแนวโน้มของการเกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 415 ล้านคน และคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 642 ล้านคน ซึ่ง 1 ใน 11 คนเป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และทุกๆ 6 วินาที จะมีคนตายจากเบาหวาน 1 คน เบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการทรัพยากรการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนานตลอดอายุขัยของผู้ป่วย เมื่อเป็นเบาหวานหากไม่ได้ปฏิบัติตนดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ทำให้ควบคุมโรคไม่ดีจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายที่สำคัญคือตาบอด ไตวาย แผลที่เท้า จนถึงขั้นต้องตัดเท้า นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนในลักษณะเฉียบพลันได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกิน (Hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ภาวะเลือดเป็นกรด (Keto Acidosis) จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงภาวะการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของชาติ โดยมีการ

ประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15 ปีข้างหน้าประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ

สำหรับประเทศไทยเบาหวานจัดเป็นภัยคุกคามสุขภาพคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์³ รายงานว่า ปี พ.ศ. 2558 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกเป็นอันดับ 2 ใน 5 อันดับแรกของโรค ที่เป็นสาเหตุการป่วย ปัจจุบันมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคนกระจายตัวอยู่ใน 77 จังหวัดของ 13 เขตบริการสุขภาพที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราการควบคุมโรคได้เพียงร้อยละ 20.02 (เป้าหมายร้อยละ 40 ขึ้นไป) ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยในจำนวน 500,374 คน เพิ่มขึ้นเป็น 670,664 คน ในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 795.04 เป็น 1,032.50 ต่อประชากรแสนคน

จากรายงานสถิติข้อมูลเขตสุขภาพที่ 5 (HDC)⁴ ของจังหวัดราชบุรี พบว่าสถานการณ์ปัญหา NCDs ของประชาชนสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลของประเทศ ที่พบสถิติผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวนมาก (อันดับ 2 ใน 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดราชบุรี จากข้อมูลเวชสถิติ⁵ ย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2560 พบผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 26,338 ครั้ง (5,055 คน) ในปี 2557 เป็น 28,279 ครั้ง (5,424 คน) ในปี 2560 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 20.56 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเล็กน้อย แต่ยังคงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดราชบุรี (ร้อยละ 25.62) และค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 23.38) และมีผู้ป่วยในเบาหวานเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 จำนวน 2,187 ราย, 2,211 ราย และ 2,275 รายตามลำดับ

ในจำนวนนี้มีสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบ้านโป่ง คิดเป็นร้อยละ 13.44 (194 ราย), 14.06 (311 ราย) และ 11.78 (268 ราย) ตามลำดับที่สำคัญพบว่ากลุ่มโรคแทรกซ้อนของเบาหวานส่วนหนึ่ง ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง โดยจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 5,894/969 ราย ในปี 2558 เป็น 10,118/1,187 ราย ในปี 2560 ส่วนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงที่มารักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 3,791/779 ราย ในปี 2558 เป็น 3,901/906 ราย ในปี 2560 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นผลจากคุณภาพการดูแลในภาวะที่มีความจำกัดด้านทรัพยากร อาคารสถานที่ และอัตราากำลังบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพที่ขาดแคลนอย่างเห็นได้ชัด และตกอยู่ในสภาวะจำยอมรับสภาพภาระงานที่ล้นเกิน) ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่ง วชิระ เพ็งจันทร์⁶ ได้รายงานไว้ว่า กรมอนามัยได้มีการสังเคราะห์บทเรียนจากงานวิจัยด้าน Health Literacy 52 ชิ้นจากนานาประเทศ มาใช้ประโยชน์ นำสู่การกำหนดเป็น “วาระแห่งชาติ” ในการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย นอกจากนี้ กองสุศึกษา¹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งได้ทำการศึกษาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยแรงงานทั่วประเทศ พบว่า โดยภาพรวมประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี/ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ ได้เน้นให้เห็นความสำคัญว่า “หากมีการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล จะเป็นการสร้าง และพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้าน

สุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง” (กองสุศึกษา, 2556)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ^{7,8,9,10}, พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น เพนเดอร์ (Pender)¹¹ สามารถส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ ความฉลาด/ความแตกฉาน/ความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตน, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ เช่นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสำหรับพื้นที่จังหวัดราชบุรี โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) โรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ผู้วิจัยได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติหน้าที่หัวหน้า ศสม. เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพของพื้นที่เขตเมืองดังกล่าวข้างต้น และยังไม่พบว่าเคยมีการรายงานผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองบ้านโป่งมาก่อน อาจอนุมานได้ว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกันกับภาพรวมของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนากระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นต่อไป ผู้วิจัยจึงได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์¹¹ เป็นหลักร่วมกับการใช้ประโยชน์จากข้อค้นพบของผลงานวิจัยต่างๆ ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และดำเนินการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 6 องค์ประกอบ และมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ต่อไปนี้ ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
3. การสื่อสารสุขภาพ
4. การจัดการตนเอง
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
7. พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส

รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เก็บข้อมูลก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ (The pretest - posttest One groups design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัยคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติและขั้นตอนการเลือกดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับบริการที่ ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปป่วยเป็นเบาหวาน 1 ปีขึ้นไป มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 180 มิลลิกรัม เดซิลิตรขึ้นไป โดยตรวจสอบในประวัติจากเวชระเบียนของ ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้ป่วยสามารถมองเห็น พูด ฟัง ภาษาไทยได้ดี ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

ขั้นที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจาก ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง มาทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกไว้เป็นกลุ่มทดลองได้จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณโดยสูตรพื้นฐานของการวิจัยทางคลินิก¹² รูปแบบ One groups-superiority ที่ $H_0: \pi - \pi_0 \leq \delta$

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \pi(1-\pi)}{(\pi - \pi_0 - \delta)^2} = \frac{(1.96+0.84)^2 \times 2.5(1-2.5)}{(2.5 - 1 - 0)^2} = \frac{7.84 \times 3.75}{2.25} = 13.06$$

โดยแทนค่าสูตร ดังนี้

n = จำนวนตัวอย่าง

$Z\alpha$ = ค่าจุดตัดภายใต้โค้งปกติ ที่นัยสำคัญทางสถิติแบบทดสอบทิศทางเดียวเท่ากับร้อยละ 5 มีค่า = 1.96

$Z\beta$ = ค่าจุดตัดที่โค้งปกติ ที่กำหนดค่าอำนาจจำแนกเท่ากับร้อยละ 80
มีค่า = 0.84

π = ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ (ระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กำหนดค่าที่คาดหวัง ในระดับปานกลางถึงสูง = 2.5 (ระดับต่ำ = 1 ระดับปานกลาง = 2 ระดับสูง = 3)

π_0 = ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ (ระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ) ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กำหนดค่าที่อนุมานจากการสำรวจระดับประเทศ ที่พบว่าอยู่ในระดับต่ำ = 1

δ = ค่าผลต่างที่มีความหมายทางคลินิก ในที่นี้กำหนดให้มีค่า = 0 เพื่อทดสอบความเหนือกว่าทางสถิติ (statistical superiority)

ดังนั้นจะต้องมีผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มละ 13 คน รวม 2 กลุ่ม คือ 26 คน และบวกเพิ่มชุดเซย์ผู้ที่อาจถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนครบโปรแกรมที่ประมาณร้อยละ 15 = 3.92 คน รวมเป็นขนาดตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือหลัก 2 ชนิด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30 2ส ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกองสุขศึกษา¹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ (ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 30 2ส เป็นข้อคำถามแบบถูกผิดมี 4 ตัวเลือกจำนวน 6 ข้อ ซึ่งแบบวัดความรู้ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.22 - 0.94 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.53 - 0.89 นำมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองบ้านโป่งจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น KR20 = 0.95

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตาม 30 2ส รวมจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความถี่ของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยเลยให้ 1 คะแนน จนถึงทำประจำให้ 5 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือ ค่า r อยู่ระหว่าง .482 - .676 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' Alpha Coefficient) = .650 - .788

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับการตัดสินใจที่ไม่ดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นให้ 1 คะแนน จนถึงการตัดสินใจที่ดีและถูกต้องที่สุดให้ 4 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือ ค่า r อยู่ระหว่าง .405 - .451 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ = .602

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกวันให้ 5 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือ ค่า r อยู่ระหว่าง .353 - .529 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ = .673

การดำเนินการทดลอง

ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องขอความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการดำเนินการวิจัย และดำเนินการวิจัย ภายหลังได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านโป่งแล้ว (เอกสารรับรองเลขที่ RC07/2561)

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะดำเนินการทดลอง

โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- สัปดาห์แรกก่อนเริ่มโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเพื่อ

ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ก่อนเข้าร่วมโครงการ

- สัปดาห์ที่ 2 ถึง 12 จัดกิจกรรม ตามรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กำหนดขั้นตอนและกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดของเพนเดอร์¹¹ กำหนดกิจกรรมการพยาบาลจำนวน 4 ครั้ง ภายใน 12 สัปดาห์ โดยเรียกชื่อชุดกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้ 1) เพื่อนช่วยเพื่อน 2) ฝึมอง 3) ดูแลใส่ใจ 4) ชีวิตเป็นของเรา โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกันตามความพร้อมของกลุ่ม โดยจัดกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อยๆ กลุ่มละ 5 - 6 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 เพื่อนช่วยเพื่อน

1. พยาบาลศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล แฟ้มอนามัยครอบครัว การสังเกต และจากการพูดคุย โดยพยาบาลพูดคุยถึงประเด็นภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Behavioral Outcome) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลเท้า การรับประทานยา และการตรวจตามนัด โดยพยาบาลเชื่อมโยงประเมินถึง 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Action) 2) อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Barriers to Action) 3) ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติ (Perceived Self Efficacy) 4) ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Activity-Related Affect) 5) บุคคลหรือสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (Interpersonal and Situational Influences)

2. พยาบาลสรุปประเด็นปัญหาความต้องการ และสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง ความเข้าใจในตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. พยาบาลชื่นชมผู้ป่วยในประเด็นการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

4. พยาบาลร่วมกับกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยวางแผนสร้าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพยาบาลส่งเสริมศักยภาพ ของผู้ป่วยในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่ม การรับรู้ประโยชน์ ด้วยการสอนสาธิตในประเด็นพฤติกรรม สุขภาพที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสม

5. พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนผู้ป่วย สร้างพันธะสัญญาในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในช่วงระยะเวลา 2 - 3 สัปดาห์ตามความพร้อมของผู้ป่วย

6. นัดครั้งต่อไปในช่วงระยะเวลา 2 - 3 สัปดาห์ ตามความพร้อมของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการประเมินภาวะ สุขภาพอย่างครบถ้วน
2. ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพ ของตนเอง
3. พยาบาลนำความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลมา เป็นฐานในการใช้กระบวนการพยาบาล
4. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแลตนเอง
5. ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กิจกรรมที่ 2 ฝึมอง

พยาบาลโทรศัพท์ติดตามการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยแต่ละคนโดย

1. ให้ผู้ป่วยทบทวนพันธะสัญญาในการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไว้ไว้เมื่อ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา บอกถึงปัจจัยที่ช่วยให้กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สำเร็จ หรือปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถกระทำพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ตามพันธะสัญญา

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. พยาบาลเสริมในประเด็นที่ผู้ป่วยแลกเปลี่ยน ไม่ครอบคลุม โดยเน้นถึงเรื่องการรับรู้ประโยชน์ การจัด อุปสรรค การเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. นัดครั้งต่อไปในช่วงระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ตาม ความพร้อมของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
2. พยาบาลมีเป้าหมายในการให้การพยาบาล บอกถึงเหตุและผลของการปฏิบัติพยาบาลได้
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการประเมินผลลัพธ์ของ พฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. พยาบาลและผู้ป่วยมีการนำประเด็นที่สำคัญใน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกลับมาทบทวนร่วมกัน
5. พยาบาลมีการติดตามแผนการพยาบาลและ ตรวจสอบผลลัพธ์การพยาบาลที่ปฏิบัติไปแล้ว

กิจกรรมที่ 3 ดูแลใส่ใจ

พยาบาลโทรศัพท์ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยแต่ละคนเป็นครั้งที่ 2 โดย

1. พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยทบทวนพันธะสัญญา ในการสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไว้ไว้เมื่อ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา บอกถึงปัจจัยที่ช่วยให้กระทำพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถ กระทำตามพันธะสัญญาได้

2. ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนถึงปัจจัยที่ช่วยทำให้กระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคที่ ไม่สามารถกระทำตามพันธะสัญญาได้

3 พยาบาลเสริมในประเด็นที่ผู้ป่วยแลกเปลี่ยน ไม่ครอบคลุมโดยเน้นถึงเรื่องการรับรู้ประโยชน์การจัด

อุปสรรคการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการกระทำ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยสร้างพันธสัญญาในการสร้าง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในช่วงระยะเวลา 2 - 3 สัปดาห์
ต่อไป พร้อมกำหนดถึงกลวิธีในการไปสู่พันธสัญญานั้น

5. นัดครั้งต่อไปในช่วงระยะเวลา 2 - 3 สัปดาห์
ตามความพร้อมของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

เช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 2 ฝ้ามอง

กิจกรรมที่ 4 ชีวิตเป็นของเรา

1. ให้ผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยร่วมกัน
ทบทวนพันธสัญญาในการสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ที่ให้ไว้เมื่อ 7 - 10 สัปดาห์ที่ผ่านมา บอกถึงปัจจัยที่ช่วยให้
กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จหรือปัญหา
อุปสรรคที่ ไม่สามารถกระทำตามพันธสัญญาได้

2. ให้กลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนปัจจัยที่ช่วยให้
กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จหรือปัญหา
อุปสรรคที่ไม่สามารถกระทำตามพันธสัญญาได้ โดยเน้น
ถึงเรื่องการรับรู้ประโยชน์ ขจัดอุปสรรค การเสริมศักยภาพ
ของผู้ป่วยในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ร่วมกันคัดเลือกผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพที่มี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จยอดเยี่ยม

4. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกถึงเป้าหมายของชีวิตที่
ตนเองคาดหวังในเรื่องสุขภาพและระบุถึงวิธีที่จะไปให้ถึง
เป้าหมายนั้น

5. สนับสนุนให้คู่หูดูแลสุขภาพแต่ละกลุ่มสร้าง
พันธสัญญาในการไปถึงสุขภาพที่คาดหวังและร่วมเป็น
กำลังใจซึ่งกันและกันในการไปถึงพันธสัญญานั้น

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการประเมิน ผลลัพธ์ของ
พฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแลตนเอง
สัปดาห์ที่ 12 หลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมส่งเสริม
สุขภาพครบ 4 ครั้งแล้วทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม
เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ตาม 3อ 2ส หลังเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อย
ละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample's
t - test ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window และ
วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพตาม 3อ 2ส ด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์และแปล
ผลสำเร็จรูป (Microsoft Excel) ซึ่งคำนวณด้วยสูตร
สมการ) ของกองสุขศึกษา¹

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ 2ส

ช่วงคะแนน/คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส
ตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส ได้ถูกต้องบ้าง
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส

ช่วงคะแนน/คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ 2ส ไม่ถูกต้อง
ตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ 2ส ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ 2ส ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปทางคุณลักษณะประชากรและสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.0 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.2) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพ (งานบ้าน/ว่างงาน) มากที่สุดร้อยละ 50.0

2. ข้อมูลระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส และการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ในระยะก่อนและระยะหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งรายด้านและภาพรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (N=30)			หลังเข้าร่วมโครงการ (N=30)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.43	1.331	ต่ำ	4.70	1.207	พอใช้
2 เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	6.37	2.525	พอใช้	7.80	1.749	พอใช้
3 การสื่อสารสุขภาพ	9.37	1.847	พอใช้	10.13	2.556	พอใช้
4 การจัดการตนเอง	10.87	2.417	พอใช้	12.40	1.904	ดีมาก
5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5.03	2.894	ไม่ดี	7.47	2.775	พอใช้
6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	9.60	1.404	ดีมาก	10.63	1.159	ดีมาก
โดยภาพรวม	44.67	7.438	พอใช้	53.13	6.479	พอใช้
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส.	23.67	3.915	พอใช้	25.73	3.073	ดีมาก

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ และมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับต่ำ (ไม่ถูกต้อง) และไม่ดี ตามลำดับ ส่วนหลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ และมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส อยู่ในระดับ ดีมาก เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ผลต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่ม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		ผลต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
					Mean					
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{D}$	S.D.	difference	df	t	p
คะแนนเฉลี่ย										
ความรอบรู้ด้าน										
สุขภาพ	44.7	7.44	53.1	6.48	8.47	7.299	-8.47	29	-6.415	0.000

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.4 เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($t=-6.415$, $p=0.000$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ผลต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่ม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		ผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส					
					Mean					
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{D}$	S.D.	difference	df	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส	23.7	3.91	25.7	3.07	2.07	2.876	-2.07	29	-3.963	0.000

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.07 เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-3.936$ $p=0.000$)

การอภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของผู้ป่วย เบาหวานในเขตเมืองบ้านโป่ง ในระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเปรียบเทียบกับกรวิจัยของสมฤทัย เพชรประยูร และคณะ⁷ ที่ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนคน 85 คน รับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคที่อายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.3 ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่เพียงพอและกำกวมร้อยละ 60 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40.82 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.76 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

โรคเบาหวานในเขตเมือง ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงวัย (อายุเฉลี่ย 62.2 ปี) มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า ย่อมมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่โดยตรง ซึ่งมักจะเน้นย้ำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องซ้ำๆ ได้บ่อยกว่ากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งจะเห็นได้จากผลการประเมินรายด้านที่พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ 2ส และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับต่ำ/ไม่ดี อาจเป็นผลจากความเป็นผู้สูงวัยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ โอกาสเข้าถึงเทคโนโลยีน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ จุฑามณี กันกรัง⁸ ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 400 คน ในปี พ.ศ.2558 พบว่าความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับ

ปฏิสัมพันธ์ (ปานกลาง) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งหมายถึงมีทักษะทางปัญญาและสังคมขั้นสูง สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ 2ส. ของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง ศสม. โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในระยะหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้/ปานกลาง และระดับดีมากตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับพอใช้/ปานกลางเช่นเดียวกันแต่มีการเปลี่ยนแปลงในรายด้านที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองจำนวน 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับพอใช้

2.2 ด้านการจัดการตนเอง เปลี่ยนจากระดับพอใช้เป็นระดับดีมาก

2.3 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เปลี่ยนจากระดับไม่ดีเป็นระดับพอใช้

ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส เปลี่ยนจากระดับพอใช้เป็นระดับดีมากและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ธวัชพัฒนานันท์⁹ ในปีพ.ศ.2557 วิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับเล็กน้อย โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งครึ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองเป็นรายกลุ่มๆ ละ 5 ราย

ต่อสัปดาห์ ในปี 2556 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ นาคงาม¹⁰ ในปีพ.ศ.2559 วิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบจำลองข่าวสาร แรงจูงใจและทักษะพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งครึ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการทดลอง 11 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการรับประทานยา การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานยา ความคาดหวังในผลดีของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงได้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป

ผลการศึกษาทำให้ทราบถึงสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเมืองบ้านโป่ง ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ตลอดจนประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้น จึงควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและขยายผลการพัฒนาการจัดบริการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรคำนึงถึงอายุของกลุ่มเป้าหมาย และปรับระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมให้ยืดหยุ่นตามความพร้อมของกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสูงอายุที่มีความหวั่นบ้าน/กังวลใจในการอยู่ร่วมกิจกรรมนานเกิน 2 ชั่วโมง

2. ควรมีอาสาสมัครครอบครัวหรือผู้ดูแล ติดตามเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เพื่อให้สามารถย้ำเตือนสาระสำคัญให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องที่บ้าน

3. ควรจัดสิ่งแวดล้อมในสถานบริการให้เอื้อต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งสื่อบุคคล และสื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ โดดเด่น สะดุดตา จัดการสอนสาธิตออกกกำลังกายร่วมกันเป็นกิจกรรมปกติประจำวันระหว่างรอตรวจ และจัดนักโภชนาการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล/รายกลุ่ม ใช้โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน 5 หมู่เป็นสื่อสาธิตที่ดี

4. ควรใช้วิธีการกระตุ้นติดตามดูแลเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีโทรศัพท์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความรู้สึกห่วงใย ใส่ใจดูแล ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเอง ดังความในใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พูดว่า “รู้สึกดีมากที่เจ้าหน้าที่ของ รพ.โทรไปพูดคุย สอบถาม ย้ำเตือน แสดงถึงความใส่ใจต่อคนไข้ ขนาดลูกหลานยังไม่ห่วงใยใส่ใจเท่าคุณพยาบาลเลย...ดังนั้นจึงตั้งใจว่าจะต้องคุมน้ำตาลให้ได้ดีขึ้น”

5. ปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อาทิ เช่น ความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงสูงต่อหัวใจหลอดเลือด ไตวาย ฯลฯ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองบ้านโป่ง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองบ้านโป่ง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากการสนับสนุนช่วยเหลือของทุกท่าน ดังต่อไปนี้ พญ.สมศรี เกษโกวิท หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คุณเอมวดี เกียรติศิริ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม คุณกิงกาญจน์ ทรัพย์เย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย คุณลินจง บุญถนอม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้ช่วยวิจัย คุณรุ่งอรุณ เม่นทอง โภชนาการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้ช่วยวิจัย และพี่ๆ น้องๆ ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและหน่วยงาน ศสม.บ้านโป่งทุกท่านที่ให้กำลังใจอย่างยิ่ง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดจนจบโปรแกรม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัย ครั้งนี้ ขอมอบแด่บุคลากร คณะอาจารย์ และวิชาชีพการพยาบาล

บรรณานุกรม

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556).
แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพระดับจังหวัด.นนทบุรี: ณ กระทรวง
สาธารณสุข ลิงค์จาก
<http://www.hed.go.th/news/3909>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2559). รายงาน
สถานการณ์โรค NCDs : มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับ
โลก (kick off to the goals) ลิงค์จาก
<http://www.diabetesatlas.org>
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,
ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล
ทางด้านสาธารณสุขนนทบุรี:สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ ; 2558
4. รายงานสถิติข้อมูลเขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข
ลิงค์จาก <http://hdcservice.moph.go.th>
5. รายงานสถิติเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน. ฝ่ายเวช
ระเบียนโรงพยาบาลบ้านโป่ง. ราชบุรี; 2557-2560
6. วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). เอกสารประกอบการประชุม
เชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย
เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
25 มกราคม 2560 : 203.157.62.15/anamai
_Web/ewt_dl_link.php?nid=10221
7. สมฤทัย เพชรประยูร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2555).
อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความ
แตกฉานด้านสุขภาพและการสนับสนุนจาก
ครอบครัวต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 มหาวิทยาลัยมหิดล
8. จุฑามณี กันกรง. (2558). การศึกษาความฉลาดทางสุข
ภาวะของนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏ
พิบูลสงคราม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตรสุขภาพ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
9. อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้
โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะ
เบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วิทยานิพนธ์
มหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
10. ศิริรัตน์ นาคงาม. (2559). การประยุกต์แบบจำลอง
ข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในการ
รับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล
โพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต.
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parson, M.A.
(2011). The Health Promotion Model
Manual University of Michigan.Retrieved.
12 เมษายน 2556. Fromwww.[http://nursing.
Umich. Edu/faculty – staff/nola – j pende](http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender)
12. จรณิต แก้วกังวาล และประตাপ สิงห์ควานนท์.
ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก.
ตำราวิจัยทางคลินิก 107-143 กรุงเทพฯ :
คณะเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล,
2554. ลิงค์จาก [http://www.tm.mahidol.ac.th
/th/tropical-medicine-knowledge/book-
clinic/Textbook-of-Clinical](http://www.tm.mahidol.ac.th/th/tropical-medicine-knowledge/book-clinic/Textbook-of-Clinical)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

บุญเรือง วิทมาสิงห์*

ช่อผกา จันทะดับ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้การรับรู้ของผู้มารับบริการและจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลบ่อพลอย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้หญิงอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย เป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2558 - 2561 ที่ยังไม่มารับการตรวจคัดกรอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลสถิตินำเสนอโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Pair t - test และ Independent t - test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p - value = 0.05$ และกลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $p - value = 0.05$

จากผลการวิจัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับพื้นที่ใกล้เคียงในเขตที่รับผิดชอบและสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับสถานบริการสาธารณสุขในบริบทพื้นที่เดียวกันได้

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม, โรงพยาบาลบ่อพลอย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลบ่อพลอย

Effect of the Promoting Reception of Cervical Cancer Screening Service Program using the Health Belief Model in Bophoi Hospital area, Bophoi District, Kanchanaburi Province

Boonruang Wittamasing*

Chorphaka Chanpradab**

Abstract

This quasi-experimental research were aimed to study: knowledge of cervical cancer, perceived of cervical cancer and the number of cervical cancer screening service of the women who receive cervical cancer in Bophoi Hospital before and after the programming, The research samples consisted of 60 women, at 30-60 years old, who lived in Bophoi Hospital area, Bophoi District, Kanchanaburi Province and no screening available. divided into 2 groups for the experimental and control groups. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Pair t-test and Independent t-test.

The research results showed that: After programming, the level of knowledge on cervical cancer and perceived the health belief of experimental group was higher than those before programming and higher than those in the control group with statistical significance at 0.05 level. And After programming, the experimental group came to receiving cervical cancer screening service more than those in the control group,

The research finding was the program management that the institute should be using program model in area network. and applied to near area.

Keywords : The Promoting Reception of Cervical Cancer Screening Service Program,
The Health Belief Model, Cervical Cancer Screening Service.

*Professional Nursing, Director of Primary care and Holistic care, Bophoi Hospital.

**Professional Nursing, Bophoi Hospital.

ความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพอย่างมากของประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยซึ่งพบว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของสตรีไทย มักพบในช่วงอายุ 30 - 70 ปี (พบมากช่วงอายุ 45 - 55 ปี) แต่อาจพบได้ในอายุน้อยเช่น 20 ปี และในผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยรายใหม่มะเร็งปากมดลูกปีละประมาณ 10,000 คน 16.7 ต่อแสนประชากร มีอัตราการตายปีละมากกว่า 5,000 คน หรือวันละ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.17¹ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายภายในปี พ.ศ.2558 - 2562 ได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 80 ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 80² เพื่อให้มีประสิทธิผลในการรักษาสูง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีได้ดำเนินการตรวจคัดกรองตามนโยบายที่กำหนด จากฐานข้อมูล HDC (Health Data Center) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจังหวัดกาญจนบุรีในปีงบประมาณ 2558 - 2561 เป้าหมายจำนวน 134,527 คน คัดกรองได้จำนวน 71,338 คน คิดเป็นร้อยละ 53.03 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่นเดียวกับผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ่อพลอยซึ่งดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2,296 คน คัดกรองได้ 918 คนคิดเป็นร้อยละ 39.98³ เห็นได้ว่าการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 10 ราย พบว่า เหตุผลที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ คิดว่าไม่น่าจะเป็นเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องประกอบอาชีพ/มีภาระกิจครอบครัว ไม่อยากเปิดเผย

ร่างกายต่อเจ้าหน้าที่ กลัวตรวจแล้วพบว่าเป็นโรค เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบผลการวิจัยที่สนับสนุน การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์/ผลดีของการตรวจโรค การป้องกันโรค จะช่วยเพิ่มระดับความรู้แก่สตรีและส่งผลต่อการมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคที่ดีขึ้น และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงจูงใจให้สตรีดูแลใส่ใจสุขภาพของตน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมหักล้างพัฒนามาจาก แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock⁴ และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในรูปแบบการบรรยาย การซักถามอธิบาย เปิดจากคลิปวิดีโอ นำเข้าชมสถานที่ตรวจและอุปกรณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สนทนากลุ่ม พูดคุยสัมภาษณ์กับผู้ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจ การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ สร้างเครือข่ายเพื่อนและแกนนำในชุมชนที่เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลบ่อพลอย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลบ่อพลอย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pretest-Posttest Design) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 13 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 7 กันยายน 2560 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้หญิงอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลบ่อพลอยรับผิดชอบ ได้แก่ ตำบลบ่อพลอยจำนวน 12 หมู่บ้าน และตำบลช่องด่านจำนวน 1 ชุมชน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2558 - 2561 จำนวนทั้งหมด 2,296 คน ที่มีคุณสมบัติโดยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้จับสลากกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกหมู่บ้านมาจำนวน 2 หมู่บ้าน เลือกหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณขนาดตัวอย่างตามทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (The Central Limit Theorem)⁵ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้หญิงอายุ 30 - 60 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2558 - 2561 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านพื้นที่ถูก

สุ่มเลือก มีความสนใจเข้าร่วมวิจัย อ่านเขียนหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น สุ่มจับสลากเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยประยุกต์แนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock) และการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์เป็นแนวคิดหลักในการศึกษา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก นำเข้าชมสถานที่ตรวจและอุปกรณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 2 สนทนากลุ่ม ชมวิดีโอเรื่องจริงของผู้มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจผิดปกติ จากนั้นนำบุคคลที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจผิดปกติในพื้นที่มาร่วมการสนทนาและเล่าประสบการณ์ กลุ่มสร้างเครือข่ายติดต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อนร่วมวิจัยและแกนนำในชุมชนที่เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 3 - 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเยี่ยมบ้าน และติดตามให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เปิดช่องทางการ

สื่อสาร การนัดหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่
ผู้รับบริการสะดวก

สัปดาห์ที่ 7 ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์
สมาชิกกลุ่มในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปาก
มดลูก เสริมแรงให้สมาชิกที่สามารถปรับพฤติกรรมตนเอง
ได้

สัปดาห์ที่ 8 สรุปผลโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลง
บางส่วนมาจากงานวิจัยของ คุณเรไร สูงยิ่ง⁶ แบ่งออกเป็น
8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2
ความรู้ จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยง
จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค
จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 6 การรับรู้ต่ออุปสรรค จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 7
การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 8
ความตั้งใจต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน
1 ข้อ โดยได้ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือ การหาความเที่ยง (Validity) ได้ค่า 0.83 และ
นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับสตรีในพื้นที่
ใกล้เคียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30
คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.859

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการ
วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย
3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้ผู้เกี่ยวข้อง
และกลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความยินยอมในการร่วมวิจัย

ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยเพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์
ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับโดย
ไม่เปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็น
ภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย
ได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น

4. จับสลากสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกหมู่บ้าน
มาจำนวน 2 หมู่บ้าน ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้หญิงอายุ 30 - 60 ปีที่เป็น
กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง
ปากมดลูกในปี 2558-2561 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านพื้นที่ถูก
สุ่มเลือก มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย อ่านเขียนหนังสือได้
ไม่มีปัญหาในการเข้าร่วมโปรแกรมสุ่มจับสลากเลือกกลุ่ม
ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

ขั้นตอนการทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม
ก่อนการทดลอง
2. ดำเนินการทดลองในพื้นที่หมู่ที่ 2 โดยกลุ่ม
ทดลองจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรม ทุกวันศุกร์ ตั้งแต่วันที่
วันที่ 13 กรกฎาคม 2560 ถึง วันที่ 7 กันยายน 2560 เป็น
เวลา 8 สัปดาห์ ส่วนพื้นที่หมู่ที่ 11 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบให้
ใช้ชีวิตตามปกติ
3. รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม
หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์
แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย
โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลคอมพิวเตอร์แบบสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ค่าคะแนนด้านความรู้
เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของ
โรค ความสามารถในการรับรู้ประโยชน์ โดยใช้ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Pair t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

2. วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ความสามารถในการรับรู้ประโยชน์ โดยใช้สถิติ Pair t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลที่คล้ายคลึงกันโดยมีอายุเฉลี่ย 50.30 ปี และ 51.40 ปี, การศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 90.00 และ 73.30, มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.30 และ 60.00, อาชีพรับจ้างร้อยละ 60.00 และ 50.00, มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 6,000 บาท ร้อยละ 70.00 และ 60.00, ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี ร้อยละ 56.70 และ 50.00, มีการตั้งครรภ์ 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 63.30 และ 60.00, มีบุตรจำนวน 1 – 2 คน ร้อยละ 70.00 และ 60.00, การคุมกำเนิดโดยวิธีกินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 46.70 และ 33.30, เคยผ่านการแต่งงานมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 80.00 และ 70.00, ไม่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับค่าคะแนนความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ระดับค่าคะแนน	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้								
ความรู้ต่ำ	16	53.30	0	0	22	73.30	21	70.00
ความรู้ปานกลาง	8	26.70	3	10.00	5	16.70	6	20.00
ความรู้สูง	6	20.00	27	90.00	3	10.0	3	10.0
$\bar{X}$	9.73		15.73		8.67		9.73	
S.D.	4.193		1.799		3.736		3.393	
Min	0		12		2		3	
Max	17		18		18		18	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ระดับน้อย	1	3.30	0	0	1	3.30	0	0
ระดับปานกลาง	16	53.30	0	0	20	66.70	19	63.30
รู้ระดับมาก	13	43.30	30	100.00	9	30.0	11	36.70
$\bar{X}$	23.33		26.77		22.43		22.47	
S.D.	2.963		1.633		3.048		2.825	
Min	16		24		17		18	
Max	29		30		30		29	
การรับรู้ต่อความรุนแรง								
ระดับน้อย	2	6.70	0	0	0	0	0	0
ระดับปานกลาง	6	20.00	0	0	6	20.00	7	23.30
ระดับมาก	22	73.30	30	100.00	24	80.00	23	76.70
$\bar{X}$	17.43		20.03		18.10		17.93	
S.D.	2.315		1.098		2.123		1.893	
Min	12		18		13		13	
Max	21		21		20		20	
การรับรู้ประโยชน์								
ระดับน้อย	0	0	0	0	0	0	0	0
ระดับปานกลาง	5	16.70	0	0	2	6.70	2	6.70
ระดับมาก	25	83.30	30	100.00	28	93.30	28	93.30
$\bar{X}$	19.10		20.63		19.90		19.93	
S.D.	2.155		0.718		1.373		1.337	
Min	14		18		16		16	
Max	21		21		21		21	
การรับรู้ต่ออุปสรรค								
ระดับน้อย	14	46.70	0	0	16	53.30	13	43.30
ระดับปานกลาง	15	50.00	15	50.00	4	13.30	13	43.30
การรับรู้ระดับมาก	1	3.30	15	50.00	10	33.30	4	13.30
$\bar{X}$	19.20		26.20		20.10		20.30	
S.D.	4.063		2.709		6.025		4.572	
Min	11		22		11		12	
Max	27		32		30		28	
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม								
ระดับน้อย	8	26.70	2	6.70	12	40.00	12	40.00
ระดับปานกลาง	17	56.70	21	70.00	14	46.70	14	46.70
ระดับมาก	5	16.70	7	23.30	4	13.30	4	13.30
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม								
$\bar{X}$	29.03		30.63		26.70		26.97	
S.D.	6.376		4.590		6.854		6.365	
Min	18		24		14		15	
Max	42		42		42		42	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.30 ระยะหลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90.00 ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.30 ในระยะหลังการทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้เพิ่มขึ้น ด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.30 ภายหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 83.30 โดยระยะหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้สูงขึ้น ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระยะหลังการทดลองมีการรับรู้ในระดับมากและระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 คะแนน ภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้สูงขึ้น และด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.70 ระยะหลังการทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระยะหลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.70 ในระยะหลังการทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.30 ด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80.00 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับมากเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 93.30 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.30 ในระยะหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับน้อยและปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ระยะหลังการทดลอง ระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	9.73	4.193	1.067	1.040	0.302
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	8.67	3.736			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	15.73	1.799	6.000	8.557	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	9.73	3.39			

ค่าคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	23.33	2.963	0.900	1.160	0.251
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	22.43	3.048			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	26.77	1.633	4.300	7.217	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	22.47	2.825			
การรับรู้ต่อความรุนแรง						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	17.43	2.315	-0.667	-1.163	0.250
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	18.10	2.123			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	20.03	1.098	2.100	5.257	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	17.93	1.893			
การรับรู้ประโยชน์						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	19.10	2.155	-0.800	-1.715	0.093
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	19.90	1.373			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	20.63	0.718	0.700	2.526	0.015*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	19.93	1.337			
การรับรู้ต่ออุปสรรค						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	19.20	4.063	-9.000	-0.678	0.501
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	20.10	6.025			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	26.20	2.709	5.900	6.081	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	20.30	4.572			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	29.03	6.376	2.333	1.365	0.177
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	26.70	6.854			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	30.63	4.590	3.667	2.559	0.013*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	26.97	6.365			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 17.43 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.10 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติที่

ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 19.20 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.10 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการไม่แตกต่างกัน ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 26.20 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมี

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.30 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้

ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 29.03 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.70 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 30.63 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	9.73	4.193	-10.019	0.000*
หลังการทดลอง	30	15.73	1.799		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	8.67	3.736	-5.960	0.000*
หลังการทดลอง	30	9.73	3.393		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	23.33	2.963	-10.058	0.000*
หลังการทดลอง	30	26.77	1.633		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	22.43	3.048	-0.143	0.887
หลังการทดลอง	30	22.47	2.825		
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	17.43	2.315	-7.208	0.000*
หลังการทดลอง	30	20.03	1.098		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	18.10	2.123	1.044	0.305
หลังการทดลอง	30	17.93	1.893		

ค่าคะแนน	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	19.10	2.155	-4.678	0.000*
หลังการทดลอง	30	20.63	0.718		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	19.90	1.373	-1.000	0.326
หลังการทดลอง	30	19.93	1.337		
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับบริการ					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	19.20	4.063	-7.895	0.000*
หลังการทดลอง	30	26.20	2.709		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	20.10	6.025	-0.404	0.689
หลังการทดลอง	30	20.30	4.572		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	20.03	6.376	-3.327	0.002*
หลังการทดลอง	30	30.63	4.590		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	26.70	6.854	-1.313	0.199
หลังการทดลอง	30	26.97	6.365		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 9.73 คะแนน ระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.73 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.000$) สอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 1 ตามที่ตั้งไว้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 8.67 คะแนน ระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.73 คะแนน เปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายหลังการ

ทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 23.33 คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.77 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ตามที่ตั้งไว้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.43 คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.47 คะแนน

กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนน
เฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรอง

กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 20.03 คะแนน ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.63 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าภายในกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลอง มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 26.70 คะแนน ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าภายในกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจำแนกตามการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง

การมารับบริการตรวจคัดกรอง	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาตรวจคัดกรอง	29	96.67	3	10.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

สรุปผลการวิจัย

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันและมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองตามวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ 2) กลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้มารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้ และเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการและการสนับสนุนทางสังคมในการมาคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น สอดคล้องตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่าการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย เป็นต้น เช่นเดียวกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยได้ทำการศึกษาไว้ จันทรรณีภา เกตรา⁷ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเปรียบเทียบความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี สว่าง ฉิมมาลา⁸ ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี วิภาติ ศรีทอง⁹ ศึกษาเรื่องความเชื่อสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ และ เรไร สูงยิ่ง⁶ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลปอนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัยดังกล่าวได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีกลุ่มเป้าหมาย พบว่าส่งผลให้เกิดการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ไปขยายใช้กับพื้นที่อื่นในเขตรับผิดชอบได้
2. หน่วยงานส่งเสริมประชาสัมพันธ์รูปแบบการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มช่องทางเลือกที่ผู้รับบริการมีความสะดวกมารับบริการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มอื่น
2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน เรื่อง การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง, ดร.กมลพร แพทย์ชีพ, ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ และ ดร.มานวิภา พัฒนมาศ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยดูแลคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามในงานวิจัย ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือ และให้ความช่วยเหลือในการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

บรรณานุกรม

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. คู่มือแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี pap smear. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่; 2561.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็งปี 2561-2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. Health Data Center (เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค.2561). เข้าถึงได้จาก https://kri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c98dc2fdef0
4. Rosenstock, I. M. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs. 355- 385. (1974).
5. Bartz, Albert E. Basic Statistical Concept. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1999.

6. เรไร สูงยิ่ง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลปอนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2556
7. จันทรีนิภา เกตรา. ผลของโปรแกรมการเปรียบเทียบความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา;2551
8. สัจวร นิยมมาลา. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
9. วิภาติ ศรีทอง.ศึกษาเรื่องความเชื่อสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา. 2553.

ผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพะเยา

พัชรินทร์ คำนวล*

นิภาภรณ์ เชื้อยูนาน**

ศิริพร เดชอุปการะกุล***

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากสภาวะการเจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือกลุ่มติดเตียง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและระยะเวลาดนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลพะเยา

รูปแบบศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Barden scale ≤ 18 ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม อายุรกรรมรวม ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมหญิง และพิเศษสิริกิติ์ โรงพยาบาลพะเยาเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึงมกราคม 2561

การวัดผลและวิธีการ: รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลนำเสนอโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบ t-test และ exact probability test วิเคราะห์ประสิทธิผล ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยสถิติ multivariable regression แบบ Poisson distribution

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Barden scale ≤ 18 ทั้งหมด 439 รายเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ 165 ราย เกิดแผลกดทับ 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม 274 ราย เกิดแผลกดทับ 97 รายคิดเป็นร้อยละ 35.4 ลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค คะแนน Barden scale ระดับความรู้สึกตัว การขยับถ่าย การใส่ท่อและสายสวนต่างๆ การใส่อุปกรณ์ถ่วงดึง การใส่อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ และระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับต่อพันวันเสี่ยง กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่เกิดแผลกดทับน้อยกว่า 9.1 ต่อ 1,000 วันเสี่ยง ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และ 21.0 ต่อ 1,000 วันเสี่ยง ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมหลังจากปรับความแตกต่างของลักษณะต่างๆ ที่ไม่เหมือนกัน ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่เท่ากับ 0.55 เท่าของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมหรือความเสี่ยงลดลง 45% (Rate ratio = 0.55, 95% CI = 0.35-0.89 p-value = 0.014)

ข้อสรุปและเสนอแนะ: การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทำให้อุบัติการณ์เกิดแผลกดทับมีแนวโน้มลดลง จึงควรพิจารณานำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

* ** ***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

Efficacy of Clinical Practice Guidelines for Prevention Pressure Injury in Risk Patients, Phayao Hospital

Patcharin Khamnuan*

Nipapron Chuayunan**

Siriporn deaupakarakul***

Abstract

Background: Pressure Injury is often a complication from illness especially patients with restriction in movement or bedridden cause suffering and longer hospital stay associated high cost. Delay in treatment, with subsequent severe complications, remains a cause of death in the management Pressure Injury.

Objective: The aim of this study was to the efficacy of Clinical Practice Guidelines for Prevention Pressure Injury in Risk Patients, Phayao Hospital.

Methods: This study was descriptive research in patients with Barden score ≤ 18 admitted to the sub-intensive medicine ward, medical ward, orthopedic ward, female surgery ward and Sirikits private ward at Phayao hospital. Patients were divided into two groups: used the original practice between June 2016 and May 2017 and used the new practice from June 2017 to January 2018. Continuous variables were analyzed by Student's t-test and assessed as mean with standard deviation. Differences in proportion were analyzed by Fisher's exact test and assessed as count and percentage. A P-value < 0.05 was considered statistically significant. Efficacy of Clinical Practice Guidelines for prevention Pressure Injury in risk patients was used to multivariable regression Poisson distribution model.

Result: The study enrolled 439 patients with Barden score ≤ 18 . Used the original practice was 274 patients Pressure Injury rate was 35.4% (n=97) and 165 new guidelines were applied, 20.0 % (n=33) pressure injury rate. Different clinical characteristics between the groups included patient group, diagnosis, Barden score, Diarrhea, Inserting the tube and drainage, on traction, Insertion the device prevention of Pressure Injury and length of hospital stay. The incidence of Pressure Injury per thousand days in patients used the new guidelines group less than used the original practice was 9.1 versus 21.0. After adjusted the differences of characteristics by statistical methods found that use of new practices decreased 45.0% (Rate ratio 0.55 95%CI 0.35- 0.89 p-value 0.014).

Conclusion: The use of clinical guidelines for the prevention of Pressure Injury to reduce the incidence rate of Pressure Injury. Thus, should be using Clinical Practice Guidelines.

Keywords: Clinical Practice Guidelines, Prevention Pressure Injury, Risk of Patients

* ** ***Registered nurse Department Nursing Research and development Phayao Hospital.

ความเป็นมาของปัญหา

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากสภาวะการเจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือกลุ่มติดเตียง ซึ่งเกิดจากแรงกดเฉพาะที่บนร่างกายร่วมกับมีแรงเสียดทานทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและเกิดเนื้อตาย¹⁻³ เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น⁵ ผู้ป่วยและญาติ ได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

จากสถานการณ์การเกิดแผลกดทับของต่างประเทศเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 2.2 – 23.9^{6,7} ในผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Acute care) ร้อยละ 0.4 – 38^{7,8} แตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 10.8 – 11.18 หรือคิดเป็นอัตราการเกิดแผลกดทับ 0.58 – 3.64 ต่อ 1,000 วันนอน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเป็นผู้สูงอายุและมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน^{9,10,11,12} การสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่พักรักษาในโรงพยาบาลพะเยา พ.ศ. 2557-2559 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่มีความรุนแรงระดับ 2 ขึ้นไป เท่ากับ 1.29, 4.18 และ 11.74¹³ ครั้งต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

แผลกดทับเป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะแผลกดทับที่มีความรุนแรงระดับ 1 เนื่องจากไม่มีการลุกลามไปขึ้นหนังแท้หากมีการลุกลามของแผลถึงความรุนแรงระดับที่ 2 การดูแลจะยากขึ้นและสามารถลุกลามไปยังระดับความรุนแรงที่ 3 ได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้นในระยะเวลาเพียง 1-6 วัน¹⁴ จากการทบทวนแนวปฏิบัติสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในประเทศไทยพบว่า

แนวปฏิบัติสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่ ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 รายไม่พบการเกิดแผลกดทับบุคลากรทีมผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในระดับมาก^{14,15}

อุบัติการณ์แผลกดทับจะพบเพิ่มสูงขึ้นหากบุคลากรทีมผู้ดูแลไม่ให้ความสำคัญหรือขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับดังนั้นบุคลากรทีมผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในเรื่องกระบวนการเกิดแผลกดทับลักษณะและระดับความรุนแรงของแผลกดทับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสมส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลพะเยาจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Barden scale ≤ 18 แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมา

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Barden scale ≤ 18 โรงพยาบาลพะเยาเพื่อที่จะนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ถูกต้องเหมาะสมและได้มาตรฐานช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

วิธีการศึกษา

ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Barden score ≤ 18 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ อายุรกรรม อายุรกรรมรวม ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมหญิง และพิเศษสิริกิติ์ โรงพยาบาลพะเยา เก็บข้อมูลในกลุ่ม

ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมจำนวน 274 ราย ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2559 ถึงพฤษภาคม 2560 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่จำนวน 165 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึงมกราคม 2561 ดังตารางที่ 1 และรูปที่ 1

คำนวณขนาดตัวอย่างจากอัตราการเกิดแผลกดทับ จากเดิม 11.7 ต่อ 1,000 วันนอน คาดว่าเมื่อใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพะเยาที่พัฒนาขึ้นมาใหม่แล้วจะลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ เหลือ 4.18 ต่อ 1,000 วันนอน กำหนดให้ Power = 80% ทดสอบสองทาง (two side test) ratio 1:1 ความคลาดเคลื่อน = 0.05 ได้กลุ่มศึกษาผู้ป่วยอย่างน้อยกลุ่มละ 2,445 วันนอน¹⁶ หรือเฉลี่ยกลุ่มละ 244 ราย (ในการศึกษานี้ได้กลุ่มศึกษาแนวปฏิบัติเดิม 274

ราย และแนวปฏิบัติใหม่ 165 รายเนื่องจากมีข้อจำกัดทางระยะเวลาที่ต้องนำผลมาวิเคราะห์)

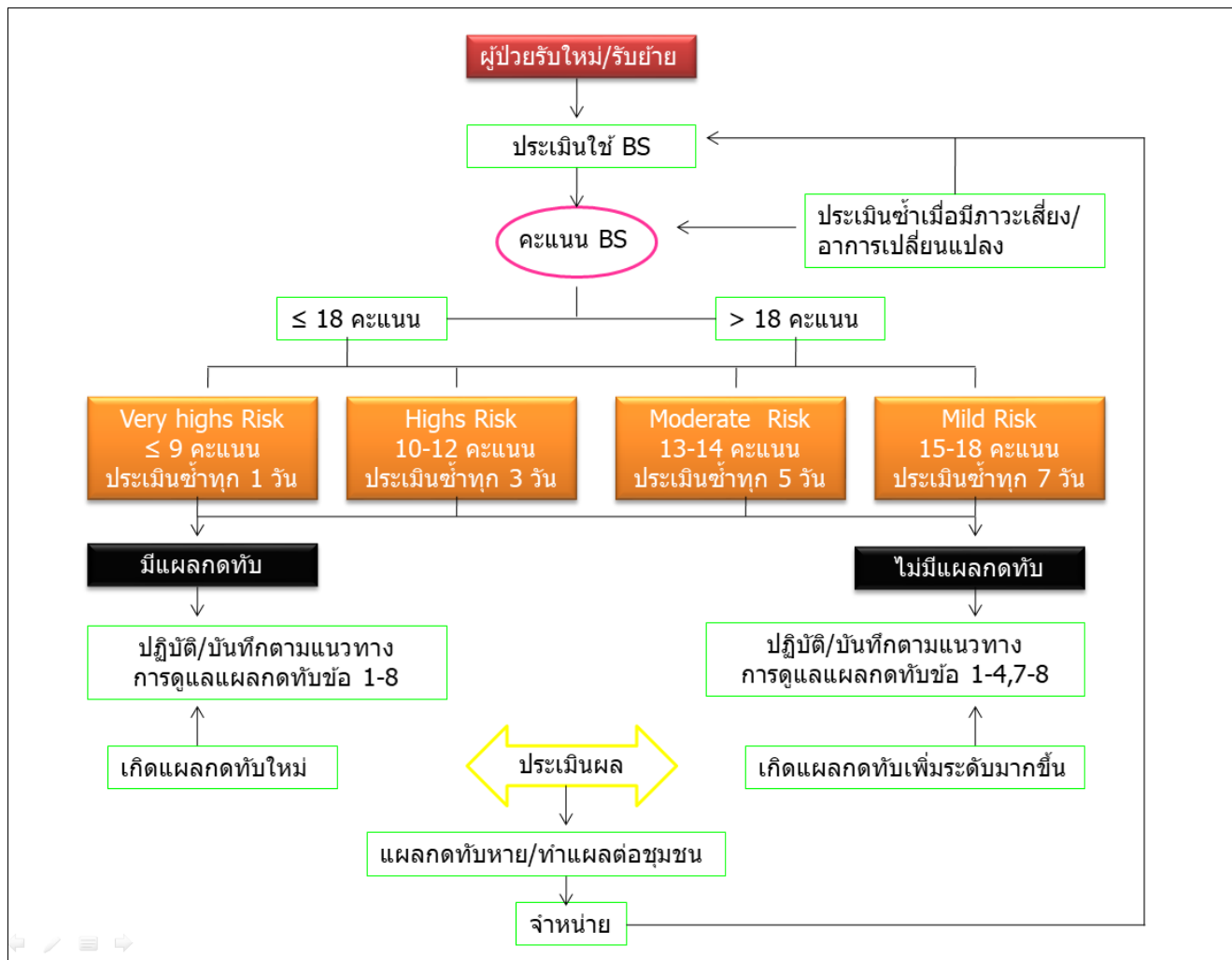
การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลนำเสนอโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบ t - test และ Exact probability test วิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยสถิติ Multivariable regression แบบ Poisson distribution การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลพะเยาแล้วเลขที่ HE-61-01-0006 เอกสารรับรอง COA No. 56

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติ ทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลพะเยา

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับเฉพาะกลุ่มเสี่ยงไม่มีความต่อเนื่อง - ไม่มีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ - วิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับใช้นอนลมและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลทุกครั้ง - มีการนิเทศติดตามทบทวนและสร้างความตระหนัก โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดและระยะการกดทับ 2. การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน 3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเปื่อยขึ้นของผิวหนัง 4. การดูแลด้านโภชนาการเพื่อส่งเสริมการหายของแผล 5. การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไป 6. การให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล 7. การบันทึกพยาบาลการรายงาน - มี Flow ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติ - นอนลม ที่นอนเจล ที่นอนฟองน้ำ - ใช้ตารางพลิกตะแคงตัว/นาฬิกาตะแคงตัว

รูปที่ 1 ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง



ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ศึกษาผู้ป่วย 439 รายใช้แนวปฏิบัติใหม่ 165 ราย แนวปฏิบัติเดิม 274 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าชายอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 22.3 ± 4.7 ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติใหม่ และ 22.1 ± 4.6 ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเดิมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ส่วนใหญ่จะมีโรค

ประจำตัวมากกว่า 2 โรค รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 32.2 และ 29.2 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมพบเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 25.3 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 24.5 ($p - value = 0.021$) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมส่วนมากเป็นผู้ป่วยทางออโรปิติกส์ ร้อยละ 36.8 และร้อยละ 25.9 ($p - value < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม

ลักษณะที่ศึกษา	ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=165)		ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=274)		p – value
	n	%	n	%	
เพศ					
หญิง	103	62.4	161	58.8	0.482
ชาย	62	37.6	113	41.2	
อายุ (ปี)					
Mean (±SD)	64.4	(±18.8)	63.8	(±17.3)	0.751
ดัชนีมวลกาย					
<18.5	13	22.4	33	22.0	0.779
18.6-24.9	32	55.2	83	55.3	
25.0-29.9	9	15.5	24	16.0	
30หรือมากกว่า	4	6.9	10	6.7	
Mean (±SD)	22.3	(±4.7)	22.1	(±4.6)	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	23	13.9	43	15.8	0.021
ไตวายเรื้อรัง	1	0.6	13	4.5	
ไขมันในเลือดสูง	1	0.6	6	2.2	
โรคตับ	1	0.6	8	2.9	
โรคหัวใจ	1	0.6	3	1.1	
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6	3.6	7	2.5	
ความดันโลหิตสูง	13	7.9	30	10.9	
วัณโรค	6	3.6	4	1.5	
เบาหวาน	4	2.4	18	6.6	
โรคหลอดเลือดสมอง	48	29.2	69	25.3	
ป่วยมากกว่า2โรค	53	32.2	67	24.5	
อื่นๆเช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	8	4.8	6	2.2	
สมองเสื่อม DVT Gout					
กลุ่มผู้ป่วย					
วิกฤต	61	36.8	59	21.5	<0.001
ระบบประสาท	1	0.6	10	3.7	
ออร์โธปิดิกส์	26	15.9	71	25.9	
ศัลยกรรม	16	9.7	28	10.2	
จิตเวช	0	0	2	0.7	
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	13	7.9	36	13.1	
อายุรกรรม	28	16.9	56	20.4	
ผู้ป่วยนอนติดเตียง	20	12.2	12	4.5	

ลักษณะทางคลินิกในช่วงที่มารับการรักษา

กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมเป็นผู้ป่วยระบบกระดูกและข้อ ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 26.6 ($p - \text{value} < 0.001$) คะแนน Barden scale และคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่คะแนนเฉลี่ย 14.6 ± 2.9 , 12.4 ± 2.9 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมคะแนนเฉลี่ย 15.2 ± 2.9 , 13.3 ± 2.6 ($p - \text{value} = 0.019$, $p - \text{value} < 0.001$) ตามลำดับ ผลการตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด ระดับอัลบูมิน และการใช้ยาสเตียรอยด์ ทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน การขับถ่ายกลุ่มใช้แนว

ปฏิบัติเดิมมีถ่ายเหลวมากกว่า ร้อยละ 16.1 ส่วนกลุ่มใช้แนวปฏิบัติใหม่มีการถ่ายเหลวร้อยละ 6.1 ($p - \text{value} = 0.002$) การใส่ท่อช่วยหายใจสายสวนต่างๆ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่มี การใส่มากกว่า ($p - \text{value} < 0.001$) ส่วนการผ่าตัดและใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p - \text{value} = 0.344$ และ 0.414) ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกลุ่มใช้แนวปฏิบัติใหม่ มีวันนอนเฉลี่ยมากกว่า 22.0 ± 19.8 และ 16.8 ± 19.0 ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเดิม ($p - \text{value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม

ลักษณะที่ศึกษา	ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=165)		ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=274)		p – value
	n	%	n	%	
การวินิจฉัยโรค					
ระบบทางเดินหายใจ	35	21.2	27	9.9	<0.001
ระบบทางเดินอาหาร	3	1.8	14	5.1	
ระบบหลอดเลือดและสมอง	12	7.3	28	10.2	
ระบบทางเดินปัสสาวะ	4	2.4	21	7.7	
ระบบกระดูกและข้อ	26	15.8	73	26.6	
ระบบประสาท	3	1.8	6	2.2	
มะเร็ง	4	2.4	18	6.6	
การติดเชื้อจากแผลเรื้อรัง	12	7.3	20	7.2	
อื่นๆเช่น เบาหวาน ติดเชื้อในกระแส	66	40.0	67	24.5	
เลือด ไตวายเรื้อรัง					
Barden scale (คะแนน)					
15-18	87	52.7	165	60.2	0.019
13-14	40	24.2	39	14.2	
10-12	28	17.0	66	24.1	
6-9	10	6.1	4	1.5	
Mean (±SD)	14.6	(±2.9)	15.2	(±2.9)	
ระดับความรู้สึกตัว (GCS)					
13-15	88	53.4	189	68.9	<0.001
9-12	64	38.8	70	25.6	
3-8	13	7.8	15	5.5	
Mean (±SD)	12.4	(±2.9)	13.3	(±2.6)	

ลักษณะที่ศึกษา	ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=165)		ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=274)		p – value
	n	%	n	%	
ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct)					
Mean ($\pm$ SD)	31.9	($\pm$ 6.6)	30.7	($\pm$ 6.2)	0.052
Albumin					
Mean ($\pm$ SD)	2.4	($\pm$ 0.8)	3.4	($\pm$ 1.8)	0.162
การใช้ยาSteroid					
ไม่ใช้	120	72.7	183	67.3	0.241
ใช้	45	27.3	89	32.7	
การขับถ่าย					
ไม่ถ่ายเหลว	155	93.9	229	83.9	0.002
ถ่ายเหลว	10	6.1	44	16.1	
การใส่ท่อสายสวนต่างๆ					
ไม่ใส่	37	22.3	174	63.5	<0.001
ใส่ท่อช่วยหายใจ	4	2.4	14	5.1	
ใส่สายยางให้อาหาร	18	10.9	23	8.4	
ใส่ท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหาร	106	64.4	63	23.0	
การใส่อุปกรณ์ถ่วงดึง					
ไม่ใส่	158	95.8	237	86.5	0.002
Skin traction	3	1.8	27	9.9	
Skeletal traction	4	2.4	10	3.6	
อุปกรณ์ช่วยพยุง					
ไม่ใส่	156	94.5	259	94.5	0.414
ใส่เฝือกและอุปกรณ์ตาม	4	2.4	11	4	
ใส่อุปกรณ์พยุง	5	3.1	4	1.5	
อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ					
ไม่ใส่	41	24.9	188	68.6	<0.001
เตียงลม	88	53.3	44	16.1	
เบาะพองน้ำ	35	21.2	42	15.3	
ที่นอน เจล	1	0.6	0	0	
การผ่าตัด					
ไม่ได้ผ่าตัด	120	72.7	189	68.9	0.344
ผ่าตัด	45	27.3	85	31.1	
ระยะเวลาการรักษาในรพ.					
1-7 วัน	30	18.2	79	28.8	
8-15 วัน	60	36.4	99	36.1	
$\geq$ 16 วัน	75	45.4	96	35.1	
mean ($\pm$ SD)	22.0	($\pm$ 19.8)	16.8	($\pm$ 19.0)	<0.001

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน**และดูแลแผลกดทับ**

เปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่มีการเกิดแผลกดทับลดลงเกือบสองเท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม ร้อยละ 20.0 และ ร้อยละ 35.4 ($P=0.001$) จำนวนวันนอนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มใช้แนวปฏิบัติใหม่ 3,635 วันอุบัติการณ์ต่อพันวันเสี่ยง 9.1

และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเดิม 4,616 วันอุบัติการณ์ต่อพันวันเสี่ยง 21.0 ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับส่วนมากเป็นกันบก ระดับแผลกดทับส่วนมากเป็นเกรด 2 ทั้งสองกลุ่มกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ส่วนมากเกิดแผลกดทับ (หลัง admit) มากกว่า 7 วัน ร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมส่วนใหญ่ระยะเวลาเกิดแผลกดทับน้อยกว่า 7 วัน ร้อยละ 72 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และใช้แนวปฏิบัติเดิม

ลักษณะที่ศึกษา	ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=165)		ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n=274)		p – value
	n	%	n	%	
การเกิดแผลกดทับ					
ไม่เกิด	132	80.0	177	64.6	0.001
เกิด	33	20.0	97	35.4	
จำนวนวันนอนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	3,635		4,616		
อุบัติการณ์ต่อพันวันเสี่ยง	9.1		21.1		
ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ					
สะโพก	5	9.6	21	15.1	<0.001
กระดูกใต้กระเบนเหน็บ	3	5.8	29	20.9	
กระดูกก้นกบ	39	75.0	79	56.8	
อื่นๆ	5	9.6	10	7.2	
Grade แผลกดทับ					
Grade 1	0	0	6	4.3	0.001
Grade 2	38	73.1	101	72.7	
Grade 3	9	17.3	28	20.1	
Grade 4	5	9.6	3	2.2	
unstageable wound	0	0	1	0.7	
เกิดแผลกดทับ(ตำแหน่ง)					
1	45	86.5	117	84.8	0.002
2	3	5.8	15	10.9	
3	4	7.7	5	3.6	
4	0	0	1	0.7	
เกิดแผลกดทับ(หลังadmit)					
1-7 วัน	10	33.3	54	72	<0.001
>7 วัน	20	66.7	21	28	
เกิดแผลกดทับหลัง On traction					
<3 วัน	32	96.9	88	92.6	0.679
≥3วัน	1	3.1	7	7.4	

เมื่อวิเคราะห์ผล ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยสถิติ Multivariable regression แบบ Poisson distribution หลังจากปรับความแตกต่างของลักษณะต่างๆ ที่ไม่เหมือนกันได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค คะแนน Barden scale ระดับความรู้สึกตัว การขับถ่าย การใส่ท่อช่วยหายใจและสายสวนต่างๆ การใส่ Traction การใส่อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ และระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแบบใหม่สามารถลดการเกิดแผลกดทับจากกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมได้ 45% ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับ	IRR	95%CI	P-value
แนวปฏิบัติใหม่	0.55	0.35-0.89	0.014

** ปรับความแตกต่างของลักษณะต่างๆ ที่ไม่เหมือนกันได้แก่ โรคประจำตัว กลุ่มผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค คะแนน Barden scale ระดับความรู้สึกตัว การขับถ่าย การใส่ท่อช่วยหายใจและสายสวนต่างๆ การใส่อุปกรณ์ถ่วงดึง อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาใหม่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Barden scale ≤ 18 ได้ เนื่องจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้บุคลากรทีมผู้ดูแลมีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{12,14,15,17} โดยมีกิจกรรมการดูแลทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ The Braden scale for predicting pressure sore¹⁸ ประเมิน

ภาวะเสี่ยงทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ 1) การรับรู้และการตอบสนอง 2) ความชื้นของผิวหนัง 3) ความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 5) ภาวะโภชนาการ 6) การเสียดสีและการเคลื่อนตัวการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีคะแนนรวมตั้งแต่ 6 - 23 คะแนนคะแนนความเสี่ยง ≤ 18 เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ถ้าการประเมินความเสี่ยงคะแนนน้อยโอกาสเกิดแผลกดทับจะสูงขึ้นแบบประเมินชนิดนี้ง่ายต่อการใช้ประเมิน มีความไวต่อการทำนายความเสี่ยง ร้อยละ 83 - 100 เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงแม่นยำสูง¹⁸

นอกจากนี้แนวปฏิบัติใหม่ได้เน้นย้ำให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาร่วมกับการประเมินสภาพผิวหนังและปุ่มกระดูก บันทึกรผลการประเมินความเสี่ยงในแบบประเมินทุกครั้ง หากประเมินคะแนน BS ≤ 18 พิจารณาใส่ที่นอนเสริมลดแรงกดอธิบายได้ว่าที่นอนเสริมลดแรงกด สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลงส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอจึงสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้¹⁹ โดยจะพิจารณาใส่ที่นอนลม (Alfa bed) แต่เนื่องจากที่นอนลมมีไม่เพียงพอจึงได้ผลิตนวัตกรรมที่นอน Gel (Gel bed) และเบาะพองน้ำมาทดแทน โดยจะพิจารณาใส่ Alfa bed เป็นอันดับแรกหากไม่เพียงพอ จะพิจารณาใส่ Gel bed และเบาะพองน้ำพร้อมกับหมอนใบเล็กทรงบริเวณแขนขา ปุ่มกระดูก ข้อศอกและส้นเท้า เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะดังกล่าวสัมผัสกับพื้นเตียงโดยตรง มีการนำแผ่นสไลด์มาใช้เพื่อป้องกันแรงเสียดทานหรือแรงเฉือน ในกรณีที่ต้องยกตัวหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงเพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนัง ทำแผ่นป้ายตารางพลิกตะแคงตัวแขนขาที่ยาวเตียง และใส่नाฟิกาช่วยเตือนในการพลิกตะแคงตัวสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้มีการการพลิก

ตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงจัดท่านอนหงายหลีกเลี่ยงการนอนศีรษะสูงโดยไขหัวเตียงสูงไม่เกิน 30 องศา ส่วนผู้ป่วยที่พอจะช่วยเหลือตนเองได้ ให้การพยาบาลโดยการจัดท่านั่งให้ผู้ป่วยนั่งลำตัวตรงกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าเองทุก 15 นาทีการจัดท่าผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ²⁰

ในการดูแลด้านโภชนาการ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะได้รับอาหารครบถ้วนทั้งคาร์โบไฮเดรตโปรตีนไขมันวิตามินเกลือแร่สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้หรือรับประทานอาหารได้น้อยพยาบาลปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำและให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและแนะนำสาธิตโดยมีผู้ป่วยเป็นต้นแบบเน้นให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆในการช่วยลดแรงกดได้แก่ เบาะลมเบาะฟองน้ำ เบาะเจล หมอนเล็กไว้สำหรับป้องกันปุ่มกระดูกต่างๆ วาสลิน โลชั่น ให้เพียงพอให้พร้อมก่อนการปฏิบัติจริงการให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้อาสาสามารถดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้²¹

มีการนิเทศติดตามให้ความรู้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับรวมทั้งติดตามปัญหาที่เป็นอุปสรรคมีการติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรทีมผู้ดูแลซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทีมผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมากยิ่งขึ้น²² มี Flow ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้บุคลากรทีมผู้ดูแลสามารถศึกษาได้ง่ายมีการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นประจำและ

ต่อเนื่องโดยการพูดคุยทบทวนและสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของทีมสุขภาพ

ข้อสรุป

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ อายุรกรรม อายุรกรรมรวม ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมหญิง และพิเศษสิริกิติ์ โรงพยาบาลพะเยาทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มลดลง จึงควรพิจารณานำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ผลจริงเนื่องจากได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทีมผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมครบถ้วน สม่าเสมอ ซึ่งประเมินได้จากการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ได้ ดังนั้นก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นที่ต้องพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มาใช้ในหน่วยงาน ชี้ให้เห็นถึงภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นมีการนิเทศติดตามให้ความรู้คำแนะนำอย่าง สม่าเสมอในด้านบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยความตระหนักและมีส่วนร่วมของพยาบาลทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงจิรพร ภัทรนุชาพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา ศ.ดร.นพ. ชัยนัทรธร ปทุมานนท์ ภาควิชาชะบาตวิทยาคลินิก และสถิติศาสตร์คลินิกศูนย์วิจัยคลินิกคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รศ.ชไมพร ทวีศรี คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพะเยา และเจ้าหน้าที่

ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
และจัดทำรายงานวิจัยฉบับนี้

บรรณานุกรม

1. Cox J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2011; 20(5): 364-75.
2. Panel NPUA. National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury 2016 June 23, 2016.
3. Salcido R. From Pressure Ulcers to “Pressure Injury”: Disambiguation and Anthropology. Advances in Skin & Wound Care. 2016 29(7): 295.
4. Barker AL, Kamar J, Tyndall TJ, White L, Hutchinson A, Klopfer N, et al. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. International wound journal. 2013; 10(3): 313-20.
5. Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. Journal of advanced nursing. 2007 ; 57(5) : 494-504.
6. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM. What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. Journal of tissue viability. 2012; 21(1): 3-12.
7. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. Jama. 2006; 296(8): 974-84.
8. Trust HRE. Hospital Acquired Pressure Ulcers/Injuries (HAPU/I): 2017. 2017.
9. ขวลิ แยมวงษ์ และคณะ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2542; 3(1): 12-25.
10. วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, จิตตารณ จิตร์เชื้อ, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, มาลินี วัฒนากุล. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. พยาบาลสาร. 2547; 31(4) : 68-85.
11. ปัญญภัทร ภัทรกัณหากุล. ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2555; 22(1): 48-60.
12. ปองหทัย พุ่มระย้า, อรพรรณ โตสิงห์, วรณีย์ สัตยวิวัฒน์, สุวิมล กิมปี, อภิชาติ อัสวมงคลกุล. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. สารศิริราช 2546; 55 (10): 587-98.
13. งานเวชระเบียนกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพะเยา, 2557-2559.

14. บรรจงพร กันเือก, ทศพร คำผลศิริ, ดวงฤดี ลาสุขะ.
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
สำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พยาบาลสาร
2553; 37(2): 155-69.
15. อีสริย์ ชันชัยทิศ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทาง
คลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรม
หญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้สูงอายุ 2557; บัณฑิตวิทยาลัย
เชียงใหม่.
16. Fleiss, J. L., B. Levin, and M. C. Paik. Statistical
Methods for Rates and Proportions. 3rd
ed. New York: Wiley. 2003
17. Padula WV, Black JM. The Standardized
Pressure Injury Prevention Protocol (SPIPP)
for Improving Nursing Compliance with
Best Practice Guidelines. Journal of clinical
nursing. 2018.
18. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V.
The Braden Scale for Predicting Pressure
Sore Risk. Nursing research. 1987; 36(4):
205-10.
19. พรทิพย์ สาริโส, ปิยะภร ไพรสนธิ์, อโณทัย เฉลิมศรี.
ประสิทธิผลการป้องกันการเกิดแผลกดทับของที่
นอนชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่มีการ
เคลื่อนที่ของลม : การศึกษาเบื้องต้น. วารสารสภา
การพยาบาล. 2559; 31(3): 83-96.
20. Guy H. Pressure ulcer risk assessment,. Nurs
Times. 2012; 108: 16-20.
21. Moore ZE, Cowman S. Risk assessment tools
for the prevention of pressure ulcers. The
Cochrane database of systematic reviews.
2014(2): CD006471.
22. จินพิชญ์ชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ :
ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสาร
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2555; 1.

วิจัยประเมินผลโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี : ระยะเริ่มต้น

วิริยะ ลิ้มมัน *

บทคัดย่อ

งานศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด ด้วยการใช้ CIPP Model เป็นตัวแบบการประเมิน วัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานในระยะเริ่มก่อตั้งโครงการ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมจากผู้เกี่ยวข้องรวม 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสนทนากลุ่ม จัดเรียงข้อมูลผลศึกษาเป็นข้อความลักษณะบรรยาย เพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการประเมิน พบว่าบริบทโครงการฯ สอดคล้องกับแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาหารปรับสมดุลเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ด้านปัจจัยนำเข้างบประมาณสำหรับซื้อวัตถุดิบอาจไม่พอหากมีผู้สนใจเพิ่มขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตาม เนื้อหาที่เหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา คือปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ ในมิติของขั้นตอนกระบวนการหากเพิ่มสัดส่วนเวลาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสาเหตุพบว่าขาดการบ่งชี้รายละเอียดว่า “ต้อง (กินอย่างไร) ปรับเปลี่ยนอย่างไร” โดยสิ่งเหล่านี้จะได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมจากโครงการฯ ด้านผลผลิตผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการได้ ดูจากคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.91$) ด้านผลกระทบเห็นพ้องกันว่าโครงการช่วยให้ประหยัด สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ดีกว่าเดิม โดยมีความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวบ่งชี้สำคัญ สำหรับความสำเร็จของโครงการ

ยิ่งกว่านั้น ทำให้ทราบปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เคยเกิดขึ้นจริง หากต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาด้วยโครงการฯ ที่สามารถส่งผลถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีควรขยายเพิ่มสัดส่วนเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเงื่อนไขให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยทำคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

คำสำคัญ : วิจัยประเมินผล, แพทย์ทางเลือกวิถีธรรม, การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด

Research and Evaluate healthy kitchen utilizing Dhamma Medicine project to caring for Chronic Illness : A case study of Thanud sub-district health promotion hospital. Damnoen Saduak District Ratchaburi : Initial stage

Wiriya Limmun*

ABSTRACT

This study was an evaluation of the project of the Healthy Kitchen. Utilizing Dhamma Medicine project to caring for Chronic Illness : A case study of Thanud sub-district health promotion hospital under the concept CIPP Mode as a model for assessment The purpose is to monitor progress and to improve the implementation during the 6 months of the project. Selected samples were selected to obtain the appropriate samples from 24 participants. Collect data by interview. Participatory Observation And discussion groups. Describe the results of the study as a descriptive text. To link to other theoretical and research ideas. The use of content analysis techniques and triangular data validation. The results show that the project context. Consistent with the policy guidelines related to chronic non-communicable diseases, Participation of the community and the use of food balance is the strategy of the operation. Import factors of the budget for raw materials procurement may not be enough if more people are interested in the future. However, the content is appropriate. Volunteerism is a factor that affects the achievement of the project objectives. In the dimension of the process step, if the proportion of time to change behavior is tangible. It will help to improve the effectiveness of chronic care system. The cause is that the lack of detail that "how (how to) change how?" These will be solved and replenished by the project. Productivity, Most informants agree that the project contributes to the participant's ability to achieve the project objectives. The satisfaction score was at the high level ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.91$). Impacts agree that the project can save real money. Self-reliant health is better. The continuity of participation is an important indicator. For the success of the project.

Moreover, the problem of the patient care system in the process of modifying the behavior never actually occurred. To improve the problem solving with the project. This can result in good clinical outcomes. It should be scaled up, adjusted to the time of behavior change, and the condition for continuous participation. Parallel to modern medicine.

Keywords : research evaluation, Alternative utilizing Dhamma Medicine, Caring for Chronic Illness

* Public health Technical Officer, Professional Level, Thanud sub-district health promotion hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังเผชิญ โดยพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยถึง 2 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ วิกฤตดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคนในครอบครัวทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม² อันเนื่องมาจากข้อจำกัดหลายประการของการแพทย์แผนหลัก ณ ปัจจุบันที่มีมุ่งเน้นการซ่อมมากกว่าการสร้างสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายดำเนินการที่สูงเพราะต้องพึ่งพาเทคโนโลยีราคาแพง อีกทั้งขาดคุณลักษณะการดูแลแบบองค์รวม^{3,4} และจากสรุปรายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : NCDs ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำนัด ก็พบสภาพปัญหาในลักษณะเดียวกัน โดยพบผู้ป่วยรวมทั้งสิ้นจำนวนกว่า 1,045 คน คิดเป็นร้อยละ 16.28 หรือคิดเป็นร้อยละ 24.2 ของประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่โดยตรงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดความกังวลใจต่อรูปแบบการแก้ไขปัญหาดังตั้งปณิธานในการพัฒนาบริการโดยเฉพาะระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิอย่างจริงจัง ทุกวิกฤตก็มีโอกาสใหม่เสมอเมื่อ รพ.สต. ทำนัดในบทบาทหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ออกแบบบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ชื่อ “โครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ที่อาศัยแนวคิดเรื่องการใช้อาหารปรับสมดุลตามแนวทางแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลยุธินำเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยทำคูชานานกับการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน จุดเน้นสำคัญคือส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสม อันเป็นต้นเหตุสำคัญ

ของการเจ็บป่วย⁵⁻⁸ และตั้งแต่เริ่มดำเนินการกระทั่งปัจจุบัน (ครบ 6 เดือน) โครงการที่มีรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการที่แปลกใหม่และท้าทายต่อการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนเช่นนี้ ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ เลย

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบชิปปี้ (CIPP) ใช้เป็นกรอบการประเมินด้วยเหตุผลชิปปี้ช่วยให้ผู้บริหารพิจารณาตัดสินใจเพื่อพัฒนา แก้ไขปรับปรุง หรือการยุติโครงการ^{9,10} โดยที่โครงการเน้นบทบาทการประเมินความก้าวหน้า : Formative evaluation เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน และจะทำการประเมินสรุปรวม : Summative evaluation อีกครั้งภายหลังครบระยะ 12-24 เดือน^{10,11}

นอกจากนั้นชิปปี้ยังเน้นเป็นการประเมินทั้งระบบทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเนื้อหาทุกมิตินำไปสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนที่มุ่งสู่วิถีการพึ่งตนเองอย่างบูรณาการและองค์รวม แก่นักสาธารณสุข ผู้สนใจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำถามการวิจัย

1. โครงการฯ นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนได้อย่างไร
2. โครงการฯ ได้รับการตอบรับอย่างไรจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ความพึงพอใจ)
3. ผลการประเมินโครงการช่วยกำหนดทิศทางและปรับปรุงการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใด และสามารถสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร
4. พบปัญหาอุปสรรคขณะดำเนินงานหรือไม่ แก้ไขได้หรือไม่และแก้ไขอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ประเมินความก้าวหน้าโครงการฯ (Formative Evaluation) เพื่อกำหนดทิศทางเป้าหมายและปรับปรุงการดำเนินงาน ภายหลังดำเนินโครงการไปแล้ว 6 เดือน ด้วยการพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับโครงการในด้าน

บริบท ปัจจัยนำเข้า ขั้นตอนการดำเนินงาน ผลผลิต และผลกระทบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการฯ มุ่งเน้นการปรับปรุงการดำเนินงานเมื่อดำเนินโครงการไปแล้ว 6 เดือน ด้วยโมเดลการประเมินชิปปี้ CIPP ผ่านกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 3 กลุ่ม (ซึ่งจะทำการประเมินสรุปรวม : Summative evaluation อีกครั้ง เมื่อครบระยะเวลา 12 เดือน) เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเสริมด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เกี่ยวข้องรวมจำนวน 24 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำแนกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สนับสนุน คือ ผู้พิจารณาอนุมัติงบประมาณและให้คำปรึกษาโครงการ : กรรมการกองทุนฯ สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก (ที่ปรึกษากองทุนฯ) ผอ.รพ.สต. ปลัด อบต. ฯลฯ 2) กลุ่มผู้ดำเนินงาน คือ ผู้ปฏิบัติงานตามแผนโครงการ : เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทานันต์ และจิตอาสาแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม/กลุ่ม ผู้นิยมการดูแลสุขภาพพึ่งตนฯ ตำบลทานันต์ และ 3) กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วยและหรือผู้สนใจทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการภาคสมัครใจ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากตัวแทนของกลุ่มย่อยๆ ละ 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูล 9 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มย่อยของแต่ละกลุ่มย่อยจำนวน 3

ครั้งใช้เวลากลุ่มละ 1.5 ชั่วโมง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากผลคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมหลังดำเนินโครงการแล้ว 6 เดือน ประเมินจากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 24 ตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ด้านข้อมูล – แหล่งบุคคล (Data Triangulation) และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย : ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอผลเป็นข้อความลักษณะบรรยายประกอบตาราง และรูปภาพ เพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการประเมินโครงการ...หลังดำเนินโครงการครัว สุขภาพวิถีธรรม ระยะ 6 เดือน

ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลและเข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 33.3) ประกอบอาชีพค้าขาย ผลผลิตทางการเกษตรแม้ว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ที่น่าสังเกตคือผู้ให้ข้อมูลถึงร้อยละ 45.83 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีประวัติการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 41.7 และ 2 ใน 3 ของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนทั้งที่มีกฎหมายรองรับและไม่มีการกฎหมายรองรับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์และเข้าร่วมสนทนากลุ่ม (N=24)

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้สนับสนุน		กลุ่มผู้ดำเนินงาน		กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม		รวม	
	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
เพศ								
- ชาย	3	60	3	27.27	2	25	8	33.33
- หญิง	2	40	8	72.73	6	75	16	66.67
อายุ (ปี)								
21-30	-	-	-	-	1	4.17	1	4.17
31-40	-	-	1	4.17	1	4.17	2	8.33
41-50	-	-	3	12.5	3	12.5	6	25
51-60	5	20.83	1	4.2	2	8.33	8	33.33
61-70	-	-	6	25	-	-	6	25
71-80	-	-	-	-	1	4.17	1	4.17
	$\bar{X}$ =53.8, SD=2.28		$\bar{X}$ = 55, SD=11.2		$\bar{X}$ = 47.6, SD=14.3			
	Min=51 Max=57		Min=36 Max=68		Min=30 Max=77			
การศึกษา								
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	8.3	8	33.3	3	12.5	13	54.17
- ปริญญาตรี	3	12.5	3	12.5	5	20.8	11	45.83
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว								
- ไม่ป่วย	4	16.7	4	16.7	6	25	14	58.3
- ป่วย NCDs	1	4.2	7	29.2	2	8.3	10	41.7
ตำแหน่งทางสังคม								
- ไม่มี	-	-	7	29.2	1	4.2	8	33.3
- มี*	5	20.8	4	45.8	7	33.3	16	66.7
* การมีบทบาทสำคัญ/ดำรงตำแหน่งทางสังคมและมีกฎหมายรองรับ ได้แก่ รองปลัด อบต., สาธารณสุขอำเภอ, พยาบาล, กรรมการกองทุนสุขภาพตำบล, นักวิชาการสาธารณสุข, ผู้ช่วยกำนัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขณะที่บางส่วนระบุตำแหน่งที่ไม่ได้มีกฎหมายรองรับแต่เป็นตำแหน่งที่ได้รับการยอมรับทางสังคมในชุมชน เช่น กรรมการกลุ่มผู้เฝ้าระวังการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนฯ								
อาชีพ								
- ค้าขาย	2	8.3	8	33.3	-	12.5	10	41.7
- ข้าราชการ	3	12.5	1	4.12	4	16.7	8	33.3
- รับจ้าง	-	12.5	2	8.3	4	16.7	6	25

ด้านบริบท พบว่าโครงการฯ สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยแนวทางการจัดการที่อาหาร, ออกกำลังกาย อารมณ์ และสิ่งเสพติด (3อ.2ส.) โดยเริ่มต้นที่วงจรการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ประจำปีด้วยการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90 ของประชากรเป้าหมาย (อายุ 35 ปีขึ้นไป) และบันทึกผลการปฏิบัติเพื่อสนองตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่เพื่อการตรวจรักษา และมีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (โครงการครัวสุขภาพฯ) ในลักษณะภาคสมัครใจซึ่งชวนกันแบบปากต่อปาก ซึ่งจะแตกต่างจากหน่วยบริการแห่งอื่นๆ ที่กิจกรรมมักหยุดลงเมื่อเสร็จสิ้นการบันทึกผลการปฏิบัติงานในระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการ¹² และส่วนใหญ่ขาดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณพิม)

หากพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมซึ่งกระทำกันโดยทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สามารถอนุมานได้ว่าสัดส่วนด้านเวลาเพื่อจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับสัดส่วนด้านเวลาของกระบวนการตรวจรักษาและตรวจติดตามโดยแพทย์ (สัดส่วนดังกล่าวพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)

“...ทุกวันนี้..ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง..เน้นแต่การจ่ายเคมี (ยา) กันทั้งนั้น และเยอะมากๆด้วย” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอ้ง)

โครงการครัวสุขภาพฯ คือ กลยุทธ์ที่ใช้ในกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสร้างดุลยภาพการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นกุญแจดอกสำคัญในการไขเพื่อค้นหาความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นรูปธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

ยิ่งไปกว่านั้น โครงการถูกออกแบบร่วมกันโดยคนภายในชุมชนที่รับรู้และอยู่กับสภาพปัญหา ซึ่งสิ่งองค์ประกอบเหล่านี้คือพื้นฐาน/ตัวแปรที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จ/ประสิทธิผลของโครงการ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณโก)¹³

ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนโครงการ ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องตรงกันว่าควรปรับปรุง ได้แก่ (1) งบประมาณค่าวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาหารที่อาจไม่เพียงพอหากในอนาคตมีผู้ให้ความสนใจและเข้าร่วมเพิ่มขึ้น (2) สถานที่ฝึกปฏิบัติที่ยังพร่องด้านมาตรฐาน และความเป็นระเบียบ (3) โครงสร้างเนื้อหา กิจกรรมที่ใช้ในการถ่ายทอดแก่ผู้เรียนรู้ ที่ควรจัดเรียงตามขั้นตอนการเรียนรู้จากพื้นฐานทั่วไปถึงขั้นฝึกปฏิบัติและ (4) ข้อมูลในเชิงวิชาการและการฝึกนำเสนอด้านหน้าเวทีของทีมพี่เลี้ยงที่เป็นทีมจิตอาสา (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอร, คุณสุ)

ข้อค้นพบสำคัญจากการประเมินผลโครงการพบว่าได้เกิดความผิดพลาดระหว่างกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการตกลงรับบริการร่วมกัน¹⁴ (Service level agreement : SLA) ระหว่างผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ) และผู้รับบริการ(ผู้ป่วย)ซึ่งจำเป็นต้องได้รับอนุมัติจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สู่ปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยเรียกว่า “สิ่งนี้คือขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เคยเกิดขึ้นจริง” คู่มือข้ออภิปรายผล : กระบวนการ

ด้านผลผลิต เมื่อพิจารณาตั้งแต่สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการในการดำเนินงานโครงการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสดงความเห็นว่าโครงการฯ สามารถผลักดันให้เกิดผลผลิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการได้จริง ทั้งช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นโครงการของคนในชุมชนที่ร่วมคิดร่วมตัดสินใจตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน วางแผนและ

ออกแบบร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับผู้คน
ภายในชุมชน เมื่อเป็นดังนี้ ความรู้สึกผูกพัน รู้สึกว่าเป็น

เจ้าของร่วมกันจึงปรากฏขึ้น ณ ชุมชนแห่งนี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์
: คุณโก)

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินระดับความพึงพอใจในภาพรวมโครงการฯ: ระยะเริ่มต้น(ระยะ 6 เดือน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจต่อโครงการ “มาก” ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.91$), N=24									
	ไม่พอใจ		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
คะแนนความพึงพอใจ	-	-	1	4.2	5	20.8	7	29.2	11	45.8

จากตารางที่ 2 นอกจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้นำเสนอไป เมื่อวัดผลเป็นคะแนนระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ พบว่าเป็นโครงการครัวสุขภาพฯ ได้รับคะแนนที่แสดงถึงความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับ “มาก” ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.91$) ความรู้สึกของสมาชิกท่านหนึ่งได้แสดงออกขณะการสนทนากลุ่ม เมื่อกล่าวถึงอาหารในโครงการครัวสุขภาพฯ โดยสมาชิกท่านอื่นนั่งเงียบและลักษณะใบหน้าเบื่อหน่าย ยิ้ม ผู้วิจัยตีความหมายได้ว่ารู้สึกถูกใจ พอใจ และภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสสัมผัสอาหารนี้

“เพื่อให้เกิดความชัดเจน..หากจำเป็นต้องทำการเปรียบเทียบถึงคุณภาพและความแตกต่างของอาหารของเรา (อาหารในครัวสุขภาพฯ) เสนอว่าควรกำหนดให้อาหารปรับสมดุลที่จัดเตรียมภายในโครงการครัวสุขภาพเป็นอาหาร..ในอุดมคติ.” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณพร)

ด้านผลกระทบ เมื่อตรวจสอบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ ภายหลังการเข้าร่วมโครงการครัวสุขภาพฯ พบว่า ความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมคือ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าวทั้งด้านบวกและด้านลบ [ผลกระทบในเชิงบวก คือ สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้เพิ่มขึ้น และการส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งต่อชุมชน (ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเองด้านสุขภาพ) ผลกระทบในเชิงลบ คือ ความยุ่งยากเมื่อนำไปใช้ในกิจวัตรประจำวัน และการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด] อาทิเช่น

“ผู้ที่ขาดการเรียนรู้ต่อเนื่องหรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลา ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นขาดความเข้าใจ ไม่เชื่อมั่น ไม่ศรัทธาต่อแนวทางการปฏิบัติโครงการฯ ในทางกลับกันพบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสามารถนำเสนอข้อมูลถึงผลกระทบในเชิงบวกได้อย่างชัดเจน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณพิม)

อภิปรายผล

ด้านบริบท ขณะนี้ชุมชนหลายแห่งทั่วโลก กำลังประสบ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงประเทศไทย¹⁵ ข้อมูลดังกล่าวได้รับการยืนยันจากรายงานผลการวิจัยเรื่องสถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี สิ่งสำคัญคือ ไม่มีสูตรสำเร็จที่ตายตัวในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้กับทุกพื้นที่¹⁶ ยิ่งกว่านั้น พบว่าการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริการระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 80 - 90 แต่หลังการคัดกรองขาดการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง^{10,17,20}

ประเด็นที่เห็นพ้องตรงกันมากที่สุด ก็คือ อาหารและพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยต้นเหตุของการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{5,6} และผลจากการประเมินโครงการยังช่วยยืนยันด้วยว่า อาหาร คือ ปัจจัยสำคัญและมีน้ำหนักที่มาก โดยมีความสอดคล้องกับนโยบายในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมการบริโภค

ของคนในชุมชนไปพร้อมกับการแก้ไขปัญหา (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณสุและคุณวอ)

3อ.2ส. คือแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁸ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ [เกี่ยวกับอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์และสารเสพติด] โดยถูกนำไปอ้างในงานวิชาการอย่างกว้างขวาง จากการเก็บข้อมูลทั้งผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโครงการครัวสุขภาพฯ มีความสอดคล้องกับแนวนโยบายดังกล่าว เพราะเป็นการแปลงนโยบาย 3อ.2ส. ให้จับต้องได้อย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ยิ่งกว่านั้น โครงการถูกออกแบบร่วมกันโดยคนภายในชุมชน⁶ ที่เริ่มต้นจากการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคิด-ตัดสินใจคัดเลือกกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การมีส่วนร่วมด้วยการช่วยสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน การเข้าร่วมสังเกตการณ์ควบคุมตรวจสอบการดำเนินงานในทุกขั้นตอน [กรณีการปฏิบัติงานของกลุ่มจิตอาสาในโครงการ] รวมถึงการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทั้งด้านวัตถุ ด้านสังคม (ได้รับเกียรติเข้าร่วมนำเสนอผลสัมฤทธิ์จากโครงการ และรับโล่รางวัลระดับจังหวัด) และด้านผลประโยชน์ส่วนบุคคล (การจำหน่ายพืชผักไร้สารพิษให้กับโครงการและช่วยลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยรวมถึงการมีสุขภาพที่ดีขึ้น)

สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลให้ประชาชนเกิดความผูกพันกับโครงการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของโครงการ โดยบอกให้เราทราบว่าโครงการนั้นๆ ประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใด โดยเฉพาะเมื่อประชาชนแสดงการมีส่วนร่วมในระดับการปฏิบัติ (Implement participation)^{13,19,20}

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ทราบว่า หน่วยงานปฐมนิเทศภายในจังหวัดราชบุรีมีอิสระเสรีอย่างมากในการเลือกกลยุทธ์โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขใดๆ เลย

เอาตามความสะดวกของแต่ละหน่วยเป็นพอ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณวอ)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีแนวนโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือว่ามีความชัดเจน¹² แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าอิสระเสรีเหล่านั้นกลับแสดงผลลัพธ์ที่น่าผิดหวัง เมื่อผลการศึกษาระบุว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยในระดับปฏิบัติการ (หน่วยงานปฐมนิเทศ : รพ.สต.) ไม่มีความชัดเจน ขาดระบบรองรับ และควรมีการปรับปรุง⁸

จะเห็นได้ว่า ลำพังการมีอิสระเสรีในการเลือกวิธีการด้วยตนเองยังไม่เพียงพอที่จะประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กระทั่งเมื่อได้มีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ จึงได้รับคำตอบว่า การพัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ต้องอาศัยกลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่ง (ยุทธศาสตร์) ที่มีความจำเพาะมาใช้เป็นตัวในการสนับสนุนการขับเคลื่อน^{18,21} และพบข้อมูลที่ยืนยันอย่างสมเหตุสมผลว่า การแพทย์ทางเลือกสามารถนำมาใช้ในโรคต่างๆ ควบคู่กับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ²²

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอิสระเสรีที่ไม่เหมาะสมและการไร้ยุทธศาสตร์ที่มีความจำเพาะเจาะจงผลลัพธ์ที่ได้มักแสดงแนวโน้มในเชิงลบ อีกทั้งสิ่งเหล่านี้จะคอยบั่นทอนการพัฒนาระบบบริการในทุกมิติ ดังปรากฏเป็นสภาพปัญหาที่ยากต่อการแก้ไข ดังสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน

ด้านปัจจัยนำเข้า จากผลการประเมินพบว่า ขณะทำงานกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ 1) งบประมาณที่เพียงพอเพื่อรองรับสมาชิกในอนาคตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2) การพัฒนาศักยภาพและการนำเสนอในเชิงวิชาการในกลุ่มจิตอาสา 3) สถานที่เรียนรู้และฝึกปฏิบัติที่มีมาตรฐาน รวมถึงกิจกรรมย่อยที่มีความเหมาะสมมุ่งสู่การดูแลสุขภาพผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม ที่เป็นการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นผล

สืบเนื่องจากการที่พบว่าปัจจัยนำเข้าที่ไม่เพียงพอ คือ อุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานทั้งในระดับผลลัพธ์ และกระบวนการขับเคลื่อนโครงการ รวมถึงประสิทธิภาพ ของกิจกรรม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญารุทธ, วลีรัตน์ แสงไชย และวสันต์ เหลืองประภัสร์²³ ที่ ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค โดยพบว่าปัจจัยนำเข้าที่ไม่เพียงพอส่งผลให้หน่วยงาน ในสังกัด (รพ.สต.) ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน จากเนื้อหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความพอเพียงในปัจจัย การบริหารเหล่านี้คือปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลต่อ ความสำเร็จในการนำโครงการหรือนโยบายไปสู่การปฏิบัติ²⁴

ด้านกระบวนการ ปัญหาคือ ณ ปัจจุบัน กระบวนการที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในระบบการดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิหยุดลงหลังการ ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (กลุ่มเสี่ยง) และการบันทึกข้อมูล เพื่อสนองตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน¹² จะมีกิจกรรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ อยู่บ้างก็เพียงส่วนน้อย

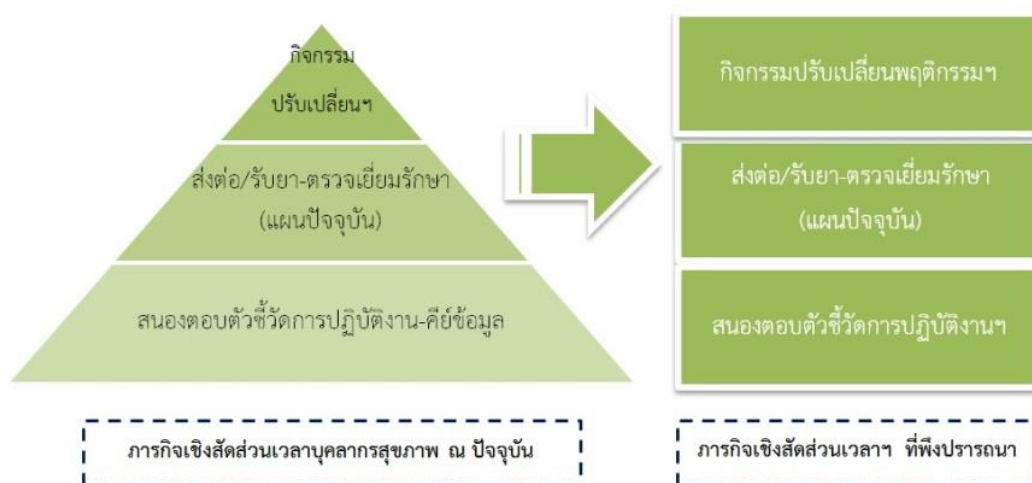
“เมื่อเป็นเช่นนี้..กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง - เหมาะสม ซึ่งมีน้ำหนักที่มาก จึงไม่เกิดขึ้นจริง และไร้ซึ่งโอกาสในการพิสูจน์ถึง ประสิทธิภาพของกระบวนการ กลายเป็นอุปสรรคต่อการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบไม่จบ ไม่สิ้น” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอร, คุณพิมพ์)

อีกทั้งผู้วิจัยพบว่า ได้เกิดความผิดพลาดระหว่าง การดูแลผู้ป่วย/การรับบริการสุขภาพ ในขั้นตอน 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 2. การตกลง รับบริการร่วมกัน¹⁴ (Service level agreement : SLA) ระหว่างผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาลและบุคลากร สาธารณสุข) กับผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจากทั้ง 2 ฝ่าย โดยผู้วิจัยจะขอนำเสนอถึงปัญหา และแนวทางแก้ไขของโครงการฯ พร้อมทั้งอธิบาย ข้อผิดพลาดดังกล่าว ตามลำดับที่ต่อเนื่องกันดังนี้

ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยฯ ดังกล่าว สามารถสะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจน ด้วยการพิจารณาจาก การกิจในเชิงสัดส่วนเวลาของผู้ให้บริการ (บุคลากร สาธารณสุข) ที่ใช้ในการทำกิจกรรมให้กับผู้เข้ารับบริการ (ผู้ป่วย) โดยหากเป็นกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพจะมีสัดส่วนพื้นที่ๆ ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับ สัดส่วนพื้นที่ด้านเวลาในกระบวนการตรวจรักษา

ติดตามเยี่ยม และสัดส่วนพื้นที่ด้านเวลาในการ สนองตอบตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน (คีย์ข้อมูล) อุปมาด้วยภาพ สามเหลี่ยมฐานกว้าง : ด้านซ้าย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภารกิจเชิงสัดส่วนของเวลาที่พึงปรารถนา (สู่การพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ)

และเมื่อพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาก็เปรียบเทียบกับประสิทธิภาพในงานวิจัยของ โจเพชร กล้าจนที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความคงตัวในประสิทธิภาพของเทคนิคการดูแลสุขภาพทั้งภาพรวม²⁵ และเทคนิคย่อยของการแพทย์วิถีธรรมโดยเฉพาะเทคนิคการใช้อาหารปรับสมดุล²⁶ ที่ผู้วิจัยเลือกใช้เป็นตัวนำในการขับเคลื่อนโครงการฯ

ก็อาจอนุมานได้ว่า แม้สัดส่วนเวลาที่มีเพียงน้อยของกระบวนการที่ถูกใช้ในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมุ่งแก้ไขที่ต้นเหตุของโรค แต่กลับมีน้ำหนักในเชิงผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่มาก ในทางกลับกันสัดส่วนพื้นที่เวลาที่มากของการบำบัดด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบันโดยลำพัง ที่ใช้เวลายาวนานตรากตรึงกับอายุผู้ป่วย กลับแสดงน้ำหนักในเชิงผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่น้อย (ไม่มาก) และถูกบ่งชี้ซ้ำว่าเป็นการแก้ไขปัญหายั่งยืนเพียงปลายเหตุ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณนิร)

จากหลักการดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า หากเพิ่มสัดส่วนของเวลาที่มีน้ำหนักมาก/ผลลัพธ์ด้านการบำบัดที่มาก ด้วยการใช้โครงการครัวสุขภาพฯ เป็นกลยุทธ์เสริมและทำควบคู่กันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการตรวจรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน และสามารถลดอาการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ที่อุปมาด้วยภาพสี่เหลี่ยมที่ขยายส่วนปลาย : ด้านขวา จากภาพสามเหลี่ยมฐานกว้างดังภาพที่ 1

เหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกัน ระหว่างขั้นตอนการเข้าพบและสนทนากันของแพทย์ (ผู้ให้บริการ) และผู้ป่วย (ผู้รับบริการ) พร้อมทั้งเข้าสู่ขั้นตอนการตกลงบริการร่วมกัน¹⁴ (ซึ่งอาจเป็นขั้นตอนในการตกลงบริการที่ไม่สมบูรณ์นัก) ตามช่วงระยะเวลานัดหมายปกติของผู้ป่วย ผู้อธิบายปรากฏการณ์มีบทบาทหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ให้บริการและผู้ช่วยเหลือแพทย์ของคลินิกโรคเรื้อรัง โดยพยายามอธิบายเรื่องกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการที่ไม่เกิดขึ้นจริงดังนี้

“จริงๆ แล้ว คนป่วยได้รับโอกาสจากหมอในการปรับ (เรื่องอาหาร) นะ แต่ประเด็นว่าปรับอย่างไร? นั่นไม่ได้ถูกบ่งชี้รายละเอียด ดังนั้นผู้ป่วยจึงปรับไม่ถูก..และผู้ป่วยก็ไม่ได้รู้ด้วยว่าต้องปรับอย่างไร รวมถึงไม่รู้เทคนิคในการปรับ..ผู้ป่วยจึงไม่ได้ปรับและเมื่อต้องกลับมาพบแพทย์อีกครั้งตามนัด (1 เดือน-3 เดือน) โดยภาพรวมๆ ค่าผลการตรวจ Lab ก็มักจะเพิ่มขึ้นจากการไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง..ซึ่งคุณหมอก็จะสรุปเอาเองว่า..เพราะผู้ป่วยไม่ปรับพฤติกรรม ดังนั้นหมอก็ตัดสินว่า..ก็เพราะตัวผู้ป่วยนั้นแหละที่ไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม..และคงต้องใช้ยาเท่านั้นจึงจะควบคุมโรคได้” (ผู้ให้สัมภาษณ์ : คุณอร)

จากเนื้อความข้างต้น วิเคราะห์และตีความได้ว่า ระหว่างการสนทนากันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากผู้ให้บริการไม่แสดงรายละเอียดของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สามารถรับรู้ว่าจะต้องปรับพฤติกรรมอย่างไร และผู้ป่วยก็ยังรับประทานอาหารพิษ/สิ่งที่เกิดพิษภัยต่อร่างกาย รวมถึงการไม่รู้วิธีปฏิบัติในการลด ละ เลี่ยง ความอยากในจิตต่ออาหารที่เป็นพิษอย่างถูกต้องได้²⁷ ซึ่งสิ่งนี้คือหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่เกิดจากอาหาร⁶

และในขั้นตอนการตกลงรับบริการร่วมกัน (Service level agreement : SLA) ก็พบว่าขั้นตอนดังกล่าวเกิดขึ้นจากการอนุมัติโดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงลำพัง ซึ่งสิ่งนี้ไม่ถูกต้องตามลักษณะสำคัญของขั้นตอนการตกลงรับบริการร่วมกัน นั่นคือ SLA ต้องได้รับการอนุมัติทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นเหตุให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อการตกลงใจ/ตัดสินใจ¹⁴ เมื่อเป็นดังนี้ระบบการดูแลผู้ป่วย/กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกลยุทธ์ที่ถูกต้อง - เหมาะสม ซึ่งมีน้ำหนักที่มากจึงไม่เคยเกิดขึ้นจริง

ด้านผลผลิต ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าโครงการฯ ช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และ

กลุ่มจิตอาสาแสดงบทบาทของเจ้าของโครงการและผู้ขับเคลื่อนโครงการได้อย่างชัดเจนสอดคล้องกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff^{19,20} เมื่อพิจารณาจากคะแนนความพึงพอใจต่อโครงการโดยภาพรวมในทุกมิติ/ทุกด้าน พบว่าการดำเนินงานโครงการฯ ที่ผ่านมามีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก สิ่งเหล่านี้คือหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า โครงการได้รับการตอบรับอย่างดีจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจากในและนอกชุมชน และผู้ให้ข้อมูลทุกคนร้องขอให้ขยายผลโครงการ

ด้านผลกระทบ สืบเนื่องจากเนื้อหาของโครงการมีความต่อเนื่องกัน เมื่อไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบถ้วนตามกำหนด หรือเข้าร่วมแต่ขาดความต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ ก็มักประสบปัญหาเมื่อนำไปปฏิบัตินำไปสู่ความไม่เชื่อมั่น ไม่ศรัทธา และสงสัยต่อแนวทางปฏิบัติ²⁶ ดังนั้น แนวทางการพัฒนาโครงการฯ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า¹² ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดราชบุรี ของ พิมพ์ณภัส ทับทิม²⁶ ที่พบว่าผู้ใช้เทคนิคการดูแลสุขภาพเรื่องอาหารปรับสมดุลสามารถแสดงผลลัพธ์ที่ยั่งยืนด้านการบำบัดรักษาได้สูงกว่าผู้ไม่ใช้เทคนิคอาหารปรับสมดุลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและตอบคำถามการวิจัย

1. โครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมฯ นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนได้อย่างไร

โครงการฯ อาศัยกลยุทธ์เรื่องการรับประทานอาหารปรับสมดุลของแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเป็นตัวนำที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแก้ไขปัญหาระยะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หัวใจสำคัญคือตั้งแต่เริ่มต้นถึง

ปัจจุบัน ทุกกระบวนการขับเคลื่อนอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชน (ชุมชนเป็นฐาน)

ผลการประเมินซึ่งชี้ว่าได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีทั้งคนใน-นอกชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม

2. โครงการฯ ได้รับการตอบรับอย่างไรจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ความพึงพอใจ)

ผลการประเมินทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและคุณภาพมีความสอดคล้องกันในเชิงตรรก และการรับรู้ในเชิงจิตวิญญาณ ดูจากผลการตีค่าและตัดสิน (Interpretation) ของผลการประเมินข้างต้น

3. ผลการประเมินโครงการช่วยกำหนดทิศทางและปรับปรุงการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใดและสามารถสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร

ผลการประเมินโครงการฯ มีส่วนช่วยให้ผู้บริหารสามารถกำหนดทิศทางและปรับปรุงการดำเนินงานได้มาก เพราะเป็นความเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียทั้ง 3 กลุ่ม : ผู้สนับสนุน ผู้ดำเนินงาน และผู้เข้าร่วมกิจกรรม ข้อค้นพบที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินกิจกรรมอื่นๆ ของหน่วยงานและเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรอื่นๆ ทั้งในส่วนที่เป็นสภาพปัญหา และโอกาสของการนำไปพัฒนา เพราะมีทางเลือกมากมายในการดำเนินงานโครงการให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องประเมินโครงการว่าจะสามารถสร้างโอกาส หรือผลสำเร็จได้เพียงใด²⁸

4. ปัญหาอุปสรรคขณะดำเนินงานมีหรือไม่อย่างไร

ปัญหาสำคัญ คือ ภาระงานจากงานประจำของกลุ่มผู้ดำเนินงาน ทั้งเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และจิตอาสา ที่ช่วงเวลาว่างที่ไม่ตรงกัน แก้ไขด้วยการนัดพบเพื่อประชุมประจำเดือน และหรือวางแผนการทำงานภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ และถือเป็นโอกาสในการสนทนา

ธรรมไปพร้อมๆ กัน ตามวัฒนธรรมของจิตอาสาแพทย์
วิถีธรรม

ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

ผลการประเมินโครงการครัวสุขภาพวิถีธรรมเพื่อ
การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกรณีศึกษาโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด
ราชบุรี : ระยะเริ่มต้น (ระยะ 6 เดือนแรก) ทำให้ทราบถึง
สภาพปัญหาและแนวทางสำหรับการนำมาปรับปรุงแก้ไข
การดำเนินงาน เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ประสบผลสำเร็จในเชิง
คลินิก บนฐานของหลักวิชาการตามบริบทการดูแลผู้ป่วย
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยมี
ข้อค้นพบสำคัญดังนี้

1. พบปัญหาในขั้นตอนตกลงบริการร่วมกันของ
ผู้ให้-ผู้รับบริการที่ควรได้รับการทบทวนแก้ไข

2. สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาบริการ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยเฉพาะระบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควรยึดเงื่อนไขสำคัญดังนี้

2.1 กิจกรรมนั้นต้องมียุทธศาสตร์/กลยุทธ์
เช่น โครงการครัวสุขภาพฯ เป็นต้น

2.2 ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และทำ
คู่ขนานกับการแพทย์แผนหลัก

2.3 ควรเพิ่มขยายสัดส่วนเวลาของกิจกรรมใน
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจาก โครงสร้าง
สามเหลี่ยมยอดปลายแหลม สู่โครงสร้างสี่เหลี่ยมใดๆ ดัง
ภาพที่ 1

3. ควรได้รับการสนับสนุนจากองค์การทั้งภาครัฐ
เอกชน และภาคประชาชน เผยแพร่ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่ง
ในการนำไปปรับใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับหัวข้อการประเมินในครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานหลังดำเนินงาน
โครงการในระยะ 1 - 2 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในเชิงคลินิก
(Clinical) และตรวจสอบผลการปรับปรุงการดำเนินงาน
โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชน
ผู้สนใจที่เข้าร่วมโครงการ

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Global status report
on non-communicable diseases. 2014.
Retrieved April 28, 2018. from
[www.who.int/nmh/publications/ncd-
status-report-2014/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/); 2014
2. NPCEU SWEDEN). [online] cited. 2018 May
19. from [http://abc.norporchoreu.com/?
tag=พ-ร-บ-งบประมาณ-2560](http://abc.norporchoreu.com/?tag=พ-ร-บ-งบประมาณ-2560) ; 2016 Sep 26
3. มนทิพา ทรงพานิช และคณะ. การจัดบริการสุขภาพ
แบบผสมผสานในโรงพยาบาลของรัฐ : ทิศทางที่
ควรจะเป็น. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก.
ฉบับปฐมฤกษ์ 2551 : 46-63
4. บุญใจ ลิมศิลา. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการ
จัดบริการของรัฐด้านการแพทย์ทางเลือก :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัด
ราชบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก ปีที่ 5 (1) : 2550 : 62-65
5. สุรศักดิ์ กันตชูเวชศิริ, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี.
องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับ
ทุกช่วงวัย. บทที่ 7 อาหารสำหรับผู้เป็นโรคไต
เรื้อรังฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ
; 2559 : 97

6. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2561 จาก <http://www.hed.go.th/linkhed/file/263>; 2558 : 8-11
7. ธัญญลักษณ์ ทอนราช, วีระเดช พิศประเสริฐ และสายสมร ผลดงนอก. อาหารเพื่อสุขภาพ. ขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2558
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม:สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เนติมา คูณีย์ (บรรณาธิการ) นนทบุรี:บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557
9. เซาว์ อินโย .การประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์ (1991) จำกัด; 2555:162
10. Stufflebeam and Shinkfield, 2007. อ้างถึงใน ศุภามณ จันทรสกุล. ยุคสมัยของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน.วารสารวิชาการอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 8(1) จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/download/25517/21675/> ;2557:72-78
11. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2541:168) อ้างถึงในเซาว์ อินโย. การประเมินโครงการการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์ (1991) จำกัด; 2555:128
12. นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. บทวิจัย:การดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังในปฐมภูมิ.วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 30 (1);2559:113-126
13. Campbell, J.P, 1977:36-41อ้างถึงใน พิชาย รัตนติลก ณ ภูเก็ต. Organization and Management องค์การและการบริหารจัดการ. จรัสรุ่ง รวีวร (บรรณาธิการ). นนทบุรี : ริงค์ ปียอนด์ บุ๊คส์ จำกัด; 2552:47-49
14. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ข้อตกลงระดับการให้บริการ SLA. คุณลักษณะของ SLA สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2561 จากhttps://med.mahidol.ac.th/radiology/sites/default/files/public/.../SLA_RAMA.pdf; (มปป.)
15. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557) วารสารควบคุมโรค ปีที่ 43(4); 2560:379-390
16. ปัทมา โกมุกบุตร. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี. ศรีเมืองการพิมพ์; 2551
17. สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2555). อ้างถึงใน นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. บทวิจัย:การดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังในปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 30 (1); 2559:113-126
18. อัมพล จินดาวัฒน์.ข้อเสนอเชิงนโยบาย ทิศทางระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2552
19. พิชาย รัตนติลก ณ ภูเก็ต. Organization and Management องค์การและการบริหารจัดการ. จรัสรุ่ง รวีวร (บรรณาธิการ). นนทบุรี:ริงค์ ปียอนด์ บุ๊คส์ จำกัด; 2552:276

20. Cohen and Uphoff , 1977 อ้างถึงใน
พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. Organization and
Management องค์การและการบริหารจัดการ.
จรัสรุ่ง รวีวร (บรรณาธิการ). นนทบุรี :
อิงค์ ปิยอนด์ บุ๊คส์จำกัด; 2552:276-277
21. วีระ ทองอ่อน, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรวง.
[เอกสารประกอบการนำเสนองานวิจัย].
การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนโรงพยาบาล
30 บาท ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ตำบลบ้านกอก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัด
อุบลราชธานี. สืบค้นเมื่อ 5/11/2560. จาก
<http://gsbook.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/>;
2560
22. อธิยา นิยมศิลป์ และณัฐธิดา คำผล. การแพทย์
ทางเลือกและการนำไปใช้. วารสารการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ปีที่ 7 (1) ; 2552:63-70
23. ธนัญญา รุดโท, วลีรัตน์ แสงไชย และวสันต์
เหลือประภัสร์. การประเมินผลโครงการ 30 บาท
รักษาทุกโรค โดยใช้ตัวแบบซีป (CIPP Model) :
กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอนาเชือก
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการเมื่อการปกครอง.
ปีที่ 4. ฉบับที่ 1 ; 2557:352-369
24. มยุรี อนุมานราชธน. นโยบายสาธารณะ Public
Policy. แนวความคิด วิธีการวิเคราะห์ และกำหนด
นโยบายสาธารณะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อ
สร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันให้กับประเทศ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็กสเปอร์เน็ท จำกัด;
2556:230-236
25. ใจเพชร กล้าจน. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพ
แนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือก
วิถียุทธ. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก
ปีที่ 4 ฉบับที่ 1:25-37;2554
26. พิมพ์ภัสร์ ทับทิม. การประเมินผลการดำเนินงาน
แพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนว
เศรษฐกิจพอเพียงในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560:106-110
27. ใจเพชร กล้าจน. ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนว
เศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิ
ยุทธ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ คณะบริหาร
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553:64-65
28. เขาว์ อินโย. การประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ:บริษัท วี พรินท์(1991) จำกัด ; 2555
:10-12

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วน ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

สุกัญญา องอาจ*

บทคัดย่อ

การเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยหลังได้รับการทางวิสัญญีเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วน ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางวิสัญญีระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 จำนวน 156 ราย วิเคราะห์อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย student t-test และ chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นโดยใช้ multivariable binary logistic regression และการประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ 21.15 มีระดับของการเกิดภาวะหนาวสั่นส่วนมากอยู่ที่ระดับ 1 อายุของกลุ่มที่เกิดภาวะหนาวสั่น น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะหนาวสั่น (32.60 ± 14.54 ปี) และ (41.84 ± 15.44 ปี) ($p=0.002$) โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นลดลง 0.97 เท่า (odds ratio =0.968, 95% CI= 0.940-0.996, $p=0.029$) และผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นเพิ่มขึ้น 6.31 เท่าเมื่อเทียบกับแบบทั่วตัว (odds ratio =6.305, 95% CI= 2.052-19.373, $p=0.001$) จากผลการวิจัยควรให้การดูแลผู้ป่วยที่อายุน้อยและมารับบริการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนให้เป็นมาตรฐานเดียวกับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น

คำสำคัญ : อุบัติการณ์, ภาวะหนาวสั่น, อุณหภูมิร่างกายต่ำ, บริการทางวิสัญญี

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

Research Name: The incidence and factors associated with shivering symptom in patients who underwent General or Regional Anesthesia in Damneon Saduak Hospital.

SUKANYA ONGART*

Abstract

Shivering symptom after anesthesia was a problem that affected patients who had cardiovascular disease, may lead to severe complications. This was a prospective cohort study to study the incidence and factors associated with shivering symptom in patients who underwent general or regional anesthesia in Damneon Saduak Hospital. We collected data in 156 patients who underwent General or Regional Anesthesia in Damneon Saduak Hospital from January to May 2018 then the data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, student t-test, Chi-square test and odds ratio between the shivering group and the none shivering group using multivariable binary logistic regression with 95% confidence interval, reflected a significant level at 0.05.

Result : There were 156 patients underwent anesthesia. The incidence of shivering symptom was 21.15 % with mostly in level one of shivering grading. The age of the shivering group (32.60 ± 14.54) was less than the none shivering group (41.84 ± 15.44) with statistically significant ($p=0.002$). If the patient's age increased by 1 year, the chance of shivering symptom was reduced by 0.97 (odds ratio = 0.968, 95% CI=0.940-0.996, $p=0.029$). The patients who underwent regional anesthesia were increased the chance of shivering symptom by 6.31 when compared with general anesthesia (odds ratio =6.305, 95% CI= 2.052-19.373, $p=0.001$). We should an adequate management for younger patients and patients who underwent regional anesthesia for prevent of shivering symptom.

Keywords : incidence, shivering symptom, low body temperature, anesthesia.

**Professional Nurse, Anesthesia Nursing Group, Damnoensaduak hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดภาวะหนาวสั่นหลังได้รับการบริการทางวิสัญญีมีโอกาสมพบได้บ่อยและสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เมื่ออุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 36 °C ร่างกายจะตอบสนองโดยทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นและเกิดการหนาวสั่น¹ ภาวะหนาวสั่นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 200 - 600 ส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทำให้ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น ผลต่ออัตราการตกแตงบาดแผล การต่อเส้นเลือดเส้นประสาทหรือเอ็นอาจทำให้เกิดการฉีกขาด ระบบกล้ามเนื้อการหดเกร็งเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้เลือดเกิดภาวะเป็นกรด ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลและทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย²

ข้อมูลทางสถิติของการเกิดภาวะหนาวสั่นในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกปี พ.ศ. 2558, 2559 และปี พ.ศ. 2560³ ซึ่งแบ่งออกเป็นระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 5.91, 9.93 และ 10.61 ตามลำดับและหลังผ่าตัด ร้อยละ 5.46, 6.95 และ 9 ตามลำดับ จากการรวบรวมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น คือ ระยะเวลาผ่าตัด^{4, 5} อุณหภูมิห้องผ่าตัด⁶ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ^{5, 6} และปริมาณเลือดที่สูญเสีย⁴ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่น คือ เพศ^{7, 8} อายุ⁹ ดัชนีมวลกาย⁹ การความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน⁸ อุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด⁹ ระยะเวลาผ่าตัด¹¹ การใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกาย⁹ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ¹¹ และปริมาณเลือดที่สูญเสีย¹¹

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีที่มาใช้บริการทางวิสัญญีและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วน เป็นการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) ในผู้ป่วย ASA physical status 1 และ 2¹² ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วนในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยผู้ป่วยต้องได้รับการบริการทางวิสัญญี และเฝ้าระวังอาการในห้องพักฟื้นก่อนจะย้ายกลับหอผู้ป่วย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า Proportion (p) = 0.1145⁷ Error (d) = 0.05 Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.959964 ตามสูตรกรณี ไม่ทราบจำนวนประชากรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 156 ราย

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยข้อมูล ที่ศึกษามีดังนี้
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ASA physical status
ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของการผ่าตัดประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด ชนิดการระงับความรู้สึก อุณหภูมิห้องผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด การใช้เครื่องเป่าลม

ร้อน ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำและปริมาณเลือดที่สูญเสีย

ตอนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ข้อมูลการเกิดภาวะหนาวสั่น แบ่งการประเมินเป็น 5 ระดับ คือ 0 - 4 ประยุกต์ตามแบบประเมินความรุนแรงของภาวะหนาวสั่นของ Holtzclaw (1990)¹⁵ ดังนี้

0 = ไม่ปรากฏอาการสั่นหรือกระดูกของกล้ามเนื้อส่วนใดๆ ร่างกาย

1 = มีอาการสั่น/กระดูกของกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกหรือมีการรบกวนการทำงานของเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2 = มีการสั่น/กระดูกของกล้ามเนื้อตั้งแต่บริเวณศีรษะถึงคอ

3 = มีการสั่น/กระดูกของกล้ามเนื้อบริเวณลำตัว

4 = มีการสั่น/กระดูกของกล้ามเนื้อทั่วทั้งตัวหรือมีฟันกระทบกัน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วนของกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยผู้ป่วยที่รับบริการระงับความรู้สึกต้องได้รับการเฝ้าระวังที่ห้องพักฟื้นและผู้ป่วยยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้ค่าสถิติเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นใช้ t - test independent, chi - square test และเปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่เกิดภาวะหนาวสั่น และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะหนาวสั่นด้วยการวิเคราะห์ Multivariable binary logistic regression ใช้การประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval : 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p - value = 0.05 ที่ช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไม่ครอบคลุม 1 ด้วยโปรแกรม SPSS version 21

ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษาศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก วันที่ 27 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เลขที่ 02/2561

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วนของกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาจำนวน 156 ราย พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ 21.15 ดังตารางที่ 1 ระดับการเกิดภาวะหนาวสั่นในระยะระงับความรู้สึกส่วนมากอยู่ที่ระดับ 1 ร้อยละ 4.49 และระดับการเกิดภาวะหนาวสั่นในระยะหลังระงับความรู้สึกส่วนมากอยู่ที่ระดับ 1 ร้อยละ 8.33 ตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 39.89 ± 15.68 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $24.82 \pm 4.76 \text{ kg/m}^2$ อุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัดเฉลี่ย $36.28 \pm 0.51 \text{ }^{\circ}\text{C}$ อุณหภูมิห้องผ่าตัดเฉลี่ย $21.78 \pm 1.10 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 82.78 ± 58.87 นาที ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำเฉลี่ย 994.16 ± 727.28 มิลลิลิตร และปริมาณเลือดที่สูญเสียเฉลี่ย 111.21 ± 181.72 มิลลิลิตร ดังตารางที่ 3 เป็นเพศหญิงจำนวน 96 รายคิดเป็นร้อยละ 61.54 ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน 89 รายคิดเป็นร้อยละ 57.05 และไม่ใช่เครื่องเป่าลมร้อน 100 รายคิดเป็นร้อยละ 64.10 ดังตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างที่เกิดและไม่เกิดภาวะหนาวสั่นพบว่า อายุของผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดภาวะหนาวสั่น (32.60 ± 14.54 ปี) น้อยกว่าอายุของกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะหนาวสั่น (41.84 ± 15.44 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) ชนิดการระงับความรู้สึกทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนเพศ ดัชนีมวลกาย อุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด

อุณหภูมิห้องผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด การใช้เครื่องเป่าลมร้อน ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำและปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

เมื่อนำตัวแปร คือ อายุและชนิดการระงับความรู้สึก ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาปรับให้มีความเท่าเทียมกันมาวิเคราะห์แบบ Multivariable binary logistic regression พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นลดลง 0.97 เท่า (odds ratio=0.968, 95% CI=0.940-0.996, p=0.029)

และผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นเพิ่มขึ้น 6.31 เท่าเมื่อเทียบกับแบบทั่วตัว (odds ratio=6.305, 95% CI=2.052-19.373, p=0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่น (n=156)

การเกิดภาวะหนาวสั่น	จำนวน (ร้อยละ)
เกิดภาวะหนาวสั่น	33 (21.15)
ไม่เกิดภาวะหนาวสั่น	123 (78.85)

ตารางที่ 2 ระดับการเกิดภาวะหนาวสั่นจำแนกตามระยะการบริการทางวิสัญญี (n=156)

ระยะการบริการทางวิสัญญี	ระดับการเกิดภาวะหนาวสั่น [จำนวน (ร้อยละ)]				
	0	1	2	3	4
ก่อนระงับความรู้สึก	155 (99.36)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.64)	0 (0.00)
ระหว่างระงับความรู้สึก	139 (89.10)	7 (4.49)	6 (3.85)	1 (0.64)	3 (1.92)
หลังระงับความรู้สึก	135 (86.54)	13 (8.33)	4 (2.57)	2 (1.28)	2 (1.28)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการเกิดภาวะหนาวสั่นด้วยการวิเคราะห์ t-test independent

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด (Mean±SD)	การเกิดภาวะหนาวสั่น		p-value
		เกิดภาวะหนาวสั่น (Mean±SD)	ไม่เกิดภาวะหนาวสั่น (Mean±SD)	
อายุ (ปี)	39.89 ± 15.68	32.60 ± 14.54	41.84 ± 15.44	0.002
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	24.82 ± 4.76	25.17 ± 4.84	24.73 ± 4.76	0.643
อุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด (°C)	36.28 ± 0.51	36.17 ± 0.42	36.31 ± 0.52	0.186
อุณหภูมิห้องผ่าตัด (°C)	21.78 ± 1.10	21.54 ± 0.86	21.85 ± 1.15	0.154
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	82.78 ± 58.87	88.48 ± 41.61	81.26 ± 62.76	0.434
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ (มิลลิลิตร)	994.16 ± 727.28	1131.81 ± 476.77	957.23 ± 778.39	0.112
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (มิลลิลิตร)	111.21 ± 181.72	135.15 ± 139.75	104.79 ± 191.41	0.396

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการเกิดภาวะหนาวสั่นด้วยการวิเคราะห์ chi-square test

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ)	การเกิดภาวะหนาวสั่น		p-value
		เกิดภาวะหนาวสั่น [จำนวน (ร้อยละ)]	ไม่เกิดภาวะหนาวสั่น [จำนวน ร้อยละ]	
เพศ				0.125
ชาย	60 (38.46)	17 (51.52)	43 (34.96)	
หญิง	96 (61.54)	16 (48.48)	80 (65.04)	
ชนิดการระงับความรู้สึก				< 0.001
ระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว	67 (42.95)	4 (12.12)	63 (51.21)	
ระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน	89 (57.05)	29 (87.88)	60 (48.79)	
การใช้เครื่องเป่าลมร้อน				0.278
การใช้เครื่องเป่าลมร้อน	56 (35.90)	15 (45.45)	41 (33.33)	
ไม่ใช้เครื่องเป่าลมร้อน	100 (64.10)	18 (54.55)	82 (66.67)	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นด้วยการวิเคราะห์ Multivariable binary logistic regression

ข้อมูลทั่วไป	Coefficient (β)	SE Coefficient	p-value	Odds Ratio	95% CI
อายุ (ปี)	-0.033	0.015	0.029	0.968	0.940-0.996
ชนิดการระงับความรู้สึก	1.841	0.573	0.001	6.305	2.052-19.373

วิจารณ์ : ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวหรือแบบเฉพาะส่วน ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ 21.15 ซึ่งมากกว่าสถิติการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางวิสัญญีในปี พ.ศ. 2558, 2559 และปี พ.ศ. 2560³ ซึ่งแบ่งออกเป็นระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 5.91, 9.93 และ 10.61 ตามลำดับและหลังผ่าตัด ร้อยละ 5.46, 6.95 และ 9 ตามลำดับ เนื่องจากรายงานการเกิดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่นที่ผ่านมาจะรายงานผู้ป่วยที่มีอาการหนาวสั่นระดับที่รุนแรงและ/หรือได้รับการรักษาด้วยยา Pethidine เท่านั้น ถ้ามีภาวะหนาวสั่นเพียง

เล็กน้อย (ระดับ 1 ถึงระดับ 2) จะไม่บันทึกรายงานแต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะรายงานในผู้ป่วยที่มีอาการหนาวสั่นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงทุกรายและมากกว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่นในการศึกษาของ นภาพร ชูนาม และคณะ⁷ ที่ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี พบอุบัติการณ์การเกิดหนาวสั่นร้อยละ 11.45 แต่น้อยกว่าการศึกษาของ วิริยา นามทองใบ⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร้อยละ 64.2 และน้อยกว่าการศึกษาของ ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร⁹ ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิ

กายดำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักพื้นโดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร้อยละ 45.4 ซึ่งทั้งสองศึกษาการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำที่นำไปสู่การเกิดภาวะหนาวสั่น²

เพศ พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศากุน สุริยนากุล⁵ ที่ศึกษาตัวแบบทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ เมื่อนำมาเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณลอจิสติกของตัวแบบเริ่มต้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ว่าในผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายมีไขมันเป็นฉนวนป้องกันการสูญเสียความร้อนน้อยกว่าเพศหญิง² ตลอดจนการศึกษาของ นภาพร ชูนามและคณะ⁷ ที่พบว่า เพศหญิงเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชายโดยเกิดภาวะหนาวสั่นร้อยละ 11.45 และการศึกษาของ วิริยา นามทองใบ⁸ ที่พบว่า เพศชายเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ พบว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นลดลง 0.97 เท่า เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการมีโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน³ และผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำไ้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี² ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุจึงได้รับการป้องกันภาวะหนาวสั่นอย่างครอบคลุมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหนาวสั่นและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาที่เป็นอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยมีการใช้เครื่องเป่าลมร้อน การอุ่นสายสารละลายทางหลอดเลือดดำและการอุ่นสารน้ำ

เลือดและส่วนประกอบของเลือด จึงไม่พบภาวะหนาวสั่นในผู้สูงอายุที่มารับบริการทางวิสัญญี ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุของ พชรียา นิวัฒน์ภูมิ¹³ ที่กล่าวว่าในคนอายุมากกว่า 30 ปีจะมี Basal metabolic rate (BMR) ลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปีทำให้ผู้สูงอายุมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติร่วมกับมีการตีบหลอดเลือดได้น้อยในสภาวะแวดล้อมที่เย็นมีผลทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความร้อนมากกว่าคนหนุ่มสาว การปรับตัวของหลอดเลือดส่วนปลายเพื่อตอบสนองต่อภาวะเครียดลดลงทำให้ผู้สูงอายุเสียความร้อนทางผิวภายในห้องผ่าตัดได้ง่าย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญานนันท รัตนธีรวิเชียร และคณะ⁹ ที่พบว่า กลุ่มอายุ 51-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยในห้องพักพื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดัชนีมวลกาย พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำ (Low body mass index) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำไ้มากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติและผู้ป่วยรูปร่างอ้วนเนื่องจากผู้ป่วยน้ำหนักน้อยมีไขมันชั้นฉนวนบางทำให้สูญเสียความร้อนง่ายและระยะเวลาการขยายตัวของหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ผอมจะเร็วกว่าคนที่น้ำหนักปกติ¹ แต่การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศากุน สุริยนากุล⁵ ที่พบว่า ดัชนีมวลกายเมื่อนำมาเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณลอจิสติกของตัวแบบเริ่มต้นไม่มีผลต่อตัวแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ วิริยา นามทองใบ⁸ พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญานนันท รัตนธีรวิเชียรและคณะ⁹ ที่พบว่า ดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 30 kg/m² มีโอกาส

เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเป็น 6.35-11.46 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m²

ชนิดการระงับความรู้สึก พบว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น จากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีและได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนมีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นเพิ่มขึ้นเป็น 6.31 เท่าเมื่อเทียบกับแบบทั่วตัว เนื่องจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวผู้ป่วยจะได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว รีเฟล็กซ์ต่างๆ จะถูกกด¹⁴ เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดจึงแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อกลับมาทำงานตามปกติแต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจะเกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย กล้ามเนื้อของร่างกายส่วนบนจึงแสดงอาการสั่นได้ตามปกติเพื่อสร้างความร้อน² ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนแสดงภาวะหนาวสั่นได้ตั้งแต่ในห้องผ่าตัดจนถึงห้องพักฟื้น ร่วมกับการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณที่ได้ยาระงับความรู้สึกทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อน² จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นได้มากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา นามทองใบ⁸ ที่พบว่า ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมากกว่าการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณนนท์ รัตนธีรวิเชียร และคณะ⁹ ที่พบว่า วิธีการระงับความรู้สึกไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

อุณหภูมิกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นคล่องกับการศึกษาของ ศากุน สุริยวานกุล⁵ ที่พบว่า อุณหภูมิกายก่อนเข้าห้องผ่าตัดเมื่อนำมาเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณลอจิสติกของตัวแบบเริ่มต้นไม่มีผลต่อตัวแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณนนท์ รัตนธีรวิเชียร⁹ ที่พบว่า อุณหภูมิกายก่อนเข้าห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยอุณหภูมิกายที่ต่ำกว่า 36 °C มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเป็น 4.93 เท่าของกลุ่มที่มีอุณหภูมิกายสูงกว่าหรือเท่ากับ 36 °C

อุณหภูมิห้องผ่าตัด พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น เนื่องจากห้องผ่าตัดแต่ละห้องจะใช้เครื่องปรับอากาศที่เป็นเครื่องปรับอากาศจากศูนย์กลางแล้วจ่ายมาตามห้องด้วยอุณหภูมิที่เท่ากันจึงไม่เกิดความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา นามทองใบ⁸ ที่พบว่า อุณหภูมิห้องผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ศากุน สุริยวานกุล⁵ ที่พบว่า อุณหภูมิห้องผ่าตัดเมื่อนำมาเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณลอจิสติกของตัวแบบเริ่มต้นไม่มีผลต่อตัวแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร สุ่มมาตย์⁶ ที่พบว่า อุณหภูมิห้องผ่าตัดมีผลต่อการทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นของผู้สูงอายุภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาผ่าตัด พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น เนื่องจากระยะเวลาผ่าตัดนานกว่า 60 นาทีมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำจากการสูญเสียความร้อนจากร่างกายเพิ่มมากขึ้นโดยอุณหภูมิกายผู้ป่วยในห้องผ่าตัดที่เย็นในเวลา 1

ชั่วโมงผ่านไปทำให้อุณหภูมิกายลดลง 0.5-1.5 °C และระยะเวลาผ่าตัดที่นานบ่งชี้ว่าเป็นการผ่าตัดที่ยากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการผ่าตัดระยะสั้น จึงมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศากุน สุริยนากุล⁵ ที่พบว่า ตัวแปรในตัวแบบสุดท้าย (Final predictive logistic model) คือ ระยะเวลาการผ่าตัดมีผลต่อการทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

การใช้เครื่องเป่าลมร้อน พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น เนื่องจากการใช้เครื่องเป่าลมร้อนมีข้อจำกัดเพราะผู้ป่วยแต่ละรายจะห่มผ้าห่ม ลมร้อนขนาดต่างกัน เช่น คลุมแขนและคอในการผ่าตัดหน้าท้อง คลุมครึ่งตัวบนในผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณขา ทำให้ได้รับความร้อนที่ไม่แน่นอนจึงทำให้การใช้เครื่องเป่าลมร้อนเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนาถ หอมดี และทัศนาวุฒรรณะ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้ผ้าห่มแบบเป่าลมร้อนต่ออุณหภูมิของร่างกายและภาวะหนาวสั่นในผู้สูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่า การเกิดภาวะหนาวสั่นของผู้สูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองที่มีการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้ผ้าห่มแบบเป่าลมร้อนไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณนนท์ รัตนธีรวิเชียรและคณะ⁹ ที่พบว่า ปัจจัยการทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักพื้น คือ กลุ่มที่ใช้ผ้าห่มอุ่น (Warm blanket) มีโอกาสเกิดภาวะ

อุณหภูมิร่างกายต่ำหลังผ่าตัดในท้องพักพื้นเป็น 2.83 เท่าของกลุ่มที่ใช้ Barr blanket (95% CI=1.47-5.34)

ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น จากแนวคิดทฤษฎีการให้สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือดที่อุณหภูมิห้องในปริมาณมากและรวดเร็วทำให้ง่ายต่อการเกิดการสูญเสียความร้อนได้¹ และผลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปริมาณสารน้ำที่ให้ทดแทนทางหลอดเลือดดำที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหนาวสั่นต้องปริมาณมากกว่า 1,100 มิลลิลิตร¹³ จากการศึกษาพบว่า ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำเฉลี่ยน้อยกว่า 1,100 มิลลิลิตร (994.16 ± 727.28 มิลลิลิตร) จึงทำให้ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนาวรรณ จันทระเสนา และคณะ⁴ ที่พบว่า ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำในท้องผ่าตัดไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (ภาวะหนาวสั่นร้อยละ 4.0) ขณะที่ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศากุน สุริยนากุล⁵ ที่พบว่า ตัวแปรในตัวแบบสุดท้าย (Final predictive logistic model) คือ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำมีผลต่อการทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังของผู้สูงอายุโดยผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำที่เพิ่มขึ้นทุก 100 มิลลิลิตร มีโอกาสเกิดภาวะหนาวสั่นเพิ่มขึ้น 2.55 เท่า และการศึกษาของ เอื้อมพร สุ่มมาตย์⁶ ที่พบว่า ปริมาณสารน้ำที่ให้ทดแทนทางหลอดเลือดดำสามารถใช้เป็นปัจจัยเดียวในการทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นโดยมีความสามารถในการจำแนกได้มากถึงร้อยละ 99 มีพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.99 จุดตัดปริมาณสารน้ำที่ให้ทดแทนทางหลอดเลือดดำมากกว่าหรือเท่ากับ 1,100 มิลลิลิตร

ปริมาณเลือดที่สูญเสีย พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น เนื่องจากในกลุ่มที่มีโอกาสเสียเลือดจำนวนมากและการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานมากกว่า 60 นาที จะใช้วิธีป้องกันภาวะหนาวสั่นร่วมกันหลายวิธี รวมทั้งมีการอุ่นสารละลาย เลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ให้กับผู้ป่วยและมีการติดตามอุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัดทำให้ป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการนำออกจากร่างกายจากการเสียเลือด และปริมาณเลือดที่สูญเสียมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร จะไม่ส่งผลต่ออุณหภูมิกายต่ำ¹¹ (111.21 ± 181.72 มิลลิลิตร) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญานันท์ รัตนธีรวิเชียรและคณะ⁹ ที่พบว่า ปริมาณเลือดที่สูญเสียไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในห้องผ่าตัด และการศึกษาของ ศากุน สุริยวานกุล⁵ ที่พบว่า ปริมาณเลือดที่สูญเสียเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณลอจิสติกของตัวแบบเริ่มต้น ไม่มีผลต่อการทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาริณี ประจันทรนวล และคณะ¹¹ ที่พบว่า ปริมาณเลือดที่สูญเสียมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอุณหภูมิกายต่ำโดยมีค่า adjusted odds ratio เท่ากับ 4.238 และการศึกษาของ พนาวรรณ จันทรเสนาและคณะ⁴ ที่พบว่า ปริมาณเลือดที่สูญเสียในห้องผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (ภาวะหนาวสั่นร้อยละ 4.0) ขณะให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของภาวะหนาวสั่นดังนี้ ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 32 ปี ที่มารับบริการทางวิสัญญีควรมีแนวทางการ

ป้องกันภาวะหนาวสั่นเหมือนกับกลุ่มผู้สูงอายุเช่นกันและในผู้ป่วยที่มารับบริการการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนควรมีแนวทางป้องกันการเกิดภาวะหนาวสั่นเพิ่มขึ้นอย่างครอบคลุม คือ มีการใช้สารน้ำที่ได้รับการอุ่น การอุ่นสายของสารละลายทางหลอดเลือดดำและการใช้เครื่องเป่าลมร้อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนเพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะหนาวสั่นและควรศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคทางศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรมและควรศึกษานวัตกรรมที่ช่วยให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษา และแพทย์หญิงสุวิชา ลิ้มกิจเจริญภรณ์ วิสัญญีแพทย์ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำการค้นคว้า ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล วิสัญญีพยาบาลและหน่วยงานห้องผ่าตัดที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกระหว่างดำเนินการศึกษา ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บรรณานุกรม

1. ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. ใน: วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมนรัตน์, ธิดา เอื้อกฤดาธิการ, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ; 2552. หน้า 131-64.

2. สุทิวา สุริยนต์. 2555. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย. โรงพยาบาลแพร์. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. งานวิสัญญี โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. รายงานสถิติตัวชี้วัดและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีประจำปี 2558, 2559 และ 2560.
4. พนาวรรณ จันทรเสนา, มานพ คณะโต, อรวรรณ แสงมณี. ภาวะแทรกซ้อนการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในมารดาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลคัสตรอนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 1(3):105-16.
5. ศากุน สุริยนากุล. ตัวแบบทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้สูงอายุ. ร้อยเอ็ดเวชสาร 2557; 1(1) :58-67.
6. เอี่ยมพร สุ่มมาตย์. 2556. ตัวแบบทำนายการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาชีวสถิติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. นภาพร ชูนาม, สิริรัตน์ แสงจันทร์, ปิณฑกานต์ อุไรวัฒนา. 2555. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
8. วิริยา นามทองใบ. 2556. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
9. ญาณันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาวิ อัครวิเศษ, นฤมล ทองคำ, กรรณิกา กัลยาณคุปต์. อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น.วารสารพยาบาล 2556; 31(4) :34-44.
10. รจนาถ หอมดี, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้ผ้าห่มแบบเป่าลมร้อนต่ออุณหภูมิของร่างกายและภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลตำรวจ 2555; 4(1) :57-67.
11. ชาริณี ประจันทรนวล, เทพกร สาธิตการณณ์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, สรรชัย อธิพงศ์ภักดิ์, ดวงธิดา นนท์เหล่าพล, วิริยา ถิ่นชิลอง. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการป้องกันตามมาตรฐาน :ศึกษาแบบ case-control. วิสัญญีสาร 2556; 39(3) :183-91.
12. ชีรสิริ หงส์วิไล. 2556. ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. [วิทยานิพนธ์ ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยกรุงเทพคริสเตียน.
13. พัชรยานิวัฒน์ภูมินทร์. การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุ. ใน: อรรถลักษณ์ รอดอนันต์, วรีณี เล็กประเสริฐ, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ. บริษัท ธนาเพลส; 2555. หน้า 317-32.
14. พิสมร คุ่มพงษ์. การวัดระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึก. ใน: วรภา สุวรรณจินดา, อังกาบ ปราการรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2538. หน้า 84-91.
15. อรุณี ไชยชมภู. 2555. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่และการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) การค้นคว้าแบบอิสระ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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 และ **ยินดี**

ปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของวารสาร

ต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้นิพนธ์รอง

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

.....
(.....)

ผู้ส่งบทความ

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

ส่งงานที่ E-mail : prakhaipan@gmail.com

รายละเอียดสำหรับผู้เขียนในการส่งบทความ/รายงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ใน “วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล”

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ยินดีรับบทความวิชาการ ทางด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ และบรรณานุกรม อาจมีกิตติกรรมประกาศ ระหว่างสรุป และบรรณานุกรมก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์ และบรรณานุกรม ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็น เกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (General article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่อง ที่ถูกหยิบยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็น ที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ความยาวไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่นำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

เรื่องแปล (Translated article) เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการ หรือบทความอื่นๆ ที่เป็นที่น่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์แปล จากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความย่อ (Abstract article) ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ (ไม่เกิน 15 หน้า)

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียน ชื่อ – นามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นโดยใช้เครื่องหมาย *, **, *** ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) ระบุตำแหน่งทางวิชาการชื่อสถานที่ทำงาน หรือหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบัน ใช้อักษร Thai sarabun New การเว้นวรรคระหว่างคำ หรือประโยค 1 ตัวอักษร เนื้อหาส่งแบบคอลัมน์เดียว

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุ และวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูลวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมาย ของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไป ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

บรรณานุกรม

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของบรรณานุกรม การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับบรรณานุกรมอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนบรรณานุกรม

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม ในกรณีที่ผู้แต่งมีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้น ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวอย่าง

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. *Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemia trait*. J. Med Assoc Thai 1985; 68:43-45
2. กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. *การตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด*. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536; 51:39-43

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

1. Richard EB, Victon CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1987
2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. *รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการของ เด็ก โดยครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. Wood WG. *Hemoglobin Analysis*. in : Weatherall DJ, ed. *The thalassemias*. New York : Churchill Livingstone; 1983 p. 31-53

2. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์. *ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด*. ใน : สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. *เด็กตายคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32

3.3 สามารถ download เอกสารการเขียนบรรณานุกรมแบบ Vancouver

ได้ที่ <http://library.pmk.ac.th> หรือ library.md.chula.ac.th

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษสี A4 (21.6x27.9 ซม.) และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้น ต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมรูปถ่ายเจ้าของบทความ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป พร้อมระบุ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ถึงบรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ใน **วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล** ถือว่า เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบ ต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความ ให้ถูกต้องตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้ ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

