



วารสารนวัตน์สุขภาพ ไกลกังวล

Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562

Vol. 4 No. 3 September – December 2019

ISSN 2465-4809

รายงานวิจัย

- ★ ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สุวรรณี พรหมวิเศษ
- ★ การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง วิลาวัลย์ พุดติ
- ★ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในข้อเข่า ภายหลังการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน ปวิทย์ ยวงเงิน
- ★ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ประสิทธิ์ กล้าหาญ
- ★ ศึกษาประสิทธิภาพการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีมาตรฐานเพื่อตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ที่โรงพยาบาลนครปฐม สิทธิพจน์ พลิตกุลธัช
- ★ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า รัชนี หลงสวาสดี
- ★ ผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี รพีพร ประกอบทรัพย์
- ★ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี ดำรงรักษ์ ขุไพฑูรย์



โรงพยาบาลหัวหิน

วิสัยทัศน์

ศูนย์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นเลิศด้านบริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉินในเขต 5

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการถวายการแพทย์แด่องค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์
2. ยกระดับระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานระดับสากล ไร้รอยต่อ สู่ความเป็นเลิศด้าน บริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉิน
3. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในเครือข่ายทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Service Plan
4. บูรณาการร่วมกับภาคีทุกภาคส่วนเพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีสุขภาวะให้มีความเข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยตนเองได้อย่างยั่งยืน
5. พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรทุกระดับให้มีศักยภาพสูงก้าวไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม
6. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
7. สร้างระบบบริการเพิ่มพิเศษ (Convenient Health Care)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. ยกระดับระบบบริการการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีความเป็นเลิศ (Medical Excellence)
2. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลและระบบบริการที่มีความเป็นเลิศ (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 และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
4. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารทางวิชาการ
5. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

นพ.นิรันดร์ จันทระกุล

พญ.ศีระษา แซ่เนี้ยว

นพ.ณัฐ รัตนโกศรัย

พญ.อภิรดี โชติกิตติพงศ์

พว.สิริมา แสงสุวรรณ

อาจารย์นิตยา จันทระเรือง มหาผล

นางมยุรี จงศิริ

นพ.สุนัย จันทรฉาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

บรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

พญ.อภิรดี โชติกิตติพงศ์

พว.ประกายพรรณ จินดา

โรงพยาบาลหัวหิน

โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล

โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล

ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา

ดร.ผกาพรรณ จันทระเพิ่ม

ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม

ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์

ภญ.สุธารส ปริญญาบุญโณ

ภญ.วันดี สำเร็จ

นกก.วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย

มล.เพ็ญประไพ หอยทอง

นายศุภชัย ศราภีวานิช

นางสาวนงเยาว์ นวลพรหม

พว.จาริณี ศรีประเสริฐ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

โรงพยาบาลหัวหิน

โรงพยาบาลหัวหิน

โรงพยาบาลหัวหิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการผู้จัดการ

นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวเพ็ญพิศ เพ็ญฟู	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 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน) (พฤษภาคม – สิงหาคม) (กันยายน – ธันวาคม)

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

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์บรรณานุกรมดัชนีการบรรณานุกรมวารสารไทย (TCI)

ในสาขาสหวิทยาการด้านสาธารณสุข

มีแผนการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI เมื่อครบ 6 เล่ม

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (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.อรัญช์ 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. ผศ.ดร.วิชัย สันติมาลีวรกุล	มหาวิทยาลัยศิลปากร
6. ญ.อ.ดร.อินทิรา กาญจนพิบูลย์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
7. ญ.อ.ดร.พรพลย์ บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
8. ญ.ผศ.ดร.กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
9. พว.ดร.อัญชญา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
10. พว.ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
11. พว.ดร.กมลพรรณ วัฒนากกร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
12. พว.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
13. พว.ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
14. พว.ดร.ณรินทร์ แยมสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
15. พว.ดร.ภัทรา ชูริค	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
16. พว.ดร.พัชรินทร์ คำนวล	โรงพยาบาลพะเยา
17. พว.ดร.ปริญญาภรณ์ ณะบุญปวง	โรงพยาบาลสามร้อยยอด(วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช)
18. พว.พทย์รัตน์ บุญยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท
19. พว.รวีวรรณ ปัญจมนัส	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
20. พว.บุษบา แพงบุปผา	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
21. พว.กันย์สินี วิเศษสิงห์	โรงพยาบาลบ้านโป่ง
22. พว.จารุณี ตั้งใจรักการดี	โรงพยาบาลหัวหิน
23. พว.พัชนี พัฒราช	โรงพยาบาลปราณบุรี
24. พว.กฤตยา ตันติวรสกุล	โรงพยาบาลบ้านโป่ง
25. พว.ศิริวรรณ โปะยานนุวัตร	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
26. นางสาวทอง วงศ์คา	โรงพยาบาลหัวหิน
27. นางสาวสิริกร นามลาบุตร	ที่ปรึกษาผู้ตรวจราชการภาคประชาชนด้านวิชาการ ประจำจังหวัดหนองคาย

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	ด้านศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลหัวหิน
5. นพ.ศรัณย์ โชติกเสถียร	ด้านศัลยกรรมระบบประสาท	โรงพยาบาลหัวหิน
6. นพ.ศตวรรษ ปิยะกุลวรรธน์	ด้านศัลยกรรมตกแต่ง	โรงพยาบาลหัวหิน
7. พญ.อดิพร ยังอยู่ดี	ด้านอายุรกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
8. พญ.นิรดา ลิมสุนทรากุล	ด้านอายุรกรรมระบบทางเดินหายใจ	โรงพยาบาลหัวหิน
9. นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีสด	ด้านกุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา	โรงพยาบาลหัวหิน
10. พญ.ดวงหทัย พึ่งสุวรรณ	ด้านกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
11. พญ.ณัฏชา จันทร์เทพเทวัญ	ด้านสูติ-นรีเวชกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
12. พญ.สิริหญิง ทองสันต์	ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
13. พญ.พัชรารณ มาลีเวช	ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	โรงพยาบาลหัวหิน
14. พญ.สุไรดา ศรีอุทารวงศ์	ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	โรงพยาบาลหัวหิน
15. พท.นพ.บัญชา ต้นขวลิต	ด้านศัลยกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
16. ทพญ.พรนภัส ว่องวานิชวัฒนะ	ด้านทันตกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
17. ทพญ.ภัสสร ช่างเกตุ	ด้านทันตกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
18. พญ.ชญาพร เด่นเลิศชัยกุล	ด้านอายุรกรรมระบบประสาท	โรงพยาบาลหัวหิน

บทบรรณาธิการ

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลปีที่ 4 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2562 นี้ ยังคงมีความหลากหลายของเนื้อหาที่ครอบคลุมสภาพการพัฒนาด้านบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองการเรียนรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลหัวหินและเครือข่าย ตามพันธนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เน้นการพัฒนาโรงพยาบาลหัวหินสู่การเป็นองค์กรสุขภาวะ พัฒนาระบบการให้บริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทุกด้าน พัฒนาการให้บริการสุขภาพสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพต่อสังคม วารสารฉบับนี้ มีความหลากหลายในการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรครบทุกด้านของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาต่างๆ เกสซ์กรรม การพยาบาล และชีวสังคมศาสตร์ และยังมีบทความที่น่าสนใจรอให้ท่านเปิดอ่านอยู่ภายในเล่ม เพื่อเป็นการศึกษาและวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยวิจารณญาณของท่านเอง

สุดท้ายนี้ บรรณาธิการขอขอบคุณผู้ประพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา และ คณะทำงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลสำเร็จด้วยดี และหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

รายงานวิจัย

☆	พรรณนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
	สุวรรณี พรหมวิเศษ.....	1
☆	การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง	
	วิลาวัลย์ พุดติ.....	11
☆	อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในข้อเท้า ภายหลังการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเท้า ในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน	
	ปวิทย์ ยวงเงิน.....	29
☆	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี	
	ประสิทธิ์ กล้าหาญ.....	38
☆	ศึกษาประสิทธิภาพการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีมาตรฐาน เพื่อตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ที่โรงพยาบาลนครปฐม	
	สิทธิพจน์ ผลิตกุลลัช.....	50
☆	ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	
	รัชนิ หลงสวาสดี.....	60
☆	ผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี	
	รพีพร ประกอบทรัพย์.....	71
☆	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปรางบุรี	
	ดำรงรักษ์ ชูไพฑูรย์.....	83

ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Family Caregivers' Perspectives and Support Needs in Caring for End-Stage Patients

สุวรรณี พรหมวิเศษ

Suwannee Promwisate

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Registered Nurse, Professional Level, Nursing Section, Vibhavadi Hospital, Suratthani Public Health

*ผู้เขียน (Corresponding Author) ; Email: pitaw53@hotmail.co.th

(Received: November 19, 2019, Revised: December 12, 2019, Accepted: December 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉางและโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ในช่วงเวลาระหว่าง 29 ตุลาคม 2562 – 10 พฤศจิกายน 2562 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย

ผลการวิจัย พบว่าทัศนคติ ด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงตามลำดับ ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.48$, $\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$) ส่วนทัศนคติด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, $SD=1.81$) และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.23$, $SD=0.38$) ซึ่งความต้องการในระดับมาก ได้แก่ ต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.18$) รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ($\bar{X}=2.77$, $SD=0.43$) ความต้องการในระดับเล็กน้อย คือ ต้องการให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่นการมีหิ้งพระหรือห้องละหมาด ($\bar{X}=1.50$, $SD=0.86$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ทัศนคติ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ABSTRACT

The aims of this descriptive research were to explore the level of family perspectives and support needs on caring for end-stage patient's family. The samples were to caretakers of end-stage patients who admitted to Vibhavadi, Chaiya, Tha Chang and Khiriratnikhom hospital between 29 October – 10 November 2019. 30 purposive samplings were selected from 4 hospitals.

Research findings found that the thoughts, beliefs, and spiritual need of patient's families were found to have a large impact and used as a way of living and they wished to do for the rest time of patient's life by wanting to die naturally was at a high level ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.48$) ($\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$). However, physical discomfort and emotional conditions were found at a moderate level ($\bar{X}=2.88$, $SD=1.81$). The needs of patient's families were found at the high level such as they needed to get information about diseases and the progression of their treatment in every day ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.18$). Follow by patients needed as living with family members all the time of end stage in order to their support and got better emotional status. ($\bar{X}=2.77$, $SD=0.43$). In terms of spiritual needs, Buddha practice and the places for doing their religion practice which related to their beliefs were indicated at the low level needs ($\bar{X}=1.50$, $SD=0.86$) This findings can be directed healthcare service networking to improve clinical practice guideline for end-stage patients. This guideline must be enclosed problems and support needs in caring for end-stage patients and their family. In order to take care end-stage patients appropriately.

Key words: perspectives, end-stage patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยหมดหวัง หรือผู้ป่วยใกล้ตาย นับว่าเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับความตาย และต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษที่ผู้ให้การดูแลต้องเรียนรู้และเข้าใจในบริบทที่หล่อหลอมผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่เป็นองค์รวม องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นให้มีคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม¹ และจากสถานการณ์สถานะด้านสุขภาพของประชากรไทย พบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากสถิติสาธารณสุขและแผนข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สาเหตุการตายในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 107.3 ต่อประชากรแสนคนและปี พ.ศ. 2561 พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดสูงถึง 120.3² ต่อประชากรแสนคน จากแนวโน้มของการเสียชีวิตดังกล่าวแสดงถึงความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น³ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน มีความซับซ้อนทั้งจากความรุนแรงของโรค และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี⁴ ผู้ป่วยจึงมีความทุกข์ทรมานจากภาวะที่ไม่สามารถควบคุมอาการและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยนั้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัวและทีมสุขภาพ จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ คุมขวัญ⁵ ที่ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมนั้น บุคลากรสุขภาพมี

บทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินการรับรู้ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนทีมเยี่ยมบ้านได้มีส่วนร่วมในการประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัว ทำให้มีความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น สามารถที่จะวางแผนให้การดูแลและช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

โรงพยาบาลวิภาวดี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับทุติยภูมิ ให้บริการประชาชนในพื้นที่ อำเภอวิภาวดี และเขตรอยต่ออำเภอ คือ อ.ท่าฉาง อ.ไชยา และ อ.คีรีรัฐนิคม โดยประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็น ร้อยละ 99.31 จากข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลวิภาวดี ในปี 2556-2560 ข้อมูลสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะสุดท้ายคิดเป็น 88% ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁶ ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยในเขตพื้นที่และเขตรอยต่อที่มารับบริการและนอนพักรักษาในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลวิภาวดี จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบประเด็นปัญหาที่เป็นโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ครอบคลุมในประเด็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตาม Service plan สาขา Palliative care ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีมาตรการมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ให้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan)

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้บรรลุเป้าหมายเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพและตามความต้องการจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และจากการศึกษาของ ประพนอม

โฉมกาย และคณะ⁷ เรื่อง ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับในระดับสูง คือการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เรื่อง ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี, ไชยา, ท่าฉางและศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย ในช่วงเวลาระหว่าง 29 ตุลาคม 2562 – 10 พฤศจิกายน 2562

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่าง	รพ.ศิริรัฐนิคม	รพ.ท่าฉาง	รพ.ไชยา	รพ.วิภาวดี	รวม
กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์	11	6	8	5	30

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉาง และโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้านเนื้อหาครอบคลุมแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทฤษฎีความต้องการ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี และโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รอยต่อของอำเภอวิภาวดีได้แก่ โรงพยาบาลไชยา, ท่าฉางและศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนประชากรทั้งหมดใน 1 เดือน ของปีงบประมาณ 2562 เฉลี่ย 38 คนต่อเดือน ต่อ 4 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเฉพาะ มีจำนวนไม่เกิน 100 คน ตามเกณฑ์ของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย⁸ จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างมาทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ ได้กลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน แยกตามรายโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

2. เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

3. เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นผู้ดูแลหลักเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์

4. เป็นผู้ดูแลที่สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

5. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนนในผู้ป่วยมะเร็ง และ ผู้ป่วยโรค ดับ หัวใจ สมอเสื่อม โรคปอด หรือโรคอื่นๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรหัสโรค Z515 คือ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองหรือ Palliative care⁹

6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีสติสัมปชัญญะไม่ดี
2. ผู้ดูแลที่การสื่อสารบกพร่อง
3. ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลน้อยกว่า 2 สัปดาห์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล วิทยาเขต โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉางและ โรงพยาบาลศิริราชธนิกม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในโรงพยาบาล วิทยาเขต และอีก 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงแก่ ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถึงขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ เอกสารชี้แจงแนวทางในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 เปอร์เซนต์ของทุกโรงพยาบาล

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 โรงพยาบาล

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปผล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนโดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของ พิมพ์พนิต ภาศรี¹⁰ ดังนี้

ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

ส่วนที่ 2) แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ, กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ยจากข้อมูลที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าความปรารถนา 5 ระดับดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.80 อยู่ในระดับไม่ปรารถนาเลย, ค่าเฉลี่ย 0.81 – 1.59 อยู่ในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.60 – 2.39 อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 2.40 – 3.19 อยู่ในระดับสูง, ค่าเฉลี่ย 3.20 – 4.00 อยู่ในระดับสูงที่สุด

2. ทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อกำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ยจากข้อมูลที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 ผู้ป่วยให้ความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.59 อยู่ในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39 อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19 อยู่ในระดับสูง, ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00 อยู่ในระดับสูงที่สุด

3. ทัศนคติด้านสภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกายมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 0.01-2.5 มีอาการรุนแรงน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.51-5.0 มีอาการรุนแรงปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 5.01-7.50 มีอาการรุนแรงมาก, คะแนนเฉลี่ย 7.51-10.00 มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3) แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามความต้องการในการขอรับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล แบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความต้องการด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านจิตใจจำนวน 4 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ และ ตอนที่ 4 ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 1 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ยเป็นมาตราส่วนประมาณค่าความต้องการ 4 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.75 อยู่ในระดับไม่ต้องการเลย, ค่าเฉลี่ย 0.76 – 1.50 อยู่ในระดับเล็กน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.26 อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 2.27 – 3.00 อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อแนะนำดังกล่าว แล้วจึงนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 รายที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต. ตะกุกใต้ และ รพ.สต. ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ คือ ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติของครอบครัว = 0.77 และด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย = 0.69

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPH02019-022

โดยการนำข้อมูลที่ได้มานำเสนอข้อมูลที่ได้นิภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย โดยใช้การหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) แล้วนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางและการบรรยาย

2. การวิเคราะห์ระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และระดับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้การหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการศึกษา

ได้ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์คือ

1. ระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วยจากผู้ดูแล

ทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าโดยรวม ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.41, SD=0.47) โดยความปรารถนาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ อาจกระทำได้เพียงแต่บรรเทาอาการ หรือรักษาอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ($\bar{X}$ = 3.67, SD=0.61) อยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมา คือ ต้องการจะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดและมีความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้านในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ($\bar{X}$ = 3.43, SD=0.77) อยู่ในระดับสูงที่สุด และผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับน้ำและอาหารทางสายยาง หรือ อาหารทางการแพทย์ หากไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนได้ด้วยตัวเอง ($\bar{X}$ = 3.10, SD=1.32) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อถึงเวลาวิกฤตของผู้ป่วย เช่น หายใจต้องใส่ท่อ ปั่นหัวใจ หรือ การให้ยากระตุ้นหัวใจ ผู้ป่วยต้องการให้ได้รับการดูแลเพื่อยื้อชีวิตจนถึงที่สุด ($\bar{X}$ = 0.37, SD=0.67) อยู่ในระดับไม่ปรารถนาเลย

1.2 ทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมีระดับทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.77, SD=0.48) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือผู้ป่วยยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา และนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ($\bar{X}$ = 4.07, SD=0.64) อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ครอบครัวมีความอบอุ่นใจ เพราะมี

สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการเผชิญภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ได้ ($\bar{X}=3.97$, $SD=0.67$) อยู่ในระดับสูง, ความเชื่อ ความศรัทธาของครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($\bar{X}=3.93$, $SD=0.78$) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การที่โรคภัยไข้เจ็บบรรเทาลงได้ และช่วยคุ้มครองปกป้องรักษาผู้ป่วยในครั้งนี้ เนื่องจากมีสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรืออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ($\bar{X}=3.23$, $SD=1.07$) อยู่ในระดับปานกลาง

1.3 ทัศนคติด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์

ทัศนคติด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้ง 2 ด้านดังกล่าวนี้ครอบคลุม มิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจ

มิติด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าโดยรวม ทัศนคติด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.71$, $SD=2.24$) เรียงลำดับได้ ดังนี้ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=7.28$, $SD=1.43$) รองลงมา คือ อาการปวด ($\bar{X}=6.64$, $SD=3.21$) และมีอาการร่วงซึม/สับสนเสียสติ ($\bar{X}=2.40$, $SD=2.37$) นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่นอาการสับสน ($\bar{X}=2.49$, $SD=2.50$)

ส่วนมิติด้านจิตใจวัดจากสภาวะทางอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รายงานถึงระดับความรุนแรงของอาการ

ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ดังนี้ ด้านสภาวะทางอารมณ์มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=2.04$, $SD=1.38$) พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงน้อย ($\bar{X}=2.27$, $SD=1.54$)

2. ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม พบว่า ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.23$, $SD=0.38$) โดยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย 3 ลำดับแรก คือ ต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.18$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ($\bar{X}=2.77$, $SD=0.43$) อยู่ในระดับมาก, ต้องการให้ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ มีการสื่อสารกับครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ, ต้องการมีที่ปรึกษา ที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ตลอดเวลาหากเกิดปัญหาที่ท่านไม่สามารถตัดสินใจ ($\bar{X}=2.70$, $SD=0.47$) อยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในระดับเล็กน้อยได้แก่การช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่น มีหิ้งพระ หรือห้องละหมาด เป็นต้น ($\bar{X}=1.50$, $SD=0.86$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
1. ท่านต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย	2.97	0.18	มาก
2. ท่านต้องการความรู้ และฝึกเทคนิค วิธีการดูแลผู้ป่วย การจัดการอาการต่างๆ ที่มารบกวนผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต	2.47	0.57	มาก

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3. ท่านต้องการให้พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า พลิกตะแคงตัว และจัดท่านอนที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย	1.97	0.76	ปานกลาง
4. ท่านต้องการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ต้องใช้ดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงนอน เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เป็นต้น	2.07	0.83	ปานกลาง
5. ท่านต้องการได้รับการช่วยเหลือ หรือการอำนวยความสะดวกในการรับส่งผู้ป่วย จากบ้านมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักหรือหยุดหายใจที่บ้านหรือจากโรงพยาบาลกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการสู่ระยะสุดท้าย	2.60	0.67	มาก
6. ท่านต้องการให้มีพยาบาลมาช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อท่านจะได้มีเวลาพักผ่อน	1.67	0.88	ปานกลาง
7. ท่านต้องการให้ทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ขณะที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน	2.37	0.81	มาก
ด้านจิตใจ (อารมณ์)			
8. ท่านต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว	2.77	0.43	มาก
9. ท่านต้องการมีที่ปรึกษา ที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ตลอดเวลาหากเกิดปัญหาที่ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้	2.70	0.47	มาก
10. ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดที่พักสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า การผ่อนคลายความตึงเครียด	1.63	0.85	ปานกลาง
11. ท่านต้องการกำลังใจ หรือความเห็นอกเห็นใจจากเพื่อนบ้าน	1.70	0.70	ปานกลาง
ด้านสังคม			
12. ท่านต้องการให้ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ มีการสื่อสารกับครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	2.70	0.47	มาก
13. ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลมีการช่วยเหลือเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ เช่น สามารถยืมเตียง ยืมเครื่องดูดเสมหะ กลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย	2.17	0.83	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ			
14. ท่านต้องการให้ช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อนับถือให้กับผู้ป่วย เช่น มีหิ้งพระ หรือหิ้งละหมาด เป็นต้น	1.50	0.86	เล็กน้อย
โดยรวม	2.23	0.38	ปานกลาง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉาง และโรงพยาบาลศิริราชธนคม

จำนวน 30 รายในช่วงเวลาระหว่าง 29 ตุลาคม 2562 – 10 พฤศจิกายน 2562 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงพบว่า ครอบครัวมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วย และด้านความคิด ความเชื่อ และความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$, ($\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$)) ตามลำดับ

ส่วนทรงสนะด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์ อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ($\bar{X}$ =2.88, SD=1.81) และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.23, SD = 0.38) โดยที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ ผู้ดูแลต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย ($\bar{X}$ =2.97, SD=0.18) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ($\bar{X}$ =2.77, SD=0.43) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในระดับเล็กน้อย คือ ต้องการให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่น การมีหิ้งพระ หรือหิ้งละหมาด ($\bar{X}$ =1.50, SD=0.86)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีทรงสนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นไปในทิศทางชัดเจน ที่เป็นข้อมูลสนับสนุนให้ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้นำผลการวิจัยดังกล่าวมาวางแผนเพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ดังนั้นข้อมูลจากผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นต้นแบบ และขยายผลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพของ อำเภอกาวิหวาด และโรงพยาบาลในพื้นที่รอยต่อ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องตามความต้องการของครอบครัว

ผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

1. ระดับทรงสนะของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การแสดงทรงสนะของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลา

ที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.41, SD=0.47) โดยเฉพาะผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ ซึ่งอาจกระทำได้เพียงแต่บรรเทาอาการ หรือรักษาอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ($\bar{X}$ =3.67, SD=0.61) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีทรงสนะว่า ผู้ป่วยต้องการที่จะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดตลอดจนมีความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้านในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ($\bar{X}$ =3.43, SD=0.77) โดยยังคงได้รับน้ำ และอาหารทางสายยาง หรือ อาหารทางการแพทย์ หากไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนได้ด้วยตัวเอง สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาวะโรค การรักษาและการพยากรณ์ในระยะสุดท้ายของโรคทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติต่างมีประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมายาวนาน ภายใต้ความมีหวัง สิ้นหวังและการปรับตัวซึ่งตรงกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของวิลเลียม ซัลลิแวน¹¹ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการรักษาทางการแพทย์ ทำได้เพียงเยียวยาในสิ่งที่ทำได้ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวนี้ ผู้ดูแลได้ประเมินให้คุณค่าและให้ความสำคัญในส่วนของการด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความต้องการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายกับครอบครัวและบุคคลที่รัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์พนิต ภาศรี¹⁰ ศึกษา เรื่อง ทรงสนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประสงค์ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่า ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในมิติด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวให้มากที่สุด

ทรงสนะที่ครอบครัวไม่ปรารถนาเลย คือ เมื่อถึงภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ครอบครัวไม่ต้องการให้มีการช่วยเหลือในการยืดชีวิต หรือการยืดระยะเวลาการตาย ($\bar{X}$ =0.37, SD=0.67) เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจการปั๊มหัวใจ หรือการให้ยากระตุ้นหัวใจ อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่

ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ต้องการการรักษาเพื่อยืดความตายออกไป เนื่องจากมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรคที่คุกคาม มีอาการรบกวนต่างๆ เช่นมีการติดเชื้อ เหนื่อยหอบ บวม อ่อนเพลีย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะยุติการรักษา ประกอบกับการรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายเป็นปกติได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นเพียงการประคับประคองอาการเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี อ่อนศรี¹² ศึกษา เรื่อง บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา พบว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เราจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย การเตรียมตัวรับรู้ เตรียมที่จะเข้าใจความตายและไม่หวาดกลัว เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง กล้าเผชิญความจริงของชีวิตอย่างไม่ประมาท ไม่กลัว ไม่ทรมานทรมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ครอบครัวไม่ปรารถนาในการยืดชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น หายใจหายใจต้องใส่ท่อ บีมหัวใจ หรือการให้ยากระตุ้นหัวใจ จะเห็นว่า ครอบครัวไม่มีความหวาดกลัวต่อความตายของผู้ป่วย ข้อมูลดังกล่าวนี้สนับสนุนได้อย่างชัดเจนว่า พยาบาลมีบทบาทที่ต้องให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่ครอบครัวคลุมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ดังนั้นทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการบริหารจัดการ เป็นผู้ประสานงาน สนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวผู้ป่วย และทำหน้าที่ตามขอบเขตโดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งต้องดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ไม่ขัดกับจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและตามความปรารถนาอย่างแท้จริง อีกทั้งทีมสุขภาพควรมีแนวทางที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care plan) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความต้องการการช่วยเหลือในระดับมากที่สุด ในเรื่องต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวัน ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.18$) รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ($\bar{X}=2.77$, $SD=0.43$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี¹⁰ ที่ศึกษาเรื่อง ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พบว่าระดับความต้องการด้านการรับรู้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคในระดับมาก ดังนั้นทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ต้องมีการสื่อสารกับครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับรู้สภาวะของโรคและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพแล้วก็ตาม แต่ทั้งนี้ยังคงมีความต้องการรับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อให้มีการสื่อสารกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในการรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ทีมสุขภาพที่มีทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรกำหนดแนวทางในการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงโรคที่พบบ่อย ครอบครัวทั้งอาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันและการจัดการอาการรบกวนเช่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรวมถึงการสะท้อนข้อมูลกลับจากครอบครัวผู้ดูแล เพื่อให้ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับนโยบายเครือข่ายบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรให้ความสำคัญกับการ

ประเมินความต้องการการดูแล และการตอบสนองต่อการดูแลที่ได้รับในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ระดับผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีการติดตาม ประเมินผลความต้องการ การดูแล และการตอบสนองต่อการดูแลที่ได้รับ จากครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำสู่การพัฒนาให้ตรง ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ระดับทีมผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาล สู่ชุมชน เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในครั้งต่อไป ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

- World Health Organization. WHO definition of Palliative care. Switzerland[Internet]. c2002 [cited2019 April 28]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข.นนทบุรี. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- กรมการแพทย์.แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
- จอน ณะจงเพ็งจาด. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม 2557; 30(1): 100-109.
- เยาวลักษณ์ คุณขวัญ. การเตรียมความพร้อมของญาติ เพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2559; 11 (2): 125-138.
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลวิภาวดี. สถิติข้อมูลโรงพยาบาลวิภาวดี. สุราษฎร์ธานี; 2561.
- ประนอม โฉมกายและคณะ. ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : <http://www.cbh.moph.go.th>.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองและระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร. กรมการแพทย์; 2558.
- พิมพ์พนิต ภาศรี. ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
- William Sullivan. Ethical and Spiritual Issues at the End of life: The Relevance of Spiritual Care to Bioethics. Bioethics [Internet]. 1984 [Update, 2003; 3(2):cited 21 2019 May21]. Available from: <http://www.utoronto.ca/stmikes/bioethics>.
- ปราณี อ่อนศรี. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา.วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15:39-43.

การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง

The study of government officer's opinion of core competency in Banpong Hospital

วิลาวลัย พุดติ

Wilawan Phutti

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ, โรงพยาบาลบ้านโป่ง

Human Resource Officer, Professional Level, Banpong Hospital

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author) ; E-mail: wipu1976@gmail.com

(Received: December 5, 2019, Revised: December 14, 2019, Accepted: December 22, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิจัยเชิงพรรณนาด้วยวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1.เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง 2.เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน 3.เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขระหว่างวันที่ 1-20 พฤศจิกายน 2562 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 263 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยการสำรวจ (Survey) ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากประชากรที่เป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ทุกประเภท สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) กรณีพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธี LSD

ผลการวิจัย พบว่า 1.ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งมีระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.97, S.D.=0.574) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.15, S.D.=0.607) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านการทำงานเป็นทีม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.08, S.D.=0.616) ด้านการบริการที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.00, S.D.=0.631) ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.97, S.D.=0.574) และน้อยที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.65, S.D.=0.645) ตามลำดับ 2.บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันได้แก่ ปัจจัยด้านเพศแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักแตกต่างกันบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีอายุ และสังกัดกลุ่มงานที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน และบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานะในการปฏิบัติงาน และตำแหน่งที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักแตกต่างกัน

จากการศึกษาสามารถนำเสนอแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยควรมีการพัฒนาการจัดการองค์ความรู้ในส่วนที่เกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน มีการพัฒนาให้ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับมากที่สุด และการปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความคิดเห็น, สมรรถนะหลัก, โรงพยาบาลบ้านโป่ง

ABSTRACT

This research study is quantitative research. (Quantitative Research) by using descriptive research by data collection with questionnaire (Questionnaire) objectives are to study 1.To study the level of core competencies of the staff at Ban Pong Hospital 2.To compare the main competencies of the staff of Ban Pong Hospital According to personal factors that are different. 3.To be a guideline for the development of core competencies of personnel at Ban Pong Hospital in accordance with the policy of health personnel development between 1-20 November, 2019. The sample is hospital personnel. Ban Pong, a total of 263 people. This research is a survey research (Survey) using a questionnaire to collect data. Probability sampling was conducted by selecting simple random sampling from all types of staff belonging to Ban Pong Hospital, the statistics used for data analysis were percentage, arithmetic mean. standard deviation T-test, One-way Analysis of Variance. In case of statistically significant difference of mean values, LSD is tested in pairs.

The results of the research revealed that 1.The level of core competencies of the personnel at Ban Pong Hospital had an overall level of opinions on the core competencies at a medium level ($\bar{X}$ =3.97, S.D.= 0.574). Must be righteous, have the highest mean ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.607), with the mean of the highest level, followed by teamwork With an average of a high level ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.616) for good service There is a high level of average ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.631). With the average value at a medium level ($\bar{X}$ = 3.97, S.D. = 0.574) and the smallest is In accumulating professional expertise The average values were at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.645) respectively. 2. The personnel of Ban Pong Hospital had different personal factors such as gender. Different opinions about main competencies Ban Pong Hospital personnel who are different in age and affiliated with work groups have different opinions about their core competencies. And personnel at Ban Pong Hospital With education Duration of work Different operational statuses and positions have different opinions regarding core competencies.

From the study, it is able to propose guidelines for the development of core competencies of personnel at Ban Pong Hospital in accordance with the policy on health personnel development. There should be development of knowledge management in relation to job responsibilities. Has improved So the personnel has the core competency at the highest level And the performance of duties in providing services are more efficient.

Keywords: opinion, core competency, Ban Pong Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่องค์กรต่างๆ กำลังให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะ ทรัพยากรบุคคลเปรียบเสมือนสินทรัพย์ที่ทรงคุณค่ามากที่สุดขององค์กร เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันขององค์กร ด้วยเหตุผลดังกล่าว องค์กรต่างๆ จึงพยายามที่จะแสวงหากกลยุทธ์หรือเครื่องมือต่างๆ มาใช้ ในการบริหารทรัพยากรบุคคล ซึ่งการบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management) และการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยใช้สมรรถนะเป็นพื้นฐาน (Competency-based Human Resource Management) ก็เป็นเครื่องมือหนึ่งที่หลายหน่วยงานนำมาใช้ หน่วยงานราชการถือว่าเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย และการวางยุทธศาสตร์ในด้านต่างๆ ในการพัฒนาประเทศ บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานราชการหรือบุคลากรภาครัฐ จึงถือว่ามีความสำคัญมาก หากกำลังคนภาครัฐมี คุณภาพ และคุณธรรม โอกาสในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าต่อไปก็มีมากขึ้น

ปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐมีการปรับตัวระบบการบริหารเพื่อรองรับยุคของการเปลี่ยนแปลงและแข่งขันและ เพื่อให้การบริหารทรัพยากรบุคคลของรัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ โดยได้มีนโยบายการกำหนดความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งข้าราชการพลเรือน เพื่อให้ส่วนราชการใช้เป็นแนวทางดำเนินการกำหนดความรู้ ความสามารถ ทักษะ และระดับสมรรถนะที่จำเป็นของข้าราชการ และตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พุทธศักราช 2551 ได้วางหลักการปฏิบัติราชการว่า ต้องเป็นไปเพื่อผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า สำนักงาน ก.พ. ได้แจ้งเวียนหนังสือ ที่ นร1008/ว 27 ลงวันที่ 29 กันยายน 2552 เรื่อง มาตรฐานและแนวทางการกำหนดความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อประโยชน์ในการบริหารทรัพยากรบุคคล

โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานกำหนดพฤติกรรมบ่งชี้สมรรถนะหลักของข้าราชการและนำไปใช้ประกอบการพิจารณาการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 สำหรับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะเฉพาะทางที่ปฏิบัติให้นำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป¹

โรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพของอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยได้ให้ความสำคัญกับการบริหารงานสุขภาพเพื่อสุขภาพของประชาชน มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์โดยเน้นการพัฒนากระบวนการบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของอำเภอบ้านโป่ง จำนวน 15 ตำบล และเนื่องจากวิสัยทัศน์ ภารกิจ พันธกิจของโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นหลัก ทั้งทางด้านการบริหารและการปฏิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มคนหลายระดับ บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานจึงต้องมีความรับผิดชอบและต้องมีสมรรถนะที่ดีเพื่อที่จะผลักดันผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ ซึ่งโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ส่วนใหญ่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการงานสาธารณสุขต่างๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่สายงานสนับสนุน ซึ่งบุคลากรเหล่านี้เป็นผู้ที่รับผิดชอบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิ รวมไปถึงเชื่อมโยงกับโครงการประกันสุขภาพในระดับเครือข่ายปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการด้านสุขภาพ และสามารถบริหารจัดการในภาพรวม ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนคน แผนเงิน และ

แผนงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอบ้านโป่ง และพื้นที่ใกล้เคียง ทำให้ประสิทธิภาพการบริหารและการบริการดีขึ้น และเกิดประโยชน์กับระบบราชการ

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านงานทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จึงสนใจที่จะศึกษาถึงสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลบ้านโป่ง เกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่หน่วยงานสำนักงาน ก.พ. และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ เพื่อทราบถึงความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อสมรรถนะหลักที่กำหนด ซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลไปใช้ในการวางแผน และพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเหล่านี้ เพื่อประโยชน์ และเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านโป่งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey method) โดยใช้วิจัยเชิงพรรณนาด้วยวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ในสังกัดโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 759 คน ซึ่งได้รับการ

ประเมินสมรรถนะตามสมรรถนะหลัก 5 ด้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 759 คน แบ่งเป็น 5 สถานะ ได้แก่ ข้าราชการ 428 คน ลูกจ้างประจำ 84 คน พนักงานราชการ 46 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 193 คน และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน (เงินบำรุง) 8 คน² ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้คำนวณหาโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน³ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 263 คน โดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากประชากรที่เป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ทุกประเภท

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับสมรรถนะหลัก และเปรียบเทียบระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีขอบเขตเนื้อหามุ่งประเด็นที่เกี่ยวกับสมรรถนะหลักข้าราชการพลเรือน ในการนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และการทำงานเป็นทีม โดยมีสมมติฐานปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานะในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ที่มีความแตกต่างกันมีระดับสมรรถนะหลักแตกต่างกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรงพยาบาล⁴ หมายถึง สถานที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย คือทั้งตรวจรักษา และป้องกันโรคให้แก่ประชาชน และมีเตียงสำหรับรับคนไข้เข้าพักรักษาด้วย ซึ่งในที่นี้หมายถึง โรงพยาบาลบ้านโป่ง มีภารกิจรับผิดชอบ 5 ด้าน ได้แก่ ภารกิจด้านอำนวยการ ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ ภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และภารกิจด้านการพยาบาล โดยในแต่ละภารกิจจะประกอบด้วยกลุ่มงานต่างๆ รวมจำนวน 51 กลุ่มงานเป็นผู้ที่รับผิดชอบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ระดับ

ทุกิยภูมิ และระดับตติยภูมิ รวมไปถึงเชื่อมโยงกับโครงการประกันสุขภาพในระดับเครือข่ายปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการด้านสุขภาพ และสามารถบริหารจัดการในภาพรวม ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนคน แผนเงิน และแผนงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอบ้านโป่ง และพื้นที่ใกล้เคียงทำให้ประสิทธิภาพการบริหารและการบริการดีขึ้น และเกิดประโยชน์กับระบบราชการ

สมรรถนะ (Competency) หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานได้โดดเด่นในองค์การเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมและทวีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรมากขึ้นเรื่อยๆ ในวงการบริหารทรัพยากรบุคคล องค์กรชั้นนำต่างๆ ได้นำเอาระบบสมรรถนะมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างถูกทิศทาง และคุ้มค่ากับการลงทุน นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่บุคลากรในองค์การอีกแนวทางหนึ่งด้วย ดังนั้น สมรรถนะจึงมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร

สมรรถนะหลัก หมายถึง สมรรถนะที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนด ตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 45 บัญญัติให้ตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญมี 4 ประเภท ได้แก่ ตำแหน่งประเภทบริหาร ตำแหน่งประเภทอำนวยการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ และตำแหน่งประเภททั่วไป และมาตรา 48 ให้ ก.พ. จัดทำมาตรฐานกำหนดตำแหน่งโดยจำแนกตำแหน่งเป็นประเภทและสายงานตามลักษณะงาน เพื่อให้ยึดถือเป็นหลักในการกำหนดตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญทุกตำแหน่งในส่วนราชการ ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งให้ระบุชื่อตำแหน่งในสายงาน หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งไว้ด้วยเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติดังกล่าว ก.พ.จึงมีมติให้กำหนดมาตรฐาน

กำหนดตำแหน่ง จำนวน 245 สายงาน มาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 โดยกำหนดสมรรถนะของข้าราชการมี 5 ด้าน⁵ ได้แก่

การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement Motivation) หมายถึง ความมุ่งมั่นจะปฏิบัติงานราชการให้ดีหรือให้เกินมาตรฐานที่มีอยู่ โดยมาตรฐานนี้อาจเป็นผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของตนเอง หรือเกณฑ์วัดผลสัมฤทธิ์ที่ส่วนราชการกำหนดขึ้นอีกทั้งยังหมายรวมถึงการสร้างสรรคพัฒนาผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่ยากหรือท้าทายชนิดที่อาจไม่เคยมีผู้ใดสามารถกระทำได้มาก่อน

บริการที่ดี (Service Mind) หมายถึง ความตั้งใจและความพยายามของข้าราชการในการให้บริการต่อประชาชนข้าราชการ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise - Exp) หมายถึง ความสนใจใฝ่รู้สั่งสมความรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติหน้าที่ราชการด้วยการศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เชิงวิชาการและเทคโนโลยีต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์

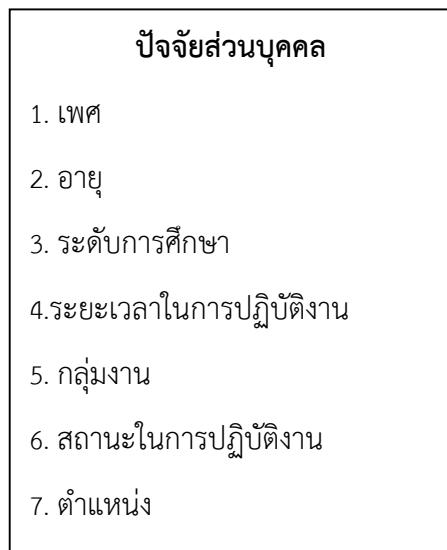
การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม (Integrity) หมายถึง การดำรงตนและประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งตามกฎหมาย คุณธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และจรรยาข้าราชการเพื่อรักษาศักดิ์ศรีแห่งความเป็นข้าราชการ

การทำงานเป็นทีม (Teamwork) หมายถึง ความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของทีมหน่วยงาน หรือส่วนราชการ โดยผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็นสมาชิก ไม่จำเป็นต้องมีฐานะหัวหน้าทีม รวมทั้งความสามารถในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกในทีม

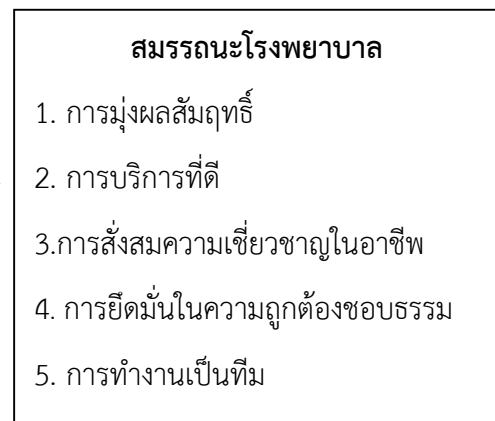
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับสมรรถนะหลัก 5 ด้านของบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านโป่งต่อไป

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเพื่อการวิจัยเชิงพรรณนา ในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีคำถามชนิดปลายปิด (Close-ended Questionnaire) โดยแบ่งโครงสร้างคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานะในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับสมรรถนะหลัก 5 ด้าน 3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ .84 และนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ Cronbrach⁶ ได้ค่าความเชื่อมั่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารบทความทฤษฎีหลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดขอบเขตของการวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัยให้ครอบคลุมความมุ่งหมายของการวิจัย

.85 จากนั้นได้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 263 ราย นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์จำนวน 255 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.95 และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักสถิติต่อไป

จริยธรรมและพิกัดสิทธิอาสาสมัคร

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง เลขที่โครงการวิจัย REC 019/2562E เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าสถิติประเภทร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบค่าที (t-test) การ

วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) กรณีพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธี LSD

ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพิจารณาเงื่อนไขการยอมรับ หรือปฏิเสธ สมมติฐานดังนี้

1. หากค่าความน่าจะเป็นที่คำนวณได้มีค่ามากกว่าค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ จะยอมรับสมมติฐานหลัก

2. หากค่าความน่าจะเป็นที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่าค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก และยอมรับสมมติฐานรอง

ผลการดำเนินงาน

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 255 ราย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดเป็นเพศหญิง จำนวน 216 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.71 และเพศชาย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 15.29 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดมีอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.14 รองลงมาคือ อายุ 36 - 45 ปี จำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.25 อายุ 26-35 ปี จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.47 และต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.14 ตามลำดับมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.08 รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน

82 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.16 ระดับปริญญาโท จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.98 และน้อยที่สุด คือ ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาโท จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.78 ตามลำดับมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6 -10 ปี จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 41 ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.90 และน้อยที่สุดคือ ระยะเวลาปฏิบัติงาน 11-15 ปี จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.02 ตามลำดับมีสถานะเป็นข้าราชการ จำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ สถานะเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.49 สถานะเป็นลูกจ้างประจำ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.37 สถานะเป็นพนักงานราชการ จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.27 และน้อยที่สุดคือ สถานะเป็นลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.96 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานภารกิจด้านการพยาบาล จำนวน 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.61 รองลงมา คือผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานภารกิจอำนวยการ จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.18 ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.24 น้อยที่สุด คือ ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.24 ตามลำดับส่วนใหญ่ตำแหน่งเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวน 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.96 รองลงมา คือตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.41 ตำแหน่งเภสัชกร จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.49 ตำแหน่งทันตแพทย์ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.96 น้อยที่สุด คือ ตำแหน่งนายแพทย์ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.18 ตามลำดับ

2. ผลค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง

สมรรถนะ	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลความ
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์	3.97	0.574	ปานกลาง
ด้านการบริการที่ดี	4.00	0.631	มาก
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ	3.65	0.645	ปานกลาง
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม	4.15	0.607	มาก
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.08	0.616	มาก
สมรรถนะโดยรวม	3.97	0.574	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยรวมในแต่ละด้าน พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งมีระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.97$, S.D. = 0.574) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.15$, S.D. = 0.607) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านการทำงานเป็นทีม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.08$, S.D. = 0.616) ด้านการบริการที่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D. = 0.631) ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}= 3.97$, S.D. = 0.574) และน้อยที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.65$, S.D. = 0.645) ตามลำดับ

3. ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามเพศ

สมรรถนะหลัก	เพศ				T	p
	ชาย (n = 39)		หญิง (n =216)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์	3.62	0.600	4.03	0.540	-4.31	0.000
ด้านการบริการที่ดี	3.64	0.668	4.06	0.603	-3.92	0.000
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ	3.44	0.598	3.69	0.646	-2.32	0.021
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม	3.69	0.655	4.23	0.562	-5.32	0.017
ด้านการทำงานเป็นทีม	3.59	0.595	4.17	0.579	-5.70	0.000
รวม	3.59	0.586	4.03	0.514		

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีเพศแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ การยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์					
ระหว่างกลุ่ม	0.835	3	0.27	0.84	0.47
ภายในกลุ่ม	82.914	251	0.33		
รวม	83.749	254			
ด้านการบริการที่ดี					
ระหว่างกลุ่ม	1.177	3	0.39	0.98	0.40
ภายในกลุ่ม	99.819	251	0.39		
รวม	100.996	254			
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	1.032	3	0.34	0.82	0.48
ภายในกลุ่ม	104.599	251	0.41		
รวม	105.631	254			
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	0.731	3	0.24	0.65	0.57
ภายในกลุ่ม	92.900	251	0.37		
รวม	93.631	254			
ด้านการทำงานเป็นทีม					
ระหว่างกลุ่ม	0.229	3	0.07	0.19	0.89
ภายในกลุ่ม	96.203	251	0.38		
รวม	96.431	254			

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีอายุแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์					
ระหว่างกลุ่ม	7.552	3	2.51	8.29	0.000
ภายในกลุ่ม	76.197	251	0.30		
รวม	83.749	254			

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ด้านการบริการที่ดี					
ระหว่างกลุ่ม	9.691	3	3.23	8.88	0.000
ภายในกลุ่ม	91.305	251	0.36		
รวม	100.996	254			
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	7.792	3	2.59	6.66	0.000
ภายในกลุ่ม	97.839	251	0.39		
รวม	105.631	254			
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	11.274	3	3.75	11.45	0.000
ภายในกลุ่ม	82.357	251	0.32		
รวม	93.631	254			
ด้านการทำงานเป็นทีม					
ระหว่างกลุ่ม	10.403	3	3.46	10.11	0.000
ภายในกลุ่ม	86.029	251	0.34		
รวม	96.431	254			

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันในรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ LSD พบว่า ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี กับปริญญาโท มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี กับต่ำกว่าปริญญาตรี มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์					
ระหว่างกลุ่ม	3.841	3	1.28	4.02	0.008
ภายในกลุ่ม	79.908	251	0.31		
รวม	83.749	254			

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านการบริการที่ดี					
ระหว่างกลุ่ม	2.871	3	0.95	2.44	0.064
ภายในกลุ่ม	98.125	251	0.39		
รวม	100.996	254			
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	1.168	3	0.38	0.93	0.424
ภายในกลุ่ม	104.463	251	0.41		
รวม	105.631	254			
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	2.433	3	0.81	2.23	0.085
ภายในกลุ่ม	91.198	251	0.36		
รวม	93.631	254			
ด้านการทำงานเป็นทีม					
ระหว่างกลุ่ม	2.662	3	0.88	2.37	0.071
ภายในกลุ่ม	93.769	251	0.37		
รวม	96.431	254			

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันในรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีความเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ LSD พบว่า ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี กับผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป และบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11-15 ปี กับผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามสถานะในการปฏิบัติงาน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์					
ระหว่างกลุ่ม	7.703	4	1.92	6.33	0.000
ภายในกลุ่ม	76.046	250	0.30		
รวม	83.749	254			

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านการบริการที่ดี					
ระหว่างกลุ่ม	13.524	4	3.38	9.66	0.000
ภายในกลุ่ม	87.472	250	0.35		
รวม	100.996	254			
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	10.675	4	2.66	7.02	0.000
ภายในกลุ่ม	94.957	250	0.38		
รวม	105.631	254			
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	16.058	4	4.01	12.93	0.000
ภายในกลุ่ม	77.573	250	0.31		
รวม	93.631	254			
ด้านการทำงานเป็นทีม					
ระหว่างกลุ่ม	10.386	4	2.59	7.54	0.000
ภายในกลุ่ม	86.046	250	0.34		
รวม	96.431	254			

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีสถานะในการปฏิบัติงานแตกต่างกันในรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ LSD พบว่า ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งสถานะข้าราชการ กับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และสถานะพนักงานราชการกับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการบริการที่ดี บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งสถานะข้าราชการกับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข สถานะข้าราชการกับลูกจ้างประจำ สถานะพนักงานราชการกับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานราชการกับลูกจ้างประจำ มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามกลุ่มงานภารกิจ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์					
ระหว่างกลุ่ม	0.766	4	0.19	0.57	0.680
ภายในกลุ่ม	82.983	250	0.33		
รวม	83.749	254			

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านการบริการที่ดี					
ระหว่างกลุ่ม	1.507	4	0.37	0.94	0.438
ภายในกลุ่ม	99.483	250	0.39		
รวม	100.996	254			
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	0.309	4	0.07	0.18	0.947
ภายในกลุ่ม	105.322	250	0.42		
รวม	105.631	254			
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	0.488	4	0.12	0.32	0.859
ภายในกลุ่ม	93.141	250	0.37		
รวม	93.631	254			
ด้านการทำงานเป็นทีม					
ระหว่างกลุ่ม	1.106	4	0.25	0.66	0.617
ภายในกลุ่ม	95.415	250	0.38		
รวม	96.431	254			

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานภารกิจแตกต่างกันในรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำแนกตามตำแหน่ง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์					
ระหว่างกลุ่ม	6.150	4	1.53	4.95	0.001
ภายในกลุ่ม	77.599	250	0.31		
รวม	83.749	254			
ด้านการบริการที่ดี					
ระหว่างกลุ่ม	8.160	4	2.04	5.49	0.000
ภายในกลุ่ม	92.836	250	0.37		
รวม	100.996	254			
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	5.243	4	1.31	3.26	0.012
ภายในกลุ่ม	100.388	250	0.40		
รวม	105.631	254			

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	5.795	4	1.44	4.12	0.003
ภายในกลุ่ม	87.837	250	0.35		
รวม	93.631	254			
ด้านการทำงานเป็นทีม					
ระหว่างกลุ่ม	7.917	4	1.97	5.59	0.000
ภายในกลุ่ม	88.514	250	0.35		
รวม	96.431	254			

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีตำแหน่งแตกต่างกันในรายด้าน มีความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และด้านการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ LSD พบว่า ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ และด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งตำแหน่งเจ้าหน้าที่อื่นๆ กับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และตำแหน่งเจ้าหน้าที่อื่นๆ กับตำแหน่งทันตแพทย์ มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการบริการที่ดี และด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งตำแหน่งเภสัชกรกับพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่อื่นๆ กับพยาบาลวิชาชีพ มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการทำงานเป็นทีม ตำแหน่งทันตแพทย์กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ตำแหน่งเภสัชกรกับทันตแพทย์ ตำแหน่งเภสัชกรกับพยาบาลวิชาชีพ และตำแหน่งเจ้าหน้าที่อื่นๆ กับพยาบาลวิชาชีพ มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายการวิจัย

การอภิปรายผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งดังต่อไปนี้

1. จากผลการศึกษาผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งมีความคิดเห็นต่อสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งมีความเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งโดยส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่และการถูกปลูกฝังให้รักและซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ ต่องานที่รับผิดชอบ รวมถึงการ

ทำงานที่เกี่ยวข้องเป็นเรื่องของความอยู่รอดด้านสุขภาพอนามัยของชีวิตประชาชน จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรต้องให้ความสำคัญส่งผลให้บุคลากรเหล่านี้ถือการดำรงตำแหน่งและประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งตามกฎหมายบังคับ จรรยาบรรณวิชาชีพ จรรยาบรรณข้าราชการเพื่อคงศักดิ์ศรีและเกียรติความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ราชการซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญ์วรา ผลเจริญ⁷ ทำการศึกษาสมรรถนะหลักของครูโรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 มีระดับค่าเฉลี่ยเรียงจากมากไปหาน้อย คือ จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม การบริการที่ดี การมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาตนเอง ตามลำดับ

2. จากผลการศึกษายังพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งมีความเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักการสั่งสมความเชี่ยวชาญในอาชีพน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งในปัจจุบันประสบปัญหาด้านบุคลากรสูงวัยและขาดกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานออกไปมาก บุคลากรที่ได้รับการบรรจุเข้าทำงานใหม่มีเพิ่มมากขึ้น แต่ยังแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่ได้ทั้งหมด ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับทุกพื้นที่ ส่งผลให้มีการปฏิบัติงานบางอย่างไม่ตรงตามความต้องการทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถพัฒนาบุคลากรเหล่านี้ได้เท่าที่ควร ปัญหาการขาดเครื่องมืออุปกรณ์ การขาดการสนับสนุนในการพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งเช่นกัน ทำให้ยังขาดทักษะและความรู้เชิงวิชาการเพื่อนำไปปฏิบัติงานอย่างถูกต้องเต็มประสิทธิภาพ ด้วยเหตุดังกล่าวบุคลากรเองที่สามารถบอกได้ถึงปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ค่าเฉลี่ยในด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในอาชีพมีค่าน้อยที่สุด

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งเกี่ยวกับสมรรถนะหลัก ตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

3.1 บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีเพศแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักแตกต่างกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบของสองกลุ่มพบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยมากกว่าเพศชายทุกด้านซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การบริการส่วนใหญ่เป็นงานที่เหมาะสมกับเพศหญิง และลักษณะงานที่ต้องพบปะผู้คน เพศหญิงจะทำได้ดีกว่าส่งผลให้ค่าเฉลี่ยในทุกด้านสูงกว่าเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบถึงความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบ T-test ที่การยอมรับ 95% ถือว่าแตกต่าง ชัดแจ้งกับ กฎญูวรา ผลเจริญ⁷ ทำการศึกษาสมรรถนะหลักของครูโรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา

เขต 1 พบว่าครูเพศชายและครูเพศหญิง โดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูเพศชายและครูเพศหญิงได้รับการฝึกอบรมในด้านต่างๆ จะทำให้ครูที่มีเพศต่างกันมีสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน

3.2 บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีอายุและสังกัดกลุ่มงานที่ต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและด้านการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับสมฤทัยอยู่รอด⁸ ทำการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของพนักงานมหาวิทยาลัย (สายสนับสนุน) สังกัดสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีที่สังกัดหน่วยงานต่างกัน มีความเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่การมุ่งผลสัมฤทธิ์ บริการที่ดี การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมและการทำงานเป็นทีม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานะในการปฏิบัติงาน และตำแหน่ง ที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักแตกต่างกัน ผลการศึกษาที่ได้ขัดแย้งกับบดินทร์ อินทร์พันธ์⁹ ได้ศึกษาเรื่องสมรรถนะหลักและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะหลักของพนักงานบริษัท มอนซานโต้ไทยแลนด์ จำกัด พบว่า ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรในบริษัท มอนซานโต้ไทยแลนด์ จำกัด ที่มีต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ในภาพรวม จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลพบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน มีความเห็นต่อสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน ทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1.1 จากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลัก พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ดังนั้นจึงถือว่าเป็นจุดแข็งและเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องรักษาระดับสมรรถนะดังกล่าวให้คงระดับไว้หรือมีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นโดยการอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับสมรรถนะในด้านอื่นๆ

1.2 จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถนะในด้านด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพมีค่าน้อยที่สุด ดังนั้นหน่วยงานหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการพัฒนาบุคลากรควรให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวอย่างมากหรือมีการอบรม พัฒนาอย่างเร่งด่วน ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวถึงว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างแท้จริง จึงควรมีโครงการอบรมและพัฒนาเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้ของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและจริงจังเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนมากที่สุด

1.3 จากการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความคิดเห็นต่อสมรรถนะหลัก 5 ด้าน พบว่า สถานะในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน หรือประสบการณ์ในการทำงาน และระดับการศึกษา เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อทัศนคติและระดับความคิดเห็นดังนั้นการจัดการพัฒนาและฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรในด้านต่างๆ ควรพิจารณาในเรื่องของปัจจัยเหล่านี้ของบุคลากรเป็นเกณฑ์ประกอบในการพิจารณาในการพัฒนาสมรรถนะทุกด้าน

1.4 การส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากร ควรมุ่งเน้นให้ตรงตามความต้องการของบุคลากร มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทั้งโดยการอบรมพัฒนา การสอนงานโดยหัวหน้างาน ส่งเสริมให้บุคลากรทำงานให้ตรงตามความสามารถความถนัดให้มากที่สุด อีก

ทั้งควรมีการประเมินทดสอบสมรรถนะบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร ส่งเสริมให้องค์กรมีสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม เน้นความสามัคคี รวมถึงการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมเพียงพอเพื่อเป็นการเสริมให้สมรรถนะด้านอื่นได้รับการพัฒนายิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาระดับความคิดเห็นหรือประเมินสมรรถนะของผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้ทราบถึงมุมมองของสองกลุ่มที่แตกต่างกันอันนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างตรงประเด็นปัญหามากที่สุด

2.2 ควรทำการศึกษาสมรรถนะหลักเฉพาะรายด้านของบุคลากรเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชิงลึกและละเอียดมากขึ้นในการพัฒนาสมรรถนะหลักในด้านนั้นๆ

2.3 ศึกษาและประเมินสมรรถนะของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งแต่ละด้านอย่างต่อเนื่องในแต่ละปีหรือทุกๆ 2 ปี

บรรณานุกรม

1. กรมที่ดิน. การประเมินความรู้ความสามารถทักษะและสมรรถนะเฉพาะทางที่ปฏิบัติให้นำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ. กรุงเทพฯ : กรมที่ดิน; 2553.
2. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานอัตรากำลังประจำเดือน กรกฎาคม 2562: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2562.
3. ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2543.
4. สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://royin.go.th/dictionary/>

5. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการกำหนดสมรรถนะในราชการพลเรือน:คู่มือสมรรถนะหลัก.นนทบุรี: แอลทีเพรส; 2553.
6. Cronbach, L.J. : Essentials of psychological testing(3rd ed). New York : Harper & Collins; 1990.
7. กัญญ์วรา ผลเจริญ: การศึกษาสมรรถนะหลักของครูโรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 [วิทยานิพนธ์]. บุรพา : มหาวิทยาลัย; 2559.
8. สมฤทัย อยู่รอด : ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของพนักงานมหาวิทยาลัย (สายสนับสนุน) สังกัดสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2555.
9. บดินทร์ อินทร์พันธ์: สมรรถนะหลักและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะหลักของพนักงานบริษัท มอนซานโต้ไทยแลนด์ จำกัด[วิทยานิพนธ์]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัย; 2544.

**อัตราการ เกิดภาวะติดเชื้อในข้อเข่า ภายหลังการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน**

**The Incidence of Periprosthetic Joint Infection after Intra-articular steroid injection in Total Knee
Replacement at Kampaengsan Hospital**

ปวิทย์ ยวงเงิน

Pawit Yuangngoen

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงแสน จ.นครปฐม

Doctor, Professional level, Kampaengsan hospital, Nakhonpathom

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding author) Email doctor_ball@hotmail.com

(Received: December 13, 2019, Revised: December 23, 2019, Accepted: December 23, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาอัตราการเกิด ภาวะติดเชื้อในข้อเข่า ภายหลังการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายและต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2561 รวมเวลา 3 ปี จำนวน 70 คน ก่อนทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมผู้ป่วยได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ติดตามคนไข้จนครบ 1 ปี นับจากวันที่ทำการผ่าตัด และตรวจสอบว่ามีการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหรือไม่ โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จากการศึกษาของ Parvizi และคณะ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 70 ราย 82 เข่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.57) ช่วงอายุ 54-78 ปี (เฉลี่ย 67 ปี) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 27 กิโลกรัม/เมตร² จำนวนวันที่ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าครั้งสุดท้ายก่อนถึงวันผ่าตัด เฉลี่ย 61 วัน (35-413 วัน) หลังจากติดตามจนครบอย่างน้อย 1 ปี ไม่พบการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ทำการผ่าตัด หรือ การติดเชื้อในข้อเข่า

สรุป : ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และผู้ป่วยได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้ผลดี เมื่อติดตามไปจนครบ 1 ปี ไม่พบการติดเชื้อเกิดขึ้น ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน

คำสำคัญ : การติดเชื้อในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ABSTRACT

Objective: To study the incidence of periprosthetic joint infection after intra-articular steroid injection to cases of total knee replacement in Kampaengsan hospital

Method: This is a Descriptive research. Data were collected from medical records of patients underwent total knee replacement in Kampaengsan hospital from October 2016 to December 2018. The data collected included genders, ages, body mass index (BMI), underlying diseases, the time gap between the last injection and total knee arthroplasty, date of operation and date of last follow up time. The incidence of superficial wound infection and deep space infection according to criteria of Parvizi J et al was identified. Data were analyzed by descriptive statistics.

Result: Of total 70 patients (82 knees), 88.57 % were female, and age ranged 54-78 years (mean = 67 years). The average BMI was 27 kg/m². The time gap between the last injection and total knee arthroplasty range 35-413 days (mean = 61 days). After follow up time at least 1 year. No incidence of superficial wound infection or deep space infection after Total knee arthroplasty was found.

Conclusion: No incidence of periprosthetic joint infection after intra-articular steroid injection to cases of total knee replacement in Kampaengsan hospital

Keywords : Periprosthetic joint infection, Intraarticular steroid injection, Total knee replacement

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคหนึ่งในสิบโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันก่อให้เกิดผู้สูงอายุทุพพลภาพในประเทศไทย ทำให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพหรือการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่กระดูกอ่อนผิวข้อ อันก่อให้เกิดอาการปวดจากผิวข้อชำรุดและการอักเสบ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษามาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้าย ที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการอนุรักษ์ ได้แก่ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การกินยาลดอาการปวด รวมทั้งการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ หลังจากให้การรักษาด้วยวิธีการอนุรักษ์แล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดข้อเข่าเทียมต่อไป¹ การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ ช่วยลดอาการปวด เพิ่มสมรรถนะการใช้งานในระยะสั้น ลดการบวมและการอักเสบ มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมระยะปานกลางขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบเฉียบพลัน น้ำในข้อมาก ปวดเมื่อใช้งาน มีข้อห้ามในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด ไม่ได้ผลจากการใช้ยาชนิดรับประทานและ ยา^{2,3,4,5} ภาวะการติดเชื้อรอบข้อเทียม (periprosthetic joint infection; PJI) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และพบได้ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม ซึ่งพบได้ประมาณ 1-3% ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมครั้งแรก (primary arthroplasty) และพบได้ 3-5% ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมซ้ำ (revision arthroplasty)⁶ Papavasiliou และคณะ พบว่าการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า โดยเฉพาะการติดเชื้อแบบ deep infection จึงไม่แนะนำให้ทำการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม⁷ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Aravind Desai และคณะ ที่พบว่าการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

มีอัตราการเกิดการติดเชื้อแบบ superficial infection ไม่แตกต่างกัน และไม่พบการติดเชื้อแบบ deep infection เลยทั้งสองกลุ่ม หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จึงสรุปว่าการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อก่อนการผ่าตัดที่ผ่านมายังไม่พบการติดเชื้อที่ข้อเข่า⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในข้อเข่า ในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัด โดยติดตามผลการผ่าตัดไปเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน วัตถุประสงค์ เพื่อหาอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในข้อเข่า ภายหลังการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลกำแพงแสน

วิธีการศึกษา

ประชากร

คนไข้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 ถึงเดือน ธันวาคม 2561 รวมเวลา 3 ปี จำนวน 70 คน (82 เข่า) และได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 1 ปี ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการเข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อก่อนการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

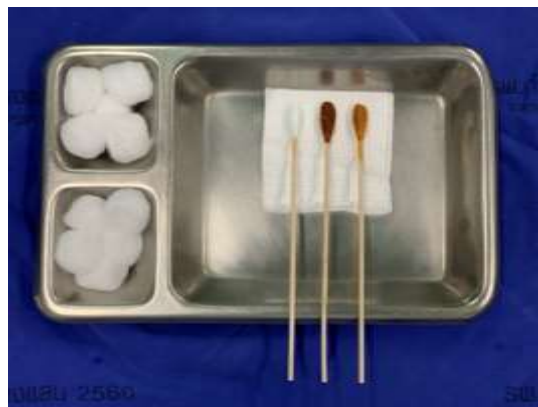
วิธีการฉีดยาเข้าข้อเข่า

การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ทุกเคสทำที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกกระดูกและข้อ โดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์คนเดียว โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงตรวจ ปล่อยขา ลงข้างเตียงทั้งสองข้าง งอเข่า 90 องศา ตำแหน่งที่ทำการฉีดยาเข้าข้อเข่า ได้แก่ ตำแหน่ง จุดตัดระหว่างขอบด้านข้างและขอบด้านล่างของกระดูกสะบ้า (Inferolateral portal) ดังแสดงในรูปที่ 1 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยการใช้ไม้พันสำลีสเตอไรส์จุ่มน้ำยา โพรวิดีนสครับ โพรวิดีน และ

แอลกอฮอล์ ทำความสะอาดตามลำดับ ก่อนการฉีดทุกครั้ง ดังแสดงในรูปที่ 2 ยาที่ใช้ในการฉีดเข้าข้อเข่า ได้แก่ ไตรแอมซิโนโลน อะซีเตต ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิลิตร (Triamcinolone acetate (10mg/1ml) โดยปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละเคสคือ 30 มิลลิกรัม ผสมรวมกับ 2 เปอร์เซ็นต์ ไซโลเคน (2% Xylocaine without adrenaline) จำนวน 3 มิลลิลิตร ใช้ถุงมือไม่สเตอไรส์ร่วมด้วยในการฉีด



รูปที่ 1 แสดงท่านั่งของผู้ป่วยที่พร้อมสำหรับการฉีดยาเข้าข้อเข่า ผู้ป่วยนั่งบนเตียงตรวจ ปล่อยขา ลงข้างเตียงทั้งสองข้าง งอเข่า 90 องศา



รูปที่ 2 แสดงไม้พันสำลีชุบ น้ำยา แอลกอฮอล์ โพรวิดีน โพรวิดีนสครับ (เรียงจากซ้ายไปขวา) ตามลำดับ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผ่าตัดโดย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์คนเดียว โดยเลือกใช้ ที่รัดห้าม เลือดบริเวณต้นขา (tourniquet) ร่วมกับทุกเคส ผ่าตัด เปิดเข้าข้อเข่าด้วยการเทคนิคการผ่าผ่านกล้ามเนื้อ วาสตัส มีเดียลิส ออบลิคัส (vastus medialis obliquus) ทุกเคสใช้ข้อเข่าเทียมแบบซีเมนส์ (ที่มียาปฏิชีวนะผสม) ยี่ห้อ Stryker รุ่น Scorpio ก่อนทำการเย็บปิดข้อเข่าจะ ทำการแช่ด้วยน้ำยาโพรวิตินผสมด้วยน้ำเกลือชนิดนอร์มัล ซาไลน์ (Normal saline solution/NSS) สามนาที่ ก่อน ลงมีดผ่าตัดทุกเคสจะได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ฟอสโฟมัยซิน (Fosfomycin) ปริมาณ 2 กรัมเป็น

เวลามากกว่า 1 ชม ก่อนลงมีดผ่าตัด และได้รับต่อใน ขนาด 2 กรัม ทุก 12 ชม จนถึงวันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

การติดเชื้อ

ติดตามคนไข้อย่างน้อย 1 ปี ภายหลังการผ่าตัด และตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายเอกซเรย์ของข้อเข่าภายหลังการ ผ่าตัด ว่ามีการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเกิดขึ้นหรือไม่ โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อหลังการผ่าตัดข้อ เข่าเทียม จากการศึกษาของ Parvizi J และคณะ⁹ แสดงใน ตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อรอบข้อเทียม

เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อรอบข้อเทียม			
เกณฑ์หลัก (อย่างน้อย 1 ข้อ)			
1. ผลเพาะเชื้อเป็นบวกสองตัวอย่าง โดยเป็นเชื้อก่อโรคชนิดเดียวกัน		ข้อสรุป มีการติดเชื้อรอบข้อเทียม	
2. มีช่องทางเชื่อมต่อ (sinus tract) ระหว่างข้อเทียมกับภายนอก			
การวินิจฉัย ก่อนการผ่าตัด	เกณฑ์ย่อย	คะแนน	ข้อสรุป
	1. มีการเพิ่มขึ้นของ CRP หรือ D-Dimer	2	- มีการติดเชื้อถ้า ≥ 6 คะแนน
	2. มีการเพิ่มขึ้นของ ESR	1	- อาจจะมีการติดเชื้อถ้า ได้ 2-5 คะแนน (ต้องใช้เกณฑ์การวินิจฉัยด้วยการผ่าตัดต่อไป)
	3. มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเม็ดเลือดขาวใน น้ำไขข้อหรือ leukocyte esterase test	3	
	4. ผลตรวจน้ำในข้อด้วย alpha- defensin เป็นบวก	3	
	5. มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของ PMN ในน้ำไขข้อ (%)	2	- ไม่มีการติดเชื้อถ้าได้ 0-1 คะแนน
	6. มีการเพิ่มขึ้นของ CRP ในน้ำไขข้อ	1	
เกณฑ์การวินิจฉัย ด้วยการผ่าตัด	ไขเมื่อเกณฑ์การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดไม่สามารถสรุปได้หรือเจาะไม่ได้น้ำไขข้อ(dry tap)	คะแนน	ข้อสรุป
	1. คะแนนที่ได้จากเกณฑ์การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด	-	
	2. ผลตรวจทางจุลชีววิทยาเป็นบวก (> 5 neutrophil ต่อ high-power field ใน 5 field)	3	- มีการติดเชื้อถ้าคะแนน ≥ 6 - ไม่สามารถสรุปได้ถ้าคะแนน 4-5 (อาจต้องทำการตรวจทางโมเลกุลต่อไป)
	3. พบหนองภายในข้อ	3	
	4. ผลเพาะเชื้อเป็นบวกแค่ 1 ตัวอย่าง	2	- ไม่มีการติดเชื้อถ้า ≤ 3 คะแนน

ตารางที่ 2 แสดงค่าขั้นต่ำในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อรอบข้อเทียม

Marker	ระยะเรื้อรัง (>90 วัน)	ระยะเฉียบพลัน (<90 วัน)
Serum CRP (mg/dL)	1.00	10
Serum D-dimer (ng/mL)	860	860
Serum ESR (mm/h)	30	-
Synovial WBC count (cells/mL)	3,000	10,000
Synovial PMN (%)	80	90
Synovial CRP (mg/L)	6.9	6.9
Synovial alpha-defensin (signal-to-cutoff ratio)	1.0	1.0
Frozen section	>5 PMN/ high power field	>5 PMN/ high power field

สถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อ อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยการหาจำนวน ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 70 ราย 82 เช้า แบ่งเป็นข้อเท้าข้างซ้าย จำนวน 40 เช้า ข้อเท้าข้างขวา จำนวน 42 เช้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.57) ช่วงอายุ 54-78 ปี (เฉลี่ย 67 ปี) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 27 กิโลกรัม/เมตร² ดังแสดงในตารางที่ 3 จำนวนวันที่ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเท้าก่อนถึงวันผ่าตัด เฉลี่ย 61 วัน (35-413 วัน) จำนวนวันที่น้อยที่สุดที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาเข้าข้อเท้าคือ 35 วันก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม ส่วนจำนวนวันที่มากที่สุดที่

ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาเข้าข้อเท้าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียมคือ 413 วันก่อนก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำก่อนลงมีดผ่าตัดเป็นเวลามากกว่า 1 ชม เท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเท้า หลังจากติดตามอย่างน้อย 1 ปี ไม่พบการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้าเทียม ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ทำการผ่าตัด หรือ การติดเชื้อในข้อเท้า ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน

ตารางที่

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	11.43
หญิง	62	88.57
อายุ(เฉลี่ย)	67 ปี	54-78 ปี
BMIค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย (กิโลกรัม/เมตร ²)	27	
โรคร่วม		
เบาหวาน	25	35.71
ความดันโลหิตสูง	10	14.29
ไขมันในเลือดสูง	15	21.43
การวินิจฉัย		
โรคข้อเท้าเสื่อมปฐมภูมิ	70	100
จำนวนข้อเท้า		
ข้างซ้าย	40	48.78
ข้างขวา	42	51.22
การรักษาที่ได้รับ		
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับก่อนผ่าตัด(จำนวนข้างที่ผ่าตัด)	82	100 %
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับหลังผ่าตัด(จำนวนข้างที่ผ่าตัด)	82	100%
ยาสเตียรอยด์ที่ได้รับ	82	100%
ระยะเวลาที่ได้รับยาสเตียรอยด์ (เฉลี่ย)	61 วัน	35-413 วัน

วิจารณ์

การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าช่วยลดอาการปวด เพิ่มสมรรถนะการใช้งานในระยะสั้น (12 สัปดาห์) ลดการบวมและการอักเสบของข้อเข่าที่เสื่อม^{2,3,4,5} เป็นวิธีการรักษาที่ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดในคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมอย่างแพร่หลาย ก่อนที่จะทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในเวลาต่อมาถ้าการรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมไม่ได้ผล Papavasiliou และคณะพบว่า การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า โดยเฉพาะการติดเชื้อแบบ deep infection จึงไม่แนะนำให้ทำการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม⁷ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Aravind Desai และคณะ ที่พบว่า การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีอัตราการเกิดการติดเชื้อแบบ superficial infection ไม่แตกต่างกัน และไม่พบการติดเชื้อแบบ deep infection เลยทั้งสองกลุ่ม หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จึงสรุปว่าการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม⁸ รวมทั้งผลจากการศึกษาของ Joshy และคณะ ก็พบว่า การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า และกลุ่มที่ไม่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า¹⁰ การติดเชื้อเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบไปด้วยหลายปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน เคยผ่าตัดข้อเข่ามาก่อน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ภาวะทุพโภชนาการ โรคไตวาย โรคฮอว์โมนไธรอยด์ต่ำ สภาพผิวหนังบริเวณที่ทำการผ่าตัดบกพร่อง^{11,12} รวมถึงปัจจัยอื่นๆ อีก ได้แก่ ภาวะพิษสุราเรื้อรัง มีการติดเชื้อตำแหน่งอื่นในร่างกาย สูดบุหรี่ รวมถึงโรคอ้วน¹³ การเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม การสัมผัสเนื้อเยื่อรอบข้อเข่าอย่างนุ่มนวลขณะผ่าตัด ใช้เวลาการผ่าตัดที่สั้น จะช่วยลด

อัตราการเกิดการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มคนไข้เหล่านี้เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ง่าย จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หลังจากติดตามหลังผ่าตัดไปอย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน สอดคล้องกับการศึกษาของ Aravind Desai และคณะ ที่พบว่า การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีอัตราการเกิดการติดเชื้อแบบ superficial infection ไม่แตกต่างกัน และไม่พบการติดเชื้อแบบ deep infection เลยทั้งสองกลุ่ม หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม¹¹ ข้อได้เปรียบงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่ารวมทั้งได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพียงคนเดียว ด้วยมาตรฐานในการดูแลแบบเดียวกันทุกราย ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาย้อนกลับไปข้างหน้า จำนวนผู้เข้ารับการวิจัยในครั้งนี้มีปริมาณน้อย

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนผ่าตัดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่าก่อนผ่าตัดการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ในคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมที่รักษาด้วยวิธีการอนุรักษแล้วไม่ประสบความสำเร็จ และเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สามารถกระทำได้โดยมีหลักฐานอ้างอิงว่าการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

สรุป

ไม่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในข้อเข่า ภายหลังการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อเข่า ในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน

บรรณานุกรม

1. แนวทางเวชปฏิบัติ คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ โรคข้อเข่าเสื่อม ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ โรคข้อเข่าเสื่อม สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, แนวทางเวชปฏิบัติ โรคข้อเข่าเสื่อม. ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2011.
2. K Jordan, N Arden, M Doherty, B Bannwarth, J Bijlsma, P Dieppe et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT), Ann Rheum Dis. 2003 Dec; 62(12): 1145–1155.
3. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2014 Mar; 22(3):363-88.
4. Peter Jüni, Roman Hari, Anne WS Rutjes, Roland Fischer, Maria G Silletta, Stephan Reichenbach. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis Cochrane Systematic Review ; 2015(10):CD005328.
5. Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, Vaysbrot EE, Wong JB, McAlindon TE. Comparative effectiveness of pharmacologic interventions for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. Ann Intern Med. 2015; 162(1): 46-54.
6. Tarabichi M, Fleischman AN, Shahi A, Tian S, Parvizi J. Interpretation of Leukocyte Esterase for the Detection of Periprosthetic Joint Infection Based on Serologic Markers. J Arthroplasty. 2017; 32(9S):S97-S100 e1.
7. A. V. PAPAVALIOU, D. L. ISAAC, R. MARIMUTHU, A. SKYRME, A. ARMITAGE. Infection in knee replacements after previous injection of intra-articular steroid. J Bone Joint Surg [Br] 2006; 88-B:321-3.
8. Aravind Desai, Sreekumar Ramankutty, Tim Board, Videsh Raut. Does intraarticular steroid infiltration increase the rate of infection in subsequent total knee replacements? The Knee.2009; 262–264.
9. Parvizi J, Tan TL, Goswami K, Higuera C, Della Valle C, Chen AF, et al. The 2018 Definition of Periprosthetic Hip and Knee Infection: An Evidence-Based and Validated Criteria. J Arthroplasty. 2018; 33(5):1309-14 e2.
10. Joshy S, Thomas B, Gogi N, Modi A, Singh BK. Effect of intra-articular steroids on deep infections following total knee arthroplasty. Int Orthop. 2006; 30:91–3.
11. Wilson MG, Kelly K, Thornhill TS. Infection as a complication of total knee arthroplasty. Risk factors and treatment in sixty-seven cases. J Bone Jt Surg [Am] 1990; 72(6): 878–83.
12. Yang K, Yeo SJ, Lee BP, Lo NN. Total knee arthroplasty in diabetic patients: a study of 109 consecutive cases. J Arthroplast 2001; 16(1):1–26.

13. Peersman G, Laskin R, Davis J, et al. Infection in total knee replacement: a retrospective review of 6489 total knee replacements. Clin Orth Relat Res. 2002; 392:15–23.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี**

**Effects of the smoking cessation promoting program on smoking cessation behavior of chronic
disease patients in the medical ward Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi province**

ประสิทธิ์ กล้าหาญ*

Prasit Klahan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

Public Health Technical Officer, Professional Level, Chaophrayayommarat Hospital

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author); E - mail: hi2prasitti@gmail.com

(Received: November 22, 2019, Revised: December 18, 2019, Accepted: December 23, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษาที่มีต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มควบคุม 32 คน ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในเดือนที่ 1 ระยะติดตามเดือนที่ 2 และระยะติดตามเดือนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะติดตามเดือนที่ 3 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 เมื่อเปรียบเทียบผลการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างทั้งสองกลุ่มพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ จึงสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ขณะที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอื่นๆ ได้

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/การให้คำปรึกษา/พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of cessation promoting program by applying health belief in combination with consultation on health awareness and smoking cessation behavior of patients with chronic diseases admitted to the medical ward at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi province. Patients were divided into an experimental group (n=33) and a control group (n=32) throughout the study duration of 3 months. Data were collected by using questionnaires at 4 time points, which were before the experiment, after the experiment in the 1st month, the 2nd month, and the 3rd month follow-up period. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation. Statistical difference was determined using Chi-square, Fisher's exact test, Independent t-test and paired t-test

The results showed that the experimental group changed the perception of risk of developing smoking-related illnesses, perception of severity of cigarette poisoning, recognizing the benefits of quitting, and perceived barriers to smoking cessation better than before the experiment and the control group with statistical significance ($P < 0.05$). Fourteen patients in the experimental group were able to quit smoking in the follow-up period of 3 months, representing 42.4%. When comparing the results of quitting smoking between the two groups, there was a statistically significant difference ($P < 0.05$). In conclusion, the smoking cessation promoting program had an effect on smoking cessation. Therefore, this program can be applied to admitted patients in other wards.

Keywords : Health Belief Model/ Consultation/ Smoking cessation behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่า 1,600 ล้านคน องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือวันละ 27,000 คน หรือนาทีละ 20 คน¹ จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ล่าสุดในปี 2552 พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 5 หมื่นคนต่อปี โดยเฉลี่ย ผู้ชาย 1 ใน 6 คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (ปีที่มีสุขภาพดี) เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร² สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556 ว่ามีผู้สูบบุหรี่ 10.77 ล้านคน (ร้อยละ 19.84) แต่ในปี พ.ศ. 2557 กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) แบ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ประจำ 10 ล้านคน และที่สูบนานๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน³

นอกจากนี้ในการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง อันได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 25.3, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ⁴ หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไปจะส่งผลให้มีการดำเนินของโรครุนแรงยิ่งขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และทำให้ผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแล้วยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียงบประมาณเป็นอย่างมากในการรักษาพยาบาลอีกด้วย⁵ แม้ว่าร้อยละ 75-80 ของคนที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกบุหรี่ และประมาณหนึ่งในสามเคยพยายามเลิกอย่างจริงจัง หากแต่น้อยกว่า ร้อยละ 50 สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จก่อนอายุ 60 ปี

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เลิกบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนั้นยังเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลถือเป็นสิ่งที่เหมาะสม

และจำเป็น เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำ และพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วไป ดังนั้นโรงพยาบาลควรพัฒนากลยุทธ์ใหม่เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีการวางแผนการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง⁶ อีกทั้งในประเทศไทย สถานบริการสาธารณสุข และส่งเสริมสุขภาพทุกประเภท อาทิ โรงพยาบาล จัดเป็นสถานที่สาธารณะที่ต้องปลอดบุหรี่ ทั้งหมดตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยอาจจะเริ่มหยุดบุหรี่แล้วตั้งแต่เข้ามาโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่จะกระตุ้น ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อไปหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁷

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จัดให้มีคลินิกฟ้าใส ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยจะให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหลักและในปี 2556 ได้เริ่มให้บริการเชิงรุกที่แผนกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ.2557-2559 มีผู้รับบริการ จำนวน 148 ราย 252 ราย และ 285 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้คิดเป็น ร้อยละ 25.2, 24.1 และ 21.5 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ยังไม่ดีขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทยยังมีบริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการเลิกบุหรี่ จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อการพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ทำให้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง รับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหากเลิกสูบบุหรี่ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นขณะกำลังเลิกบุหรี่ และมีกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ที่มีต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษามีผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรกดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2. การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่

3. การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่

4. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่

5. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group per-post test design)

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ การสุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสุ่มจากคอมพิวเตอร์ การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป N4 Studies สูตร Two independent proportion ของ Fleiss⁸ แทนค่าสูตรโดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยในลักษณะเดียวกันของพรรณนิภา หงส์อินทร์⁹ ได้ขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มละ 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น และยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2. มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี

3. ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

5. ผู้ป่วยมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยหนักหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่รุนแรงจนเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

2. ขาดการติดต่อหรือติดต่อไม่ได้ทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการวิจัยของ ปานชีวัน แลบุญมา¹⁰ แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบค่าความเที่ยง (Reliability) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 0.79 การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เท่ากับ 0.88 การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.85 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.80

2. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้กลวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา โดยมีกิจกรรม 7 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง ให้คำปรึกษาโดยเน้นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ และค้นหาแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ให้คำปรึกษาโดยค้นหาปัญหา/อุปสรรค ในการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจ วางแผนในการเลิกบุหรี่ แนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่เลิกบุหรี่ แจกเอกสารวิธีการเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ครบ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยได้

ครั้งที่ 5 ครบ 1 เดือน ให้กำลังใจและแสดงความยินดีในรายที่เลิกได้ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ในรายที่ยังเลิกไม่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไข เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

ครั้งที่ 6 ครบ 2 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูล
ระยะติดตามประเมินผล

ครั้งที่ 7 ครบ 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูล
ระยะติดตามประเมินผล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ขั้นเตรียมการ หลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (เอกสารรับรอง หมายเลข TM 019/2562) ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2) ขั้นตอนการทดลอง ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม การให้คำปรึกษา 3 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง

3) ขั้นติดตามประเมินผล ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยมีการประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ SPSS 18.0 for Window ใช้สถิติในการ วิเคราะห์ ดังนี้ 1) สถิติ Chi - Square และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะ ประชากรและประวัติการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม 2) สถิติ Paired T-Test เพื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิก บุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ 3) สถิติ Independent T-Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน การทดลองและภายหลังการทดลองในเรื่องการรับรู้โอกาส เสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงพิษ ภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรค ของการเลิกบุหรี่ 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ในช่วง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยสถิติ Chi - Square test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน ออกจากการศึกษา ศึกษา 7 คน เนื่องจากเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบและไม่สามารถติดต่อได้จึงเหลือตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ซึ่ง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายมี อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี อายุเฉลี่ย 51.69 ปี และ 51.18 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 และ 75.0 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.6 และ 71.9 อาชีพรับจ้างร้อยละ 27.3 และ 50.0 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.6 และ 78.1 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 69.7 และ 59.4 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 24.2 และ 34.4 กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีการดื่มแอลกอฮอล์นานๆครั้งร้อยละ 21.2 และ 25.0 ดื่มทุกวันร้อยละ 18.2 และ 18.8 สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 60.6 ส่วนกลุ่มควบคุมเริ่มสูบบุหรี่ อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ร้อยละ 56.2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี ร้อยละ 90.9 และ 90.6 สูบบุหรี่วันละ 10 - 20 มวน ร้อยละ 45.5 และ 53.1 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่กันกรองร้อยละ 72.7 และ 59.4 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยมีความ พยายามในการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 57.6 และ 53.1 ส่วน ใหญ่พยายามเลิก 1 ครั้ง ร้อยละ 48.5 และ 46.9 ส่วนใหญ่ เลิกได้ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 68.2 และ 52.9 ส่วนใหญ่ใช้ วิธีเลิกสูบทันทีร้อยละ 54.5 และ 50.0 สาเหตุที่เลิกไม่ สำเร็จเพราะผู้ใกล้ชิดยังสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เปียร์ กับเพื่อน ติด จานชิน และทนหงุดหงิดไม่ได้ การเปรียบเทียบคุณลักษณะ ส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square, Fisher's Exact test และ T-Test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P>.05$) (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจาก การสูบบุหรี่ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 24.24 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคเท่ากับ 23.65 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.321$) หลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเป็น 27.18 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมี

ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 24.09 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสต่อการเกิดโรคมามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.032$) เช่นกัน (ตารางที่ 3)

3. การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เท่ากับ 24.45 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เท่ากับ 24.21 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.704$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 27.45 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 24.71 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.027$) เช่นกัน (ตารางที่ 3)

4. การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีเท่ากับ 25.30 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีเท่ากับ 24.71 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.292$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 27.96 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 25.06 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน ($P=0.183$) (ตารางที่ 3)

5. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีเท่ากับ 17.69 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีเท่ากับ 17.56 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.871$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 20.30 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 18.09 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.035$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน ($P=0.21$) (ตารางที่ 3)

6. พฤติกรรมการเลิกบุหรี ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรีได้ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 ส่วนที่เหลือ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ยังคงสูบบุหรีเมื่อติดตามในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 พบว่าเลิกสูบบุหรีได้ 14 คน เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 42.4 และยังคงสูบบุหรี 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ส่วนในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่าเลิกสูบบุหรีได้ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ยังคงสูบบุหรี 27 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4 เมื่อติดตามในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 พบว่าเลิกสูบบุหรีได้ลดลงเหลือ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ยังคงสูบบุหรี 28 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในช่วงหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยสถิติ Chi - Square พบว่ามีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	33	100	30	93.8	.238b
หญิง	0	0	2	6.2	
อายุ					
30-45 ปี	7	21.2	9	28.1	.518b
46-60 ปี	26	78.8	23	71.9	
ต่ำสุด - สูงสุด	32 - 60		35 - 60		
$\bar{X} \pm S.D.$	51.69 $\pm$ 7.83		51.18 $\pm$ 8.09		
สถานภาพ					
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11	33.3	8	25.0	.587a
คู่	22	66.7	24	75.0	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	19	57.6	23	71.9	.228a
สูงกว่าประถมศึกษา	14	42.4	9	28.1	
อาชีพ					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย	15	45.4	9	28.1	.158a
รับจ้าง	9	27.3	16	50.0	
เกษตรกร	9	27.3	7	21.9	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
น้อยกว่า 10,000 บาท	20	60.6	25	78.1	.214c
10,000 - 20,000 บาท	9	27.3	5	15.6	
20,001 บาทขึ้นไป	4	12.1	2	6.3	
ต่ำสุด - สูงสุด	5,000 - 45,000		4,000 - 40,000		
$\bar{X} \pm S.D.$	12,152 $\pm$ 9,608		9,531 $\pm$ 6,969		
Mode	9,000		8,000		
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
เบาหวาน	8	24.2	11	34.4	.369a
ความดันโลหิตสูง	23	69.7	19	59.4	.384a
หลอดเลือดหัวใจ	5	15.2	5	15.6	.958a
ถุงลมโป่งพอง	2	6.1	1	3.1	1.00b
หลอดเลือดสมอง	7	21.2	2	6.2	.149b
การดื่มเหล้า เบียร์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่เคยดื่ม	15	45.4	12	37.4	.924a
นานๆ ครั้ง	7	21.2	8	25.0	
ดื่มทุกวัน	6	18.2	6	18.8	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	5	15.2	6	18.8	
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่					
น้อยกว่า 15 ปี	13	39.4	18	56.2	.827c
15 ปีขึ้นไป	20	60.6	14	43.8	
ต่ำสุด - สูงสุด	10 - 32		8 - 40		
$\bar{X} \pm S.D.$	17.51 $\pm$ 4.16		17.25 $\pm$ 5.48		

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่					
น้อยกว่า 20 ปี	3	9.1	3	9.4	.969c
20 ปีขึ้นไป	30	90.9	29	90.6	
ต่ำสุด - สูงสุด	17 - 49		10 – 48		
$\bar{X} \pm S.D.$	34.03 $\pm$ 9.30		33.93 $\pm$ 9.71		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					
น้อยกว่า 10 มวน	14	42.4	13	40.6	.776c
10 - 20 มวน	15	45.5	17	53.1	
20 มวนขึ้นไป	4	12.1	2	6.3	
ต่ำสุด - สูงสุด	3 - 40		4 – 30		
$\bar{X} \pm S.D.$	16.03 $\pm$ 8.32		15.46 $\pm$ 7.45		
ชนิดบุหรี่ที่สูบ					
ก้นกรอง	24	72.7	19	59.4	.255a
มวนเอง/ยาเส้น	9	27.3	13	40.6	
เคยเลิกสูบหรือไม่					
ไม่เคย	14	42.4	15	46.9	.718a
เคย	19	57.6	17	53.1	
1 ครั้ง	16	48.5	15	46.9	
2 ครั้ง	2	6.1	1	3.1	
3 ครั้ง	1	3.0	1	3.1	
เคยเลิกได้นาน					
น้อยกว่า 1 เดือน	6	31.6	6	35.3	- 261c
1 - 6 เดือน	7	36.8	3	17.6	
6 เดือนขึ้นไป	6	31.6	8	47.1	
ต่ำสุด - สูงสุด	1 - 24		1 - 84		
$\bar{X} \pm S.D.$	6.94 $\pm$ 8.48		13.11 $\pm$ 21.80		
เคยเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใด					
หยุดสูบทันที	18	54.5	16	50.0	
ค่อยๆ ลดจำนวนลง	1	3.3	1	3.1	
สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเลิกได้					
ติดจนชิน	3	9.1	2	6.2	
ผู้ใกล้ชิดยังสูบบุหรี่	4	12.1	5	15.6	
ทนหงุดหงิดไม่ได้	2	6.1	2	6.2	
ดื่มสุรา/เบียร์กับเพื่อนที่สูบ	3	9.1	3	9.4	
เครียด	4	12.1	3	9.4	
ไม่สามารถหักห้ามใจได้	2	6.1	1	3.1	
อื่น ๆ	1	3.0	1	3.1	

a = Chi-square, b = Fisher’s Exact test, c = t-test

a = Chi-square, b = Fisher's Exact test, c = t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลอง (N=33) กับกลุ่มควบคุม (N=32) ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-value	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ						
การเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	24.24	2.39	23.65	2.32	1.0	0.321
หลังการทดลอง	27.18	2.81	24.09	2.38	4.76	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	24.45	2.85	24.21	2.05	0.381	0.704
หลังการทดลอง	27.45	2.84	24.71	2.28	4.267	<0.001
การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	25.30	2.36	24.71	2.05	1.063	0.292
หลังการทดลอง	27.96	2.6	25.06	2.07	4.965	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	17.69	3.63	17.56	2.95	0.163	0.871
หลังการทดลอง	20.30	4.47	18.09	3.75	2.153	0.035

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง (N=33) และกลุ่มควบคุม (N=32)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ						
การเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	24.24	2.39	27.18	2.81	- 6.93	<0.001
กลุ่มควบคุม	23.65	2.32	24.09	2.38	- 2.239	0.032
การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	24.45	2.85	27.45	2.84	- 5.35	<0.001
กลุ่มควบคุม	24.21	2.05	24.71	2.28	- 2.322	0.27
การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	25.30	2.36	27.96	2.60	- 5.961	<0.001
กลุ่มควบคุม	24.71	2.05	25.06	2.07	- 1.362	0.183
การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	17.69	3.63	20.30	4.47	- 3.89	<0.001
กลุ่มควบคุม	17.56	2.95	18.09	3.75	- 1.254	0.219

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ภายหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หลังการทดลอง					
ไม่สูบบุหรี่	14	42.4	5	15.6	0.018
สูบบุหรี่	19	57.6	27	84.4	
ระยะติดตามผลเดือนที่ 2					
ไม่สูบบุหรี่	14	42.4	4	12.5	0.007
สูบบุหรี่	19	57.6	28	87.5	
ระยะติดตามผลเดือนที่ 3					
ไม่สูบบุหรี่	14	42.4	4	12.5	0.007
สูบบุหรี่	19	57.6	28	87.5	

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมานอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิรญาณ์ ปาสุวรรณ¹¹ ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความ

รุนแรงของพิษภัยบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มทดลองเห็นถึงการที่กลุ่มทดลองต้องมานอนป่วยอยู่ส่วนหนึ่งก็จะเกิดจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งการได้เห็นตัวแบบจริงของผู้ป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ขณะที่มาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์¹² ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิรญาณ์ ปาสุวรรณ¹¹ ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ทั้งในด้านสุขภาพ ภาวะโรคที่เป็นอยู่และโรค

ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ผลกระทบต่อการทำงาน ผลกระทบต่อคนรอบข้าง รวมทั้งผลกระทบทางด้าน เศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสมรัตน์ บัณฑิต เลิศรัศ¹² ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลดีของการ เลิกบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ภายหลังการ ทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของ การเลิกบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการ เปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่เป็นผลมา จากการศึกษาที่ได้ให้คำปรึกษาโดยค้นหาปัญหาและ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง และสร้างแรงจูงใจ ในการเลิกบุหรี่ตลอดจนร่วมกันวางแผนเลิกบุหรี่ พร้อมทั้ง แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวขณะที่เลิกบุหรี่ ทำให้กลุ่มทดลองมี แนวทางในการแก้ไขปัญหา ทำให้การรับรู้อุปสรรคของการ เลิกบุหรืดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิรญาณ์ ปา สุวรรณ¹¹ ที่พบว่าภายหลังได้โปรแกรมสุขศึกษาจากกลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรือย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

5. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง ในแต่ละช่วงเวลาการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ภายหลังการทดลองเดือนที่ 1 ระยะติดตามเดือนที่ 2 ระยะ ติดตามเดือนที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรืได้ 14 คน (ร้อยละ 42.4) ทั้ง 3 ครั้ง เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของ การเลิกสูบบุหรี่ พบว่าในเดือนที่ 2 มีกลุ่มทดลองจำนวน 1 คน ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ กลับมาสูบอีกในเดือนที่ 3 และพบว่า กลุ่มทดลองที่สูบบุหรี่ในเดือนที่ 2 ยังเลิกไม่ได้ แต่มาเลิกสูบ ได้ในเดือนที่ 3 อีก 1 คน ขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า หลังการ ทดลองเดือนที่ 1 เลิกได้ 5 คน (ร้อยละ 15.6) แต่ในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 กลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้ 4 คน (ร้อยละ 12.5) เมื่อเปรียบเทียบผลการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างทั้งสอง กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการให้คำปรึกษาทำให้กลุ่มทดลองเห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคและความรุนแรงของพิษภัยบุหรื อีกทั้งการที่ กลุ่มทดลองต้องมานอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ กลุ่มทดลองได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการ สูบบุหรี่ โดยที่ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างให้เห็น รวมทั้งผู้วิจัยได้ อธิบายถึงความรุนแรงของพิษภัยบุหรืที่จะตามมาหากยังสูบ บุหรือยู่ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีการปรับ

พฤติกรรมเลิกบุหรืได้มากขึ้น ดังที่ Rosenstock¹³ กล่าวว่า การที่บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำอีก บุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมี ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ถ้า บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะ เป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ อธิบายถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรคลดลง และส่งผลดีต่อครอบครัวรวมทั้งลด ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอีกด้วย และเมื่อกลุ่มทดลองรับรู้ถึง ผลดีของการเลิกบุหรื ก็จะเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรืแต่ อาจมีปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรื ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ คำปรึกษาโดยร่วมกับกลุ่มทดลองร่วมกันค้นหาปัญหา อุปสรรค และร่วมกันวางแผนในการเลิกบุหรืตลอดจนผู้วิจัย ได้แนะนำวิธีปฏิบัติตัวขณะที่เลิกบุหรืซึ่งกลุ่มทดลองอาจจะ มีอาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรื พร้อมทั้งแจกเอกสาร วิธีการเลิกบุหรื เพื่อเป็นแนวทางขณะเลิกบุหรื และใน สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยได้ใช้โทรศัพท์ติดตาม เพื่อเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจ ตลอดจนให้คำแนะนำ ตามปัญหาที่พบ และกล่าวชมเชยหากกลุ่มทดลองเลิกบุหรื ได้ ซึ่งในช่วงสัปดาห์แรกของการหยุดบุหรื เป็นช่วงที่ผู้สูบ บุหรืต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างมาก ต่อสู้กับความอยากทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้วิจัยได้ โทรศัพท์ติดตามจะทำให้กลุ่มทดลองที่ได้หยุดสูบบุหรืมี กำลังใจต่อสู้กับความอยากบุหรืและมีแนวทางในการแก้ไข ปัญหา เมื่อครบ 1 เดือน ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและแสดงความ ยินดีในรายที่เลิกได้ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรืใหม่ ในรายที่ ยังเลิกไม่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนว ทางแก้ไขต่อไป กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรญาณ์ ปาสุวรรณ¹¹ ซึ่งพบว่าโปรแกรมสุขศึกษา โดย ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการให้ คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเลิกบุหรืดีขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดย ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการให้ คำปรึกษามีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ กับผู้รับบริการเลิกบุหรืกลุ่มอื่นได้

2. การให้บริการเลิกบุหรืขณะผู้ป่วยนอนรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะเพิ่มจำนวน

ผู้รับบริการ และเพิ่มจำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่ โรงพยาบาลจึงควรจัดให้มีบริการเลิกบุหรี่ในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อความคงทนของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

2. ควรทำการศึกษาในทำนองเดียวกันกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยออโรปิดิกส์

บรรณานุกรม

1. ประกิต วาทีสาธกกิจ. สถานการณ์การสูบบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่ ใน: กรองจิต วาทีสาธกกิจ. ถนน ปชต (5A) การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2553: 12 - 14.
2. ศิริวรรณ พิทยรังษัญญ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง และกมลภากร สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2555 (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2554.
3. ปวีณา ปั่นกระจำง, ศิริวรรณ พิทยรังษัญญ์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
4. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สำนักสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย; 2552.
5. Fung, P.R., Snare – JenKinson, S.L., God trey, M.T., Love, K.W., Zimmevman, P.V.,Yang, I.A., et al. E.Hectiveness ot nosrial – based smoking cessation. CHEST Journal, 2005; 128 (1): 216 – 223.
6. สุนิดา ปรีชาวงษ์. พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2550; 1(๗). 9 – 18

7. นันทิยาภรณ์ มะละศิลป์. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 6(1): 30 – 43.
8. Fleiss,J.L, Levin, B., Paik, M.C. (2003). Statistical methods for ratas and proportions (3rd ed.). John Wiley & Sons, 7b.
9. พรรณนิภา หงส์อินทร์, ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
10. ปานชีวัน แลบุญมา. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
11. พิรญาณ์ ปาสวรรณ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลสระบุรี.ใน: สุปรียา ต้นสกุลบรรณาธิการ เอกสารประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: ชิตีพรีนท์; 2560: 190 - 201.
12. โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ บุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2551.
13. Rosenstock, I.M.Historical origins of the nealth belief model. Health Education Monographs 1976; 2: 328 - 335.

ศึกษาประสิทธิภาพการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีมาตรฐาน เพื่อตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ที่โรงพยาบาลนครปฐม

Efficacy study of Real-time PCR and standard method for Mycobacterium tuberculosis and its multi drug-resistance diagnosis at Nakhonpathom Hospital

สิทธิพจน์ ผลิตกุศลสุข*, สุมาลี สังฆพรหม

Sitthipoj Phalitkusoltuch*, Sumalee Sungkhaprom

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ*, นักเทคนิคการแพทย์

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

Medical Technologist, Professional Level*, Medical Technologist

Medical technologist and clinical pathology department, Nakhonpathom Hospital

*ผู้นิพนธ์หลัก (Corresponding Author); Email : poj_kku@hotmail.com

(Received: November 22, 2019, Revised: December 21, 2019, Accepted: December 24, 2019)

บทคัดย่อ

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นหนึ่งในโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทั่วโลกและเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย การตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (multi drug-resistant tuberculosis; MDR-TB) ทางห้องปฏิบัติการโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อเป็นวิธีมาตรฐาน แต่ยังมีข้อจำกัดในการตรวจวิเคราะห์ ปัจจุบันมีการทดสอบที่มีความไวและความจำเพาะสูง เช่น วิธีทางอณูชีววิทยาซึ่งเป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ทดสอบมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีมาตรฐาน (Standard method) โดยใช้ตัวอย่างเสมหะจากผู้ป่วย 151 ตัวอย่าง ถูกนำมาประเมินประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม first-line anti-tuberculosis drugs 2 ชนิด ได้แก่ ยา Rifampicin (RIF) และยา Isoniazid (INH) ด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ ผลการศึกษาพบว่า มีความไวร้อยละ 97.26, 100 และ 100 ค่าความจำเพาะร้อยละ 94.87, 100 และ 95.24 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 94.67, 100 และ 72.73 และค่าทำนายผลลบร้อยละ 97.37, 100 และ 100 สำหรับการตรวจวินิจฉัยวัณโรค, วัณโรคดื้อยา RIF และวัณโรคดื้อยา INH ตามลำดับ และพบตัวอย่างที่ให้ผลไม่สอดคล้องกันทั้งสองวิธีจากการตรวจวินิจฉัยวัณโรค และวัณโรคดื้อยา INH จำนวน 6 และ 3 ตัวอย่างตามลำดับ การศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เทคนิค Real-time PCR เป็นวิธีสำหรับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนานซึ่งเป็นวิธีที่ให้ผลถูกต้อง น่าเชื่อถือ และรวดเร็ว เพื่อประโยชน์ต่อการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคได้

คำสำคัญ : Tuberculosis, multi drug-resistant tuberculosis, real-time PCR, standard method, ยา Rifampicin (RIF), ยา Isoniazid (INH)

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is one of the causes of death in the world and is a major problem in Thailand. Culture is a standard method for diagnosis of tuberculosis and multi drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) but still have limitations. Currently, the molecular technique is high sensitivity and specificity which is a more popular method for testing. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the effectiveness of tuberculosis and multi drug-resistant tuberculosis diagnosis using real-time PCR method compared to the standard method. Sputum specimens from 151 patients evaluating the effectiveness of tuberculosis diagnosis and first line anti-tuberculosis drug resistance such as Rifampicin (RIF) and Isoniazid (INH) testing compared with culture method and drug susceptibility testing. A sensitivity of tuberculosis diagnosis, RIF resistance, and INH resistance using real-time PCR method compared to culture method was 97.26, 100 and 100 respectively. The result of tuberculosis diagnosis, RIF resistance and INH resistance with a specificity was 94.87, 100 and 95.24 respectively. A positive predictive value was 94.67, 100 and 72.73 and a negative predictive value of 97.37, 100 and 100 respectively. The inconsistent results from two methods for the diagnosis of tuberculosis and drug resistance INH found 6 and 3 samples, respectively. This study suggests that the real-time PCR technique is a method that provides accurate, reliable and fast for tuberculosis and its drug-resistant diagnosis for the benefit of diagnosis in patients with TB.

Keywords : Tuberculosis, multi drug-resistant tuberculosis, real-time PCR, standard method, Rifampicin drug (RIF), Isoniazid drug (INH)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรค (Tuberculosis;TB) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่มีสาเหตุจากเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis วัณโรคเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทั่วโลกและเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยโรคหนึ่ง อุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคทั่วโลกในปี 2017 พบผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคประมาณ 10 ล้านคนและเสียชีวิตจากการติดเชื้อวัณโรค 1.6 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 44 และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (multi drug-resistance TB; MDR-TB) ร้อยละ 82 อีกทั้งประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่พบว่ามีปัญหาวัณโรคสูง (High TB burden countries) โดยเฉลี่ยประชากรไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคคิดเป็น 156 ต่อแสนประชากร¹ ดังนั้นวัณโรคจึงเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ในสถานการณ์ที่มีการติดเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนานเพิ่มมากขึ้นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยวัณโรคจึงมีความสำคัญอย่างมากในการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการรักษาหายมากขึ้น ลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล และยังช่วยลดปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรครวมถึงวัณโรคดื้อยา ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมวัณโรค

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยวัณโรคทางห้องปฏิบัติการสามารถทำได้หลายวิธี ตัวอย่างเช่น การย้อมสี acid-fast strain และการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์, การเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) แม้ว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะเป็นวิธีที่สามารถทำได้อย่างรวดเร็วและประหยัด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความไว (sensitivity) ของการตรวจพบเชื้อ โดยจะต้องมีเชื้อในสิ่งส่งตรวจประมาณ 5,000-10,000 เซลล์ต่อมิลลิกรัม จึงจะสามารถตรวจพบเชื้อได้² ส่วนการเพาะเลี้ยงเชื้อจากสิ่งส่งตรวจเป็นวิธีมาตรฐาน (standard method) ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ซึ่งเป็นวิธีที่มีความไวมากกว่าการ

ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ แต่ก็มีข้อจำกัดเนื่องจากการเพาะเลี้ยงเชื้อจากสิ่งส่งตรวจใช้เวลานานเฉลี่ยประมาณ 4-8 สัปดาห์³ ในทางตรงข้ามการตรวจหาเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยาโดยตรงจากสิ่งส่งตรวจโดยการทดสอบทางอณูชีววิทยา (Molecular) หรือ PCR-based method เช่น real-time PCR เป็นอีกหนึ่งวิธีที่นิยมนำมาใช้ทดสอบในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูงและได้ผลที่รวดเร็ว

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม first-line anti-tuberculosis drugs 2 ชนิด ได้แก่ วัณโรคที่ดื้อต่อยา Rifampicin (RIF-R TB) และวัณโรคที่ดื้อต่อยา Isoniazid (INH-R TB) ด้วยวิธี Real-time PCR โดยใช้ชุดน้ำยาสำเร็จรูป AnyplexTM MTB/NTM Real-time Detection และ AnyplexTM II MTB/MDR Detection เทียบกับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) และทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (Drug susceptibility test : DST) ในตัวอย่างส่งตรวจของผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกสงสัยว่าเป็นวัณโรคและมารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม โดยการประเมินเปรียบเทียบด้วยหลักการทางสถิติหาค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าทำนายผลบวก และค่าทำนายผลลบจากการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นหนึ่งในทางเลือกสำหรับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนานรวมถึงเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็น Diagnostic test

ศึกษาในสิ่งส่งตรวจทางคลินิกชนิดเสมหะที่เก็บจากผู้ป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 151 ราย ที่ส่งตรวจที่โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยวิธี Real-time PCR และวิธีมาตรฐานเพาะเลี้ยงเชื้อและตรวจหาความไวต่อยา (drug susceptibility test)

ในกลุ่มยา first-line anti-tuberculosis drugs เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์หาเชื้อวัณโรค เชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา Rifampicin (RIF-R TB) และวัณโรคที่ดื้อต่อยา Isoniazid (INH-R TB) ด้วยวิธี Real-time PCR ในตัวอย่างเสมหะผู้ป่วยรายใหม่ เทียบกับวิธีมาตรฐานเพาะเลี้ยงเชื้อและการทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (DST)

ขั้นตอนการศึกษา

1. การตรวจหาเชื้อวัณโรค (MTB), วัณโรคที่ดื้อต่อยา Rifampicin (RIF-R TB), วัณโรคที่ดื้อต่อยา Isoniazid (INH-R TB) ด้วยหลักการ Real-time PCR โดยน้ำยา Anyplex™ MTB/NTM Real-time Detection และ Anyplex™ II MTB/MDR Detection

1.1 การ pre-treatment ตัวอย่างเสมหะเพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากเชื้ออื่นๆ⁴ เติม NALC-NaOH (0.5% NALC, 2% NaOH, and 1.47% trisodium citrate) ลงในตัวอย่างเสมหะ ในอัตราส่วน 1:1 ผสมให้เข้ากันเป็นเวลา 1 นาที ต่อจากนั้น ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 15 นาที จากนั้นปั่นด้วยความเร็วรอบ 15,000g (13,000 rpm) นาน 10 นาที ดูดส่วนใสทิ้ง เติมน้ำละลาย 1X PBS ปริมาตร 1 ml และผสมให้เข้ากัน นำไปปั่นด้วยความเร็วรอบ 15,000g (13,000 rpm) นาน 10 นาที ดูดส่วนใสทิ้ง ซึ่งจะได้สารสุดท้ายเป็นตะกอน sediment ให้ทำการเติม Lysozyme solution 200 ul ลงในตะกอน sediment นั้น แล้วตั้งทิ้งไว้ที่ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 30 นาที ต่อจากนั้น เติม RNase A 4 ul ผสมให้เข้ากัน และตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 10 นาที เติมน้ำละลาย Proteinase K (10 mg/ml) 40 ul ผสมให้เข้ากัน นำเข้าสู่ขั้นตอนการสกัดสารพันธุกรรมด้วยเครื่องสกัดสารพันธุกรรมแบบอัตโนมัติ Magnesia 16 โดยใช้ชุดน้ำยา Magnesia 16 Genomic DNA Bacterial kit

1.2 การสกัดสารพันธุกรรม โดยเครื่องสกัดสารพันธุกรรมอัตโนมัติ Magnesia16⁵

นำตัวอย่างเสมหะที่ผ่านการ pre-treatment ปริมาตร 200 uL มาสกัดสารพันธุกรรมจากเครื่องสกัดสารพันธุกรรมอัตโนมัติ Magnesia16 (Anatolia Geneworks®, Turkey) ใช้หลักการ Cellulose coated magnetic beads extraction ด้วยน้ำยา Magnesia 16 Genomic DNA Bacterial Kit ซึ่งใช้เวลาการสกัดในเครื่อง 44 นาที โดยรูปแบบน้ำยาเป็นลักษณะ cartridge ที่บรรจุน้ำยา Lysis buffer, Binding buffer, Beads mixture, Wash 1 Buffer, Wash 2 Buffer, Distilled water และ Elution Buffer ซึ่ง eluted nucleic acid ที่ได้จะมีปริมาตร 60 uL

1.3 การตรวจวิเคราะห์และการแปลผลการตรวจหาเชื้อวัณโรค (MTB) ด้วยหลักการ Real-time PCR โดยน้ำยา Anyplex™ MTB/NTM Real-time Detection⁴

นำสารพันธุกรรมที่สกัด มาตรวจวิเคราะห์หาเชื้อวัณโรค ตามวิธีการในคู่มือน้ำยา Anyplex™ MTB/NTM Real-time Detection ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยี DPO โดยแต่ละตัวอย่างใช้สารพันธุกรรมที่สกัดได้ 5 uL รวมกับ Real-time PCR Master mix 15 uL ประกอบด้วย 10X MTB/NTM OM 2 uL, RNase-free water 3 uL และ 2X Anyplex PCR Master Mix (with UDG) 10 uL ต่อจากนั้น นำเข้าเครื่อง Real-time PCR รุ่น CFX96 Real-time PCR System (Bio-Rad, USA) ตั้งโปรแกรมการทำงาน ดังนี้ pre-denaturation 95°C 15 นาที, ทำ PCR 45 รอบ โดย denaturation 95°C 30 วินาที, annealing และ extension 60°C 1 นาที โดยตรวจจับสัญญาณฟลูออเรสเซนซ์ที่ขั้นตอนที่ 60°C เมื่อปฏิกิริยาเสร็จสมบูรณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สามารถแปลผลการตรวจวิเคราะห์ได้ด้วยโปรแกรมการแปลผลอัตโนมัติ Seegene viewer ซึ่งตัวอย่างที่ถูกแปลผล MTB positive จะมีกราฟ Amplification curve เห็นเส้น Baseline threshold value ของสี FAM ที่ 1200 โดยมี Ct cutoff value ที่ 40 สำหรับการตรวจวิเคราะห์เชื้อวัณโรค ชุดน้ำยามี DPO Primer ที่ตรวจจับยีน IS6110 และ MPB64 และในการตรวจวิเคราะห์ทุกรอบจะมีการควบคุมคุณภาพชุดน้ำยาโดย Positive และ Negative Amplification Controls ที่ให้มากับชุดน้ำยา และใน Master

mix มี Internal Control ถูกใส่มาเพื่อช่วยควบคุมในเรื่องของการยับยั้งปฏิกิริยาการทำ PCR โดย IC ได้ถูก optimize มาให้มีการเพิ่มปริมาณอย่างพอเหมาะควบคู่ไปกับสารพันธุกรรมเป้าหมายในตัวอย่างส่งตรวจ

1.4 การตรวจวิเคราะห์และการแปลผลการ

ตรวจหาเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา Rifampicin (RIF-R TB) และวัณโรคที่ดื้อยา Isoniazid (INH-R TB) ด้วยหลักการ Real-time PCR โดยน้ำยา Anyplex™ II MTB/MDR Detection⁶

นำสารพันธุกรรมของตัวอย่างที่ให้ผล MTB เป็นบวกจากน้ำยา Anyplex™ II MTB/NTM Real-time Detection มาตรวจวิเคราะห์หาเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา Rifampicin และวัณโรคที่ดื้อยา Isoniazid ตามวิธีการในคู่มือน้ำยา Anyplex™ II MTB/MDR Detection ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยี DPO ร่วมกับ TOCE โดยแต่ละตัวอย่างใช้สารพันธุกรรม MTB ที่ให้ผลบวก ที่สกัดไว้ 5 uL รวมกับ Real-time PCR Master mix 15 uL ประกอบด้วย 4X MTB/MDR TOM 5 uL, RNase-free water 5 uL และ 4X Anyplex PCR Master Mix (with UDG) 5 uL ต่อจากนั้น นำเข้าเครื่อง Real-time PCR รุ่น CFX96 Real-time PCR System (Bio-Rad, USA) ตั้งโปรแกรมการทำงาน ดังนี้ pre-denaturation 95°C 15 นาที, ทำ PCR 50 รอบ โดย denaturation 95°C 30 วินาที, annealing 60°C 1 นาที และ extension 72°C 30 วินาที, ทำ Melting curve analysis โดย Pre-melting 55°C 30 วินาที, melting analysis 55°C - 85°C (5 sec/0.5°C) โดยตรวจจับสัญญาณฟลูออเรสเซนซ์ที่ขั้นตอน melting analysis เมื่อปฏิกิริยาเสร็จสมบูรณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที สามารถแปลผลการตรวจวิเคราะห์ได้ด้วยโปรแกรมการแปลผลอัตโนมัติ Seegene viewer ซึ่งตัวอย่างที่ถูกแปลผลเป็น RIF-R TB Positive จะมีสัญญาณ melting curve ของสี HEX, ตัวอย่างที่ให้ผล INH-R TB Positive จะมีสัญญาณ melting curve ของสี CalRed610, ตัวอย่างที่เป็นเชื้อวัณโรคที่ไม่ดื้อยาทั้งสองชนิดจะไม่มีสัญญาณใดๆ และหากตัวอย่างเป็น MDR-TB จะมีสัญญาณ melting curve ของทั้งสี HEX และ CalRed610 เกิดขึ้นในปฏิกิริยาของตัวอย่างนั้นๆ สำหรับการตรวจวิเคราะห์เชื้อวัณโรคที่ดื้อยา Rifampicin (RIF-R TB)

เป็นการใช้ DPO Primer ตรวจจับยีน *mpoB* ของเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา Rifampicin ตรงตำแหน่งการกลายพันธุ์ครอบคลุม 18 ตำแหน่งที่เกี่ยวข้อง : L511P(CCG), Q513K(AAA), Q513L(CTA), Q513P(CCA), 3 amino acid deletion in 513~516, D516V(GTC), D516Y(TAC), S522L(TTC), S522Q(CAG), H526C(TGC), H526D(GAC), H526L(CTC), H526N(AAC), H526R(CGC), H526Y(TAC), S531L(TTG), S531W(TGG) และ L533P(CCG) และการตรวจวิเคราะห์เชื้อวัณโรคที่ดื้อยา Isoniazid (INH-R TB) เป็นการใช้ DPO Primer ตรวจจับยีน *katG* และ *inhA* promoter ของเชื้อวัณโรคที่ดื้อยา Isoniazid ตรงตำแหน่งการกลายพันธุ์ครอบคลุม 7 ตำแหน่งที่เกี่ยวข้อง : *katG* S315I(ATC), S315N(AAC), S315T(ACC) และ S315T(ACA); *inhA* promoter -15(T), -8(A) และ -8(C) โดยรวมชุดน้ำยาสามารถตรวจวิเคราะห์เชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ครอบคลุมตำแหน่งการกลายพันธุ์ทั้งหมด 25 ตำแหน่ง ร่วมกับเทคโนโลยี TOCE ทำให้สามารถตรวจวัดสัญญาณเป็น melting curve โดยเชื้อ RIF-R TB จะถูกวัดที่ช่องสัญญาณ HEX, เชื้อ INH-R TB จะถูกวัดที่ช่องสัญญาณ CalRed610 และในการตรวจวิเคราะห์ทุกรอบจะมีการควบคุมคุณภาพชุดน้ำยาโดย Positive และ Negative Amplification Controls ที่ให้มากับชุดน้ำยา และยังมี Wild Type Control เป็นตัวควบคุมคุณภาพที่ใช้ในการเปรียบเทียบ melting curve กับผลของตัวอย่างในการทำงานรอบนั้นๆ และใน Master mix มี Internal Control ถูกใส่มาเพื่อช่วยควบคุมในเรื่องของการยับยั้งปฏิกิริยาการทำ PCR โดย IC ได้ถูก optimize มาให้มีการเพิ่มปริมาณอย่างพอเหมาะควบคู่ไปกับสารพันธุกรรมเป้าหมายในตัวอย่างส่งตรวจ

2. การตรวจหาเชื้อวัณโรคและความไวต่อยาด้วยวิธีมาตรฐานการเพาะเลี้ยงเชื้อ (Standard Method)

ตัวอย่างเสมหะผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย ของปี พ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 151 ราย จะถูกส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อและการทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (Drug susceptibility test : DST) ที่กลุ่มห้องปฏิบัติการ

ทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ตามขั้นตอนของห้องปฏิบัติการ³

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์อธิบายข้อมูลผลลัพธ์ลักษณะที่ศึกษาของ 2 กลุ่มและแสดงข้อมูลปริมาณด้วย จำนวน จำแนกตามกลุ่ม แสดงความถูกต้องของการตรวจด้วยค่าความไว (Sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ค่าทำนายผลบวก (positive predictive value: PPV) และค่าทำนายผลลบ (negative predictive value: NPV) เปรียบเทียบระหว่างชุดน้ำยาสำเร็จรูป Anyplex™ MTB/NTM Real-time Detection และน้ำยา Anyplex™ II MTB/MDR Detection (Seegene Inc., South Korea) กับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) และการทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (DST)

คำจำกัดความ

MTB หมายถึง เชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis*

MDR คือวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-Resistance Tuberculosis) หมายถึง เชื้อวัณโรคที่ดื้อยาต้านวัณโรคอย่างน้อย 2 ขนาน คือ Isoniazid (INH) และ Rifampicin (RMP)

วิธีมาตรฐาน (Gold standard) หมายถึง วิธีที่ยอมรับกันทั่วไปในสาขางานนั้นๆ และมักเป็นวิธีที่ผ่านการศึกษา collaborative trial มาแล้ว แต่อาจมีบางวิธีที่ไม่ผ่านการศึกษา collaborative trial แต่เป็นวิธีที่ใช้กันมานานและได้รับการยอมรับกันทั่วไปในสาขางานนั้นแล้ว อาจเป็นวิธีที่ดีพิมพ์ในมาตรฐานระหว่างประเทศ มาตรฐาน

ภูมิภาค หรือมาตรฐานของประเทศ หรือมาตรฐานขององค์กรที่มีชื่อเสียงในสาขานั้นๆ การศึกษาค้นคว้าวิธีมาตรฐานคือการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ

ผลการศึกษา

ตัวอย่างเสมหะจากผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่ส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคทั้งหมด 151 ตัวอย่าง นำมาประเมินประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม first-line anti-tuberculosis drugs ด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ

1. การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

ผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคจากตัวอย่างทั้งหมด 151 ตัวอย่าง พบตัวอย่างที่ให้ผลบวก (Positive) หรือ MTB detected ทั้งจากวิธี Real-time PCR ด้วยชุดน้ำยา Anyplex™ MTB/NTM Real-time Detection (V 2.0) และวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) โดยให้ผลตรวจพบเชื้อ MTB (MTB detected) สอดคล้องกันทั้งหมด 71 ตัวอย่าง ให้ผลตรวจไม่พบเชื้อ หรือ MTB not detected สอดคล้องกันทั้งสองวิธี 74 ตัวอย่าง และมีตัวอย่างทั้งหมด 6 รายที่ให้ผลไม่สอดคล้องกันระหว่างสองวิธี ประกอบด้วย ตัวอย่าง 4 รายให้ผล MTB detected ด้วยวิธี Real-time PCR แต่ให้ผล MTB not detected กับวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ และตัวอย่าง 2 รายให้ผล MTB not detected ด้วยวิธี Real-time PCR แต่ให้ผล MTB detected กับวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Real-time PCR และวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture)

Real-time PCR	Culture		
	MTB detected	MTB not detected	Total
MTB detected	71	4	75
MTB not detected	2	74	76
Total	73	78	151

2. การตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยาหลายขนาน

ตัวอย่างที่ให้ผล MTB detected สอดคล้องกันทั้งจากวิธี Real-time PCR และวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture) จำนวน 71 ตัวอย่าง ถูกนำมาตรวจวิเคราะห์วัณโรคด้วยยาในกลุ่ม first-line anti-tuberculosis drugs 2 ชนิด ได้แก่ ทดสอบความไวต่อยา Rifampicin (RIF) และยา Isoniazid (INH) ด้วยวิธี Real-time PCR โดยใช้ชุดน้ำยา Anyplex™ II

MTB/MDR Detection เปรียบเทียบกับวิธีการทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (DST)

ผลการทดสอบความไวต่อยา Rifampicin (RIF) พบว่า วิธี Real-time PCR และวิธีทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อให้ผลสอดคล้องกันทั้งหมด โดยให้ผลไวต่อยา RIF (RIF-Resistance) 1 ตัวอย่าง และให้ผลไวต่อยา RIF (RIF-Susceptible) 70 ตัวอย่าง และไม่มีตัวอย่างที่ให้ผลไม่สอดคล้องกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา Rifampicin (RIF) ด้วยวิธี Real-time PCR และวิธีทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ

Real-time PCR	Drug Susceptibility Test		
	RIF-Resistance	RIF-Susceptible	Total
RIF-Resistance	1	0	1
RIF-Susceptible	0	70	70
Total	1	70	71

ผลการทดสอบความไวต่อยา Isoniazid (INH) มี 8 ตัวอย่างที่ให้ผลไวต่อยา INH (INH-Resistance) สอดคล้องกันทั้ง 2 วิธี, 60 ตัวอย่างที่ให้ผลไวต่อยา INH (INH-Susceptible) สอดคล้องกันทั้งจากวิธี Real-time PCR และ

วิธีทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ และ 3 ตัวอย่างที่ให้ผล Resistance กับวิธี Real-time PCR แต่ให้ผล Susceptible กับการทดสอบความไวต่อยา INH บนอาหารเลี้ยงเชื้อ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยา Isoniazid (INH) ด้วยวิธี Real-time PCR และวิธีทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ

Real-time PCR	Drug Susceptibility Test		
	INH-Resistance	INH-Susceptible	Total
INH-Resistance	8	3	11
INH-Susceptible	0	60	60
Total	8	63	71

การตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Real-time PCR มีค่าความไว (sensitivity), ค่าความจำเพาะ (specificity), ค่าทำนายผลบวก (Positive Predictive Value) และค่าทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) คิดเป็นร้อยละ 97.26, 94.87, 94.67, และ 97.37 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อ ดังตารางที่ 4

จากผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยยาในกลุ่ม first-line anti-tuberculosis drugs โดยทดสอบความไวต่อยา Rifampicin (RIF) ด้วยวิธี Real-time PCR มีค่าความไว (sensitivity), ค่าความจำเพาะ (specificity), ค่าทำนายผลบวก (Positive Predictive Value) และค่าทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) คิดเป็นร้อยละ 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ และการทดสอบความไวต่อยา Isoniazid

(INH) ด้วยวิธี Real-time PCR มีค่าความไว (sensitivity), ค่าความจำเพาะ (specificity), ค่าทำนายผลบวก (Positive Predictive Value) และ ค่าทำนายผลลบ (Negative

Predictive Value) คิดเป็นร้อยละ 100, 95.24, 72.73 และ 100 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับวิธีทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ทางสถิติการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Real-time PCR เทียบกับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อ

Testing	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Positive Predictive Value (%)	Negative Predictive Value (%)
MTB	97.26	94.87	94.67	97.37
RIF	100	100	100	100
INH	100	95.24	72.73	100

วิจารณ์

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ในการตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Real-time PCR เมื่อเทียบกับวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อที่เป็นวิธีมาตรฐาน พบว่ามีค่าความไว (sensitivity), ค่าความจำเพาะ (specificity), ค่าทำนายผลบวก (Positive Predictive Value) และค่าทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Seo Woo Kim และคณะ⁷ และมีตัวอย่างที่ให้ผลไม่สอดคล้องกันทั้งสองวิธีจากการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี Real-time PCR และวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อ สำหรับกรณีแรกตรวจพบเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Real-time PCR แต่ตรวจไม่พบเชื้อด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ เนื่องจากในตัวอย่างเสมหะของผู้ป่วยมีปริมาณของเชื้อวัณโรคที่น้อย โดยการเพาะเลี้ยงเชื้ออาศัยหลักการให้เชื้อเจริญเติบโตบนอาหารเลี้ยงเชื้อในอุณหภูมิและสภาวะที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากวิธี Real-time PCR ที่เป็นการตรวจปริมาณสารพันธุกรรม (DNA) ของเชื้อวัณโรคโดยจะสามารถตรวจหาในกรณีที่เชื้อมีปริมาณน้อยได้ ดังนั้น ในตัวอย่างเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคปริมาณน้อยจึงเป็นสาเหตุให้ตรวจไม่พบเชื้อด้วยวิธีการเพาะเลี้ยงเชื้อได้ ส่วนในกรณีที่สองที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคด้วยการเพาะเลี้ยงเชื้อเพียงอย่างเดียว และตรวจไม่พบเชื้อด้วยวิธี Real-time PCR นั้นอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ คุณภาพของตัวอย่างเสมหะที่ใช้ทดสอบ. ขั้นตอนในการเตรียมตัวอย่าง (pre-treatment)

ก่อนนำมาทดสอบด้วยวิธี Real-time PCR อาจจะมีตัวยับยั้งในกระบวนการทำ PCR (PCR inhibitor)

ผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม first-line anti-tuberculosis drugs โดยทดสอบความไวต่อยา Rifampicin (RIF) และยา Isoniazid (INH) ด้วยวิธี Real-time PCR มีค่าความไว (sensitivity), ค่าความจำเพาะ (specificity), ค่าทำนายผลบวก (Positive Predictive Value) และค่าทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) ใกล้เคียงกับการศึกษาของไกรฤกษ์ สุธรรมและคณะ³ และการศึกษาของสมศักดิ์ สินธุไรและคณะ⁸ จากการศึกษาพบกรณีที่ให้ผลการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Real-time PCR ไม่สอดคล้องกับการทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อกรณีที่ตรวจพบการดื้อยา INH ด้วยวิธี Real-time PCR แต่ไม่พบการดื้อยา INH ด้วยการทดสอบความไวบนอาหารเลี้ยงเชื้อ ซึ่งสาเหตุที่ตรวจไม่พบการดื้อยาดังกล่าวจากการทดสอบความไวต่อยาบนอาหารเลี้ยงเชื่อนั้นอาจเป็นไปได้ว่าเชื้อวัณโรคที่ตรวจได้จากวิธี Real-time PCR เป็นการตรวจพบจากสารพันธุกรรม (DNA) ของเชื้อวัณโรคที่ตายแล้ว หรืออาจเกิดจากเชื้อในตัวอย่างเสมหะมียีสสองกลุ่ม (mixed population) คือมีทั้งกลุ่มเชื้อวัณโรคที่มียีสดื้อยาและที่ไม่มียีสดื้อยา จึงทำให้เชื้อในกลุ่มที่ไม่มียีสดื้อยาสามารถเจริญเติบโตบนเชื้อที่มียีสดื้อยา จึงอาจจะทำให้ตรวจไม่พบการดื้อยาบนอาหารเลี้ยงเชื้อได้ ซึ่งข้อเท็จจริงด้านความไม่สอดคล้องกันของผลการตรวจวินิจฉัยนั้น อาจ

ทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมด้วยวิธีการวิเคราะห์อื่นๆ หรือยืนยันผลด้วยวิธีการหาลำดับเบส (Sequencing) ประกอบกับการพิจารณาอาการของผู้ป่วยเพิ่มเติมได้

สรุป

การศึกษานี้แม้ว่าวิธี real-time PCR จะให้ผลความไวและความจำเพาะสูงเมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐานแต่เมื่อเทียบ ต้นทุนในการตรวจ พบว่า วิธี real-time PCR ยังมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าวิธีมาตรฐานทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ได้เฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีงบประมาณอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการติดเชื้อวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนของการติดเชื้อวัณโรคที่มีการดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยาอย่างกว้างขวางเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การตรวจวินิจฉัยที่แม่นยำ รวดเร็ว ให้ผลถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ โดยสามารถทราบรูปแบบการดื้อยาของเชื้อวัณโรคตั้งแต่แรกย่อมส่งผลดีต่อการวางแผนการรักษาและการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ทำให้ลดโอกาสในการกระจายเชื้อจากผู้ป่วยไปยังบุคคลอื่นได้ ดังนั้น จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถที่จะใช้เทคนิค Real-time PCR เป็นหนึ่งในวิธีสำหรับการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคได้ อีกทั้งยังช่วยลดเวลาในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้แพทย์สามารถนำผลการวินิจฉัยไปประเมินการรักษาผู้ป่วยต่อไปได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค และช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยาไม่ให้ออกสู่ชุมชน โดยทั้งนี้ เมื่อคิดต้นทุนเทียบกับประสิทธิภาพ จะพบว่า การนำวิธี real-time PCR มาตรวจหาเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยต้องใช้ต้นทุนสูงกว่าการใช้วิธีมาตรฐานแต่ให้ประสิทธิภาพในการตรวจหาเชื้อวัณโรคได้ดีกว่า

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Global tuberculosis report. [Internet] 2018. [cited 2019 February 13]. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
2. Kent PT, Kubica GP, Centers for Disease C. Public health mycobacteriology : a guide for the level III laboratory. Atlanta, Ga.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. 1985;1-226
3. Suthum K, Tipkrua N. Comparison of Mycobacterium tuberculosis drug resistance testing between Real-time PCR using a Dual Priming Oligonucleotide Method and drug susceptibility testing by The BACTECTM MGITM 960 System. J Med Tech Assoc Thailand 2013;41:4654-66.
4. Seegene, Inc., Korea. User Manual: AnyplexTM MTB/NTM Real-time Detection (V2.0). 2015;3.02:15-23.
5. Anatolia Geneworks®, Turkey. User Manual: Magnesia16 Nucleic Acid Extraction Kit. 2012;4.0:17-18.
6. Seegene, Inc., Korea. User Manual: AnyplexTM II MTB/MDR Detection. 2015;1.0:15-28.
7. Kim SW, Kim SI, Lee SJ, Lee JH, Ryu YJ, Shim SS, et.al. The effectiveness of real-time PCR assay, compared with microbiologic results for the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Tuberc Respir Dis (Seoul). 2015;78(1):1-7.

8. สมศักดิ์ สินธุไธ, ภัณฑภัทร เกษรสุคนธ์,
ปัทมา กล่อมพร, ธนกร โพธิ์วงศ์, รัชณีพร
คำมินทร์, และสุวรรณี กิริติวาสี. การตรวจ
วินิจฉัยและการทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ
วัณโรคด้วยชุดน้ำยาสำเร็จรูป AnyplexTM
Real-time PCR เปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน
การเพาะเลี้ยงเชื้อ. วารสารเทคนิคการแพทย์
เชียงใหม่ ปีที่ 49. 2559;218-226.

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

THE CLIENTS' SATISFACTION OF OUT-PATIENT DEPARTMENT SERVICE
IN SOMDETPHAPHUTALERTLA HOSPITAL

รัชณี หลงสวาสดี

RATCHANEE LONGSAWASD

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ADVANCED PRACTICE NURSE IN ADULT NURSING DEPARTMENT OF QUALITY CENTER,
SOMDETPHAPHUTALERTLA HOSPITAL

*ผู้นิพนธ์หลัก (Corresponding Author); Email : jom49lover@gmail.com

(Received: November 29, 2019, Revised: December 22, 2019, Accepted: December 24, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านขั้นตอนให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการให้บริการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาใช้บริการทางด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2562 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 428 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามออนไลน์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก และ 3) แบบสอบถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลจากการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .86$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้าน พบว่า ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{X} = 3.95$, $SD = .94$) รองลงมา คือ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{X} = 3.84$, $SD = .90$) ตามลำดับ และด้านคุณภาพการให้บริการมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.73$, $SD = .77$) ด้านข้อเสนอแนะ พบว่า ควรเพิ่มจำนวนห้องจ่ายยา และพัฒนาระบบการจ่ายยาให้มีความรวดเร็ว

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ, การให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Abstract

The objective of this research was to study the clients' satisfaction with the service provided by the Out-Patient Department (OPD) at the Somdetphaphuthalertlla Hospital in four areas, namely service process, staff, facilities, and service quality. The samples of this study were 428 service receivers, in the clients in Out-Patient Department (OPD) at the Somdetphaphuthalertlla Hospital between May-June 2019. The sample was selected based on a simple random sampling. Total 428 respondents were asked to fill out the questionnaire at the service point. The research instruments were a questionnaire asking data about 1) a general information 2) a satisfaction survey for hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in 2018 to ask about clients' satisfaction with OPD service at the Somdetphaphuthalertlla Hospital, and 3) an open-ended questionnaire. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The results of this research indicated that overall satisfaction with the service provided by the Out-Patient Department (OPD) at the Somdetphaphuthalertlla Hospital was at a high level ($\bar{X}$ = 3.83, SD = .86). When individual aspects were considered, an aspect with the highest mean was staff ($\bar{X}$ = 3.95, SD = .94), followed by service process ($\bar{X}$ = 3.84, SD = .90), and service quality is the lowest ($\bar{X}$ = 3.73, SD = .77). The clients were suggested to increase the number of Dispensing rooms and improve the faster performance of the Dispensing Department's management system.

Keywords: Satisfaction, Out-Patient Department service, Somdetphaphuthalertlla Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12¹ เป็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ในด้านสุขภาพเน้นความเชื่อมโยงให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักการด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) มีปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เป็นกรอบแนวทางแผนระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปี เพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม เป้าหมายสำคัญในการให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม ตลอดจนขยายความครอบคลุมและยกระดับคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับให้มีศักยภาพรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ² การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกัน และการจัดบริการที่ครอบคลุมเป็นธรรม ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียงซึ่งหมายถึง การพัฒนาสุขภาพของประชาชนไปสู่การมีสุขภาพะทั้งมิติกาย จิต สังคม และปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เข้มแข็ง เพียงพอและเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของประชาชนบนต้นทุนที่เหมาะสม³

แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department : OPD) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการของโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยแต่ละรายต้องผ่านจุดบริการนี้เพื่อจะได้รับการตรวจวินิจฉัย ก่อนที่จะเข้าพักรักษาหรือหลังจากออกจากโรงพยาบาล และต้องมาติดตามผลการรักษาพยาบาล ซึ่งถือเป็นจุดบริการด่านแรกของโรงพยาบาล โดยมีงานหลัก คือ การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ซึ่งครอบคลุม

ในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ ในส่วนของกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยนั้น เน้นการอำนวยความสะดวก การต้อนรับ การคัดกรอง การจัดลำดับ/คิวเข้าตรวจ การป้องกันอันตรายขณะรอตรวจ การตรวจโรคทั่วไปหรือโรคเฉพาะทาง การส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องฉีดยาห้องทำแผล การให้ข้อมูลกับผู้เข้ามาใช้บริการ และญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการทราบวิธีการปฏิบัติตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ตลอดจนการส่งผู้รับบริการปรึกษาหารือแผนกและส่งต่อผู้รับบริการไปรักษาพยาบาลยังหน่วยงานอื่น⁴

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเป็นโรงพยาบาลรัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้บริการในการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงาน/ลูกจ้าง และประชาชนทั่วไปทั้งในเขตและนอกเขตจังหวัดสมุทรสงคราม แบบไม่พักค้างคืนในโรงพยาบาล โดยเน้นคุณภาพในการให้การรักษายาบาลเป็นสำคัญ มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เฉพาะโรคหลายสาขา ประกอบไปด้วยแพทย์เฉพาะทางที่ออกตรวจ OPD อายุรกรรม, OPD ศัลยกรรม, OPD ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, OPD ตา หู คอ จมูก, OPD กุมารเวชกรรม, OPD สูติกรรม, OPD ประสาทศัลยศาสตร์ และ OPD ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ มีการให้บริการที่อบอุ่นประทับใจ ที่มุ่งเน้นคุณภาพของการบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ แผนกผู้ป่วยนอกยังประกอบไปด้วย คลินิกทันตกรรม คลินิกฝังเข็ม/กระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า และศูนย์ไคเทียม ซึ่งเป็นศูนย์รักษาเฉพาะทาง

จากสถิติของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2559-2561) พบว่า ในปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 70,533 คน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน 5,878 คน ต่อมาในปี พ.ศ.2560 จำนวนผู้ป่วย 76,790 คน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน 6,399 คน และในปี พ.ศ.2561 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เป็น 80,493 คน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน 6,708

คน⁵ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะพบว่าผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ส่วนหนึ่งมาจากกระแสความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ และมีบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เช่น บริการรักษาเฉพาะทาง ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ บริการรักษาด้วยการผ่าตัด และให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น แพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งลักษณะเฉพาะของงานบริการผู้ป่วยนอกที่ผู้ใช้บริการมีความหลากหลาย และมีจำนวนมากภายในช่วงเวลาที่จำกัด การจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกนั้น ต้องอาศัยระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถให้บริการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้เป้าหมายของหน่วยงาน คือ บริการถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการได้ความรู้ และมีความพึงพอใจจากการใช้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่ป่วยเป็นโรคเดิมซ้ำขึ้นมาบ่อย ๆ หรือรู้จักการดูแล และป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคอื่นๆ ขึ้นได้ อันจะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อการบริการพยาบาล

ความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไปเมื่อไปโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจะได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพสูงทุกครั้ง แต่เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนละเอียดอ่อน มีบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก แผนกผู้ป่วยนอกเป็นงานที่มีความเร่งด่วน รอช้าไม่ได้ย่อมมีโอกาสเกิดความผิดพลาด หรือไม่สมบูรณ์ หรือเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และประชาชนมีความต้องการที่จะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว จึงเกิดความไม่เข้าใจ ไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคุณภาพของการบริการสามารถประเมินได้โดยการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาคุณภาพ และรับผิดชอบการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์กร รับผิดชอบตัวชี้วัดในเรื่องความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ร่วมกับทีมพัฒนาด้านหน้า/แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จึงมีความสนใจ ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยการประเมินคุณภาพของการบริการให้ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาล 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) ด้านผลการให้บริการการรักษา ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการปรับปรุงคุณภาพการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดความประทับใจ และต้องการเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร คือ

ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการทางด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในช่วงเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2562 โดยอ้างอิงจำนวนผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 34,320 คน⁶

กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการทางด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในช่วง เดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2562 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากประชากรที่มารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 34,320 คน เฉลี่ย 1,635 คน/วัน โดยใช้สูตรของ Yamane (1970)⁷ ที่กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5% ที่ 95% confidence interval จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 395 คน แต่ในการตอบแบบสอบถาม Online นี้ มีผู้ป่วยและญาติ

Scan QR Code เข้าไปตอบ 500 คน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วน สามารถวิเคราะห์ได้จำนวน 428 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 428 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาที่สำเร็จสูงสุด อาชีพประจำรายได้ส่วนต่อเดือน พื้นที่อาศัยอยู่ในเขต/อำเภอ และจังหวัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของวิรัช ประวันเตา⁹ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาล จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านผลการให้บริการรักษาพยาบาล จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้⁹

4.51-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด (open-ended questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 2 ข้อ คือ 1) โปรดระบุปัญหาในการใช้บริการ และ 2) โปรดระบุข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยนอกที่จัดทำ Online/QR Code ของวิรัช ประวันเตา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ที่มีค่า IOC .50-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้บริหารในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าให้เผยแพร่ข้อมูลได้ และในขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรับทราบ แล้วจึงขอความร่วมมือ ขอความยินยอมในการใช้โทรศัพท์มือถือ Smart Phone ส่วนตัวของผู้รับบริการ Scan QR Code เพื่อตอบแบบสอบถาม Online ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผลการศึกษา จะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และไม่นำเสนอเพื่อก่อให้เกิดผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา/เป็นนโยบายระบบการทำงานคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีการรายงาน/ชี้แจงในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพื่อทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วย และญาติแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ภายหลังได้รับการอนุมัติได้เข้าพบ กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ IT ในโรงพยาบาลในวัน และเวลาราชการ ช่วงเช้า 8.00 -12.00 วันละ 10-20 ราย เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบแล้วข้อมูลจะถูกส่งไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประวันเตา นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาลระดับประเทศ ผู้วิจัยได้ประสานไป เพื่อขอข้อมูลดิบ File Excel เฉพาะ

ข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามาวิเคราะห์
ข้อมูลนำเสนอผู้บริหาร และจัดทำรายงานการวิจัยฉบับนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดย
ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ สำหรับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ
ของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เป็นคำถามปลายเปิด
ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง คิดเป็นร้อยละ 70.09 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 15-
29 ปีคิดเป็นร้อยละ 18.93 ช่วงอายุ 30-44 ปีคิดเป็นร้อยละ
31.07 และช่วงอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 25.70 สำเร็จ
การศึกษาระดับมัธยม/อนุปริญญาตรี ร้อยละ 47.2 และ
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 31.78 วันที่เข้ารับบริการ

และมีกลุ่มตัวอย่างว่างตอบแบบประเมินความพึงพอใจ
Online มากที่สุดคือ วันพฤหัสบดี มีจำนวน 189 คน คิด
เป็น ร้อยละ 44.16 รองลงมา คือ วันศุกร์ จำนวน 103 คน
คิดเป็นร้อยละ 24.07 อาชีพที่มารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด คิด
เป็นร้อยละ 20.33

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าพบว่า
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วย
นอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าโดยภาพรวมอยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, S.D=.87) เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านพฤติกรรมบริการ ($\bar{X}$
=3.95, S.D=.94) รองลงมาคือ ด้านระบบในการให้บริการ
($\bar{X}=3.84$, S.D=.90) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้าน
คุณภาพของการบริการ ($\bar{X}=3.73$, S.D=.77) ดังตารางที่
1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (N=428)

การให้บริการ	ระดับความเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านขั้นตอนการให้บริการ	3.84	.90	มาก
1. การบอก อธิบาย ชี้แจง ติดประกาศ หรือแนะนำขั้นตอนการให้บริการ	3.80	.93	มาก
2. การให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด หรือประกาศไว้ ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉิน	3.89	.95	มาก
3. การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ไม่เลือกปฏิบัติ หรือมีความเสมอภาคการให้บริการ	3.88	1.01	มาก
4. ความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ	3.66	1.16	มาก
5. การให้คำแนะนำเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเอง/เมื่อกลับไปบ้าน	3.88	.99	มาก
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	3.95	.94	มาก
1. เจ้าหน้าที่พูดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีกิริยามารยาท	3.94	1.04	มาก
2. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ กระตือรือร้น และมีความพร้อมในการให้บริการ	3.88	1.05	มาก
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้	3.90	1.00	มาก
4. เจ้าหน้าที่มีข้อดีสุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ เป็นต้น	4	.97	มาก

การให้บริการ	ระดับความเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.81	.85	มาก
1. มีป้าย/สัญลักษณ์/มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย	3.80	.96	มาก
2. สถานที่ให้บริการมีความสะอาด	3.90	.94	มาก
3. อุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการเพียงพอ เช่น รถเข็นนั่ง รถเข็นนอน เตียงนอน เป็นต้น	3.80	.94	มาก
4. ช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นต่อการบริการ เช่น กล่องรับความเห็น จดรับข้อร้องเรียน	3.7	.94	มาก
5. สิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ เช่น ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งรอรับบริการ	3.8	1.04	มาก
คุณภาพการให้บริการ	3.73	.77	มาก
1. ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ(รักษาหาย หรือ อาการเจ็บป่วยดีขึ้น)	3.90	.91	มาก
2. ได้รับบริการที่ดี และมีคุณภาพ	3.90	.95	มาก
3. ความพึงพอใจต่อแผนกทำบัตรผู้ป่วย	3.60	1.05	มาก
4. ความพึงพอใจต่อจุดคัดกรองเพื่อรอรับการตรวจจากแพทย์	3.70	.95	มาก
5. ความพึงพอใจต่อแผนกตรวจเลือด/ปัสสาวะ	3.70	.92	มาก
6. ความพึงพอใจต่อแผนกเอกซเรย์	3.80	.92	มาก
7. ความพึงพอใจต่อแผนกจ่ายยา	3.70	.89	มาก
8. ความพึงพอใจต่อแผนกจ่ายยา	3.60	.98	มาก
โดยภาพรวม	3.83	.86	มาก

เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 2 ข้อ คือ 1) โพรตระบупัญหาในการใช้บริการและ 2) โพรตระบุนข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาในการใช้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ (N=49)

ลำดับที่	การให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	ปัญหาในการใช้บริการ	37	8.64
1.1	ด้านขั้นตอนการให้บริการ	20	4.67
1.2	ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	5	1.17
1.3	ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	10	2.34
1.4	คุณภาพการให้บริการ	2	0.47
2	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ	12	2.80
1.1	ด้านขั้นตอนการให้บริการ	2	0.47
1.2	ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	7	1.64
1.3	ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3	0.70
1.4	คุณภาพการให้บริการ	-	-

จากตารางที่ 2 ปัญหาในการใช้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 49 คน พบว่า ปัญหาที่พบในการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มากที่สุด คือ ปัญหาในการใช้บริการ มีผู้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหานี้ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 8.64 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีปัญหาในด้านขั้นตอนในการให้บริการมากที่สุด คือ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 4.67 รองลงมา คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.34

ตารางที่ 3 ข้อขึ้นชม (N=74)

การให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านขั้นตอนการให้บริการ	5	1.17
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	54	12.62
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2	0.47
คุณภาพการให้บริการ	13	3.04

จากตารางที่ 3 ข้อขึ้นชมจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน พบว่า ข้อขึ้นชมจากผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มากที่สุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.62 รองลงมา คือ ด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.04

การอภิปรายผลการวิจัย

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.83, S.D=.86) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

- ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยรวม มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.95, S.D=.94) ผู้รับบริการส่วนใหญ่อาจเห็นว่าได้รับการเอาใจใส่ในบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่การแสดงออกของบุคลากรผู้ให้บริการทุกระดับโดยเฉพาะพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในด้านหน้าทุกคนมีพฤติกรรมแสดงออกที่ดี มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ใจเย็นเป็นมิตร เป็นกันเอง เห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีความตระหนักในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ประกอบกับนโยบายของทางโรงพยาบาลผู้บริหารต้องการให้แผนกผู้ป่วยนอกเป็นแผนกที่ทำงานที่

รวดเร็วเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย อาจจะมีบ้างในบางครั้งที่ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ให้บริการมีอารมณ์หงุดหงิดบ้างก็เป็นเพียงบางครั้ง ซึ่งก็เข้าใจ และเห็นใจ ผู้ให้บริการ เนื่องจากมีผู้ที่มารับบริการจำนวนมากกว่าผู้ให้บริการเกินสิบเท่าตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร¹⁰ ที่พบว่า ด้านอธยาศัยไมตรีส่งผลให้เกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับผลการศึกษาวิจัยที่ได้ คือ การได้รับข้อขึ้นชมจากผู้รับบริการจำนวน 74 คน และมีถึง 54 คน คิดเป็นร้อยละ 72.97 ที่เขียนขึ้นชมในด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ก็ยังพบอีกว่า ในด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้รับข้อเสนอแนะ เพื่อให้ปรับปรุงงานบริการมากที่สุด 7 คน จากคนที่เขียนข้อเสนอแนะทั้งหมด 12 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 ซึ่งก็มีประเด็นข้อเสนอแนะในด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ซึ่งประเด็นนี้ หน่วยงานบริการด้านหน้าโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จะทบทวน และหาแนวทางเพื่อพัฒนางานต่อไป

- ด้านขั้นตอนการให้บริการโดยรวม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=3.84$, $S.D=.90$) เนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น และมารับบริการพร้อมกันในเวลาเดียวกัน ทำให้การบริการที่โรงพยาบาลจัดให้ไม่เพียงพอกับความต้องการ ปัญหาโครงสร้างสถานที่ พื้นที่ถูกจำกัด จุดที่ให้บริการต่างๆ ไม่เอื้อให้ต่อความสะดวกสบาย เช่น จำนวนที่นั่ง หรือห้องน้ำ สถานที่จอดรถ ไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาถึงปัญหาในขั้นตอนของการให้บริการ พบว่า ผู้รับบริการเขียนขอไม่พึงพอใจต่อการใช้บริการถึง 37 คน จากจำนวนผู้ใช้บริการที่เขียนปัญหาทั้งหมด 49 คน คิดเป็นร้อยละ 75.51 และปัญหาที่มีเขียนไม่พึงพอใจมากที่สุด คือ รอรับยานาน หน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกมีความแออัด จำนวน 13 คน จากจำนวนผู้รับบริการที่ไม่พอใจในด้านขั้นตอนการให้บริการทั้งหมด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ผลการวิจัยพบคะแนนความพึงพอใจต่อแผนกจ่ายยาน้อย ($\bar{X}=3.60$, $S.D=.98$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะห้องจ่ายยามีขนาดเล็ก มีแพทย์หลายแผนกตรวจเสร็จในเวลาใกล้เคียงกัน จึงทำให้คนไข้/ญาติ มารอรับยาพร้อมกันเป็นจำนวนมาก เกิดความแออัด ประเด็นนี้ หน่วยงานบริการด้านหน้า และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จะพัฒนางานเป็นระบบเรียกคิวออนไลน์เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับยาต่อไป

- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกโดยรวม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=3.81$, $S.D=.85$) แต่ประเด็นที่พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นต่อการบริการ กล่องรับความเห็น จดรับข้อร้องเรียน ($\bar{X}=3.7$, $S.D=.94$) รองลงมาคือ การมีป้าย/สัญลักษณ์/มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย ($\bar{X}=3.8$, $S.D=.96$) สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้รับบริการเขียนปัญหาไว้ เมื่อเข้ามาใช้บริการ คือ โรงพยาบาลมีป้ายประกาศขั้นตอนไม่ชัดเจน ไม่มีแผนผังแผนกบริการที่ชัดเจน ไม่มีที่นั่งรอตรง จุดคัดกรอง แก้วน้ำเพียงพอ ที่จอดรถไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐา เสวกวิหารี¹¹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทาง

กายภาพ ที่มีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย เช่น ห้องน้ำร้อนเย็น, ลิฟต์โดยสาร มีห้องตรวจและสถานที่นั่งคอยอย่างเพียงพอ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการในโรงพยาบาลมากขึ้นซึ่งประเด็นปัญหาที่พบอาจเนื่องมาจากบริบทที่ตั้งของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นเขตชุมชนเมือง ไม่สามารถขยายพื้นที่ของโรงพยาบาลได้ โดยเฉพาะในหน่วยบริการด้านหน้า จึงทำให้ผู้รับบริการขาดความสะดวกในการนำรถเข้ามาจอดในโรงพยาบาล และด้วยจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในแต่ละวันที่มีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้เจ้าหน้าที่เวรเปล และใช้เปลนั่ง-เปลนอน เพื่อนั่ง และนอนรอตรวจเป็นอย่างมาก ทำให้รถเปลนั่ง เพลนอนไม่พอใช้ และที่สำคัญคือไปจอดรถรอตรวจกับแพทย์หน้าห้องตรวจที่มีผู้รับบริการรอกันอย่างแออัด ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องออกไปนั่งรอที่บริเวณอื่นๆ และให้ญาติผู้ป่วยรอคอยฟังเจ้าหน้าที่เรียกชื่อเพื่อเข้าตรวจ ซึ่งประเด็นนี้เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ากำลังปรับปรุงให้เป็นระบบเตือนเรียกคิวเข้าห้องตรวจอัตโนมัติ และอยู่ในระหว่างการพัฒนาโดยใช้ระบบ EMR (Electronic Medical Record) ในจุดบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพการบริการที่ดี และได้มาตรฐานสากลต่อไป

- ด้านคุณภาพการให้บริการโดยรวม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=3.73$, $S.D=.77$) ประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านคุณภาพการให้บริการ คือ ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ รักษาหาย หรือ อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ($\bar{X}=3.90$, $S.D=.91$) คำชื่นชมที่ได้รับในด้านคุณภาพการให้บริการจากผู้รับบริการ 13 คน จากผู้รับบริการที่ชื่นชมทั้งหมด 74 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 สอดคล้อง กับงานวิจัยของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนูเจริญกุล อ่างใน สรณันท์ อนุชน¹² ที่ศึกษาการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งเป็นการสะท้อนถึงพฤติกรรมการบริการ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวก จะสามารถบ่งบอกถึงการกลับเข้ามาใช้บริการอีกครั้งได้ ส่วนความพึง

พอใจด้านคุณภาพการให้บริการที่ผู้รับบริการชื่นชมน้อยที่สุดคือความพึงพอใจต่อแผนกจ่ายยา ($\bar{X}=3.60$, $S.D.=.98$) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อแผนกทำบัตรผู้ป่วย ($\bar{X}=3.60$, $S.D.=1.05$) ข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ คือ รอรับยาช้า รอรับยานานมาก ระบบจ่ายยาช้า ควรปรับระบบบริหารจัดการแผนกรับยาให้รวดเร็ว ควรเพิ่มห้องจ่ายยา ส่วนกรณีที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อแผนกทำบัตรผู้ป่วยน้อย ปัญหาที่พบ คือ พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ไม่ประทับใจเป็นส่วนใหญ่ สัมพันธ์กับงานวิจัยของอังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์¹³ ที่กล่าวไว้ว่า การแสดงออกของท่าทาง คำพูด และการให้บริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมการบริการที่ดี ผู้รับบริการสามารถรับรู้ หรือสัมผัสได้ และจะสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริการนั้นเป็นอย่างไร ประทับใจหรือพึงพอใจมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของประดับพร มหยาโน¹⁴ ที่พบว่าเมื่อมีการแสดงพฤติกรรมการบริการที่ดีแล้วการบริการย่อมมีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจประทับใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย ส่วนข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการเรื่องอื่นๆ ได้แก่ จุดคัดกรอง ควรปรับเวลาในการจ่ายบัตรคิว เนื่องจากผู้รับบริการต้องยืนรอพยาบาลมาคัดกรองนาน ควรเพิ่มพยาบาลตรงจุดคัดกรอง ประเด็นนี้ หน่วยงานบริการด้านหน้าโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จะทบทวนหาแนวทางพัฒนางานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับระบบ ขั้นตอนในการรับยา อาจแยก/เพิ่มจำนวนห้องยาในแต่ละชั้นของตึก เช่น OPD เด็ก อยู่ชั้น 2 อาจแยกห้องจ่ายยามาอยู่ที่ชั้นสองเป็นห้องจ่ายยาเด็ก เพื่อให้ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกแผนกอื่นๆ ได้รับการที่รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการในการได้รับยาที่รวดเร็วขึ้น และลดขั้นตอนในการรอ ลดความแออัดหน้าห้องยาในปัจจุบัน โดยมีการเพิ่มบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

1.2 ปรับระบบการให้บริการ เพื่อลดความแออัดลดระยะเวลาการรอคอย ในโรงพยาบาล โดยแพทย์เฉพาะทาง

อายุรกรรม ออกตรวจที่ PCC ในวันราชการเวลา 8.30-12.00 น. อาจมีการคัดแยก Case เพื่อการส่งต่อดูแลที่ PCC อย่างต่อเนื่องได้

1.3 การประชาสัมพันธ์ ป้ายประกาศขั้นตอน/ผังแผนกบริการ ควรมีการจัดทำให้ชัดเจน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ระบบในการจัดการ การจราจร พื้นที่สำหรับจอดรถของผู้มารับบริการ ให้เพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้การเดินทางมาใช้บริการมีความสะดวกสบายมากขึ้น และไม่ต้องกังวลสำหรับการหาที่จอดรถ

2. การวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความต้องการของผู้มารับบริการในเชิงลึก เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงคุณภาพการบริการ

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการ และการบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน หรือโรงพยาบาลรัฐบาลกับโรงพยาบาลเอกชน

บรรณานุกรม

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2559. ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) [อินเทอร์เน็ต] 2555. [เข้าถึงเมื่อ 20 กย.62] เข้าถึงจาก : <http://bps.ops.moph.go.th>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อการควบคุมกิจการภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. [อินเทอร์เน็ต] 2554. [เข้าถึงเมื่อ 20 กย.62] เข้าถึงจาก <http://www.healthstation.in.th/news/news.php?newsid=54>
4. กองการพยาบาล. 2540. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มงานเวชระเบียน. 2557.

5. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศ
หล้า พ.ศ.2559-2561
6. รายงานเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
ประจำปี พ.ศ. 2559 - .2562.
7. The Journal of Marketing, Yamane, T. 1970.
Statistics: An introductory analysis 3rd ed.
New York: Harper and Row Publication.
1970; 49(4): 41-50.
8. วิรัช ประวันเตา. ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มพัฒนา
ระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ; 2559.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
10. จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร. คุณภาพบริการแผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
สาขาพร้อมมิตร [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม:
สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบ
สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร;
2549.
11. ณัฐฐา เสวกวิหารี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความ
พึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาริบัติ.
[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: สาขาบริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
12. สรณันท์ อนุชน. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
วารสารการพยาบาลทหารบก 2556; 14(3): 168.
13. อังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป
เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย [วิทยานิพนธ์].
ชลบุรี: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
บูรพา; 2553.
14. ประดับพร มหยาโน. พฤติกรรมจริยธรรมของ
พยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วย
นอกโรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์.
[การค้นคว้าแบบอิสระ] เชียงใหม่:
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.

ผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

**Effects of Using Acute Stroke Fast Track Program on Door to needle Time
in Somdejprasangkharach 17th Hospital, Suphanburi**

รพีพร ประกอบทรัพย์

Rapeeporn Prakobsup

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

Registered Nurse, Professional Level, Nursing Section, Somdejprasangkharach 17th Hospital

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author) ; Email: Rapeeporn.joyce@gmail.com

(Received: December 5, 2019, Revised: December 14, 2019, Accepted: December 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2557 ถึงเดือน ธันวาคม 2560 จำนวน 52 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน จำนวน 30 ราย และกลุ่มก่อนการพัฒนาทางด่วน จำนวน 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1)เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระทำ คือ โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีระบบที่ครอบคลุมทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ 2)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกระยะเวลาการบริหารจัดการตั้งแต่ผู้ป่วยห้องฉุกเฉินถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่าระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 (Door to needle time) กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วนเวลาเฉลี่ย ($\bar{X}$ 110.86) นาที (SD=21.32) กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วนเวลาเฉลี่ย ($\bar{X}$ 58.03) นาที (SD= 8.73) เมื่อวิเคราะห์ผลต่างของทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

คำสำคัญ : โปรแกรม, ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to : compared door to needle time, both before and after the use of the stroke fast track program. The sample was composed of 52 patients with ischemic stroke who received thrombolytic agents and were admitted at Somdejprasangkharach 17th Hospital from July, 2014 to December, 2017. Sample was 22 patients before and 30 patients after the used of the stroke fast track program. Purposive population was used the Stroke fast track program was developed in 2017. The system theory was used as a conceptual framework for this study. Data were collected by using 3 instruments, including a personal information questionnaire ,the assessment of stroke form and the stroke fast track care map form. The Stroke fast track program that tested for its content validity by three experts. Data were analyzed using independent t – test.

The finding revealed that after using the program: 1) the mean score of door to needle time ($\bar{X}$ =58.03minute, SD=8.73) was significantly higher than those before the program $\bar{X}$ =110.86 minute, (SD=21.32) ($p<.001$).

Keywords : Program, Stroke fast track, Door to needle time.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน¹ ในปี 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายรายโรคของประชากรไทยมากที่สุดโดยพบว่าในเพศหญิงมีอัตราการตายมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 14.5 และ 11.1 ตามลำดับ² โรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายที่สำคัญได้แก่ ภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพา ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง โรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหรือแตก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันถึงร้อยละ 80³ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน จะรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายและความพิการลงได้ ร้อยละ 30-50¹ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาที่ ต้องจัดการกระบวนการดูแลรักษาให้มีช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track)^{3,4} โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ในปี 2556-2558 จำนวน 197, 281 และ 319 ราย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.58, 4.63 และ 5.02 ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ได้จัดให้มีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2557 เพื่อลดอัตราการตายและภาวะพิการลง แต่ยังคงพบวาระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา (Door to needle time) ในปี 2557 และ 2558 เท่ากับ 123 นาที และ 121 นาทีตามลำดับ คิดเป็นอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาภายใน 60 นาที เพียงร้อยละ 33 และ ร้อยละ 0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นระบบที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาเบื้องต้นพบความล่าช้าเกิดขึ้นทุกขั้นตอนการบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย การส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการรายงานผล เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด การบริหารยา rt-PA เนื่องจากผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจ ไม่มั่นใจวิธีปฏิบัติ ไม่เข้าใจระบบทางด่วน ขาดการประสานงานที่ดี รวมทั้งภาระงานที่มีมากในบางช่วงเวลาของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ประกอบด้วย 1) การจัดการกระบวนการดูแลรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่เรียกว่า Stroke fast track เป็นการคัดกรองผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการและการจัดการภายในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย^{1,5,6} ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย พยาบาลคัดกรอง พยาบาลห้องฉุกเฉิน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน แพทย์ประสาทวิทยา รังสีแพทย์ บุคลากรห้องปฏิบัติการ เภสัชกร และพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 2) การจัดให้มีระบบการดำเนินงานที่ดีโดยมีแนวทาง (Work flow) ที่ชัดเจน และมีแบบฟอร์มสำหรับแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบันทึก และ 3) การประเมินผลลัพธ์³ การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก ได้ร่วมมือกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องพัฒนาโปรแกรมช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน แบบฟอร์มสำหรับบันทึกที่ครบถ้วน การสื่อสารทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และทำแบบบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 60 นาที ตามมาตรฐานสถาบัน National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)¹ รวมทั้งปรับปรุงแนวทางการส่งสัญญาณทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke alarm) ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพปฏิบัติได้ถูกต้องรวดเร็ว เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้

รวดเร็ว ส่งผลลดอัตราเสียชีวิต และลดภาวะพิการลง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เพื่อลดระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการพัฒนาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

สมมติฐานการวิจัย

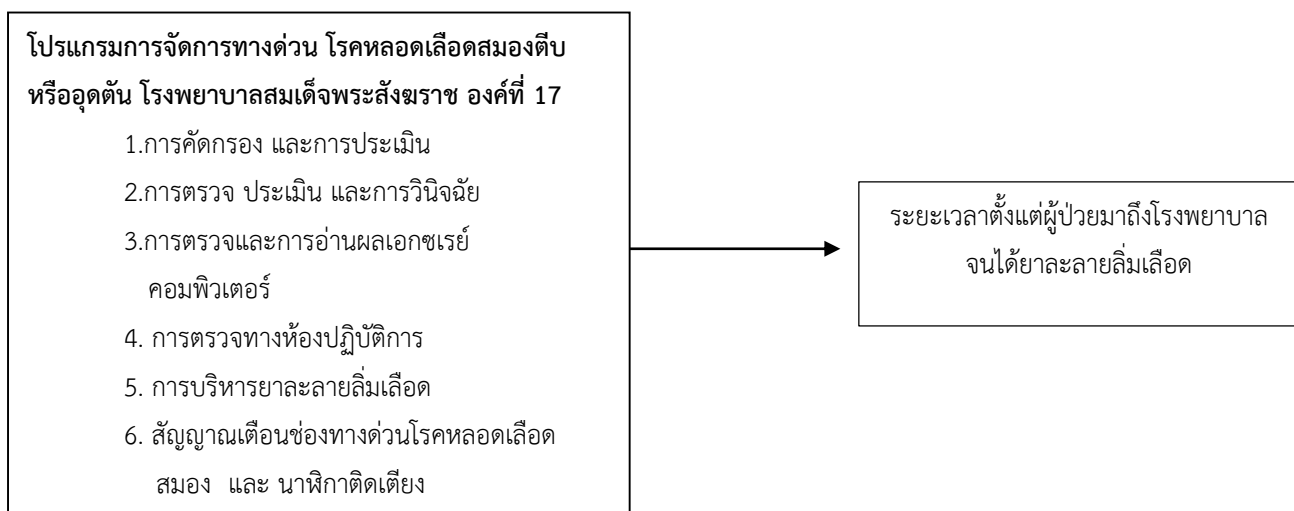
หลังการพัฒนาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Door to needle time) น้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory)⁵ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ โดย 1) ปัจจัยนำเข้าที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นหลอดเลือดสมอง 2) กระบวนการที่พยาบาลและสหวิชาชีพปฏิบัติในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ การคัดกรองแรกรับ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 3) ผลลัพธ์คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Door to needle time)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาโปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive criteria) เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2560 จำนวน 52 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้คือ 1)อายุตั้งแต่ 18 ปีเป็นต้นไป 2)ผู้ป่วยและหรือญาติสมัครใจให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย 3)มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมง 4)ไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง 5)ผู้ป่วยมีคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) 4-25 คะแนน และ 6)ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแนวทางของสถาบันประสาท เกณฑ์คัดออก คือผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ตามหนังสือรับรองที่เลขที่ 0032.205(4)24/57

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือจัดกระทำ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือจัดกระทำ ได้แก่โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวปฏิบัติและเอกสารวิชาการ^{1,6,7,8} ประกอบด้วย 1)แผนภาพ (Flow chart) แสดงลำดับขั้นตอนการทำงานกรณีผู้ป่วยสงสัยมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 2)แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใน 3 ชั่วโมง^{1,6} 3)แผนปฏิบัติการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองภายใน 60 นาที (Stroke fast track care map) ประกอบด้วย การรายงานแพทย์เพื่อประเมินและวินิจฉัย การประสานห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ห้องผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และอ่านผล การสื่อสารให้

ข้อมูลผู้ป่วยและหรือญาติ การบริหารยาละลายลิ่มเลือด และการใช้สัญญาณเตือนทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track alarm) ด้วยนาฬิกาติดเตียง (Bed clock) 4)แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไปของสถาบันประสาทวิทยาปี 2558^{1,7} มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน แนวทางนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมประสาท จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบฟอร์มของสถาบันประสาท¹ ได้แก่ 1)แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (National Institutes of Health Stroke Scale : NIHSS) จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Daily Living : BI) จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินภาวะความพิการ (Modified Ranging Scale : mRs) แบ่งเป็น 6 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระยะเวลาการบริหารจัดการ ตั้งแต่ผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด

แบบบันทึกระยะเวลา เป็นแบบบันทึกติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track care map) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช

องค์ที่ 17 ผู้วิจัยปรับปรุงตามแนวทางของสถาบันประสาทตามมาตรฐาน NIND¹

นาฬิกาติดเตียง (Bed clock) นำมาใช้ตั้งแต่เริ่มคัดกรองผู้ป่วยเข้าช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มนำนาฬิกาตั้งเวลา 60 นาทีแฉวนไว้ที่เปลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง เบื้องต้นทันทีที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน นาฬิกานี้จะติดไปกับผู้ป่วยที่ไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) และกลับมาที่ห้องฉุกเฉิน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเข้าทางหลอดเลือดดำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำทุกที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และที่หอผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักแล้ว จากการศึกษาทบทวนในเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มก่อนพัฒนา

2. ผู้วิจัยทบทวนขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือดร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทบทวนขั้นตอนปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนได้ยาละลายลิ่มเลือด

3. ผู้วิจัยศึกษามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันประสาทวิทยา¹ และทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุรแพทย์ รังสีแพทย์ เกสเซอร์ พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปรับปรุงขั้นตอนวิธีการทำงานให้ชัดเจน ซึ่งมีกระบวนการทำงานเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหาไปจนถึงการนำโปรแกรมไปทดลองใช้งาน และปรับปรุงพัฒนาระบบให้ดีขึ้น เริ่มด้วย 1.ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหา 2.การออกแบบโปรแกรม 3.การทดสอบและแก้ไขโปรแกรม 4.จัดทำเป็นคู่มือและแบบบันทึกให้สมบูรณ์ 5.ใช้งานจริง 6.การปรับปรุงและพัฒนา

4. ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการใช้โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองให้ทีมรับทราบ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยและหรือญาติก่อนการศึกษาข้อมูล ขณะที่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ อยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ เมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุ เพศ และระยะเวลา Door to needle คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI) หลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่าง อายุ เพศ ภาวะความพิการ (mRs) แรกรับโดยสถิติ Chi-square และเปรียบเทียบระยะเวลา Door to needle คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (BI) ด้วยสถิติทดสอบ t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลาช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนา รูปแบบ กับกลุ่มหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด

จากการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Chi-square test เปรียบเทียบความแตกต่างของ เพศ อายุ โรคประจำตัว

ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนาทางด่วนพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาด่วนทางด่วน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ระหว่าง กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n=30) และกลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มหลังการพัฒนาทาง		กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน		p-value	
	ด่วน (n=30)		(n=22)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	17	56.7	12	54.5	.908	1.000
หญิง	13	43.3	10	45.5		
อายุ (ปี)						
≤ 45	1	3.3	1	4.5	1.273	.442
46 - 60	10	33.3	7	31.8		
61 – 80	17	56.7	12	54.6		
≥ 80	2	6.7	2	9.1		
Mean ± SD.	$\bar{X}$ =70.10	SD=8.560	$\bar{X}$ =71.82	SD=9.634		
โรคประจำตัว						
ความดันโลหิตสูง	18	60.0	14	63.6		.732
ไขมันในเลือดสูง	12	40.0	8	36.4		1.00
เบาหวาน	9	30.0	7	31.8		.727
ไม่มี	7	23.3	6	27.3		1.008

เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ พบว่า กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน พบความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 13.21 (SD=5.265) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่มเฉลี่ย 33.21 (SD=23.58) ภาวะความพิการแรกเริ่มเฉลี่ย 3.57 (SD=.85) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับยาละลายลิ่ม

เลือด 163.64 นาที (SD=31.95) ส่วนกลุ่มหลังพัฒนาทางด่วน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 11.77 (SD=5.433) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่มเฉลี่ย 42.95 (SD=23.38) ภาวะความพิการแรกเริ่มเฉลี่ย 3.41 (SD=.959) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด 112.68 นาที (SD=31.65) เมื่อเปรียบเทียบสถิติ t test พบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนความรุนแรงของโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะความพิการแรกรับ และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n=30) และกลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n=30)		กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22)		T	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน		
	($\bar{X}$)	(SD)	($\bar{X}$)	(SD)		
ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองแรกรับ (NIHSS)	11.77	5.433	13.21	5.265	.791	.436
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแรกรับ (BI)	42.95	23.384	33.21	23.583	-1.022	.307
ภาวะความพิการแรกรับ (mRs)	3.41	.959	3.57	.852	.531	.600
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	112.68	31.65	163.64	31.95	4.683	.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนการเสียชีวิต และภาวะเลือดออกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22) และกลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n=30)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n=30)		กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ				
เสียชีวิต	0	0	2	9.09
ไม่เสียชีวิต	0	0	20	90.90
ผู้ป่วยมีเลือดออกหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ				
มีเลือดออก	1	3.33	2	9.09
ไม่มีเลือดออก	29	96.67	20	90.90

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในกลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน เสียชีวิต จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 และมีเลือดออกในร่างกาย จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.09 ในขณะที่ ผู้ป่วยกลุ่มกลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วนไม่มีการเสียชีวิตและมีภาวะเลือดออกจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 สอดคล้องกับการศึกษา

การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่พบผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีเลือดออกในสมองที่ทำให้อาการแย่งร้อยละ 2-3⁸

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ภาวะความพิการ ระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22) และกลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n = 30)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มหลังการพัฒนาทาง ด่วน (n=30)		กลุ่มก่อนพัฒนาทาง ด่วน(n=22)		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะความรุนแรงของโรค ลดลงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง(NIHSSแรกจับ -จำนวน > 0)	18	60.00	13	59.09	.156	.693
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงขึ้นหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Barthel Indexจำนวน-แรกจับ > 0)	22	73.33	16	72.72	.008	.927
ภาวะความพิการลดลง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (mRsแรกจับ- จำนวน >0)	17	56.67	12	54.54	.287	.592

จากตารางที่ 4 พบว่าในกลุ่มก่อนพัฒนา ภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดลงหลังได้รับยาร้อยละ 59.09 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นร้อยละ 72.72 และ ภาวะความพิการลดลงร้อยละ 54.54 ส่วนกลุ่มหลังการพัฒนา พบภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 60.00

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นร้อยละ 73.33 และภาวะความพิการลดลงร้อยละ 56.67 เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน (n=22) และกลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน (n=30)

ระยะเวลาในการให้การรักษา	n	$\bar{X}$	SD.	t	p
กลุ่มก่อนการพัฒนาทางด่วน	22	110.86	21.32	12.278	.001
กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน	30	58.03	8.73		

จากตารางที่ 5 พบว่าระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 (Door to needle time) กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วน มีเวลาเฉลี่ย

110.86 นาที (SD. 21.32) ส่วนกลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วน เวลาเฉลี่ย 58.03 นาที (SD.= 8.73) เมื่อวิเคราะห์ผลต่างของทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.278, p<.001)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

การเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจากการศึกษาผู้ป่วยในช่วงปี 2557-2560 โดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา แบ่งเป็นผู้ป่วยก่อนพัฒนาจำนวน 22 ราย และหลังการพัฒนาจำนวน 30 ราย พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาในโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนการพัฒนาโปรแกรมใช้เวลาเฉลี่ย 110.86 (SD=21.32) หลังการพัฒนาโปรแกรมใช้เวลาเฉลี่ย 58.03 (SD=8.73) เวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ทั้งนี้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ^๖ เป็นแนวคิดการแก้ปัญหาหรือหาผลลัพธ์โดยกำหนดประเด็นปัญหาหลักและปัญหารอง แล้วจึงระบุตัวแปรที่ต้องการนำมาใช้หาผลลัพธ์ จากนั้นกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา พิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ แล้วเลือกวิธีที่คาดว่าจะได้ผลลัพธ์ได้ตรงความต้องการเหมาะกับการนำไปใช้จริงมากที่สุด แล้วจึงนำไปทดลองปฏิบัติตามเงื่อนไขพร้อมติดตามผลเพื่อแก้ปัญหาและจุดบกพร่อง สุดท้ายกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและประเมินผล เนื่องจากการเป็นการทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบงาน จึงจำเป็นต้องทำเป็นโปรแกรม เพื่อให้ทุกอาชีพที่เกี่ยวข้องปฏิบัติได้ถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งการที่ระยะเวลาลดลงนั้น เริ่มต้นด้วยการทบทวนปัญหาความล่าช้า วิเคราะห์ตามเป้าหมายตามตารางเวลาของสถาบัน National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) แต่ละเวลาได้แก่ Door to physician ≤ 10 นาที Door to CT initiation ≤ 25 นาที Door to CT interpretation ≤ 45 นาที และจากนั้นถึงขั้นตอน Door to drug ≤ 60 นาที พบว่าความล่าช้าก่อนการพัฒนาเกิดจากผู้ปฏิบัติยังไม่รับรู้ และบางส่วนไม่เห็นความสำคัญ ทางด่วนที่จัดทำขึ้น ได้ประชุมทำความเข้าใจกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโปรแกรมทางด่วน^{1,3,5,9} ให้ครบถ้วน ประกอบด้วย ลำดับขั้นตอนการทำงาน (Flow chart) ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์หมุนเวียนที่ประจำห้องฉุกเฉินกับอายุรแพทย์ การประกันเวลากับห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และห้องปฏิบัติการ การเริ่มให้ยาที่ห้องฉุกเฉิน การเตรียมเตียงห้องผู้ป่วยหนักไว้สำหรับผู้ป่วย Stroke fast track การบริหารยาผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด และเผื่อระวังต่อเนื่องในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักใน 24 ชั่วโมง แนวทางการตรวจสอบข้อบกพร่องและข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด แนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติตามแบบฟอร์มใบยินยอมรับการรักษาระบบจัดหายาละลายลิ่มเลือด ให้พอเพียงและพร้อมใช้ การปรับระบบการให้ยาเริ่มให้ยาที่ห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้จากการปฏิบัติงานให้บริการทางด่วน ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จะมีผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการนอกเวลาจำนวนมาก ทำให้พยาบาลและสหวิชาชีพขาดความสนใจทางด่วน โปรแกรมทางด่วนที่พัฒนาขึ้น ได้เพิ่มการการส่งสัญญาณ (Alarm) ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยนำนาฬิกาติดเตียง (Bed clock) เข้ามาใช้ในทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนทุกจุดบริการ ให้รับรู้ขณะดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ได้รวดเร็ว ผลการศึกษาเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สามารถลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาได้ ส่งผลให้เวลารวมตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มมีอาการ จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล และอรรณพ อนามัย ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 60 นาที มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.59 ในปี 2555 เป็น 54.29 ในปี 2559¹⁰ การศึกษาของนิจศรี ขาญณรงค์³ ที่ศึกษาผลการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เข้าใจกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโปรแกรมทางด่วน^{1,3,5,9} ให้ครบถ้วน ประกอบด้วย ลำดับขั้นตอนการทำงาน (Flow chart) ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์หมุนเวียนที่ประจำห้องฉุกเฉินกับอายุรแพทย์ การประกันเวลากับห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และห้องปฏิบัติการ การเริ่มให้ยาที่ห้องฉุกเฉิน การเตรียมเตียงห้องผู้ป่วยหนักไว้สำหรับผู้ป่วย Stroke fast track การบริหารยาผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด และเผื่อระวังต่อเนื่องในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักใน 24 ชั่วโมง แนวทางการตรวจสอบข้อบกพร่องและข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด แนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติตามแบบฟอร์มใบยินยอมรับการรักษาระบบจัดหายาละลายลิ่มเลือด ให้พอเพียงและพร้อมใช้ การปรับระบบการให้ยาเริ่มให้ยาที่ห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้จากการปฏิบัติงานให้บริการทางด่วน ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จะมีผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการนอกเวลาจำนวนมาก ทำให้พยาบาลและสหวิชาชีพขาดความสนใจทางด่วน โปรแกรมทางด่วนที่พัฒนาขึ้น ได้เพิ่มการการส่งสัญญาณ (Alarm) ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยนำนาฬิกาติดเตียง (Bed clock) เข้ามาใช้ในทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนทุกจุดบริการ ให้รับรู้ขณะดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ได้รวดเร็ว ผลการศึกษาเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สามารถลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาได้ ส่งผลให้เวลารวมตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มมีอาการ จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล และอรรณพ อนามัย ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 60 นาที มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.59 ในปี 2555 เป็น 54.29 ในปี 2559¹⁰ การศึกษาของนิจศรี ขาญณรงค์³ ที่ศึกษาผลการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เมื่อปี 2550 พบระยะเวลา Door to needle time เฉลี่ย 72.6 นาที

ผลลัพธ์ของการพัฒนาโปรแกรม ทั้งอัตราการเสียชีวิต และอัตราการมีเลือดออก หลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในกลุ่มก่อนการพัฒนาทางด่วนเสียชีวิตจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 และมีเลือดออกในร่างกายจำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.09 ในขณะที่ ผู้ป่วยกลุ่มหลังการพัฒนาช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เสียชีวิต และมีภาวะเลือดออก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำลดลง ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวนข้อมูลยังน้อย จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า อัตราการเสียชีวิตลดลงเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดรวดเร็วขึ้น แต่อาจเนื่องจากกลุ่มหลังการพัฒนา ได้ประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดเหมาะสมมากขึ้น ส่วนภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ภาวะความพิการ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดยังอยู่ในระยะเวลา 270 นาทีหรือ 4.5 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน จึงไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มก่อนและหลังพัฒนาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ควรพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ซึ่งยังขาดความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ที่มีน้อย ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีผู้มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนมาก และยังไม่สามารถจัดตั้ง Stroke unit ได้ สามารถนำแนวทางปฏิบัติทางด่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการทางด่วนตามบริบทของตนเอง ได้แก่ การนำแนวปฏิบัติมาพิจารณาเพิ่มเติม ไปปรับใช้กับการให้ยาในผู้ป่วยประเภทอื่นที่จำเป็นต้องมีทางด่วนได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

1.2 ด้านการพยาบาลควรให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชาชนทั่วไป ทั้งในคลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน และประชาชนทั่วไป ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ควรพัฒนาจัดตั้ง Stroke unit และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาหลังการจัดตั้ง Stroke unit

2.2 ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการทางด่วนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่บ้านจนมาถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลรวดเร็วขึ้น เพราะระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงก่อนให้ยาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพราะเวลาทุกนาทีมีค่าสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

บรรณานุกรม

1. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2558. หน้า 15-19.
3. นิจศรี ชาญณรงค์. การจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและต่อเนื่องใน สถานพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2550. PDG4830207
4. สมชาย ไตรณะบุตร, ทศนีย์ ดันติฤทธิ์ศักดิ์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ; 2549.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2558). การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2558; 14: 3-13.

6. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ (บรรณาธิการ). สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ; 2550.
7. สายสมร บริสุทธิ์. Assessment and monitoring in Stroke fast track. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง; 2552.
8. พรภัทร ธรรมสโรชและสมบัติ มุ่งทวีพงษา. การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Thammasat Stroke Network).J Thai StrokeSoc, 2558; 14: 14-22.
9. สุพัฒนา อรุณไพร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
10. ธารัตน์ ส่งสิทธิกุล และ อรวรรณ อนามัย. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 2559; 2: 142-53.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี

Factors Associated with Ruptured Appendicitis in Patients at Prانبuri Hospital

ดำรงรักษ์ ชูไพฑูรย์

Domrongruk Chupaitoon

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปราณบุรี

Medical Physician Professional Level, Pranburi Hospital

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author) ; E-mail: Domrongruk14@gamil.com

(Received: December 21, 2019, Revised: December 25, 2019, Accepted: December 26, 2019)

บทคัดย่อ

วิธีวิจัย : เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบและทำการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 – 31 กรกฎาคม พ.ศ.2562 จำนวน 101 ราย วิเคราะห์อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย chi – square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบ ด้วย multivariate logistic regression พิจารณา statistic significant ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มารักษาโรคไส้ติ่งอักเสบและมีการแตกของไส้ติ่งที่โรงพยาบาลปราณบุรีทั้งหมด 101 ราย มีไส้ติ่งแตกจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 เป็นไส้ติ่งอักเสบไม่แตกจำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการย้ายตำแหน่งปวด อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส Rebound RLQ คะแนนเฉลี่ย Alvarado Score แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มไส้ติ่งแตกมีการย้ายตำแหน่งปวดมากกว่ากลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก ร้อยละ 92.6 และร้อยละ 62.2 P-value= 0.003 อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 88.9 และ 69.9 P-value= 0.051 Rebound RLQ ร้อยละ 96.3 และ 77.0 P-value=0.025 คะแนนเฉลี่ย Alvarado Score 8.7 ± 1.0 และ 7.4 ± 1.6 P-value ≤ 0.001 ส่วนเพศ อายุ มีอาการปวดท้องบริเวณ RLQ ระยะเวลาปวด อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน Leukocyte จำนวน Neutrophil และระยะเวลาปวดถึงผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบด้วย Multivariate logistic regression พบว่าการย้ายตำแหน่งปวดมีความเสี่ยงหรือสัมพันธ์ ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบเป็น 6.96 เท่าของคนที่ไม่เป็นภาวะนี้ OR 6.69 (95%CI 1.51 - 32.14) P-value = 0.013 ผลการตรวจร่างกายมี Rebound RLQ มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบเป็น 6.69 เท่าของคนที่ไม่เป็นภาวะนี้ OR 6.69 (95%CI 0.82 - 54.73) P-value = 0.076

ข้อเสนอแนะ : ในการซักประวัติตรวจร่างกายพบมีการย้ายตำแหน่งปวด มี Rebound RLQ ควรรีบทำผ่าตัดเพื่อลดอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, การแตกของไส้ติ่ง, ไส้ติ่งอักเสบ, ผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี

Abstract

Research methodology: The aim of this retrospective study is to study on associated factors related to rupture of appendix in Pranburi Hospital patients. Medical records of 101 patients who were diagnosed with appendicitis and underwent surgery during October 1st, 2015 – July 31st, 2019 were collected. Descriptive statistics, chi-square test and multivariate logistic regression were used for data analysis. The p-value = 0.05 is *considered* statistically significant.

The result: showed that 27 out of 101 patients had ruptured appendicitis (26.7%) and 74 patients had appendicitis without ruptures (73.3%). Clinical characteristics were compared and found that migration of pain high body temperature (over 37.5 degrees Celsius), rebound tenderness at right lower quadrant and Alvarado Score of two groups were significantly different. Ruptured appendicitis group had more presence of migration of pain (P-value= 0.003), high body temperature (P-value= 0.051), rebound tenderness at right lower quadrant (P-value=0.025) and Alvarado Score (P-value $\leq$ 0.001) than the other group. There were no significantly different in Gender, age, lower abdominal pain, period of pain, vomiting, upset stomach, total leukocyte count, neutrophil count and waiting time before surgery between two groups. Multivariate logistic regression analysis indicated that potential risk factors or associated for rupture of appendix were the migration of pain (OR 6.69 P-value = 0.013) and rebound tenderness at right lower quadrant (OR 6.69 P-value = 0.076)

Suggestion: Patients with migration of pain and rebound tenderness at right lower quadrant should have surgical treatment as soon as possible to reduce risk of ruptured appendicitis.

Keywords: associated factors, rupture of appendix, appendicitis, patients of Pranburi Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) เป็นโรคฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่พบบ่อยที่สุด^{1,2} ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน³ เป็นโรคที่มีปัญหาในการวินิจฉัยค่อนข้างมาก ทั้งวินิจฉัยผิดและวินิจฉัยช้า เด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ขวบเกือบทุกรายมักจะวินิจฉัยได้หลังจากไส้ติ่งแตกแล้ว เด็กเล็กและผู้สูงอายุมักมีปัญหารุนแรง จากการศึกษาความชุกของโรคพบว่าร้อยละ 7.8³ อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบพบในประชากรที่มีอายุระหว่าง 10-29 ปี การวินิจฉัยที่รวดเร็วแม่นยำ การผ่าตัดที่ทันเวลาที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้²

ในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบนั้น หลักๆ แล้วใช้ประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ³ และตำแหน่งที่ปวดเป็นหลัก อาจผิดพลาดหรือล่าช้าจนมีภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากมีโรคที่อาจคล้ายกัน เช่น acute gastroenteritis, pelvic inflammatory disease, acute diverticulitis เป็นต้น⁴ ยังไม่มีเครื่องมือยืนยันการวินิจฉัยที่แท้จริงได้ จึงมีผู้คิดค้นวิธีช่วยวินิจฉัยโดยใช้ประวัติการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการให้คะแนน เรียกว่า Alvarado score, RIPASA และ Modified RIPASA⁵ ปัจจุบันผู้คิดค้นระบบในการช่วยวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบอยู่หลายวิธีที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ Alvarado scoring system⁶(ตารางที่ 1)³หรือเรียกตามทีประเมินว่า MANTRELS scoring system

ตารางที่ 1 แสดง Alvarado scoring system

กลุ่มของปัจจัย	ปัจจัย	คะแนน
อาการ	Migration of abdominal pain from the epigastrium to the right lower quadrant	1
	Anorexia	1
อาการแสดง	Tenderness of right lower quadrant	1
	Rebound tenderness	1
	Elevated temperature	1
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Leukocytosis	2
	Left shift	1
คะแนนรวม	< 5 คะแนน : possible	
	5-6 คะแนน : Possible	
	>6 likely	

วิฑูล และคณะ⁵ได้ศึกษา RIPASA และ Modified RIPASA score เปรียบเทียบกับ Alvarado score ในการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน พบว่า Alvarado score มีความถูกต้องในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันดีที่สุด แต่จำนวนตัวอย่างมีเพียง 110 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดย ROC curve พบว่า การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนในส่วนของ Rovig sign และผลการตรวจปัสสาวะมีผลต่อการศึกษาด้วย

ในปี 2558-2561 โรงพยาบาลปราณบุรี มีผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ จำนวน 101 คน⁷ และความไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่มีใช้ศัลยแพทย์ถึงแม้จะมีแนวทางในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ เช่น RIPASA และ Modified RIPASA score ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำแล้วก็ตาม ส่วนโรงพยาบาลปราณบุรีใช้ Alvarado score ในการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาล
ปราณบุรี

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของ
ไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการเป็นการศึกษาย้อนหลัง
(Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย
ใน โรงพยาบาลปราณบุรี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไส้ติ่ง
อักเสบและได้รับการผ่าตัดทุกราย ยกเว้นรายที่ส่งต่อไปรักษาที่
โรงพยาบาลอื่น ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2558– 31 กรกฎาคม
2562 จำนวน 101 ราย โดยศึกษาข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ด้าน
ข้อมูลพื้นฐานจากการดูประวัติของผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี
ได้แก่ เพศ อายุ, ด้านลักษณะของอาการปวดท้องน้อย ได้แก่
อาการปวดท้องน้อย และ อาการปวดท้องน้อยแล้วย้ายตำแหน่ง
ที่ปวด, ด้านระยะเวลาที่มีอาการปวดท้องน้อย, ด้านอาการแสดง
ทางพยาธิวิทยา ได้แก่ มีไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว, ด้านพยาธิวิทยาที่
ตรวจพบทางหน้าท้อง ได้แก่ Tender LLQ และ Rebound RLQ,

ด้านพยาธิวิทยาที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
Leukocytosis และ Neutrophil, ด้านผลการตรวจพบในท้อง
ผ่าตัด ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน และไส้ติ่งอักเสบแตก
และการหาความสัมพันธ์ระหว่างการแตกของไส้ติ่ง
อักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนานำเสนอ
เป็นจำนวนร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย
chi – square test และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่ง
อักเสบ step แรก ใช้สถิติ Univariable Logistic regression
พิจารณา statistic significant ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
และ Clinical statistic โดยเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องเข้า Step ที่ 2
ด้วย multivariable logistic regression พิจารณา statistic
significant ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบที่มารักษา
โดยการผ่าตัดในผู้ป่วยในโรงพยาบาลปราณบุรี
รายละเอียด ดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไส้ติ่งแตกและไม่แตก n= 101

ลักษณะพื้นฐาน	ไส้ติ่งอักเสบแตก n=27	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก n= 74	P-value
	n (%)	n (%)	
เพศ			0.485
ชาย	17 (63.0)	52 (70.3)	
หญิง	10 (37.0)	22 (29.7)	
อายุ			0.868
5-18 ปี	8 (29.6)	26 (35.1)	
19-34 ปี	8 (29.6)	21 (28.4)	
มากกว่า 34 ปี	11 (40.8)	27 (36.5)	
มีการปวดท้อง			0.544
บริเวณ RLQ			
มี	27 (100)	73 (98.6)	
ไม่มี	0 (0)	1 (1.4)	
การย้ายตำแหน่งที่ปวด			0.003
มี	25 (92.6)	46 (62.2)	
ไม่มี	2 (7.4)	28 (37.8)	

ลักษณะพื้นฐาน	ไส้ติ่งอักเสบแตก n=27	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก n= 74	P-value
	n (%)	n (%)	
ระยะเวลาปวด			0.858
น้อยกว่า 12 ชม.	10 (38.5)	27 (36.5)	
12 ชม.ขึ้นไป	16 (61.5)	47 (63.5)	
อาเจียน			0.844
มี	17 (63.0)	45 (60.8)	
ไม่มี	10 (37.0)	29 (39.2)	
ถ่ายอุจจาระเหลว			0.591
มี	9 (33.3)	29 (39.2)	
ไม่มี	18 (66.7)	45 (60.8)	

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่มารักษาโรคไส้ติ่งอักเสบและมีการแตกของไส้ติ่งที่โรงพยาบาลปราณบุรี ทั้งหมด 101 ราย มีไส้ติ่งแตกจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 เป็นไส้ติ่งอักเสบไม่แตกจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิก พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการย้ายตำแหน่งปวด อุณหภูมิกาย

มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส Rebound RLQ คะแนนเฉลี่ย Alvarado Score แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มไส้ติ่งแตกมีการย้ายตำแหน่งปวดมากกว่ากลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก ร้อยละ 92.6 และร้อยละ 62.2 P-value= 0.003

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไส้ติ่งแตกและไม่แตก n= 101

ลักษณะทางคลินิก	ไส้ติ่งอักเสบแตก n=27	ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก n=74	P-value
	n (%)	n (%)	
อุณหภูมิกาย			0.051
น้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	3(11.1)	22 (30.1)	
มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	24 (88.9)	51 (69.9)	
Tender RLQ			
มี	27 (100)	74 (100)	
ไม่มี	0	0	
Rebound RLQ			0.025
มี	26 (96.3)	57 (77.0)	
ไม่มี	1 (3.7)	17 (23.0)	
Leukocyte			0.208
มากกว่า 10,000	26 (96.3)	65 (87.8)	
น้อยกว่า 10,000	1 (3.7)	12 (12.2)	
Neutrophil			0.343
มากกว่า 75	26 (96.3)	67 (90.5)	
น้อยกว่า 75	1 (3.7)	7 (9.5)	

ลักษณะทางคลินิก	ใส่ดิ่งอักเสบแตก n=27	ใส่ดิ่งอักเสบไม่แตก n=74	P-value
	n (%)	n (%)	
Alvarado Score			
≤6 คะแนน	1 (3.7)	16 (21.6)	
>6 คะแนน	26 (96.3)	58 (78.4)	
Mean ±SD	8.7±1.0	7.4 ±1.6	≤0.001
ระยะเวลาปวดถึงผ่าตัด(ชั่วโมง)			
Mean ±SD	5.9±4.5	5.0±4.6	0.425

จากตารางที่ 3 พบว่า อุณหภูมิกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 88.9 และ 69.9 P-value= 0.051 Rebound RLQ ร้อยละ 96.3 และ 77.0 P-value=0.025 คะแนนเฉลี่ย Alvarado Score 8.7± 1.0 และ 7.4 ± 1.6 P-value ≤0.001 ส่วนเพศ อายุ มีอาการปวดท้องบริเวณ

RLQ ระยะเวลาปวด อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน Leukocyte จำนวน Neutrophil และระยะเวลาปวดถึงผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของใส่ดิ่งอักเสบ วิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression พิจารณา statistic significant ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ลักษณะปัจจัยเสี่ยง	Odds Ratio	95% CI	P-value
มีการย้ายตำแหน่งที่ปวด	6.96	1.51 - 32.14	0.013
Rebound RLQ	6.69	0.82 - 54.73	0.076

จากตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของใส่ดิ่งอักเสบด้วย Multivariable logistic regression พบว่าการย้ายตำแหน่งปวดมีความเสี่ยงต่อการแตกของใส่ดิ่งอักเสบเป็น 6.96 เท่าของคนที่ไม่มีความเสี่ยงนี้ OR 6.69 (95%CI 1.51 - 32.14) P-value = 0.013 ผลการตรวจร่างกายมี Rebound RLQ มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกของใส่ดิ่งอักเสบเป็น 6.69 เท่าของคนที่ไม่มีความเสี่ยงนี้ OR 6.69 (95%CI 0.82 - 54.73) P-value = 0.076

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยใส่ดิ่งอักเสบ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยใส่ดิ่งแตกและไม่แตกพบว่าผู้ป่วยที่มารักษาโรคใส่ดิ่งอักเสบและมีการแตกของใส่ดิ่งที่โรงพยาบาลปราณบุรีทั้งหมด 101 ราย มีใส่ดิ่งแตกจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 เป็นใส่ดิ่งอักเสบไม่แตกจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการย้ายตำแหน่งปวด อุณหภูมิกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส Rebound RLQ

คะแนนเฉลี่ย Alvarado Score แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มใส่ดิ่งแตกมีการย้ายตำแหน่งปวดมากกว่ากลุ่มใส่ดิ่งอักเสบไม่แตก ร้อยละ 92.6 และร้อยละ 62.2 P-value= 0.003 สอดคล้องกับ จีรพา โพธิ์พรม⁸ ที่พบว่า The Alvarado Scoring System กับการวินิจฉัยโรคใส่ดิ่งอักเสบเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ย = 7 และ สอดคล้องกับ พิรวัฒน์ ลิ้มมหาคุณ⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคใส่ดิ่งอักเสบทุกรายอุณหภูมิกายมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยใส่ดิ่งอักเสบ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยใส่ดิ่งแตกและไม่แตกพบว่า อุณหภูมิกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 88.9 และ 69.9 P-value = 0.051 ไม่สอดคล้องกับ พิรวัฒน์ ลิ้มมหาคุณ⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคใส่ดิ่งอักเสบทุกรายอุณหภูมิกายมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส Rebound RLQ ร้อยละ 96.3 และ 77.0 P-value=0.025 คะแนนเฉลี่ย Alvarado Score 8.7± 1.0 และ 7.4 ± 1.6 P-value ≤0.001 สอดคล้อง

กับ จีรพา โพธิ์พรม⁸ ที่พบว่า The Alvarado Scoring System กับการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ย = 7 ส่วนเพศ อายุ มีอาการปวดท้องบริเวณ RLQ ระยะเวลาปวดอาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน Leukocyte จำนวน Neutrophil และระยะเวลาปวดถึงผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับพีรวัฒน์ ลิ้มมหาคณ⁹ ซึ่งพบว่า ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่ปวดจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 12 ชม.และ Neutrophils มากกว่าร้อยละ 75 มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลพิมาย ไม่สอดคล้องกับพงศกร อธิกเสวตพฤทธิ์ และยุวเรศมธู สิริธิชาญบัญชา¹⁰ ที่พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล กับการมีสัดส่วนของเม็ดเลือดชนิด PMN จำนวนมากจากการตรวจนับ มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรามารามิบัติ

สรุปผลจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบ วิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression พิจารณา statistic significant ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบด้วย Multivariable logistic regression พบว่าการย้ายตำแหน่งปวดมีความเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบเป็น 6.96 เท่าของคนที่ไม่มีการย้ายนี้ OR 6.69 (95%CI 1.51 - 32.14) P-value = 0.013 ผลการตรวจร่างกายมี Rebound RLQ มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบเป็น 6.69 เท่าของคนที่ไม่มีการย้ายนี้ OR 6.69 (95% CI 0.82 - 54.73) P-value = 0.076และการใช้โปรแกรมวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ พบคะแนนเฉลี่ย Alvarado Score 8.7 ± 1.0 และ 7.4 ± 1.6 P-value ≤ 0.001 สอดคล้องกับ พิเชษฐ พิฒุนท¹¹ ที่ศึกษาพบว่า การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบโดยใช้ระบบคะแนน Alvarado score มีความแม่นยำ (Accuracy) ร้อยละ 92.68 ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 95.76 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 80 และค่าพยากรณ์บวก (Positive predictive value) ร้อยละ 99.12 ไม่สอดคล้องกับ ทวี ปุณณนิธิ และสิทธิโชค เลาหะวิลัย และ ศศิธร มงคลสวัสดิ์¹² ที่พบว่า คะแนน Alvarado score มีค่าเฉลี่ย = 6 ดังนั้นการใช้โปรแกรม Alvarado score เป็นเครื่องมือช่วยในการซักประวัติตรวจร่างกายหากพบคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 5 ขึ้นไป และมีการย้ายตำแหน่งปวด มี Rebound tenderness RLQ ควรรีบทำผ่าตัดเพื่อลดอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ได้ศึกษาโปรแกรมการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ และได้ว่ารู้ลักษณะปัจจัยอะไรบ้างที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการเหล่านี้ที่เสี่ยงต่อการแตกของไส้ติ่งในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี
2. นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี เช่น สร้างแบบประเมินอาการของผู้ป่วย และเผยแพร่ไปใช้ในรพ.ต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้งาน
 - 1.1 รายที่มีค่า Alvarado score 5 ขึ้นไปให้มี Rebound tenderness RLQ ควรรีบทำผ่าตัดเพื่อลดอัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบ
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยผลการพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี

บรรณานุกรม

1. Flum DR, Morris A, Koepsell T, Dellinger EP. Has misdiagnosis decreased over time? A population-based analysis JAMA 2001; 286: 1748-53.
2. สิทธิชัย วชิราศรีศิริกุล. ความยาวของไส้ติ่งกับการเกิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในผู้ใหญ่. พุทธชินราชวารสาร 2555; 1: 86-90.
3. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. BMJ 2006; 333: 530-4.
4. Chong CF, Thien A, Mackie AJ, Tin AS, Tripathi S, Ahmad MA, Tan LT, Ang SH, Comparison of RIPASA and Alvarado scores for the diagnosis of acute appendicitis. Telisingshe PU. Singapore Med J. 2011 May; 52(5):340-5.

5. วิฑูล กลับทวี, วิภาวี แสนศักดิ์, อรรจนา เขตสูงเนิน,
ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์. ความถูกต้องของ RIPASA
และ Modified RIPASA score เปรียบเทียบกับ
Alvarado score ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น
โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคไส้ติ่งอักเสบ. ขอนแก่นเวชสาร 2554; 35: 41-50.
6. Frountzas M, Schizas D, Kontzoglou K, Toutouzias
K. Research : Alvarado or RIPASA
score for diagnosis of acute appendicitis? a
meta-analysis of randomized trials. [Int J Surg](#). 2018; 56: 307-314.
7. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ งานเวชระเบียนโรงพยาบาล
ปราณบุรี, 2562.
8. จีรพา โพธิ์พรม, The Alvarado Scoring System กับ
การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน.
สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2552; 6(3): 176-185.
9. พีรวัฒน์ ลิ้มหาคุณ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตก
ของไส้ติ่งที่อักเสบในโรงพยาบาลพิมาย.
เวชสารโรงพยาบาลมหาชนครราชสีมา 2559;
38(1): 35-40.
10. พงศกร อธิกวาศพิทธี และยุวเรศ สิทธิชาญบัญชา,
การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก
ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ณ ห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลรามธิบดี. ธรรมชาติเวชสาร 2556;
13(1): 36 – 42.
11. พิเชษฐ พิเดชุนทด, ความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยโรค
ไส้ติ่งอักเสบโดยใช้ระบบคะแนน Modified
Alvarado ในโรงพยาบาลละหานทราย
จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล
ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2554; 26: 149-156.
12. ทวี ปุณณินิ และสิทธิโชค เลหาะวิลัย และ
ศศิธร มงคลสวัสดิ์, ผลการรักษาภาวะไส้ติ่งอักเสบ
โดยใช้ Alvarado score ในโรงพยาบาล
ขอนแก่น. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี
2561; 26(2): 93-98.

การส่งบทความตีพิมพ์

1. ผู้แต่งบทความแจ้งความประสงค์จะส่งบทความ ประเภทของบทความ
2. ศึกษาแบบฟอร์ม และวิธีการเขียนตามรูปแบบของแต่ละชนิดของบทความ ใน วารสาร ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2562 กำหนดเค้าโครงของหน้ากระดาษ ขอบบน =0.79'', ขอบล่าง =0.39'', ขอบซ้าย =0.5'', ขอบขวา =0.5''
3. ศึกษา คานะนา ใน การส่ง งาน ระบบ ออนไลน์ แล้ว ส่งไฟล์ตามลำดับขั้นตอนใน <https://www.tcithaijo.org/index.php/hhsk/submissions> เลือก “วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล” หรือ “Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon” คลิกตรง drop down list เลือก “วารสาร” หรือ “Journal”
4. สมัครเป็นสมาชิกวารสารที่คำว่า - ลงทะเบียน (มุมขวาบน) ตามขั้นตอนคานะนา - ผู้แต่ง
5. คลิก - ส่งบทความ แล้วทำให้ครบทุกขั้นตอน

การติดต่อสื่อสาร : E-mail : huahinjournal8908@gmail.com

Tel : 0 3252 3000 ต่อ 8908, 08 9781 6555

รายละเอียดสำหรับผู้เขียนในการส่งบทความ / รายงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ใน “วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล”

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ยินดีรับบทความวิชาการ ทางด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

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

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งใน และต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิธีการสืบค้าข้อมูล บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทถึงบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็น เกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (general article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่อง ที่ถูกหยิบยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ 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 เนื้อหาส่งแบบคอลัมเดียว

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 ของผล ที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอธิบายผลว่าเป็นไป ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงาน ของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

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 กฎदानนธ์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และ คณะการตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีดวารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

1. Richard EB, Victor CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia:W.B. Saunders; 1987

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. *รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก 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. สุจิต เฝ้าสวัสดิ์. *ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด*. ใน : สุจิต เฝ้าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. *เด็กตายคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32

3.3 สามารถ download เอกสารการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver

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

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษสี A4 (21.6x27.9 ซม.) ไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ ตัวอักษร Thai saraban new 16 point ขอบกระดาษ บน ล่าง หน้า หลัง 1 นิ้ว

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายลายเส้น ต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ เข้าสู่ระบบออนไลน์ โดยการลงทะเบียนเป็น ผู้แต่ง ส่งบทความ และทำตามขั้นตอนการแนะนำการส่งบทความในระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล (Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal) โดยเขียน ชื่อ สกุล ที่อยู่อีเมล และเบอร์โทรศัพท์หรือ ID Line ที่สามารถติดต่อได้ ในกระหู่ ถึงบรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110 เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์แล้ว ให้โอนเงินค่าตีพิมพ์ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี โรงพยาบาลหัวหิน (เงินบริจาค) เลขที่บัญชี 4890209433

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 1.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ
- 1.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

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