

HUA HIN MEDICAL JOURNAL หัวหินเวชสาร

นิพนธ์ต้นฉบับ

- The Effect of A Group Counseling Program on Promoting Social Intelligence in Adolescents with Depression
ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการส่งเสริมความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
Hathaithip Thippimon
- Incidence and Factors Related with Improved Chest Radiographic Findings in Covid-19 Patients after Favipiravir Treatment at the second Hospital Field of Kasetsart University: Suphanburi
อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห่วงใยคนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี
Kaewkarn Limsricharoen
- Factors Affecting Re-Hospitalization of Patients with Chronic Heart Failure in Hua Hin Hospital
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน
Roongtawan Yaiping
- Prevalence and Associated Factors of Early Onset-to-Hospital Arrival Time of Acute Stroke Patients in Watphleng Hospital
ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลวัดเพลง
Sarawut Kammaha
- The Effect of Clinical Supervision Model in Nursing Care Process for Nurse
ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
Sasithorn Bampenphon
- The Systematic Reviews on Palliative Nursing Management in The Terminally Ill Cancer Patients from Hospital to Home
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
Sureewan Sawangha, Jaruwan Sanongyard, Tiwa Mahaprom





หัวหินเวชสาร: วารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สาขาต่างๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการศึกษา ค้นคว้า และเป็นแหล่งวิทยาการความรู้ด้านสาธารณสุข ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.จิตตรัตน์	เดชอุดมพร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
นพ.ณัฐ	รัตนโกสัย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นพ.วิชัย	ศรีอุทราวงศ์	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
พญ.พัชราภรณ์	มาลีเวช	รองผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ
นางสุวัชรีย์	เดชธอมร	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
นางพรทิพย์	อุไรรัตน์	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
นางมยุรี	จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสาร สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์นิทยา	จันทร์เรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสาร สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย	จันทร์ฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

นพ.ธนพล	ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.นวลนาง	กายสอน	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.กุลวดี	แหวนดวงเด่น	โรงพยาบาลหัวหิน
ภญ.สุธารส	ปริญญานุณ	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ	รัชดาพรธนาธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.มาศโมฬี	จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์อ้อมขวัญ	ทิมนกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.กรัณรัตน์	ทิวณอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
รศ.ดร.ธีรศักดิ์	โรจนราชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ทพญ.พิชานัน	ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
ผศ.ดร.วรรณรา	ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ดร.พัชรินทร์	สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
ดร.ผกาพรรณ	จันทร์เพิ่ม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายศุภชัย	ศรภักยานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นพ.ปิยณัฐ	จิงคณานันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
พญ.หัสญา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
พว.จาริณี	ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน
นกก.วันเพ็ญ	เหลื่องนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้จัดการ

นางสาวทิพากร	แสวงศรี	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาววันวิสา	ชูศิริ	โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ โรงพยาบาลหัวหิน

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

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน) (พฤษภาคม – สิงหาคม) (กันยายน – ธันวาคม)

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

ผศ.นพ.วรุตม์	พงศาพิชญ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พญ.วราลักษณ์	ศรีนันท์ประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
ผศ.พญ. สุชาดา	กัมปนาทแสนยากร	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
รศ.นพ.สุรัตน์	ทองอยู่	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
พญ.วาสิตา	วราจิต ภาคสุข	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภญ.ดร.อลิศรา	แสงวิรุณ สุจริต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.นพ.กิตติชัย	อัครพิพัฒน์กุล	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.บุญเสริม	เนยสูงเนิน	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.ภญ.ปวลี	เนียมถาวร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.พัชรินทร์	คำนวล	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.สุเมธ	ธูดารাত্রะกุล	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
ผศ.ดร.สอาด	บรรเจิดฤทธิ์	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
ดร.ปาริชาติ	ทาโน	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ภก.ธนวัฒน์	ฉัตรทวีลาภ	มหาวิทยาลัยพายัพ
ผศ.ดร.ทพญ.นัจชลี	ศรีมณีกาญจน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ภก.ปรีชา	มนทกานติกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พิจิตรา	เล็กดำรงกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พุทธิราภรณ์	หังสนัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.มนตร์ตม์	ถาวรเจริญทรัพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.วัลยา	จงเจริญประเสริฐ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อรรรรณ	ขวัญศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.เกษมณี	มูลปานันท์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.ศลิษา	โกดีย์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
นพ.ภูมิ	ชมพูนศรี	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ภญ.อ้อมขวัญ	ทิมินกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.ภก.เอกลักษณ์	สิทธิพรวรกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.กรัณท์รัตน์	ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
รศ.ดร.ธีรศักดิ์	โรจนราธา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ภญ.นริศา	รื่นเรืองบุญ	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.พรพลัย	บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ภญ.วารณี	บุญช่วยเหลือ	มหาวิทยาลัยศิลปากร
รศ.วิวัฒน์	ถาวรวัฒนยงค์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.วิโรจน์	เจษฎาลักษณ์	มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

ทพญ.พิชานัน	ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ณอมพงษ์	เสถียรลัคนา	มหาวิทยาลัยสยาม
ภกญ.วิภาวี	รอตจันทร์	มหาวิทยาลัยสยาม
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
ดร.ปราณี	คำแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผศ.ดร. มุกซ์ดา	ผดุงยาม	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
พ.ต.ท.หญิง ดร.พรรณทิพา	เวชรังสี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
อาจารย์พรภรณ์	สมขาว	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อังคณา	จงเจริญ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
พ.อ.รศ.น.กรินทร์	คันสนยุทธ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
พ.ต.ต.หญิงกัลยาลักษณ์	ไชยศิริ	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พ.ต.ท.หญิงปาริชาติ	สุขสวัสดิพร	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ดร.หทัยรัตน์	บุษยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ดร.ปริญาภากร	ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
อาจารย์กันยารัตน์	อุบลวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
อาจารย์สมจิตต์	สินธุ์ชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
อาจารย์กมลพรรณ	วัฒนากร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.จินตนา	ทองเพชร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
อาจารย์ปรีดานันต์	ประสิทธิ์เวช	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.อัจฉราวดี	ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ผศ.อติญาณ	ศรเกษตริน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
นพ.จิรัชย์	พิสุทธิเบญญา	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
นพ.ชัยวัฒน์	อาชวกุลเทพ	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
ดร.พัชรินทร์	สมบุรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
พญ.ศรัชชา	เทียนสันติสุข	สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์
พญ.นันทาศิริ	วิทนนคร	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
พญ.กัลยา	ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก
พญ.เปี่ยมลาภ	แสงสายัณห์	สถาบันโรคทรวงอก
พญ.ศุภลักษณ์	รายยว	นักวิชาการอิสระ
อาจารย์อัจฉรา	อ่วมเครือ	นักวิชาการอิสระ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

นพ.กิติกร	วิชัยเรืองธรรม	นักวิชาการอิสระ
พญ.เพลินพิศ	ลิขสิทธิ์พันธุ์	โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน
พญ.จิรัชญา	กลีบสุวรรณ	โรงพยาบาลกุยบุรี
พอ.นพ.ชลัท	นาคทรงศักดิ์	โรงพยาบาลค่ายชนะรัชต์
พญ.พัชรินทร์	เกียรติกังวาฬไกล	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ภกญ.อังคณา	พรประไพ	โรงพยาบาลชัยภูมิ
พญ.ศศิธร	ปรีชาวุฒิเดช	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พญ.หัสญา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
นางสาวสุวลี	เหมวงษ์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
พญ.เปรมฤดี	อริยานนท์	โรงพยาบาลนครปฐม
พญ.เสาวณีย์	เกิดดอนแฝก	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
พญ.เสาวนีย์	เบญจมานุกูล	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
ทพ.สิเรศ	รพีพัฒนา	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
พญ.ทิพย์สุมล	รักศิลาธรรม	โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
พญ.ขจีวรรณ	ศิระมาศ	โรงพยาบาลพุทธชินราช
ภก.ดร.ชูเกียรติ	เพียรชนะ	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
นายแพทย์เสาวภาค	นิตยวรรณะ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
พันตรีหญิงจิตต์รณี	หะวะนิช	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พันโทหญิงฉัตรวดี	ลิมไพบูลย์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พญ.พิชญ์ญาดา	ผดุงพงษ์	โรงพยาบาลพัทลุง
นายนิวัช	ศรวิไลวัชร	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นพ.ไววิทย์	สงวนวงศ์วาน	โรงพยาบาลเมดพาร์ค
พญ.อรอร	ธอินเนตร	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
พญ.ประไพ	ตันประเสริฐ	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.ปิยณัฐ	จังคนันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.ศิโรตม์	น้อยวัน	โรงพยาบาลราชบุรี
พญ.สุธาสินี	สมานคติวัฒน์	โรงพยาบาลราชบุรี
ผศ.(พิเศษ) ดร.ภญ.รุ่งทิพา	หมื่นปา	โรงพยาบาลลำปาง
รศ.พญ.ปวีณา	เชียวชาญวิศวกิจ	โรงพยาบาลศิริราช
พญ.ลลิตา	ธีระโรจนพงษ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ ๑๗
ภญ.จันทิมา	โยธาทัทธ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นพ.นฤวัต	เกสรสุคนธ์	โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

พญ.กชกานต์	รุ่งเรืองศักดิ์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.โซษิตา	จุงวงศ์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.ปิยะนุช	ปฐมาขจรพงศ์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.รุ่งตะวัน	ใหญ่ยิ่ง	โรงพยาบาลหัวหิน
นพ.สุชา	อายุวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน
นพ.สิโรตม์	อมรนนท์กิจ	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.อรวรรณ	สายบัวทอง	โรงพยาบาลหัวหิน

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ห้วยหินเวชสาร

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารวิชาการ ห้วยหินเวชสาร เป็นวรรณกรรม
ของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลห้วยหิน และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความเพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิง
แหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการลงตีพิมพ์ใน
วารสารวิชาการ ห้วยหินเวชสาร กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการ โรงพยาบาลห้วยหิน 30/2
ถนนเพชรเกษม ตำบลห้วยหิน อำเภอห้วยหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

เว็บไซต์ ห้วยหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

เบอร์โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908

บทนำ

วารสารหัวหินเวชสาร เป็นวารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เดิมชื่อ วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล เผยแพร่ฉบับแรกในปี 2559 ก่อนจะเปลี่ยนชื่อเป็น **วารสารหัวหินเวชสาร** ในปี 2564 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงบุคลากรด้านการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ได้พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาต่างๆ ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

วารสารหัวหินเวชสาร ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2566) ได้รับความสนใจเผยแพร่ผลงานจากผู้วิจัยหลากหลายสาขา ทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การวินิจฉัย การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย และการศึกษาเพื่อพัฒนางานการพยาบาลผู้ป่วย

บรรณาธิการและกองบรรณาธิการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและการพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป

27 ธันวาคม 2566

บรรณาธิการ

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า
The Effect of A Group Counseling Program on Promoting Social Intelligence in Adolescents with Depression ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการส่งเสริมความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า <i>Hathaithip Thippimon</i>	1-12
Incidence and Factors Related with Improved Chest Radiographic Findings in Covid-19 Patients after Favipiravir Treatment at the second Hospital Field of Kasetsart University: Suphanburi อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห่วงใยคนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี <i>Kaewkarn Limsricharoen</i>	13-26
Factors Affecting Re-Hospitalization of Patients with Chronic Heart Failure in Hua Hin Hospital ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน <i>Roongtawan Yaiying</i>	27-40
Prevalence and Associated Factors of Early Onset-to-Hospital Arrival Time of Acute Stroke Patients in Watphleng Hospital ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลวัดเพลง <i>Sarawut Kammaha</i>	41-56
The Effect of Clinical Supervision Model in Nursing Care Process for Nurse ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ <i>Sasithorn Bampenphon</i>	57-71
The Systematic Reviews on Palliative Nursing Management in The Terminally Ill Cancer Patients from Hospital to Home การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน <i>Sureewan Sawangha, Jaruwan Sanongyard, Tiwa Mahaprom</i>	72-91

The Effect of A Group Counseling Program on Promoting Social Intelligence in Adolescents with Depression

Hathaithip Thippimon, B.N.S.

Department of Psychiatry and Drug Dependence, Hua Hin Hospital

Received: Aug 9, 2023

Revised: Nov 3, 2023

Accepted: Dec 6, 2023

Abstract

Background: Depression is one of the major problems facing adolescents today. Resulting in the loss of years of health and being violent to the point of suicide. The group counseling program to develop social intelligence and adaptability may help reduce depression in adolescents.

Objective: To study the effects of a group counseling program on social intelligence and depression in adolescents.

Material/Method: This study utilized a quasi-experimental research design with a two-group pre-posttest design. The participants were depressed adolescents divided into two groups: a control group receiving standard nursing care and an experimental group receiving a group counseling program with a CVI of 0.95. The sample consisted of 20 individuals in each group, assigned through simple random sampling. Social intelligence and depression levels were assessed before and after the experiment, and the data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results: The initial levels of social intelligence and depression were not significantly different between the experimental and control groups ($p > .05$). However, after the experiment, both groups showed significant changes in social intelligence and depression ($p < .001$). Furthermore, there were significant differences in social intelligence and depression between the experimental and control groups after the experiment ($p < .05$).

Conclusion: Group counseling programs have been shown to increase social intelligence scores and reduce depression in adolescents.

Keywords: group counseling program; social intelligence; depression; adolescents

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการส่งเสริมความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

หทัยทิพย์ ทิพย์พิมล, พย.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหัวหิน

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้านับเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่เกิดกับวัยรุ่นในปัจจุบัน มีผลให้สูญเสียสุขภาพและรุนแรงไปจนถึงการฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสังคมให้วัยรุ่นมีความสามารถในการปรับตัว อาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มซึ่งมี CVI 0.95 กลุ่มละ 20 คน สุ่มเข้ากลุ่มโดยการจับสลาก ประเมินความฉลาดทางสังคม และภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและ t-test

ผลการศึกษา: ความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีผลต่อคะแนนความฉลาดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

คำสำคัญ: โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม; ความฉลาดทางสังคม; ภาวะซึมเศร้า; วัยรุ่น

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ หากเกิดความไม่สมดุลด้านใดด้านหนึ่ง อาจมีผลทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้พบความชุกและอัตราการตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในต่างประเทศชี้ว่าวัยรุ่นป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ค่อนข้างสูง ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีรายงานความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3-5 และภาวะซึมเศร้าถูกจัดเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Years Lived with Disability: YLDs) ของประชากรกลุ่มอายุนี้¹ ในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นมีความคิดอยากตายร้อยละ 15 และเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 13 จากผลสำรวจโดยกรมสุขภาพจิตพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ร้อยละ 1.6 มีความคิดอยากตายร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.1 และเคยพยายาม ฆ่าตัวตายร้อยละ 6.4 โดยพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 25) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 24) และเขตสุขภาพที่ 13 (ร้อยละ 23.9)²

ในปัจจุบันมีแนวทางช่วยเหลือตามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า การรักษาทางด้านจิตสังคมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า เช่น การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเหมาะสมกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก³ หรือปัญหาความสัมพันธ์ในปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยพัฒนาวิธีการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ดีขึ้น⁴ การให้คำปรึกษาเป็นหนึ่งในวิธีที่ใช้ในการ

ลดภาวะซึมเศร้า โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าและ เป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคม⁵ การพัฒนาความฉลาดทางสังคมตั้งแต่วัยรุ่น จะช่วยลดความขัดแย้ง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เพิ่มความร่วมมือซึ่งกันและกัน สามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขได้ดี ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้⁶

จากสถิติที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับประเทศและของหน่วยงาน รวมถึงผลกระทบต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดการช่วยเหลือ เพื่อจะพัฒนาให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความฉลาดทางสังคมที่ดีขึ้นและลดระดับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) ร่วมกับทฤษฎีความฉลาดทางสังคมของ Albrecht⁷ เพื่อใช้ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้

คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการส่งเสริมความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหัวหิน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหัวหินระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้มีอายุระหว่าง 12-19 ปี มีภาวะซึมเศร้าโดยประเมินตามแบบวัดความซึมเศร้าได้คะแนนรวมมากกว่า 15 คะแนน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ตลอดการวิจัย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูดหรือการใช้ภาษาและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องหรือมีประวัติเคยถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิตหรือมีอาการทางจิตยังคงได้รับยาต้านเศร้าหรือมีความเจ็บป่วยด้านร่างกายที่รุนแรงหรือมีความเจ็บป่วยด้านจิตใจที่รุนแรง หรือไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมก่อนการเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างใช้ Power of Analysis จากโปรแกรม G*power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ขนาดกลางที่ระดับ 0.5⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลาก จัดเข้ากิจกรรมกลุ่มละ 4-5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น (1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและ (2) เครื่องมือสำหรับ

ประเมินผล ประกอบด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความฉลาดทางสังคม ดังนี้

1. โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{5,7} เป็นกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ในแต่ละครั้งประกอบด้วยขั้นเริ่มต้น ทักทายสมาชิกในกลุ่ม และสอบถามถึงเรื่องต่างๆไป ขึ้นดำเนินการตามกิจกรรมและขั้นยุติช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้คุยกัน โดยมีรายละเอียดในขั้นตอนการแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมครั้งแรกเจอ (การปฐมนิเทศและสร้างความคุ้นเคย) ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกเล่น “ฉันเป็นใคร” ให้ผู้นำแจกกระดาษเล็กๆ ให้สมาชิกคนละแผ่น จากนั้นให้แต่ละคนเขียนคุณสมบัติของตนเอง 2 ประการลงในกระดาษที่แจกให้ เช่น สูง – ขาว จากนั้นใส่ลงในตะกร้าแล้วแจกเพื่อนทุกคน และให้เวลา 1 เพลงเพื่อจะได้ไปหาเพื่อนที่มีคุณสมบัติตามที่ได้นั้น แล้วให้ถามคำถาม 3 ข้อเพื่อให้เกิดความรู้จักกันมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกวาดรูปสัตว์ที่สื่อถึงความเป็นตัวเอง พร้อมทั้งอธิบายว่ารูปสัตว์นั้นสื่อถึงความเป็นตัวเองอย่างไร และพูดเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องราวที่เพื่อนสมาชิกกลุ่มเปิดเผยตนเอง เช่น “จากเรื่องที่เพื่อนเล่า พวกเราอยากจะทำอะไรกับเพื่อนไหมคะ” เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยอันดีกับสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมรู้จักเขารู้จักเรา (การตระหนักรู้ในสถานการณ์: Situational Awareness) โดยสมาชิกในกลุ่มทั้งหมดหลับตา 3 นาที พิจารณาว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตนเองมีความรู้สึกใดเกิดขึ้นบ้าง เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มได้แสดงความรู้สึก

ครั้งที่ 3 กิจกรรมภาพสะท้อน (การแสดงออก (Presence) และ ความจริงใจ (Authenticity)

สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน โดยให้ตอบคำถาม ซึ่งมีรายละเอียด คือ เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร (Situation) ท่านรู้สึกอย่างไร (Feeling) และท่านต้องการอะไร (Want) ให้สมาชิกในกลุ่มที่เหลือรับฟังอย่างสนใจ ใส่ใจ เพื่อรับรู้ความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกที่เล่า แล้วเป็นผู้สะท้อนความรู้สึกออกไปให้ผู้เล่าเรื่องได้รับรู้

ครั้งที่ 4 กิจกรรมเก็บหัวใจ (ความจริงใจ (Authenticity) และความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) วาดรูปวงกลมแบ่งสัดส่วนอารมณ์ของตนเอง 8 อารมณ์ พร้อมทั้งเขียนชื่ออารมณ์กำกับไว้ และแบ่งปันเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ให้สมาชิกได้พิจารณาว่า ขณะนี้ตนเองกำลังคิดอะไร และกำลังรู้สึกอย่างไร เขียนประโยคลงบนกระดาษว่า "ขณะนี้ฉันกำลังคิดและขณะนี้ฉันกำลังรู้สึก เมื่อสมาชิกแต่ละคนเล่าจบ ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มได้แสดงความรู้สึกจากเรื่องที่สมาชิกเล่า

ครั้งที่ 5 กิจกรรมเหตุการณ์วันนั้นฉันจำได้ดี (ความชัดเจน (Clarity) และ ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกจินตนาการ (Fantasy Approaches) ถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่เคยได้ช่วยเหลือผู้อื่น นึกย้อนว่าตนเองทำอะไร รู้สึกอย่างไร มีใครอยู่ในเหตุการณ์นั้นบ้าง มีใครพูดอะไรกับเราบ้าง บทสนทนาเป็นอย่างไร เราแสดงสีหน้าอย่างไร ให้สมาชิกในกลุ่มได้เล่าเรื่องให้เพื่อนสมาชิกฟัง ชวนให้สมาชิกกลุ่มเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องราวที่สมาชิกกลุ่มบอกเล่า

ครั้งที่ 6 ลาก่อนคนดี (การยุติการให้คำปรึกษา) ให้สมาชิกได้ไปทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นเรื่องใกล้ๆ ตัวที่สามารถทำได้ภายใน 1 วัน โดยให้สมาชิกในกลุ่ม แต่ละคนได้เล่าประสบการณ์การช่วยเหลือผู้อื่นว่าได้ช่วยเหลือใคร เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร บุคคลที่เราได้เข้าไปช่วยเหลือมีพฤติกรรมตอบสนองอย่างไร ตัวสมาชิกมีความรู้สึกใดเกิดขึ้นบ้าง ผู้ให้คำปรึกษาคอยให้คำ

ชมเชย เมื่อสมาชิกในกลุ่มมีการแสดงพฤติกรรมที่สื่อถึงการเห็นอกเห็นใจอย่างเหมาะสม ทบทวนการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคม

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยนำโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงของเครื่องมือ ทั้งความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มี Content Validity Index (CVI) 0.95 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าประเภท Self-report ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiological Studies ที่ National institute of mental health ประเทศสหรัฐอเมริกา ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยอุมพร ตรังคมบดี ความเที่ยงของแบบวัดภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.86⁹ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยเป็นคำถามทางลบ 16 ข้อ และคำถามทางบวก 4 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่ง 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (0-20 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (21-40 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (41-60 คะแนน)

2.2 แบบประเมินความฉลาดทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินของทัชชา สุริโย¹⁰ จำนวน 40 ข้อ รูปแบบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า โดยองค์ประกอบที่ 1 มีจำนวน 17 ข้อ และองค์ประกอบ

ที่ 2 มีจำนวน 23 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมาย
บวกจำนวน 33 ข้อ คำถามทางลบจำนวน 7 ข้อ ค่า
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ระดับ .89 การแปลผล
คะแนน แบ่ง 3 ระดับ คือ ความฉลาดทางสังคมอยู่
ในระดับต่ำ (0-53 คะแนน) ความฉลาดทางสังคมอยู่
ในระดับปานกลาง (54 - 106 คะแนน) ความฉลาด
ทางสังคมอยู่ในระดับสูง (107 - 160 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ หมายเลข 006/2565 ออก
ให้ ณ วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้
จากกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะถือเป็นความลับ การ
นำเสนอเป็นภาพรวมจากการวิเคราะห์ตามระเบียบ
วิธีวิจัย เก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อกอย่าง
แน่นหนา จำกัดจำนวนบุคคลที่เข้าถึงข้อมูล และ
ทำลายเอกสารภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ขั้นตอนการวิจัย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินจาก
แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D
2. กลุ่มควบคุมจะได้รับแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้าและแบบประเมินความฉลาดทางสังคมใช้
เวลาในการตอบ 10-15 นาที จากนั้นจะได้รับการ
ดูแลตามปกติ คือ ได้รับคำปรึกษาเป็นรายคนตาม
แพทย์นัด เข้าพบนักกิจกรรมบำบัดเดือนละ 1 ครั้ง
3. กลุ่มทดลองจะตอบแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้าและแบบประเมินความฉลาดทางสังคมก่อน
การเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดย
โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง รวมการ
ชี้แจงและการสิ้นสุดโปรแกรมแต่ละครั้งเป็นเวลา

60-90 นาที จัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ รวมระยะเวลา
ในโปรแกรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

4. หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัด
กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำ
แบบประเมินความฉลาดทางสังคม โดยใช้เวลา 10-
15 นาที ภายหลังจากการวิจัยจัดให้กลุ่มควบคุม
ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่มเช่นเดียวกับ
กลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยคำนวณหา
ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบน
มาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและ
ภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแล
ตามโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม
ที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test
independent ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นมีการแจก
แจงเป็นโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและ
ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการ
ดูแลตามโปรแกรมให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติ
dependent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75
และ 60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 12-15
ปีร้อยละ 80 และ 60 ตามลำดับ และมีระดับ
การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 70 และ
60 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

รายการ		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	12-15 ปี	16	80	12	60
	16-19 ปี	4	20	8	40
เพศ	ชาย	5	25.0	8	40.0
	หญิง	15	75.0	12	60.0
ระดับการศึกษา					
	มัธยมศึกษาตอนต้น	14	70.0	12	60.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	30.0	8	40.0

2. ภาวะซีมเศร้า ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซีมเศร้าปานกลางถึงสูง โดยส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซีมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 85 และ 90 ตามลำดับ หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีคะแนนภาวะซีมเศร้าระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซีมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 75 และระดับต่ำร้อยละ 25 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซีมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 90 และระดับต่ำร้อยละ 10 (ตารางที่ 2)

ความฉลาดทางสังคม ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสังคมในระดับปานกลางร้อยละ 100 และ 95 ตามลำดับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสังคมในระดับสูงร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับปานกลางร้อยละ 40 และระดับสูงร้อยละ 60 (ตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและภาวะซีมเศร้าก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางสังคมหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (Mean= 117.70, SD=8.609) และกลุ่มควบคุม (Mean= 107.15, SD=11.028) สูงกว่าก่อนทดลอง (กลุ่มทดลอง (Mean= 92.90, SD=4.051) และกลุ่มควบคุม (Mean= 91.10, SD=3.307) ตามลำดับ)

ส่วนคะแนนภาวะซีมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (Mean= 22.10, SD=7.063) และกลุ่มควบคุม (Mean= 27.15, SD=5.174) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (กลุ่มทดลอง (Mean= 35.75, SD=6.965) และกลุ่มควบคุม (Mean= 35.70, SD=3.715) ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความฉลาดทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ภาวะซึมเศร้า	ต่ำ	0	5	0	2
	กลาง	17	15	18	18
	สูง	3	0	2	0
ความฉลาดทางสังคม	ต่ำ	0	0	0	0
	กลาง	20	0	19	8
	สูง	0	20	1	12

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ความฉลาดทางสังคม	กลุ่มทดลอง	92.90	4.051	117.70	8.609	10.122	<.001
	กลุ่มควบคุม	91.10	6.307	107.15	11.028	6.425	<.001
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	35.75	6.965	22.10	7.063	5.384	<.001
	กลุ่มควบคุม	35.70	3.715	27.15	5.174	6.207	<.001

4. ความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความฉลาดทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	(n=20)		(n=20)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความฉลาดทางสังคม	92.90	4.051	91.10	6.307	1.074	.290
ภาวะซึมเศร้า	35.75	6.965	35.70	3.715	.028	.978
หลังการทดลอง						
ความฉลาดทางสังคม	117.70	8.609	107.15	11.028	3.372	.002
ภาวะซึมเศร้า	22.10	7.063	27.15	5.174	-2.580	.014

อภิปรายผล

จากการศึกษาโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พบว่าหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสังคมสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำลง อย่างไรก็ตามความฉลาดทางสังคมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางสังคมในกลุ่มทดลองเท่ากับ 117.70 ($SD=8.609$) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 107.15 ($SD=11.028$) เมื่อจำแนกคะแนนความฉลาดทางสังคมเป็นระดับ พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดมีคะแนนเพิ่มจากระดับกลางเป็นระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนความฉลาดทางสังคมในระดับสูงและระดับกลางเป็นร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้วัยรุ่นมีความตระหนักรู้ทางสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากกิจกรรมที่เกิดจากโปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่มที่จัดขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นผ่านกิจกรรมในแต่ละครั้ง ได้แสดงความรู้สึกของตนเอง และเรียนรู้ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รับฟังเรื่องราวของบุคคลอื่น ทำให้บุคคลมีการปรับตัวเข้าสังคม¹⁰ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาและพัฒนาความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้¹¹ พบว่าการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการมีผลทำให้ความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าเมื่อดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มไปเรื่อยๆ วัยรุ่นมีการแสดงท่าทีถึงความสนใจ ใส่ใจ สนุกสนาน โน้มตัวเข้ามา เมื่อเพื่อนสมาชิกกำลังเล่าประสบการณ์ มีการรับรู้อารมณ์ของเพื่อนว่าเพื่อนรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น โดยแสดงท่าทีที่เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจโดยใช้คำพูด หรือสัมผัสตัวเพื่อนในกลุ่มแม้ไม่ใช่

เพื่อนที่รู้จักกันมาก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความฉลาดทางสังคมตามที่โคสมิทซกีและจอห์น¹² ได้กล่าวว่าบุคคลที่มีความฉลาดทางสังคม คือ ผู้ที่เข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้อื่นได้ดี ให้ความสำคัญและห่วงใยผู้อื่น และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมรู้จักเขารู้จักเรา กิจกรรมภาพสะท้อน กิจกรรมเก็บหัวใจ ทำให้วัยรุ่นรู้จักคิด ทบทวนเรื่องราวของตนเองทั้งอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ทศนคติ และเมื่อนำมาแบ่งปันให้เพื่อนในกลุ่มได้รับรู้ เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้วัยรุ่นรู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีความคิดว่าอย่างน้อยก็มีเพื่อนที่เผชิญปัญหาคล้ายๆ กับตน⁷ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน¹³ ซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะวัยรุ่นช่วงอายุ 12-18 ปี ที่พยายามค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองผ่านการคำนึง ความเชื่อและเป้าหมาย ในขณะที่มีความสับสน ไม่มั่นคงกับบทบาทของตนในการปรับตัวเข้ากับสังคม หากวัยรุ่นได้พัฒนาความรู้สึกในตนเองได้รับการเสริมแรงอย่างเหมาะสม วัยรุ่นจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ด้วยความรู้สึกที่แข็งแกร่งและรู้สึกถึงทิศทางในชีวิต ในขณะที่หากเกิดความล้มเหลวส่งผลให้เกิดความเหงาและโดดเดี่ยว มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเองมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ที่ผูกพันกันน้อยลง

การให้คำปรึกษาเป็นหนึ่งในวิธีที่ใช้ลดภาวะซึมเศร้า โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าได้มาก เพราะขั้นตอนและกระบวนการของการให้คำปรึกษากลุ่มมีรูปแบบของการจำลองสภาพการอยู่ร่วมกัน ช่วยให้คนเรียนรู้การปรับตัวทางสังคมได้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง^{5,7} ซึ่งส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคม ทำให้เข้ากับผู้อื่นได้ดีและได้รับความร่วมมือ ทำให้

เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไวต่อความต้องการของผู้อื่นและมีทัศนคติในเชิงเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจ รวมทั้งมีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด⁵

ภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเท่ากับ 22.10 ($SD=7.063$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 27.15 ($SD=5.174$) และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความซึมเศร้าระดับจากระดับปานกลางและสูงลดลงจากร้อยละ 85 และ 15 เป็นระดับปานกลางร้อยละ 75 และระดับต่ำร้อยละ 25 ส่วนกลุ่มควบคุมจากก่อนการทดลองมีความซึมเศร้าระดับปานกลางและสูงร้อยละ 90 และ 10 เป็นระดับปานกลางและระดับต่ำร้อยละ 90 และ 10 ตามลำดับ หลังการทดลอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีผลเพิ่มคะแนนความฉลาดทางสังคม ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถเสริมสร้างอารมณ์และความรู้สึกให้ดีขึ้น ผ่านกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ซึ่งส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ความอยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความมีมนุษยสัมพันธ์และการรู้จักปรับตัว กิจกรรมเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับองค์ประกอบความฉลาดทางสังคม นั่นคือกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำความเข้าใจเจตนาและความต้องการของบุคคลอื่น ช่วยให้บุคคลสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการที่มีต่อการกำกับอารมณ์ของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะซึมเศร้า¹⁴ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของการกำกับอารมณ์โดยรวมและองค์ประกอบย่อย และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย¹⁵ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง ($Mean = 9.16$, $SD = 3.71$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($Mean = 22.46$, $SD = 1.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล

โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีผลต่อคะแนนความฉลาดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปใช้นั้น ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้เทคนิค ฝึกการใช้เทคนิคต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญในด้านการให้คำปรึกษาก่อนนำไปใช้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มอื่นๆ ได้
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อความฉลาดทางสังคม เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม รวมถึงขยายผลโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในช่วงอายุอื่นที่เป็นกลุ่มภาวะซึมเศร้า

บรรณานุกรม

- World Health Organization (WHO). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [Access 22 Feb 2023]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf?sequence=1
- วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพโรจน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 2563; 28(2):136-49.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- ดวงใจ วัฒนสินธ์. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559; 24(1):1-12.
- Goleman, Daniel. Social Intelligence: The New Science of Human Relationship. New York: Arrow; 2006.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563; 32(1):75-88.
- Karl Albrecht. Social intelligence: The new science of success. San Francisco: A Wiley Imprint; 2006.
- รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. ความรุนแรงในวัยรุ่นไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2540.
- ทชชา สุริโย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
- กาญจน์กมล สุทธิยารัตน์. การศึกษาและพัฒนาความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้. สุทธิปริทัศน์. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]; 28: 129-51. เข้าถึงได้จาก : <https://so05.tci-ijo.org/index.php/DPUsthiparithatJournal/article/download/244887/166466/848223>
- Kosmitzki C, John OP. The implicit use of explicit conceptions of social intelligence. Personality and Individual Differences. 1993;15(1):11-23.

13. Cherry, Kendra. Understanding Erikson's Stages of Psychosocial Development [Internet]. USA: Verywell Mind, 2020. [20 March 2023]; Available from: <https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psychosocial-development-2795740#citation-3>
14. ขวัญใจ ฤทธิ์คำ. โปรแกรมการปรึกษาแบบบูรณาการที่มีต่อการกำกับอารมณ์ของนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีภาวะซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
15. ถิรนนท์ ผิวผา. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

**Incidence and Factors Related with Improved Chest Radiographic Findings in
Covid-19 Patients after Favipiravir Treatment
at the second Hospital Field of Kasetsart University: Suphanburi**

Kaewkarn Limsricharoen, M.D.

Division of Radiology, Chaoprayayommarat Hospital

Received: Oct 7, 2022

Revised: Aug 29, 2023

Accepted: Dec 6, 2023

Abstract:

Background: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an emerging disease. Guidelines for medical practice advise patients with mild symptoms to consider favipiravir as soon as possible. But there are risk factors for severe diseases. For example, age > 6 years, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) combined chronic lung disease, stroke, uncontrolled diabetes, obesity (BMI ≥ 30 kg/m²), room air SpO₂ $\leq 96\%$ or found to have SpO₂ while exertion decreases $\geq 3\%$ of the first measured value (Exercise-induced hypoxia), which may require regular hospitalization or consider corticosteroid with favipiravir.

Objective: The purpose of this study was to investigate and analyze the factors associated with the improvement of chest radiographic findings in COVID-19 patients following favipiravir treatment at the second Hospital Field of Kasetsart University: Suphanburi.

Method: A retrospective cohort analytic study was performed by collecting data from the medical records or electronic health records of COVID-19 patients who enter to the second Hospital Field of Kasetsart University: Suphanburi. The medical data and chest radiographic reports were collected during July 11, 2021- September 30, 2021. By using the chi-square test, independent t-test, univariate, and multivariate logistic regression, data were analyzed to determine the percentage, mean statistic, and related factor between sex, age, underlying disease, body mass index, clinical level of C-reactive protein, and radiographic findings.

Results: The average age of the 151 patients enrolled in the study was 44.21 years, there were females 62.90% and 74.17% had no underlying disease. The C-reactive protein level levels greater than or equal to 15 mg/L had a statistically significant improvement in the change on chest radiographs ($p = .009$).

Conclusion: Level of C-reactive protein levels greater than or equal to 15 mg/L had a statistically significant improvement in the change on chest radiographs.

Keywords: Covid-19 patients; Hospital field; chest radiograph; Rama Co-RADS; C-reactive protein (CRP); Favipiravir

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห่วงใยคนสุพรรณ แห่งที่ 2

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี

แก้วกาญจน์ ลัมศรีเจริญ, พบ.

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ แนวทางเวชปฏิบัติโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ยาฟาวิพิราเวียร์ ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุด เช่น อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ตร.ม.) หายใจเองปกติ $SpO_2 \leq 96\%$ หรือพบว่ามี SpO_2 ขณะออกแรงลดลง $\geq 3\%$ ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก (Exercise-induced hypoxia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้แนะนำให้รักษาในโรงพยาบาลปกติ หรือพิจารณาให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมกับฟาวิพิราเวียร์

วัตถุประสงค์: เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงและได้รับยาฟาวิพิราเวียร์เป็นเวลา 5 วัน ตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลสนามศูนย์ห่วงใยคนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์จากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort analytic study) กลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2564 ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ เป็นเวลา 5 วัน ตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข บันทึกข้อมูลพื้นฐาน อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว อาการแสดง ข้อมูลการได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ และยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ระดับ C-reactive protein ภาพรังสีทรวงอก และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติเชิงวิเคราะห์หรือเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการเปลี่ยนแปลงของภาพถ่ายทางรังสีวิทยา

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 151 ราย มีอายุเฉลี่ย 44.21 ปี ร้อยละ 62.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.17 ไม่มีโรคประจำตัว ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก พบว่า ระดับของ C-reactive protein มากกว่าหรือเท่ากับ 15 มก./ลิตร มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพถ่ายทางรังสีวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$)

สรุป: การให้ยาฟาวิพิราเวียร์ ในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง แต่มีระดับของ C-reactive protein มากกว่าหรือเท่ากับ 15 มก./ลิตร โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุด จะได้ผลการรักษาที่ดี ช่วยให้ภาพถ่ายทางรังสีทรวงอกดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19); โรงพยาบาลสนาม; การถ่ายภาพรังสีทรวงอก; Rama Co-RADS; C-reactive protein; ยาฟาวิพิราเวียร์

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่¹⁻⁴ โดยมีรายงานครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อเดือนธันวาคม 2019 และแพร่ขยายเป็นวงกว้างทั่วโลกอย่างรวดเร็วจนกระทั่งเมื่อเดือนมีนาคม 2020 ว่าเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 มีอาการทางระบบทางเดินหายใจเพียงเล็กน้อย เช่น อากาศไข้ ไอ จมูกไม่ได้กลิ่น ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีอาการปานกลางตั้งแต่ปอดอักเสบ หรืออาจรุนแรงจนถึงภาวะการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ภาพวินิจฉัยทางรังสีวิทยาด้วยการถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (Chest computed tomography) และภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) จึงมีบทบาทสำคัญทั้งในการช่วยวินิจฉัย ติดตามการรักษา และช่วยพยากรณ์โรค

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้กลับมาทวีความรุนแรงขึ้นในระลอกใหม่ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564⁵ การระบาดในระลอกนี้มีอัตราการติดเชื้อที่สูงและกระจายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว จนทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการหนักเพิ่มมากขึ้น จำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ศูนย์ปฏิบัติการ COVID-19 จังหวัดสุพรรณบุรี นำโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้อง ได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ร่วมกับทีมบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เปิดโรงพยาบาลสนามศูนย์ห่วงใยคนสุพรรณ แห่งที่ 2 เพิ่มขึ้นโดยใช้อาคารหอประชุมมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสุพรรณบุรี ขึ้นเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่อาการยังไม่รุนแรงมาก โดยมีขนาด 144 เตียง เริ่มเปิดรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มเติม (ฉบับปรับปรุง วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)⁶⁻⁷ โดยแนวทางอาศัยข้อมูลจากการตรวจประเมินทางคลินิกร่วมกับลักษณะความผิดปกติและความรุนแรงของภาวะปอดอักเสบที่ตรวจพบจากภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) สอดคล้องกับแนวทางคัดกรองของกรมควบคุมโรค แม้ว่าในปัจจุบันการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (Chest computed tomography) ถือว่ามีศักยภาพมากกว่าภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) แต่การตรวจด้วยภาพรังสีทรวงอกสามารถใช้เครื่องเอกซเรย์แบบเคลื่อนที่ (Mobile or portable X-ray unit) ซึ่งพร้อมใช้งานในทุกสถานที่ที่การตรวจที่ไม่ยุ่งยากและราคาประหยัด ลดโอกาสในการสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ปัจจุบันการตรวจด้วยภาพรังสีทรวงอกจัดเป็นวิธีการตรวจทางรังสีเบื้องต้นที่สำคัญในการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของภาวะปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อใช้ประกอบการคัดแยก บริหารจัดการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลสนาม ตามมาตรการให้มีประสิทธิภาพ มีการใช้ Rama Co-RADS (COVID-19 Reporting and Data System) 1-2 เป็นแนวทางสำหรับรังสีแพทย์ใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ช่วยให้รังสีแพทย์สามารถรายงานผลอย่างเป็นระบบ กระชับ เข้าใจง่าย และไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2564⁸ แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แนะนำให้ยาฟาวิพิราเวียร์ ใน

ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุด เช่น อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ตร.ม.) หายใจเองปกติ $SpO_2 \leq 96\%$ หรือพบว่ามี SpO_2 ขณะออกแรงลดลง $\geq 3\%$ ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก (Exercise-induced hypoxia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้แนะนำให้รักษาในโรงพยาบาลปกติ หรือพิจารณาให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมกับฟาวิพิราเวียร์ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงและได้รับยาฟาวิพิราเวียร์เป็นเวลา 5 วัน ตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้มาก่อนเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ทำให้ยังมีการศึกษาอย่างไม่เป็นวงกว้าง และการศึกษาก่อนหน้านี้นี้มุ่งเน้นหาลักษณะ รายละเอียดและการดำเนินโรค แต่ไม่ได้หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา

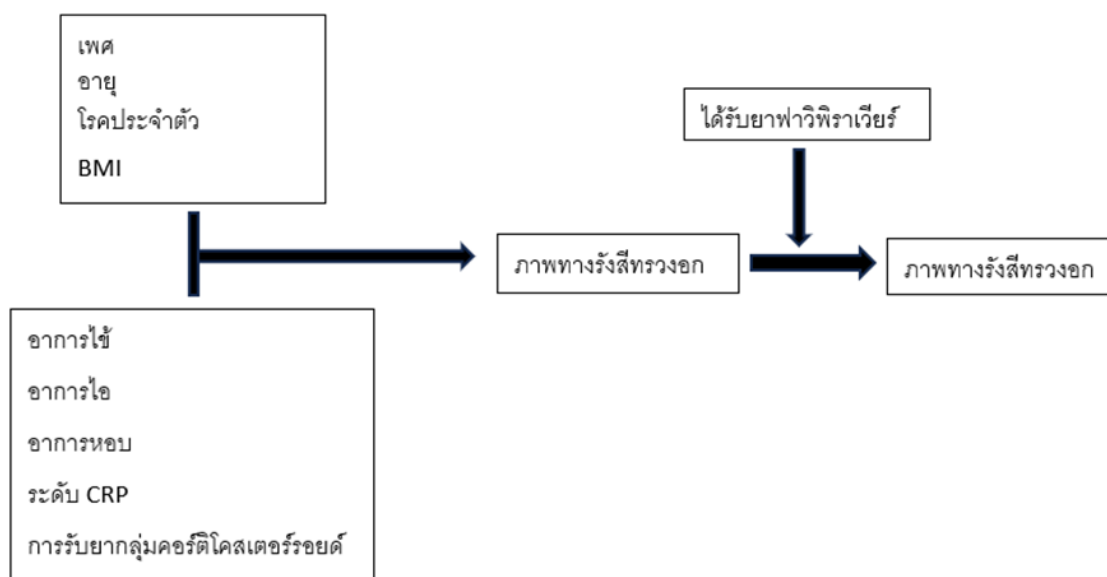
วัตถุประสงค์

เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงและได้รับยาฟาวิพิราเวียร์เป็นเวลา 5 วัน ตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห้วยไผ่คนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์สุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะทางกายภาพ และโรคประจำตัว ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ อายุ เพศ และโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

2. ปัจจัยระหว่างการรักษา ได้แก่ อาการไข้ อาการไอ อาการหอบ ระดับ CRP การรับยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์



วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์จากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort analytic study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ ที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห้วยไคนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี ตั้งแต่ กรกฎาคม ถึง กันยายน 2564 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในและผลการอ่านภาพรังสีทรวงอกระหว่างเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห้วยไคนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์เป็นเวลา 5 วัน ตามแนวทางการรักษา แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ก่อนมีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก กลุ่มที่มีความเสี่ยงที่ไม่สามารถอยู่โรงพยาบาลสนามได้ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ โรคไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องได้รับออกซิเจนตลอดเวลา โรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ room air SpO₂ ≤ 96% หรือพบว่า SpO₂ ขณะออกแรงลดลง ≥ 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก (Exercise-induced hypoxia) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อนและเข้ามาพักคอยก่อนกลับบ้าน เพราะภาพถ่ายทางรังสีทรวงอกไม่ได้ถูกวินิจฉัยด้วยระบบเดียวกัน ผู้ป่วยที่จำหน่ายก่อนได้รับการถ่ายภาพทางรังสีทรวงอกภายหลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

คำนวณขนาดตัวอย่าง

จากอุบัติการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงและได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

ครบ คิดเป็นร้อยละ 40 เพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้สมการ Infinite population proportion (คำนวณจาก application n 4 studies) ได้ขนาดตัวอย่าง 145 คน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล (Case record form) ที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ วันที่พบเชื้อ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว อาการแสดง ข้อมูลการได้รับยาของกระทรวงสาธารณสุขและยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ข้อมูล C-reactive protein ภาพรังสีทรวงอกก่อนและหลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ สาเหตุที่ตัดออกจากการศึกษา

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนาม ศูนย์ห้วยไคนสุพรรณ แห่งที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สุพรรณบุรี ตั้งแต่ 11 กรกฎาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2564 นำเลขประจำตัวผู้ป่วยไปสืบค้นผลอ่านภาพทางรังสีทรวงอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลตัวแปรจัดกลุ่ม (Categorical variable) แสดงผลเป็นจำนวน และสัดส่วน ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติโดยใช้ chi-square หรือ fisher's exact test ตามความเหมาะสม หากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงภาพทางรังสีทรวงอก ด้วย univariate และ multivariate logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS รุ่น 26

ข้อมูลภาพรังสีทรวงอกก่อนและหลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ วินิจฉัยภาพทางรังสีทรวงอกออกมาเป็น Rama Co-RADS โดยรังสีแพทย์

ตารางที่ 1 RAMA CO-RADS เกณฑ์คัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกสำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยยืนยัน โควิด-19

RAMA CO-RADS	ลักษณะที่พบเห็นในภาพรังสีทรวงอก
CATEGORY 1	Normal chest radiograph or no abnormality detected
CATEGORY 2	Minor abnormalities unrelated to COVID-19 pneumonia • Anatomical variants, including breast implants and scoliosis • Features favoring technical issues (eg, suboptimal inspiration, off-center exposure) but not affecting film interpretation • Irrelevant abnormalities (eg, old tuberculosis [TB], mild cardiomegaly, aortic atherosclerosis)
CATEGORY C	Low probability of or atypical for COVID-19 pneumonia, but with other clinically significant diseases requiring clinical correlation and further management • Other clinically significant diseases (eg, bacterial pneumonia, active TB, congestive heart failure, pneumothorax, pleural effusion, malignancy) • Presence of severe technical artifacts affecting film interpretation and requiring a repeated chest radiograph
CATEGORY 3	Equivocal/unsure/indeterminate for COVID-19 pneumonia • Some features (eg, subtle, poorly defined opacities) that can be due to early/mild/atypical COVID-19 pneumonia or other causes (eg, pseudolesions, other diseases) requiring clinical correlation and follow-up or repeated chest radiograph
CATEGORY 4	Suspicious for early/mild COVID-19 pneumonia • Single or multifocal, unilateral poorly defined ground-glass opacities or consolidations
CATEGORY 5	Typical for COVID-19 pneumonia • Multifocal, bilateral peripheral opacities (ground-glass opacities and/or consolidations), including those with rounded morphology



ภาพที่ 1 Rama Co-RADS category 1- Normal Chest Radiograph or No abnormally Detected
ภาพรังสีทรวงอกปกติของหญิงอายุ 43 ปี ที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19



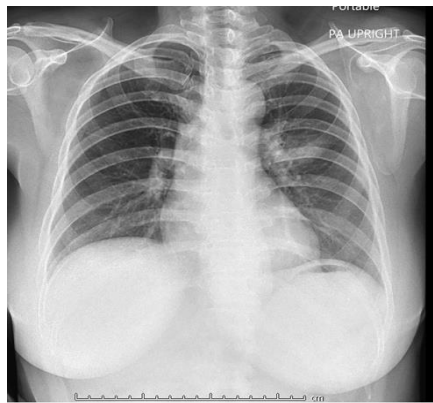
ภาพที่ 2 Rama Co-RADS category 2- Minor Abnormalities Unrelated to COVID-19 Pneumonia
ภาพรังสีทรวงอกของชายอายุ 55 ปี ที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 มีโรคกระดูกสันหลังคด



ภาพที่ 3 Rama Co-RADS category C - Low Probability of or Atypical for COVID-19 Pneumonia, but With Other Clinically Significant Disease Requiring Clinical Correlation and Further Management ภาพรังสีทรวงอกของชายอายุ 55 ปี ที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 แสดง atelectasis, reticulonodular opacity and multiple cavities ที่ส่วนบนของปอดซ้ายซึ่งน่าจะเกิดจากสาเหตุอื่นมากกว่าโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัณโรค จึงควรได้รับการดูแลรักษาและหาสาเหตุต่อไป



ภาพที่ 4 Rama Co-RADS category 3 - Equivocal/unsure/Indeterminate for COVID-19 Pneumonia ภาพรังสีทรวงอกของหญิงอายุ 29 ปี ที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 แสดงฝ้าขาวที่ส่วนล่างซ้ายซึ่งลักษณะความผิดปกติดังกล่าวอาจเป็นภาวะปอดอักเสบจากโควิด-19 ในระยะเริ่มแรกหรือเป็นเงาแสง (Pseudolesion) จากเงากระดูกซ้อนทับกัน (Overlapping bone)



ภาพที่ 5 Rama Co-RADS category 4 - Suspicious for Early/Mild COVID-19 Pneumonia ภาพรังสีทรวงอกของหญิงอายุ 49 ปี ที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 แสดง ฝ้าขาวเป็นปื้นเพียงตำแหน่งเดียวที่ส่วนกลางของปอดซ้าย (Single poorly defined ground-glass opacity)



ภาพที่ 6 Rama Co-RADS category 5 - Typical for COVID-19 Pneumonia ภาพรังสีทรวงอกของชายอายุ 42 ปี ที่เป็นผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 แสดงฝ้าขาวเป็นปื้นหลายตำแหน่งที่ส่วนล่างของปอดสองข้าง (Multiple bilateral poorly ground-glass opacities)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข YM 024/2564 ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบ ข้อมูลจากเวชระเบียนด้วยตนเอง ขั้นตอนในการเก็บ ข้อมูล จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยโดย ภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การการวิจัยจำนวน 151 คน อายุเฉลี่ย 44.21 ปี เป็นเพศชายจำนวน 56 คน เพศหญิงจำนวน 95 คน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงภาพรังสีทรวงอก

การเปลี่ยนแปลงภาพรังสีทรวงอก	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก	100	66.2
ผู้ป่วยที่การเปลี่ยนแปลงที่แย่ลงหรือคงที่ของภาพรังสีทรวงอก	51	33.8

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงภาพทางรังสีวิทยา ทรวงอก ด้วย Univariate และ Multivariate logistic regression โดยนำปัจจัยลักษณะทาง กายภาพ คือ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว อาการที่เกิดระหว่างการรักษา เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย การได้รับยาากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ไม่พบปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาพรังสี ทรวงอก (Chest radiograph) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

จำนวน 112 คน มีโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 คน โรคเบาหวาน 13 คน และมีโรคอื่นๆ รวมด้วย 21 คน อาการแสดงส่วนใหญ่มีอาการไอ จำนวน 88 คน เหนื่อย 17 คน และมีอาการไข้ 4 คน ดัชนีมวล กายน้อยกว่า 30 กก./ตร.ม. จำนวน 117 คน มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ตร.ม. จำนวน 34 คน ระดับของ C-reactive protein พบว่าน้อยกว่า 15 มก./ลิตร จำนวน 102 คน ที่เหลือมากกว่าหรือ เท่ากับ 15 มก./ลิตร จำนวน 49 คน การรับยา กลุ่ม คอร์ติโคสเตียรอยด์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา กลุ่ม คอร์ติโคสเตียรอยด์ 125 คน และพบว่าผู้ป่วยส่วน ใหญ่ร้อยละ 66.20 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของ ภาพรังสีทรวงอก (ดังตารางที่ 2)

ไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าพบว่าระดับของ C-reactive protein ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 15 มก./ลิตร มีผลทำให้ภาพรังสีวิทยาทรวงอกเปลี่ยนในลักษณะที่ ดีขึ้นจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 81.6) เมื่อเทียบกับ ระดับ ของ C-reactive protein น้อยกว่า 15 มก./ ลิตร ที่ดีขึ้นจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 58.8) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.009$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ตัวแปร	ผู้ป่วยทั้งหมด (n=151)		ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ ดีขึ้นของภาพรังสีทรวงอก (n=100)		ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ แย่ลงหรือคงที่ของภาพรังสี ทรวงอก (n=51)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ							
< 50 ปี	93	61.6	59	41.0	34	33.3	.360
≥ 50 ปี	58	38.4	41	59.0	17	66.7	
เพศ							
ชาย	56	37.10	41	41.0	15	29.4	0.224
หญิง	95	62.90	59	59.0	36	70.6	
โรคประจำตัว							
ไม่มีโรค	112	74.2	71	71.0	41	80.4	0.212
มีโรคประจำตัว	39	25.8	29	29.0	10	19.6	
อาการแสดง							
ไข้							
มี	4	2.6	3	3.0	1	2.0	0.707
ไม่มี	147	97.4	97	97.0	50	98.0	
ไอ							
มี	88	53.3	57	57.0	31	60.8	0.656
ไม่มี	63	41.7	43	43.0	20	39.2	
เหนื่อย							
มี	17	11.3	10	10.0	7	13.7	0.493
ไม่มี	134	88.7	90	90.0	44	86.3	
ดัชนีมวลกาย							
< 30 กก./ตร.ม.	117	77.50	75	75.0	42	82.40	0.306
≥ 30 กก./ตร.ม.	34	22.50	25	25.0	9	17.60	
C-reactive protein							
< 15 มก./ลิตร	102	67.5	60	60.0	42	82.3	0.009*
≥ 15 มก./ลิตร	49	32.5	40	40.0	9	17.7	
รับยากุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์							
ไม่ได้รับยา	125	82.8	80	80.0	45	88.2	0.205
ได้รับยา	26	17.2	20	20.0	6	11.8	

p-value < .05

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุนามแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภาพทางรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

ตัวแปร	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
							Lower	Upper
อายุ	.010	.015	.491	1	.483	1.010	.982	1.040
เพศ	.588	.400	1.945	1	.163	1.747	.798	3.826
โรคประจำตัว	-.879	.643	1.865	1	.172	.415	.188	1.466
โรคเบาหวาน	-.463	.820	.318	1	.573	.630	.126	3.143
โรคความดันโลหิตสูง	-.739	.748	.975	1	.323	.478	.110	2.070
อาการไข้	.498	1.194	.174	1	.677	1.645	.158	17.091
อาการไอ	-.026	.394	.004	1	.948	.974	.450	2.109
อาการเหนื่อย	-.618	.576	1.152	1	.283	.539	.174	1.666
ดัชนีมวลกาย	.069	.038	3.826	1	.070	1.071	.994	1.154
C-reactive protein	-1.133	.437	6.27	1	.009	.322	.137	1.062
รับยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์	.571	.570	1.005	1	.316	1.770	.580	.758
Constant	-1.148	1.384	.688	1	.407	.317		

จากข้อมูลทางภาพรังสีทรวงอกพบว่า เมื่อใช้การแปลผลตาม Rama Co-RADS ก่อนเข้ารับการรักษาคะแนน 1 จำนวน 29 ราย Category 2 จำนวน 13 ราย Category 3 จำนวน 53 ราย Category 4 จำนวน 53 ราย Category 5 จำนวน 3 ราย เมื่อได้รับการรักษาภาพรังสีทรวงอกเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจำนวน 100 ราย และอีก

51 ราย เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง โดยพบว่าภาพรังสีทรวงอกหลังการรักษา เมื่อใช้การแปลผลตาม Rama Co-RADS พบ Category 1 จำนวน 40 ราย Category 2 จำนวน 26 ราย Category 3 จำนวน 32 ราย Category 4 จำนวน 48 ราย Category 5 จำนวน 5 ราย (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวินิจฉัยรังสีวิทยาทรวงอกตาม Rama Co-RADS ก่อนและหลังให้ยาฟาวิพิราเวียร์

ภาพรังสีวิทยาทรวงอก	ก่อนให้ยาฟาวิพิราเวียร์		หลังให้ยาฟาวิพิราเวียร์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Category 1	29	19.20	40	26.50
Category 2	13	8.60	26	17.20
Category 3	53	35.10	32	21.20
Category 4	53	35.10	48	31.80
Category 5	3	2.0	5	3.30

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากงานวิจัยตีพิมพ์เมื่อ พ.ศ.2564 ศึกษา ลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) และภาพรังสีทรวงอกมีภาวะ ปอดอักเสบที่สถาบันบำราศนราดูร³ จำนวน 78 คน พบว่า อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการไอถึงร้อยละ 83.3 มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงจนต้องให้ออกซิเจน ร้อยละ 34.6 ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ Invasive mechanical ventilation ร้อยละ 6.4 และอัตรา เสียชีวิตร้อยละ 5.1 แต่ยังไม่พบลักษณะเฉพาะของ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

จากงานวิจัยที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา⁴ ได้มีการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยของโรงพยาบาลปาดอง⁹ ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 78 ราย และงานวิจัยที่โรงพยาบาลพะเยา¹⁰ ศึกษา ในผู้ป่วยจำนวน 58 ราย และรายงานวิจัยใน ต่างประเทศ¹¹⁻¹⁵ ทำให้พบว่าภาพทางรังสีทรวงอก ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มี ลักษณะเป็น Ground glass and patchy opacities เป็นส่วนใหญ่

งานวิจัยของทางคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตนบุรี มหาวิทยาลัยมหิดล¹⁻² เรื่อง เกณฑ์คัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอก สำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วย ยืนยันโควิด-19 ที่เรียกว่า Rama Co-RADS พบว่า สามารถลดระยะเวลาการรายงานผลของรังสีแพทย์ ลง และยังสามารถทำให้การสื่อสารระหว่างกลุ่ม บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น ช่วยให้มี กระบวนการคัดแยก และการดูแลรักษาเป็นไปอย่าง มีประสิทธิภาพ

งานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของยา ฟาวิพิรา เวย์ร์ ในประเทศญี่ปุ่น¹⁶ จำนวน 41 คน ประเทศ อินเดีย¹⁷ จำนวน 678 คน ประเทศอียิปต์¹⁸ จำนวน 96 คน และในประเทศรัสเซีย¹⁹ จำนวน 60 คน

พบว่าการใช้ยาฟาวิพิราเวย์ร์ในระยะเริ่มต้นสามารถ ลดความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลงได้

จากผลงานวิจัยฉบับนี้ อาการทางคลินิกที่ พบมากที่สุดคือ อาการไอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ratnarathon A3 ที่ศึกษาลักษณะทางคลินิกใน ผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) และ ภาพรังสีทรวงอกมีภาวะปอดอักเสบที่สถาบันบำราศ นราดูร พบว่าอาการทางคลินิกที่พบมากที่สุดคือ อาการไอ ภาพรังสีทรวงอกก่อนได้รับยาฟาวิพิรา เวย์ร์อยู่ที่ระดับ 3 หรือ 4 เป็นส่วนใหญ่ คือ อย่างละ 53 คน ตาม Rama Co-RADS หลังจากได้ยาฟา วิพิราเวย์ร์แล้วพบว่าในกลุ่ม ภาพรังสีวิทยาทรวงอก ในระดับที่ 1, 2 และ 5 มีจำนวนที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ ภาพรังสีทรวงอกในระดับที่ 3 และ 4 มีจำนวนลดลง แสดงให้เห็นว่า เมื่อได้รับยาฟาวิพิราเวย์ร์ภาพรังสี ทรวงอกอยู่ในลักษณะระดับที่ดีขึ้น และเมื่อนำปัจจัย ที่ศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยที่ทำให้ ภาพรังสีทรวงอกเปลี่ยนในลักษณะที่ดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับ C-reactive protein ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 15 มก./ลิตร มีค่า P = 0.009 ส่วนปัจจัยอื่นพบว่าไม่มีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงภาพรังสีทรวงอกในทางที่ดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษา ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพรังสีทรวงอก หลังได้รับยาฟาวิพิราเวย์ร์ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลสนาม

บรรณานุกรม

1. Suwatanapongched T, Nitiwarangkul C, Sukkasem W, Phongkitkarun S, et al. Rama Co-RADS: Categorical Assessment Scheme of Chest Radiographic Findings for Diagnosing Pneumonia in Patients With Confirmed COVID-19. Rama Med J. 2021;44(2):50-62.

2. Suwatanapongched T, Nitiwarangkul C, Sukkasem W, Phongkitkarun S. Categories and The corresponding levels of suspicion for pulmonary involvement for rapid triage of patients with confirmed COVID-19 by chest radiograph or Rama Co-RADS (Version 1). [Internet] [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/radiology/th/knowledge/radiology/05092021-1753-th>
3. Ratnarathon A. Clinical characteristics and chest radiographic findings of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Dis Control J.2020;46(4):540-50.
4. Limcharoen S, Intrarak J. Imaging in COVID-19. BJM.2020;7(1):103-112.
5. Department of Medicine Services, Ministry of Public Health. Guidelines on triage individuals with confirmed COVID-19 in Bangkok [Internet]. 2021 [cited 2021 May 25]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=120
6. Department of Medicine Services, Ministry of Public Health. Guidelines on clinical practice, diagnosis, treatment, and prevention of healthcare-associated infection for COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 25]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_CPG_06may21.pdf
7. R8way, Ministry of Public Health. Case Management COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://r8way.moph.go.th/r8way/covid-19>
8. Department of Medicine Services, Ministry of Public Health. Guidelines on clinical practice, diagnosis, treatment, and prevention of healthcare-associated infection for COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 10]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_CPG_COVID_v.17_n_20210804.pdf
9. สกัญยา โกยทรัพย์สิน. ลักษณะภาพถ่ายรังสีปอดของผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลปาดอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):26-32.
10. วริศรา กิตติวรพงษ์กิจ. การดำเนินโรคและการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวที่พบในภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่โรงพยาบาลพะเยา. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2564;12(1):149-167.
11. Sergio G., Vancheri V., Giovanni S., Francesco B., et al. Radiographic findings in 240 patients with covid-19 pneumonia: time-dependence after onset of symptoms. Eur Radiol .2020;30:6161–616.

12. Audrey E., Sonum N., Sarayu R., Dalia S K., et al. Review of radiographic findings in COVID-19. *World J Radiol.* 2020;12(8):142-155.
13. Scott S., Fernando U. K., Suhny A., Sanjeev B., et al. Radiological Society of North America Expert Consensus Statement on Reporting Chest CT Findings Related to COVID-19: Endorsed by the Society of Thoracic Radiology, the American College of Radiology, and RSNA-Secondary Publication. *J Thorac Imaging.* 2020;35(4):219-27.
14. Liqa A. R., Eyhab E., Musaab K., Yousef K. Chest x-ray findings and temporal lung changes in patients with COVID-19 pneumonia. *BMC Pulmonary Medicine.* 2020;20(1):1-9.
15. Chamorro EM, Tascón AD, Sanz LI, Vélez SO, Nacenta SB. Radiologic diagnosis of patients with COVID-19. *Radiología (English Edition).* 2021;63(1):56-73.
16. Fujii S, Ibe Y, Ishigo T, Inamura H, Kunitomo Y, Fujiya Y, Kuronuma K, Nakata H, Fukudo M, Takahashi S. Early favipiravir treatment was associated with early defervescence in non-severe COVID-19 patients. *Journal of Infection and Chemotherapy.* 2021 Jul 1;27(7):1051-7.
17. Joshi S, Parkar J, Ansari A, Vora A, Talwar D, Tiwaskar M, Patil S, Barkate H. Role of favipiravir in the treatment of COVID-19. *International Journal of Infectious Diseases.* 2021;102:501-8.
18. Dabbous HM, Abd-Elsalam S, El-Sayed MH, Sherief AF, Ebeid FF, El Ghafar MS, Soliman S, Elbahnasawy M, Badawi R, Tageldin MA. Efficacy of favipiravir in COVID-19 treatment: a multi-center randomized study. *Archives of Virology.* 2021;166:949-54.
19. Ivashchenko AA, Dmitriev KA, Vostokova NV, Azarova VN, Blinow AA, Egorova AN, Gordeev IG, Ilin AP, Karapetian RN, Kravchenko DV, Lomakin NV. AVIFAVIR for treatment of patients with moderate coronavirus disease 2019 (COVID-19): interim results of a phase II/III multicenter randomized clinical trial. *Clinical Infectious Diseases.* 2021;73(3):531-4.

Factors Affecting Re-Hospitalization of Patients with Chronic Heart Failure in Hua Hin Hospital

Roongtawan Yaizing, M.D., Dip. of Cardiology

Division of Medicine, Hua Hin Hospital

Received: Oct 4, 2023

Revised: Nov 20, 2023

Accepted: Dec 25, 2023

Abstract

Background: Chronic heart failure is a serious health problem in all countries of the world. At present, the number of patients with heart failure is increasing. The diagnosis of the cause of heart failure is therefore important. So that the patient receives the correct and appropriate treatment.

Objective: To study factors affecting the re-hospitalization of patients with chronic heart failure at Hua Hin Hospital.

Method: This study was a retrospective analytical study. Data were collected from the medical records of patients diagnosed with chronic heart failure who were hospitalized in the cardiology intensive care unit and general ward in the internal medicine department, Hua Hin Hospital during the period from January 1, 2020, to December 31, 2022, for a period of 3 years. The instrument used in this research was the medical records of all patients admitted to the cardiology intensive care unit and general ward in the internal medicine department. The patients must be hospitalized with a diagnosis of chronic heart failure. The data were presented as the number, percentage, mean and standard deviation. Factors affecting the re-hospitalization of patients with chronic heart failure were analyzed by independent t-test and Chi-square test, including data analysis, univariate analysis and multivariate analysis with binary logistic regression statistical analysis.

Results: A total of 405 patients, found that the re-hospitalization rate of patients with chronic heart failure was 24.2%. It was found that having ischemic heart disease, acute valvular regurgitation, insufficient control of water and salt, diet malnutrition (protein deficiency serum albumin) and SGLT2 inhibitor use had a statistically significant effect on re-hospitalization ($p=0.041$, $p=0.039$, $p=0.034$, $p=0.026$ and $p=0.030$, respectively). Gender, chronic diseases, smoking, alcohol consumption or the use of amphetamines, type of function of the heart muscle, cardiac arrhythmias, acute circulatory disorders, infectious diseases, anemia, chronic lung diseases, drugs and hormonal disorders had no effect on repeated hospitalization of patients with chronic heart failure.

Conclusion: Many patients with heart failure have to be hospitalized again. From this study, it was found that there were many factors affecting. Therefore, physicians and relevant personnel should be aware of educating patients on self-care and provide comprehensive treatment to prevent re-admission to the hospital.

Keywords: Factors affecting; Re-Hospitalization; Chronic Heart Failure

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในโรงพยาบาลหัวหิน

รุ่งตะวัน ไชยยิ่ง, พ.บ., ว.ว.อายุรศาสตร์โรคหัวใจ
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหัวหิน

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ในปัจจุบันปริมาณของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ การวินิจฉัยถึงสาเหตุของหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของโรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหัวหิน ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 เป็นระยะเวลา 3 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โดยผู้ป่วยจะต้องมีการนอนโรงพยาบาลร่วมกับได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยการวิเคราะห์ Independent t-test และ Chi-square test รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล Univariate analysis และ Multivariate analysis ด้วยการวิเคราะห์สถิติ Binary logistic regression

ผลการศึกษา: จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 405 ราย อัตราการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ที่ ร้อยละ 24.2 และพบว่าการมีโรคหัวใจขาดเลือด การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน การควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ การมีภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) และการใช้ SGLT2 inhibitor มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.041$, $p=0.039$, $p=0.034$, $p=0.026$ และ $p=0.030$ ตามลำดับ) ส่วนเพศ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้แอมเฟตามีน ประเภทการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กลไกการไหลเวียนของเลือดผิดปกติเฉียบพลัน โรคติดเชื้อ โรคโลหิตจาง โรคปอดเรื้อรัง ยาต่างๆ และความผิดปกติทางฮอร์โมน พบว่าไม่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สรุป: ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนมากต้องกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลมีหลายปัจจัย ดังนั้นแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองของผู้ป่วย และให้การรักษาที่ครอบคลุม เพื่อป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผล; การเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ; ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ประชากรร้อยละ 1-2 ของประเทศแถบตะวันตกมีภาวะหัวใจล้มเหลว ในขณะที่ข้อมูลความชุกของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน แต่ข้อมูลในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ที่ร้อยละ 5-7 ข้อมูลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากการศึกษา THAI-ADHERE Registry¹ ระบุว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 5.5 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.5 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย² นอกจากนั้นการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลยังทำให้ต้องใช้ทรัพยากร รวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลที่สูง ดังนั้นการหาปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะเป็นแนวทางป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่จะนำผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้

จากการค้นหาข้อมูลยังไม่พบว่าโรงพยาบาลหัวหินมีการรวบรวมข้อมูลว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้ได้มาตรฐานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analytical study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่

หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โดยผู้ป่วยจะต้องมีการนอนโรงพยาบาลร่วมกับได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ การวินิจฉัยถึงสาเหตุของหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญ การศึกษานี้จะแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังออกเป็นกลุ่มตามการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเป็น 3 กลุ่ม³⁻⁸

1. Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF ต่ำกว่า ร้อยละ 40

2. Heart failure with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF ระหว่าง ร้อยละ 40-49

3. Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป และแพทย์ให้การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น หรือผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษามาก่อนหน้า โดยระหว่างนอนโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน รวมทั้งหากมีข้อมูลตัวแปรที่ต้องการศึกษาไม่ครบถ้วน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลา 3 ปี จำนวน 405 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว, ไชมันในเลือดสูง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจขาดเลือด) สารออกฤทธิ์เป็นพิษต่อหัวใจ (การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์แอมเฟตามีน) ความดันโลหิตช่วงหัวใจ

บีบตัวและช่วงหัวใจคลายตัว ซีฟจอร์ ประเภทของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF ต่ำกว่า ร้อยละ 40 (HFrEF), ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF ระหว่าง ร้อยละ 40-49 (HFmrEF), ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (HFpEF) โรคเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น หัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกติ กลไกการไหลเวียนของเลือดผิดปกติเฉียบพลัน (ผนังหัวใจทะลุ, ลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน, ลิ้นหัวใจเทียมขัดข้อง) ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ (ความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท) หลอดเลือดปอดอุดตันเฉียบพลัน การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ โรคติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง โรคปอดเรื้อรัง ยาต่างๆ (ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs, corticosteroids หรือยา กลุ่มควบคุมเบาหวาน เช่น Thiazolidinediones) ความผิดปกติของไทรอยด์ทั้งฮอร์โมนสูงและต่ำ (hyperthyroidism และ hypothyroidism) ภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) การใช้ยา (ACEI/ARB, ARNI, Beta-blocker, MRA, SGLT2 inhibitor) และการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH014/2566 รับรองเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) เลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัย 2) ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเก็บตามแบบบันทึกข้อมูล 3) ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ด้วย Independent

t-test, chi-square test รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล Univariate analysis และ Multivariate analysis ด้วยการวิเคราะห์สถิติ Binary logistic regression และการวิเคราะห์ Multivariate analysis ทำการวิเคราะห์ขั้นตอนจาก Univariate analysis โดยกำหนดให้ p-value < 0.10 การแสดงผลเป็น Crude OR และ 95% CI สำหรับ Univariate analysis และ Adjusted OR และ 95% CI สำหรับ Multivariate analysis โดยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรม และแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหัวหิน ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 เป็นระยะเวลา 3 ปี จำนวน 405 รายพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 63.78 ± 16.56 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.92 ± 5.68 (กก./ม.²) ความดันช่วงหัวใจบีบตัวเฉลี่ย 151.39 ± 35.23 มิลลิเมตรปรอท ความดันช่วงหัวใจคลายตัวเฉลี่ย 88.01 ± 20.04 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจอร์เฉลี่ย 99.06 ± 21.97 ครั้งต่อนาที โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย 230 ราย (ร้อยละ 56.8) และเพศหญิง 175 ราย (ร้อยละ 43.2) โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง 306 ราย (ร้อยละ 75.6) และโรคไขมันในเลือดสูง 223 ราย (ร้อยละ 55.1) ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ คือ สูบบุหรี่ 190 ราย (ร้อยละ 46.9) ประเภทของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (LVEF) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิด LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (HFpEF) 185 ราย (ร้อยละ 45.7) โรคที่พบร่วมกับการมีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน 204 ราย (ร้อยละ 50.4) ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ 113 ราย (ร้อยละ 27.9) พฤติกรรม

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ 306 ราย (ร้อยละ 75.6) การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ 165 ราย (ร้อยละ 40.7) และยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ MRA 225 ราย (ร้อยละ 55.6) Beta-blocker 215 ราย (ร้อยละ 53.1) และการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 98 ราย (ร้อยละ 24.2)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผล ร้อยละ 20.4 และร้อยละ 12.1 ($p=0.041$) การมีโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ไม่มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่ามีผล ร้อยละ 53.4 และ

ร้อยละ 40.8 ($p=0.031$) การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลันมีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผล ร้อยละ 5.1 และร้อยละ 1.3 ($p=0.039$) การควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอมีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผลต่อ ร้อยละ 83.7 และ ร้อยละ 73.0 ($p=0.034$) การมีภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผล ร้อยละ 22.4 และ ร้อยละ 13.0 ($p=0.026$) และ การใช้ SGLT2 inhibitor มีผลช่วยลดการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผล ร้อยละ 12.1 และร้อยละ 4.1 ($p=0.030$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำ

ข้อมูลทั่วไป	N=405 คน จำนวน (ร้อยละ)	การเข้าอนโรพยาบาลซ้ำ		p-value
		มีผล(ร้อยละ)	ไม่มีผล(ร้อยละ)	
อายุ (ปี)				0.413 ^b
Mean $\pm$ SD	63.78 $\pm$ 16.56	62.59 $\pm$ 17.51	64.16 $\pm$ 26.26	
Range	18-101			
เพศ				0.614 ^a
ชาย	230(56.8)	53(54.1)	177(57.7)	
หญิง	175(43.2)	45(45.9)	130(42.3)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)				0.773 ^b
Mean $\pm$ SD	24.92 $\pm$ 5.68	25.06 $\pm$ 6.11	24.87 $\pm$ 5.55	
Range	15.57-58.59			
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
โรคเบาหวาน				0.434 ^a
มี	162(40.0)	43(43.9)	119(38.8)	
โรคความดันโลหิตสูง				0.492 ^a
มี	306(75.6)	71(72.4)	235(76.5)	
โรคไขมันในเลือดสูง				0.420 ^a
มี	223(55.1)	50(51.0)	173(56.4)	

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

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	N=405 คน จำนวน (ร้อยละ)	การเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
		มีผล(ร้อยละ)	ไม่มีผล(ร้อยละ)	
ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว				0.883 ^a
มี	66(16.3)	15(15.3)	51(16.6)	
โรคไตเรื้อรัง				0.166 ^a
มี	176(43.5)	49(50.0)	127(41.4)	
โรคหัวใจขาดเลือด				0.041 ^a
มี	57(14.1)	20(20.4)	37(12.1)	
ปัจจัยเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
สูบบุหรี่				1.000 ^a
มี	190(46.9)	46(46.9)	144(46.9)	
การดื่มแอลกอฮอล์				0.234 ^a
มี	143(35.3)	40(40.8)	103(33.6)	
การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน				0.261 ^a
มี	17(4.2)	6(6.1)	11(3.6)	
ความดันช่วงหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)				0.908 ^b
Mean ± SD	151.39±35.23	151.75±37.68	151.28±34.47	
Range	71-266			
ความดันช่วงหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)				0.436 ^b
Mean ± SD	88.01±20.04	86.64±20.57	88.45±19.89	
Range	39-152			
ชีพจร (ครั้งต่อนาที)				0.204 ^b
Mean ± SD	99.06±21.97			
Range	41-170			
<80	71(17.5)	24(24.5)	47(15.3)	
80-100	153(37.8)	33(33.7)	120(39.1)	
101-120	118(29.1)	28(28.6)	90(29.3)	
>120	63(15.6)	13(13.3)	50(16.3)	
ประเภทการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ				0.568 ^a
LVEF ต่ำกว่า ร้อยละ 40 (HF _r EF)	162(40.0)	42(42.9)	120(39.1)	
LVEF ระหว่าง ร้อยละ 40-49 (HF _{mr} EF)	58(14.3)	11(11.2)	47(15.3)	
LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (HF _p EF)	185(45.7)	45(45.9)	140(45.6)	

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

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเข้าอนโรงพยาบาลซ้ำ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	N=405 คน จำนวน (ร้อยละ)	การเข้าอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
		มีผล(ร้อยละ)	ไม่มีผล(ร้อยละ)	
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน				0.031 ^a
มี	204(50.4)	40(40.8)	164(53.4)	
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				0.738 ^a
หัวใจเต้นช้าผิดปกติ				
มี	12(3.0)	2(2.0)	10(3.3)	
หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ				0.419 ^a
มี	84(20.7)	17(17.3)	67(21.8)	
กลไกการไหลเวียนของเลือดผิดปกติเฉียบพลัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ลิ่มหัวใจรั่วเฉียบพลัน				0.039 ^a
มี	9(2.2)	5(5.1)	4(1.3)	
ลิ่มหัวใจเทียมขัดข้อง				1.000 ^a
มี	8(2.0)	2(2.0)	6(2.0)	
ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ				0.765 ^a
มี	113(27.9)	29(29.6)	84(27.4)	
หลอดเลือดปอดอุดตันเฉียบพลัน				1.000 ^a
มี	4(1.0)	1(1.0)	3(1.0)	
การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ				0.057 ^a
มี	165(40.7)	48(49.0)	117(38.1)	
ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ				0.034 ^a
มี	306(75.6)	82(83.7)	224(73.0)	
โรคติดเชื้อ				0.320 ^a
มี	51(12.6)	9(9.2)	42(13.7)	
ภาวะโลหิตจาง				0.819 ^a
มี	49(12.1)	13(13.3)	36(11.7)	
โรคปอดเรื้อรัง				1.000 ^a
มี	14(3.5)	3(3.1)	11(3.6)	
ยาต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs				1.000 ^a
มี	24(5.9)	6(6.1)	18(5.9)	

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

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	N=405 คน จำนวน (ร้อยละ)	การเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
		มีผล(ร้อยละ)	ไม่มีผล(ร้อยละ)	
ยากลุ่มควบคุมเบาหวาน (Thiazolidinediones)				0.155 ^a
มี	6(1.5)	3(3.1)	3(1.0)	
ความผิดปกติของไทรอยด์ฮอร์โมนสูง (Hyperthyroidism)				0.525 ^a
มี	13(3.2)	4(4.1)	9(2.9)	
ความผิดปกติของไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (Hypothyroidism)				0.398 ^a
มี	18(4.4)	6(6.1)	12(3.9)	
ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด				0.026 ^a
มี	62(15.3)	22(22.4)	40(13)	
การใช้ยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ACEI/ARB				0.609 ^a
มี	193(47.7)	44(44.9)	149(48.5)	
ARNI				0.558 ^a
มี	37(9.1)	7(7.1)	30(9.8)	
Beta-blocker				0.912 ^a
มี	215(53.1)	53(54.1)	162(52.8)	
MRA				0.805 ^a
มี	225(55.6)	56(57.1)	169(55.0)	
SGLT2 inhibitor				0.030 ^a
มี	41(10.1)	4(4.1)	37(12.1)	
การเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	98(24.2%)	NA	NA	NA

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

และเมื่อใช้สถิติการวิเคราะห์โลจิสติกพหุปัจจัยเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ adjusted OR 1.906 (1.027-3.537) p=0.041 การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลันมีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ adjusted OR 4.417 (1.123-17.380) p=0.034

การควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอมีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ adjusted OR 1.929 (1.043-3.567) p=0.036 การมีภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ adjusted OR 1.921(1.061-3.477) p=0.031 และ การใช้ SGLT2 inhibitor มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ adjusted OR 0.329(0.112-0.963) p=0.043 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR(95%CI)	p-value	Adjusted OR(95%CI)	p-value
โรคหัวใจขาดเลือด	1.871(1.027-3.428)	0.041	1.906(1.027-3.537)	0.041
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน	0.601(0.379-0.954)	0.031		
ลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน	4.073(1.072-15.478)	0.039	4.417(1.123-17.380)	0.034
การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	1.559(0.986-2.465)	0.057		
ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ	1.899(1.051-3.432)	0.034	1.929(1.043-3.567)	0.036
ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด	1.932(1.083-3.449)	0.026	1.921(1.061-3.477)	0.031
SGLT2 inhibitor	0.311(0.108-0.894)	0.030	0.329(0.112-0.963)	0.043

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า

1. โรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำ โดยจากการศึกษาพบว่า adjusted OR 1.906(1.027-3.537) $p=0.041$ โดยอธิบายได้ว่าเมื่อมีโรคหัวใจขาดเลือดอยู่เดิมจะส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานได้ไม่ดี ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Katelin A. et al. 2017⁹ และ Kobkuechaiyapong S. 2013¹⁰ ที่พบว่ามีการมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะนอนโรพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เช่นกัน

2. การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน

การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลันมีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำ โดยจากการศึกษาพบว่า adjusted OR 4.417(1.123-17.380) $p=0.034$ โดยอธิบายได้ว่า การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อย น้ำท่วมปอด รวมถึงมีการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ และในบางรายอาจเกิด

ภาวะช็อค ตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sola M. et al. 2016¹¹ ที่พบว่ามีการมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะนอนโรพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้เช่นกัน

3. การควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ การควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอมีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 83.7 และร้อยละ 73.0 ตามลำดับ ($p=0.044$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหาร จะทำให้เกิดการสะสมของสารน้ำและเกลือในร่างกาย เกิดภาวะบวม น้ำท่วมปอดตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kobkuechaiyapong S. 2013¹⁰ และ Aliti GB, Rabelo ER, Clausell N, Rohde LE. 2013¹² ที่พบว่าการไม่ควบคุมน้ำและเกลือเพิ่มโอกาสการนอนโรพยาบาลซ้ำได้

4. ภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) การมีภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผลต่อการเข้าอนโรพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 22.4 และร้อยละ 13.0 ตามลำดับ ($p=0.036$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมี

ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด จะทำให้น้ำในร่างกายไม่สามารถถูกดึงไว้ในหลอดเลือดได้ จึงมีการกระจายของน้ำของมายังเนื้อเยื่อข้างเคียง แล้วไปสะสมตามที่ต่างๆ เช่น ขา ท้อง จึงเกิดอาการบวมน้ำ และเกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kobkuechaiyapong S. 2013¹⁰ ที่พบว่า การมีภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) เพิ่มโอกาสการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้

5. การใช้ SGLT2 inhibitor การใช้ SGLT2 inhibitor มีผลช่วยลดการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าไม่มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 12.1 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ ($p=0.037$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยาในกลุ่มนี้ โดยจากข้อมูลการศึกษาของยาพบว่า ยาในกลุ่มนี้สามารถลดอัตราการตายที่มีสาเหตุจากโรคหัวใจและลดการนอนโรงพยาบาลได้^{2,13,14} จึงได้มีการจัดทำแนวทางการรักษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังขึ้น เพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

6. อายุ เพศ โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเรื่องอายุพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lertpongakpoom S. et al, 2019¹⁵ ที่พบว่าอายุที่มากกว่า 65 ปี เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 57.9 และการศึกษาของ Kobkuechaiyapong S. 2013¹⁰ ที่พบว่า คนใช้ส่วนใหญ่ในการศึกษา อายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี เพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และเพิ่มโอกาสการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ ส่วนปัจจัยเรื่องเพศจากการศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lertpongakpoom S. et al, 2019¹⁵ โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าเพศสภาพไม่ทำนายการเข้าพักรักษา

ตัวในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเพศสภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ได้รับความสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในประเด็นเกี่ยวกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ทั้งนี้เนื่องจากเพศสภาพที่แตกต่างกันทำให้โครงสร้างของร่างกายมีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า เพศสภาพสามารถทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{16,17,18} บางการศึกษา¹⁹ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในขณะที่บางการศึกษา กลับพบว่า เพศชายมีอัตราเสี่ยงกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน มากกว่าเพศหญิงประมาณหนึ่งเท่า¹⁴ และปัจจัยเรื่องของความดันโลหิตสูง จากการศึกษพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lertpongakpoom S. et al, 2019¹³ ที่พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นอีกหนึ่งในดัชนีทางคลินิกที่บ่งบอกถึงความรุนแรงหรือความก้าวหน้าของภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งนำไปสู่การกลับเข้าพักรักษาซ้ำหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลงในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งชนิด HFrEF และ HFpEF^{19,20,21}

สรุป

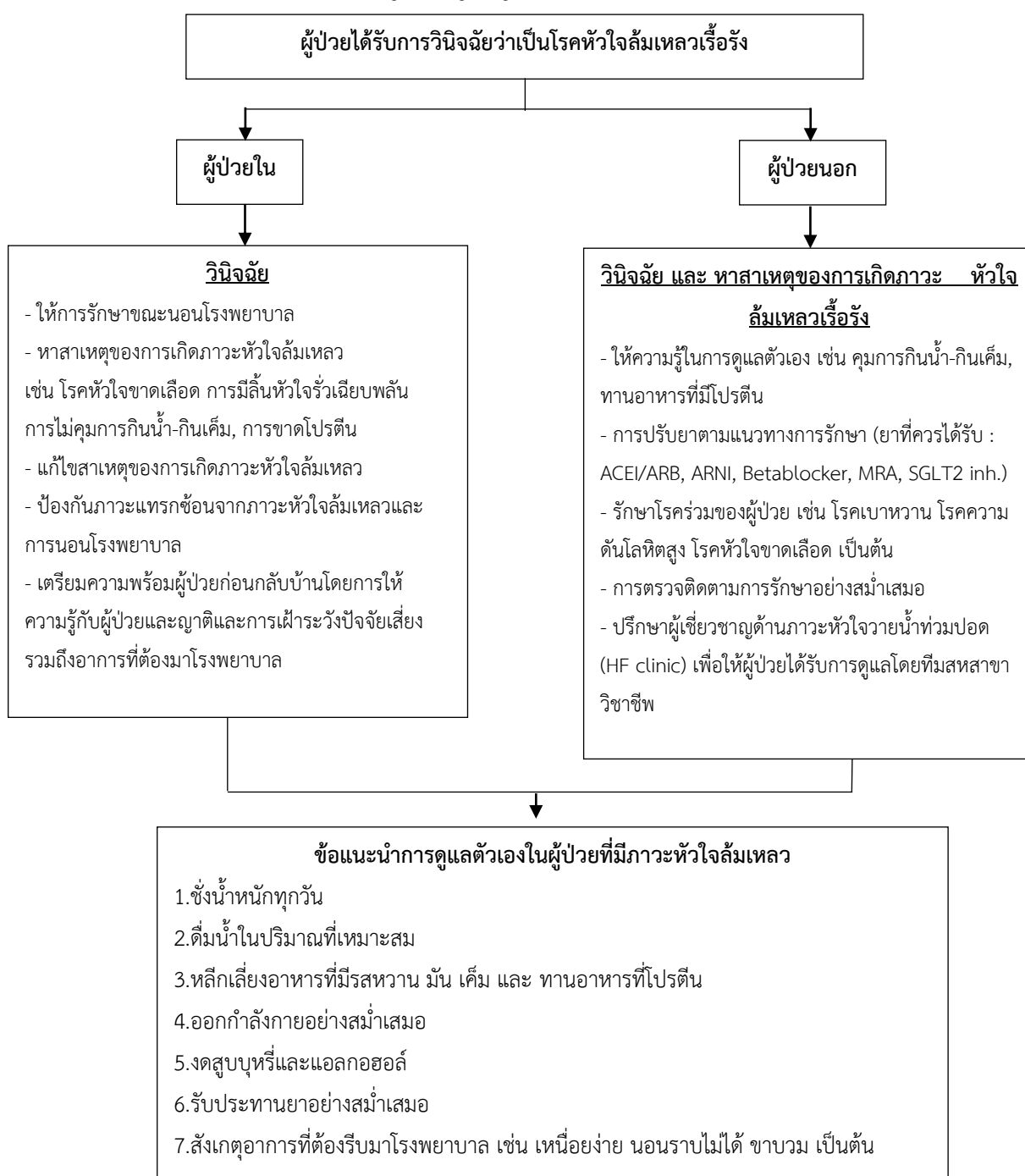
ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของโรงพยาบาลหัวหิน ได้แก่ การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด, การมีภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน, การควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในอาหารไม่เพียงพอ และการมีภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนแอลบูมินในเลือด) ส่วนการใช้ SGLT2 inhibitor มีผลช่วยลดการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาจะทำให้แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทางผู้วิจัยจึงได้คิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อลดการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ โดยแผนภูมิที่นำเสนอจะเป็นเชื่อมโยงทั้งการดูแลตัวเองของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก โดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของการจัดทำแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ตามแผนภูมินี้ ส่วนข้อจำกัดของการศึกษานี้เนื่องจากการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอาจทำให้เกิดความไม่ครบถ้วนของข้อมูล รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บอาจจะน้อยเกินไป และ เก็บข้อมูลแค่ในโรงพยาบาล หัวหิน ซึ่งอาจมีผลทำให้บางปัจจัยที่ศึกษาไม่นัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นอาจใช้ข้อจำกัดดังกล่าวมาเป็นโอกาสพัฒนางานวิจัยต่อไป

แผนภูมิการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์จิตต์รัตน์ เตชะอุฒิพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย อาจารย์ ดร. พชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ปรึกษางานวิจัย และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

บรรณานุกรม

1. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE), Global Heart. 2010;5(3):89-95.
2. Heart failure council of Thailand (HFCT) 2019 Heart failure guideline.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology(ESC) developed with the special contribution of the heart failure association(HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200.
4. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused up date of the 2013 ACCF/AHA guidelines for the management of heart failure. 2017;70(6):776-803.
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for Management of Heart Failure. 2013;62(16):e147-e239.
6. John R. Kapoor, Roger Kapoor, Christine Ju, Paul A. Heidenreich, et al. Precipitating Clinical Factors, Heart Failure Characterization, and Outcomes in Patients Hospitalized with Heart Failure with Reduced, Borderline, and Preserved Ejection fraction. J Am Coll Cardiol HF 2016;4:464-472.
7. Buakhamsri A, Chirakarnjanakorn S, Sanguanwong S, et al. Heart Failure Council of Thailand(HFCT) 2019 Heart failure Guideline: Pharmacologic Treatment of Chronic Heart failure- Part I. J Med Assoc Thai.2019;102(2):240-244.
8. Yancy CW, Lopatin M, Stevenson LW, et al. Clinical presentation, Management, and In-Hospital Outcomes of Patients Admitted with Acute Decompensated Heart Failure with Preserved Systolic Function. J Am Coll Cardiol. 2006;47:76-84.
9. Katelin A. Mirkin, Laura M. Enomoto, Gregory M, et al. Risk factor for 30-day readmission in patients with congestive heart failure. Heart & lung xxx. 2017:1-6

10. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of Heart Failure Patients Readmitted within 28 Days in Saraburi Hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*. 2013; 30:35-46.
11. Sola M., Caughey M., Hasain A., et al. *Circulation*. 2016(134):A20092
12. Aliti GB, Rabelo ER, Clausell N, Rohde LE, Biolo A, Beck-da-Silva L. Aggressive fluid and sodium restriction in acute decompensated heart failure: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2013;173(12):1058-64.
13. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, Mosenzon O, Kato ET, Cahn A, et al. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2019;380(4):347-57.
14. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2117-28.
15. Lertpongpakpoom S. et al. *Thai Journal of cardio-thoracic nursing*. 2019; 30:126-40.
16. Huynh QL, Saito M, BliZZard CL, Eskandari M , Johnson B, Adabi G, et al. for the MARATHON Investigators. Roles of nonclinical and clinical data in prediction of 30-day rehospitalization or death among heart failure patients. *J Card Fail*. 2015; 21(5):374-81.
17. Pierre-Louis B, Rodriques S, Gorospe V, Guddati AK, Aronow WS, Ahn C, et al. Clinical factors associated with early readmission among acutely decompensated heart failure patients, *Arch Med Sci*. 2015;12(3): 538-45.
18. Al-Omary MS, Davies AJ, Evans TJ, Bastian B, Fletcher PJ, Attia J, et al. Mortality and readmission following hospitalisation for heart failure in Australia: a systematic review and meta-analysis. *Heart Lung Circ*. 2018; 27(8): 917-27.
19. Lim NK, Lee SE, Lee HY, Choe HJ, Kim H, Choi JO, et al. Risk prediction for 30-day heart failure-specific readmission or death after discharge: data from the Korean Acute Heart Failure (KorAHF) registry. *J Cardiol*. 2019; 73(2): 108-13.
20. Ather S, Chan W, Chillar A, Aguilar D, Pritchett AM, Ramasubbu K, et al. Association of systolic blood pressure with mortality in patients with heart failure with reduced ejection fraction: A complex relationship. *Am Heart J*. 2011; 161(3): 567–73.
21. Tsimploulis A, Lam PS, Arundel C, Singh SN, Morgan CJ, Faselis C, et al. Systolic blood pressure and outcomes in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *JAMA Cardiol*. 2018; 3(4): 288-297.

Prevalence and Associated Factors of Early Onset-to-Hospital Arrival Time of Acute Stroke Patients in Watphleng Hospital

Sarawut Kammaha, M.D., Dip of Preventive Medicine in public Health

Medical group, Watphleng Hospital

Received: Oct 2, 2023

Revised: Dec 24, 2023

Accepted: Dec 25, 2023

Abstract

Background: Stroke is the second leading cause of death and the third leading cause of disability. This disease results from abnormalities in the gradually progressive nervous system, and timely treatment is crucial and highly beneficial. The effectiveness of treatment largely depends on the appropriate timing.

Objectives: To study the prevalence and associated factors of early Onset-to-Hospital arrival time of acute stroke Patients in Watphleng Hospital, Ratchaburi Province.

Methods: This research is a retrospective descriptive study. The sample size was determined by analyzing the power of the test and resulted in a sample size of 133 individuals. Data were collected from medical records between October 1, 2019, and April 31, 2023. A comparison was made between patients who received timely treatment within 3 hours and those who received treatment beyond 3 hours. General statistics were analyzed using descriptive statistics and log-binomial regression for correlation analysis.

Results: It was found that 55.6% of acute stroke patients received timely treatment within 3 hours. Multivariate analysis revealed that living alone (adj. PR = 0.25, 95% CI: 0.11-0.57), lower severity of symptoms (adj. PR = 0.98, 95% CI: 0.97-0.99), and symptoms occurring at night (adj. PR = 0.63, 95% CI: 0.44-0.88) were factors preventing timely treatment for acute stroke patients.

Conclusions: There should be public awareness campaigns, especially for individuals living alone and the general population. If symptoms occur at night, individuals should promptly go to the hospital without waiting. Creating community awareness about stroke symptoms and the importance of timely hospitalization can lead to quicker treatment and reduced disability in stroke patients.

Keywords: acute stroke; early hospital arrival; access to healthcare

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลวัดเพลง

สรวิชัย คำมหา พ.บ., อ.ว.

สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์

กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลวัดเพลง ราชบุรี

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 และพิการอันดับ 3 อาการของโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทแบบค่อยเป็นค่อยไปและทวีความรุนแรงมากขึ้น การรักษาที่รวดเร็วถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและมีประโยชน์มาก ซึ่งประสิทธิภาพการรักษาที่ต้นน้ำขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายย้อนหลัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 133 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 เมษายน 2566 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง และกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเกินเวลา 3 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ log - binomial regression

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 55.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าปัจจัยการอยู่อาศัยคนเดียว (adj. PR = 0.25, 95% CI : 0.11-0.57) ปัจจัยความรุนแรงของอาการระดับน้อย (adj. PR = 0.98, 95%CI : 0.97-0.99) และปัจจัยการเกิดอาการกลางคืน (adj. PR = 0.63, 95% CI : 0.44-0.88) เป็นปัจจัยป้องกันการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

สรุป: ควรมีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนที่อยู่บ้านคนเดียวและประชาชนทั่วไป โดยการรณรงค์ให้ความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้มีการเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากเกิดอาการในตอนกลางคืนให้รีบมาโรงพยาบาลทันที หรือเมื่อตื่นนอนแล้วมีอาการผิดปกติให้รีบมาโรงพยาบาลโดยไม่ต้องรอดูอาการสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและให้ความสำคัญในการมาโรงพยาบาลทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลา เพื่อลดความรุนแรงของโรคและลดความพิการได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน; รับการรักษาทันเวลา; การเข้าถึงการรักษา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก จากการสำรวจประชากรองค์กรโรคหลอดเลือดสมอง โลกพบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้ป่วยใหม่ 10-15 ล้านรายต่อปี เสียชีวิตประมาณ 6.6 ล้านราย โดยทั่วโลกจะเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 และพิการอันดับ 3 โดยร้อยละ 80 มีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้¹ ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการ นอกจากความพิการทางกายแล้ว ยังมีผลต่อความคิด การวางแผน ความจำ ทำให้เกิดความจำเสื่อม ส่งผลกระทบต่อครอบครัวสังคม จึงถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข²

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่รวดเร็วถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากได้รับการรักษาช้าจะทำให้เนื้อสมองเสียหายมากขึ้นเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิตได้มากขึ้น³ การมารักษาทันเวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงสูงว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิจัยของ Fladt, et al. (2019)⁴ พบว่า การมารักษาช้ากว่า 4.5 ชั่วโมง ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มารักษาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง จากผลการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าใช้เวลาในการมารับการรักษาช้ากว่า 4.5 ชั่วโมง ในช่วงร้อยละ 56.4 ถึง 61.8^{5,6,7} ซึ่งการมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ทันเวลา ทำให้ไม่เกิดความพิการตามมาได้⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาทันเวลามีปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง^{9,18,21} การรับรู้ความรุนแรง^{18,20,22} ปัจจัยส่วนบุคคล พาหนะการเดินทาง¹⁰ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน^{7,11} ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล อาการเจาะจงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรง การเคยมีประสบการณ์โรคหลอดเลือดสมอง การเคยมีประสบการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ สถานที่เกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่เร็ว^{10,12}

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่ปี 2563 - 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่เป็นจำนวน 30, 47, 36 และ 20 คน ตามลำดับ และมารับการรักษาทันเวลาที่แผนกห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวัดเพลง ร้อยละ 43.0, 53.2, 63.9 และ 65.0 ตั้งแต่เกิดอาการจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวัดเพลงภายใน 180 นาที โรงพยาบาลวัดเพลงมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 30% เนื่องจากด้วยโรงพยาบาลวัดเพลงต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา จึงได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่มาภายใน 180 นาที เป็นผู้ป่วย stroke fast tract เนื่องจากต้องใช้เวลาทำการคัดกรองและเดินทางต่อไปจึงมีช่วงเวลาที่ต้องทำการรักษาให้ทันภายใน 4.5 ชั่วโมง และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการฟื้นฟูความพิการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาทันเวลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลวัดเพลง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย Retrospective descriptive study เป็นการศึกษาแบบข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการมารักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉิน และห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวัดเพลง ที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลราชบุรี แล้วพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 เมษายน 2566

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารักษาทันเวลา อ้างอิงจากการศึกษาในอดีต คือ Factors Associated with Hospital Arrival time in acute stroke ของ Wannarong (2019)¹³ ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,584 ราย

$$N = Z^2 \alpha / 2 P(1-P) / d^2$$

โดย P คือ อัตราที่จะหา

d คือ ความคลาดเคลื่อนของอัตราที่จะหา

กำหนดให้ $P = 0.42$

(จากความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาทันเวลา)

d คือ 20% ของ P ได้ $0.2 \times 0.42 = 0.084$

ความเชื่อมั่น 95% ได้ค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

แทนค่า $n = 132.63$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มประชากรตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย คือ 133 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ต้องมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ต้องการใช้ในการวิจัยครบทุกข้อโดยแพทย์พยาบาล และผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนที่ได้รับการส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลราชบุรี หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง หรือผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลราชบุรี

โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลวัดเพลง และส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลราชบุรีที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 133 คน โดยเก็บข้อมูลแบบย้อนกลับตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 เมษายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน (Case report form) โรงพยาบาลวัดเพลง ที่ทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน และห้องตรวจผู้ป่วยนอกประกอบด้วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง สถานภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัวและสถานที่รักษา ประวัติการอยู่อาศัยกับบุคคลในครอบครัว สิทธิการรักษา

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่เกิดอาการ ได้แก่ สถานที่เกิดอาการ วันที่เกิดอาการ เวลาที่เกิดอาการ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ผู้นำส่ง ลักษณะอาการ ความรุนแรงอาการ กิจกรรมขณะที่เกิดอาการ และการวินิจฉัยสุดท้ายหลังการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลราชบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้ จาก HOSxP เรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 23 และ STATA 17 แบ่งเป็น

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล อาการที่พบ บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่เกิดอาการ และการเดินทางมาโรงพยาบาล

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสถานที่ขณะเกิดอาการ และปัจจัยการเดินทางมาโรงพยาบาลในแต่ละปัจจัยสัมพันธ์กับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้การวิเคราะห์แบบ ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) และแบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) โดยสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ log-binomial regression เพื่อศึกษาปัจจัยการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยแสดงค่าความสัมพันธ์โดย Adjusted Prevalence Ratio และ 95% Confidential Interval

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลวัดเพลง ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 091/2566 เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ งานวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลวัดเพลง จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการบันทึกจากเวชระเบียนโดยผู้วิจัย พบผู้ป่วยจำนวน 133 ราย เป็นเพศหญิง 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.6 และเพศชาย 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 โดยส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 41.1 มีจำนวนโรคประจำตัว 108 ราย ร้อยละ 81.2 โดยมารับการรักษาตามนัด ร้อยละ 76.9 ผู้ป่วยมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 55.6 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้อื่นร้อยละ 77.4 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 53.4 ผู้ป่วยถูกนำส่งโดยญาติร้อยละ 68.2 สถานที่เกิดอาการหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นที่บ้าน ร้อยละ 83.5 เกิดอาการขณะที่ทำกิจกรรมทั่วไป ร้อยละ 79.7 อาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 75.9 ช่วงเวลาเกิดอาการส่วนมากเป็นช่วงเวลากลางวัน ร้อยละ 64.7 ระยะทางเฉลี่ยระหว่างสถานที่เกิดอาการกับโรงพยาบาลวัดเพลง เป็น 3.52 กิโลเมตร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะ	Total (n = 133)
เพศ	
ชาย	74 (55.6%)
หญิง	59 (44.4%)
อายุเฉลี่ย (Mean±SD) (min-max)	
Median (IQR)	66.08 ± 14.75 (31-94) 68 (55-78.5)
โรคประจำตัว	
มีโรคประจำตัว	108 (81.2%)
เป็นโรคเบาหวาน	37 (27.8%)
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	97 (72.9%)
เป็นโรคไขมันในเลือดสูง	70 (52.6%)
เป็นโรคไตวายเรื้อรัง	12 (9.0%)
เคยมีประวัติหลอดเลือดสมองตีบ	16 (12.0%)
เคยมีประวัติหลอดเลือดสมองแตก	3 (2.3%)
เคยมีประวัติหลอดเลือดหัวใจตีบ	6 (4.5%)
เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด atrial fibrillation	4 (3.0%)
ประวัติการรักษาม้าเสมอ	
รักษาม้าเสมอ	83 (76.9%)
ขาดนัด	25 (23.1%)
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล	
≤3 ชั่วโมง	74 (55.6%)
>3 ชั่วโมง	59 (44.4%)
การอยู่อาศัย	
อยู่อาศัยกับผู้อื่น	103 (77.4%)
คนเดียว	30 (22.6%)
สิทธิ์การรักษา	
บัตรทอง	71 (53.4%)
เบิกจ่ายตรง	26 (19.5%)
ประกันสังคม	4 (3.0%)
ผู้พิการ	8 (6.0%)
ชำระเงิน	24 (18%)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ลักษณะ	Total (n = 133)
การมาโรงพยาบาล	
ญาตินำส่ง	104 (78.2%)
รถฉุกเฉินนำส่ง	23 (17.3%)
มูลนิธินำส่ง	6 (4.5%)
สถานที่เกิดอาการ	
บ้าน	111 (83.5%)
อื่นๆ	22 (16.5%)
กิจกรรมขณะเกิดอาการ	
ทำกิจกรรมทั่วไป	106 (79.7%)
นอนหลับ	27 (20.3%)
ความรุนแรงของอาการ (Glasgow Coma Score)	
รุนแรงมาก	14 (10.5%)
รุนแรงปานกลาง	18 (13.5%)
รุนแรงน้อย	101 (75.9%)
ช่วงเวลาการเกิดอาการ	
6.00 น. – 18.00 น. (กลางวัน)	86 (64.7%)
18.01 น. – 5.59 น. (กลางคืน)	47 (35.3%)
ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล	3.25 ± 1.52 กิโลเมตร

ตารางที่ 2 เป็นการแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงเดียวที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี โดยการใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) สถิติที่ใช้ทดสอบคือ log-binomial regression และ คำนวณหา Crude Prevalence Ratio (Crude PR) ระดับความเชื่อมั่น 95%CI และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่า มีปัจจัยทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาทันภายใน

เวลา 3 ชั่วโมง ได้แก่ ไม่มีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดหัวใจ (Crude PR = 0.65, 95%CI : 0.44-0.96) อาศัยอยู่คนเดียว (Crude PR = 0.19, 95%CI : 0.15-0.24) เกิดอาการขณะนอนหลับ (Crude PR = 0.41, 95%CI : 0.35-0.69) เกิดอาการช่วงกลางคืน (Crude PR = 0.59, 95%CI : 0.39-0.81) ความรุนแรงของอาการระดับน้อย (Crude PR = 0.94, 95%CI : 0.93-0.95)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงเดี่ยวที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	Early (≤ 3 hours) (n = 74) (55.6%)	Late (> 3 hours) (n = 59) (44.4%)	Unadjusted PR (95%CI)	p-value
เพศ				
ชาย	36 (48.6%)	38 (51.4%)	1	0.068
หญิง	38 (64.4%)	21 (35.6%)	1.32 (0.98-1.79)	
อายุ				
Mean ± SD (Min-Max)	68.11 ± 14.9 (34-94)	63.54 ± 14.24 (31-89)	1.01 (1.00-1.02)	0.054
โรคประจำตัว				
มี	61 (56.5%)	47 (43.5%)	1	0.694
ไม่มี	13 (52%)	12 (48%)	0.92 (0.61-1.39)	
ประวัติเป็นโรคเบาหวาน				
เป็น	19 (51.4%)	18 (48.6%)	1	0.549
ไม่เป็น	55 (57.3%)	41 (42.7%)	1.11 (0.78-1.60)	
ประวัติโรคความดันโลหิตสูง				
เป็น	53 (54.6%)	44 (45.4%)	1	0.698
ไม่เป็น	21 (58.3%)	15 (41.7%)	1.07 (0.77-1.49)	
ประวัติโรคไขมันโลหิตสูง				
เป็น	40 (57.1%)	30 (42.9%)	1	0.714
ไม่เป็น	34 (54.0%)	29 (46%)	0.94 (0.70-1.28)	
ประวัติโรคไตวายเรื้อรัง				
เป็น	7 (58.3%)	5 (41.7%)	1	0.840
ไม่เป็น	67 (55.4%)	54 (44.6%)	0.95 (0.57-1.57)	
ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ				
เป็น	9 (56.3%)	7 (43.8%)	1	0.958
ไม่เป็น	65 (55.6%)	52 (44.4%)	0.99 (0.62-1.57)	
ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก				
เป็น	2 (66.7%)	1 (33.6%)	1	0.656
ไม่เป็น	72 (55.4%)	58 (44.6%)	0.83 (0.37-1.88)	
ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				
เป็น	5 (83.3%)	1 (16.7%)	1	0.032*
ไม่เป็น	69 (54.3%)	58 (45.7%)	0.65 (0.44-0.96)	

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงเดี่ยวที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ปัจจัย	Early (≤ 3 hours) (n = 74) (55.6%)	Late (> 3 hours) (n = 59) (44.4%)	Unadjusted PR (95%CI)	p-value
ประวัติโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation				
เป็น	3 (75%)	1 (25%)	1	
ไม่เป็น	71 (55%)	58 (45%)	0.73 (0.41-1.32)	0.301
ประวัติการรักษาสม่ำเสมอ				
รักษาสม่ำเสมอ	53 (63.9%)	30 (36.1%)	1	
ขาดนัด	8 (32.0%)	17 (68%)	0.82 (0.65-1.02)	0.079
การอยู่อาศัย				
อยู่อาศัยกับผู้อื่น	70 (68.0%)	33 (32%)	1	
คนเดียว	4 (13.3%)	26 (86.7%)	0.19 (0.15-0.24)	0.001*
สิทธิ์การรักษา				
บัตรทอง	37 (52.1%)	34 (47.9%)	1	
เบิกจ่ายตรง	18 (69.2%)	8 (30.8%)	1.33 (0.95-1.87)	0.101
ประกันสังคม	2 (50%)	2 (50%)	0.96 (0.35-2.62)	0.936
ผู้พิการ	4 (50%)	4 (50%)	0.96 (0.46-1.97)	0.911
ชำระเงิน	13 (54.2%)	11 (45.8 %)	1.04 (0.68-1.60)	0.860
การมาโรงพยาบาล				
ญาตินำส่ง	55 (52.9%)	49 (47.1%)	1	
รถฉุกเฉินนำส่ง	17 (73.9%)	6 (26.1%)	1.39 (0.97-1.76)	0.082
มูลนิธินำส่ง	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0.62 (0.19-1.85)	0.363
สถานที่เกิดอาการ				
บ้าน	61 (55.0%)	50 (45.0%)	1	
อื่น ๆ	13 (59.1%)	9 (40.9%)	1.07 (0.64-1.63)	0.922
กิจกรรมขณะเกิดอาการ				
ทำกิจกรรมทั่วไป	67 (63.2%)	39 (36.8%)	1	
นอนหลับ	7 (25.9%)	20 (74.1%)	0.41 (0.355-0.69)	0.008*
ความรุนแรงของอาการ (Glasgow Coma Score)				
Mean $\pm$ SD	12.7 $\pm$ 3.52	14.10 $\pm$ 2.26	0.94 (0.93-0.95)	< 0.001**
ช่วงเวลาการเกิดอาการ				
กลางวัน(6.00–18.00)	56 (65.1%)	30 (34.9%)	1	
กลางคืน(18.01–5.59)	18 (38.3%)	29 (61.7%)	0.59 (0.39-0.81)	0.003*
ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการ				
ถึงโรงพยาบาล(Mean $\pm$ SD)	3.22 $\pm$ 1.66	3.29 $\pm$ 1.35	0.98 (0.89-1.09)	0.734

ตารางที่ 3 เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน ใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) สถิติที่ใช้ทดสอบ คือ log-binomial regression และคำนวณหา adjusted prevalence ratio (adj. PR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%CI มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p < 0.05$ โดยทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระ ที่ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย เพศ อายุ การอยู่อาศัย ช่วงเวลาเกิดอาการ ความรุนแรง โรคประจำตัวหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF โรคประจำตัวหลอดเลือดหัวใจตีบ และระยะทาง

ระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ได้นำเข้ามาวิเคราะห์ log-binomial regression เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยการอยู่อาศัยคนเดียว (adj. PR = 0.25, 95%CI : 0.11-0.57) ปัจจัยความรุนแรงของอาการระดับน้อย (adj. PR = 0.98, 95%CI : 0.97-0.99) และปัจจัยการเกิดอาการกลางคืน (adj. PR = 0.63, 95%CI : 0.44-0.88)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยเชิงพหุตัวแปรที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	Adjusted Prevalence Ratio	95%CI	p-value
เพศ			
ชาย	1		
หญิง	1.13	0.86-1.49	0.394
อายุ			
	1.00	0.99-1.00	0.381
การอยู่อาศัย			
อยู่ร่วมกับคนอื่น	1		
อยู่คนเดียว	0.25	0.11-0.57	0.001
ช่วงเวลาการเกิดอาการ			
กลางวัน (6.00–18.00)	1		
กลางคืน (18.01–5.59)	0.63	0.44-0.88	0.008
ระดับความรุนแรง(Glasgow Coma score)			
คะแนนความรุนแรง	0.98	0.97-0.99	< 0.001
โรคประจำตัวหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation			
มี	1		
ไม่มี	0.67	0.43-1.04	0.075
ประวัติโรคประจำตัวหลอดเลือดหัวใจ			
มี	1		
ไม่มี	0.81	0.48-1.38	0.442
ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล	1.10	0.92-1.11	0.854

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาในแต่ละปัจจัย พบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า การพักอยู่อาศัยคนเดียว และการไม่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน มีความสัมพันธ์กับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ($PR_{crude} = .19, .65$ ตามลำดับ) ซึ่งการพักอาศัยอยู่คนเดียว จากผลการศึกษาค้นพบว่าปัจจัยเชิงป้องกันมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mandelzweig, et al. (2006)²³ ว่าอิทธิพลของบุคคลรอบข้างสามารถทำนายระยะเวลาในการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 65 หากเกิดอาการขึ้นระหว่างอยู่ร่วมกับผู้อื่น จะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าอยู่คนเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamsareeruk & Jitpanya (2019)¹⁵ พบว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยสามารถพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่อยู่บ้านคนเดียว และการศึกษาของจิราพร บุญโท (2564)⁶ พบว่าผู้ป่วยอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการมารับการรักษาล่าช้ากว่ากลุ่มที่มีคนอยู่ด้วยขณะเกิดอาการถึง 50.27 เท่า

การมีโรคประจำตัวเป็นหลอดเลือดหัวใจมาก่อน เมื่อเทียบกับไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการเฝ้าระวังการเกิดโรคเส้นเลือดสมองและเส้นเลือดหัวใจ ทำให้ได้รับคำแนะนำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Haiqiang Jin (2012)¹⁰ และ Lacy CR (1997)¹² พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อนสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่เร็ว

ในส่วนการมีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพาพร ภิญโญศรี (2551)¹⁹ พบว่าประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และขัดแย้งกับการศึกษาของ Kim YS, et.al. (2011)²⁴ พบว่าประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลา อาจเนื่องมาจากการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มากขึ้น

ในส่วนของเพศ อายุ สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว พบว่าไม่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Honnorat J. (2002)¹⁶ ที่พบว่าเพศหญิงมารับการรักษาเร็วกว่าเพศชายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนอายุ ขัดแย้งกับการศึกษาของ Haiqiang Jin (2012)¹⁰ และ Lacy CR (1997)¹² ซึ่งพบว่าอายุมากสัมพันธ์กับการมารับรักษาที่เร็ว ในส่วนของสิทธิการรักษา และโรคประจำตัวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา บุญสวยขวัญ (2565)¹⁴ พบว่า เพศ อายุ สิทธิการรักษา และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาทันเวลาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2. ปัจจัยด้านอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้อง และการเดินทางมาโรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อย ทำกิจกรรมอื่น

ขณะที่เกิดอาการ และเกิดอาการเวลากลางคืน มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ($PR_{crude} = .94, .41, .59$ ตามลำดับ) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความรุนแรงของโรคที่น้อยลง เป็นปัจจัยเชิงป้องกันการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการน้อยขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมารับการรักษาที่ล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากขณะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการศึกษางานวิจัยอื่น พบว่า หากรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก เป็นอันตรายแก่ชีวิตจะทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาทันที^{18,19} และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ ปินตา (2564)¹⁷ พบว่าการมีระดับอาการที่รุนแรงมากเป็นปัจจัยในการทำนายโอกาสการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ในส่วนของกิจกรรมอื่นขณะที่เกิดอาการ เป็นปัจจัยเชิงป้องกันการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เกิดอาการขณะนอนหลับ หรือไม่ทราบอาการที่แน่ชัดจะมารับการรักษาที่ไม่ทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งเกิดจากการที่ไม่สามารถระบุเวลาที่เกิดอาการได้ จึงใช้เวลาที่เห็นว่าปกติล่าสุดเป็นเวลาเกิดอาการ ส่งผลให้การลงเวลาเกิดอาการล่าช้าได้

ในส่วนของเกิดอาการเวลากลางคืนเป็นปัจจัยเชิงป้องกันการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง อาการที่เกิดขึ้นเวลากลางคืนจะมีผู้ป่วยที่เข้าใจว่านอนพักแล้วดีขึ้น ตื่นมาก็หายเอง และเกิดอาการขณะที่หลับอยู่ และผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นในตอนกลางคืนมักจะรับรู้ถึงอาการผิดปกติในตอนเช้าส่งผลให้ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า จึงทำให้การมารับการรักษาไม่ทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haiqiang Jin (2012)¹⁰ พบว่าการเกิดอาการเวลากลางคืนมารับบริการช้ากว่าเวลากลางวัน และขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณา บุญสวยขวัญ (2565)¹⁴ พบว่าช่วงเวลาการเกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง

ด้านสถานที่เกิดอาการ วิธีการนำส่งผู้ป่วยระยะทาง การศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณา บุญสวยขวัญ (2565)¹⁴

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การวิเคราะห์ Multivariate by log-binomial regression โดยการใส่ตัวแปรด้าน เพศ อายุ การอยู่อาศัยกับบุคคลอื่น ช่วงเวลาการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจชนิด AF และระยะทาง ส่งผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง มีดังนี้ การอยู่อาศัยคนเดียว ($PR_{adj} = 0.25, 95\%CI = 0.11-0.57$) เกิดอาการเวลากลางคืน ($PR_{adj} = 0.63, 95\%CI = 0.44-0.88$) ความรุนแรงของอาการระดับน้อย ($PR_{adj} = 0.98, 95\%CI = 0.97-0.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบบริการและการเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพการเข้าถึงได้ดียิ่งขึ้น และจัดทำแนวทางการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อยู่บ้านคนเดียว แนวทางการเกิดอาการเวลากลางคืน และแนวทางการจัดการตั้งแต่ระดับความรุนแรงของอาการตั้งแต่น้อยจนถึงมาก ให้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การตระหนักเรื่องความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองและความ

รวดเร็วในการรักษา เพื่อลดความพิการถาวรและลดอัตราการตายที่เกิดขึ้นในอนาคต

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากการศึกษางานวิจัย เรื่องความชุกและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลวัดเพลง สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้โดยเป็นการสนับสนุนปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว และป้องกันปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับรักษาล่าช้า จากงานวิจัยนี้ได้แก่ เรื่องการอาศัยอยู่กับผู้อื่น ช่วงระยะการเกิดอาการหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของอาการหลอดเลือดสมอง โดยการรณรงค์ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่คนเดียวให้มีการเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้มีการเข้าถึงการรักษาได้ดีขึ้น การใช้เครื่องมือสื่อสารโทรแจ้งเบอร์ฉุกเฉินหากไม่มียานพาหนะมาโรงพยาบาล และส่งเสริมให้สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หากเกิดในตอนกลางคืนให้รีบมาโรงพยาบาลและเมื่อตื่นนอนมีอาการผิดปกติให้รีบมาโรงพยาบาลโดยไม่ต้องรอดูอาการ และสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนรู้จักโรคหลอดเลือดสมองและช่วยกันเฝ้าระวังส่อแสดงอาการน้อยหรือมากแล้วให้รีบมาโรงพยาบาล และให้ความรู้ว่าการหาอาการน้อยก็สามารถนำมาสู่อาการหนักได้เช่นกัน และแผนระยะยาวคือการสร้างเครือข่ายการดูแลรับปรึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคฉุกเฉินอื่น ๆ โดยแบ่งพื้นที่การดูแล

ข้อจำกัดการวิจัย

พบข้อจำกัดงานวิจัยในเรื่องกลุ่มตัวอย่างมีในปริมาณที่น้อย และเป็นแบบย้อนหลัง ซึ่งมีข้อจำกัดในการหาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาล่าช้าได้อย่างแท้จริง จึงควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ให้มากขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับรักษาทันเวลาของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้ปริมาณกลุ่มประชากรมากกว่านี้ เพื่อความแตกต่างกันของกลุ่มและความชัดเจนที่มากขึ้น โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างในระดับจังหวัด

นอกจากนี้ควรมีการศึกษาต่อยอดจากปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยและญาติ รวมถึงความซับซ้อนในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ทราบถึงมิติอื่นๆ และนำมาพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้จะไม่ลบล้างด้วยดีหากไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลดังต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณ ร้อยเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ได้เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ประสบการณ์ทำงานวิจัย แนะนำแนวทางที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ธนสกล เกตุรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลวัดเพลง

บรรณานุกรม

1. World Stroke Organization [WSO]. Annual report 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 June 22]. Available from: <https://www.world-stroke.org/news and blog /news/wso-annual-report-for-2021>
2. Bureau of Information Office of The Permanent Secretary of MOPH. MOPH news [internet]. 2020 [cited 2023 May 18]. Available from: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=86419.Thai
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke): ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: อัลทีเมท พรีเมียม; 2564.
4. Fladt, J., Meier, N., Thilemann, S., Polymeris, A., Traenka, C., Seiffge, D. J., et al. Reasons for prehospital delay in acute ischemic stroke. Journal of the American Heart Association [internet]. 2019 [cited 2023 May 20]; 8(20) Available from: <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.013101>
5. Yiadthaisong, K., Wongpiriyayothar, A. & Kuleelung, P. Factors Predicting Prehospital Time of Patients with Acute Ischemic Stroke in Acute Phase. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(1): 148-156.
6. จิราพร บุญโท. ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. หัวหินเวชสาร 2564; 1(3): 10-22.
7. Rakchue, P. & Poonphol, S. Factor influencing pre-hospital delay among acute ischemic stroke patients in Rajavithi hospital. Journal of Thai Stroke Society 2019; 18(1): 5-13.
8. Advani, R., Naess, H. & Kurz, M.W. The golden hour of acute ischemic stroke. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine [Internet]. 2017 [cited 2023 June 6]; 25(54): 1-5. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0398-5>
9. สัตกช โพธิ์คำ. การรับรู้ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2563; 15(4): 66-75.
10. Jin, H., Zhu, S., Wei, J.W., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., et al. Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China. Stroke [Internet]. 2012 [cited 2023 June 5]; 43(2): 362–370. Available from:

- <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.111.623512>
11. Soto-Cámara, R., González-Santos, J., González-Bernal, J., Martín-Santidrian, A., Cubo, E. & Trejo Gabriel-Galán, J.M. Factors Associated with Shortening of Prehospital Delay among Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2023 June 5]; 8(10): 1-12. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1712>
 12. Lacy, C.R., Bueno, M. & Kostis, J.B. Delay in Presentation and Evaluation for Acute Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 1997 [cited 2023 June 10]; 6(6): 470. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.str.32.1.63>
 13. Wannarong, T., Chotik-anuchit, S. & Nilanont, Y. Factors Associated with Hospital Arrival Time in Acute Stroke. *J Med Assoc Thai* 2019; 102(5): 1-7.
 14. วรรณ บัญสวขัญ, อมรัตน์ กลับรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา* 2565; 2(2): 61-75.
 15. Kamsareeruk, J. & Jitpanya, Ch. Factors Related to Prehospital Time in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of The Police Nurse* 2015; 7(2): 106-119.
 16. Honnorat, J. & Trouillas, P. Factors Influencing Early Admission in a French Stroke Unit. *Stroke* [Internet]. 2002 [cited 2023 July 3]; 33(1): 153-159. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hs0102.100533>
 17. พัชรภรณ์ ปินตา. ปัจจัยทำนายการมาถึงทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2564; 4(3): 46-58.
 18. Binthaisong, T., Panpakdee, O., Orathai, P. & Rattanakorn, D. Factors related to onset arrival time in patient with acute stroke. *Kuakarun Journal of Nursing* 2013; 20(1): 15-29.
 19. นิภาพร ภิญโญศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
 20. สายทิพย์ จำยพงศ์, วีรยุทธ ศรีทุมสุข, พรนภา เจริญสันต์, ศิริรัตน์ จำนงค์จิตต์, จงสฤษฏ์ มั่นศีล และสุพรรณิกา ปานศรี. การศึกษา ความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

- เฉียบพลัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 21(2): 273-285.
21. พิษญา ศรีลา, รุ่งทิพย์ เป้าต๋น, ปฐยาวัตร ปรากฏผล และอุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึง โรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารศูนย์ การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า 2562; 30(1): 7-15.
22. Sonti, S., Noppakhun, T. & Duangchan, C. Factors Influencing Early Hospital Arrival among Acute Ischemic Stroke Patients in Huahin Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2022; 5(3): 24-38.
23. Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V. & Tanne, D. Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. Stroke [Internet]. 2006 [cited 2023 July 5]; 37(5): 1248-1253. Available from: doi: 10.1161/01.STR.0000217200.61167.39. Epub 2006 Mar 23. PMID: 16556885.
24. Kim, Y.S., Park, S.S., Bae, H.J. et al. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. BMC Neurol [Internet]. 2011 [cited 2023 July 10]; 11(2): 1-8. Available from: [https://doi.org/10.1186/1471-2377-](https://doi.org/10.1186/1471-2377-11)

The Effect of Clinical Supervision Model in Nursing Care Process for Nurse

Sasithorn Bampenphon, B.N.S.

Nursing Department, Nongprue hospital

Received: Oct 4, 2023

Revised: Nov 17, 2023

Accepted: Dec 6, 2023

Abstract

Background: Clinical supervision is an important process for nursing administrators to promote the quality of the nursing process. The goal is to ensure the quality of patient care, create a good working environment, and develop nursing skills.

Objectives: The objective of this study is to compare the level of knowledge and utilization of the nursing process, as well as satisfaction with supervision, among nurses who have undergone clinical supervision.

Methods: We used a quasi-experimental research design to measure the impact of clinical supervision on the knowledge and use of the nursing process by professional nurses. The study consisted of two phases: before and after the implementation of clinical supervision. Our sample population included 38 professional nurses with at least one year of work experience. We utilized the Proctor Clinical Supervision Model, which assesses knowledge and use of the nursing process, as well as satisfaction with clinical supervision. Data was analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test to compare the results before and after the implementation of clinical supervision.

Results: The results showed that the knowledge of professional nurses regarding the nursing process significantly improved after clinical supervision. The mean score increased from a moderate level (13.63, SD=1.36) to a good level (15.79, SD=1.09). This improvement was statistically significant ($p<.001$). Furthermore, the mean score for the use of the nursing process also significantly increased after clinical supervision (from 109.13, SD=7.62 to 125.92, SD=6.87, $p<.001$). The supervisee's satisfaction with the clinical supervision was also at the highest level.

Conclusion: The clinical supervision model has been shown to effectively support professional nurses in gaining knowledge and applying the nursing process to their practice. This not only aligns with professional standard, but also contributes to job satisfaction. Therefore, it is recommended that the nursing management team encourage first-level administrators to adopt this model for the further development of nursing work.

Keywords: Clinical supervision model; Using the nursing process; professional nurse

ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ศศิธร บำเพ็ญผล, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองปรือ

บทคัดย่อ

บทนำ: การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี และพัฒนาทักษะการพยาบาล

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล และความพึงพอใจในการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพหลังการรับนิเทศทางคลินิก

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม วัด 2 ระยะ ก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Proctor ประเมินความรู้ การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจหลังการรับนิเทศทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบความต่างด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 15.79, SD=1.09) สูงกว่า ก่อนการนิเทศซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 13.63, SD=1.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และพบว่าหลังการนิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (125.92, SD=6.87) สูงกว่าก่อนการนิเทศทางคลินิกซึ่งอยู่ในระดับมาก (109.13, SD=7.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุป: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และสามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ทีมผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้บริหารระดับต้นนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกไปใช้เพื่อการพัฒนาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก; การใช้กระบวนการพยาบาล; พยาบาลวิชาชีพ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันเป็นยุคแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ความต้องการและความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาลสูงขึ้น¹ พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยและงานที่เป็นอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ คือนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนและมีมาตรฐาน²

เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีระบบการนิเทศที่ช่วยให้เกิดการติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาล สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล³ และเป็นไปตามมาตรฐานสภาการพยาบาล ทั้งด้านการพยาบาล จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินผลผลลัพธ์การพยาบาลและนำผลไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁴

การนิเทศทางการพยาบาลแบ่งออกเป็นการนิเทศด้านบริหาร เป็นการนิเทศเกี่ยวกับการบริหารจัดการ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน มาตรฐาน แนวทางปฏิบัติสู่การปฏิบัติ และการนิเทศด้านคลินิก เป็นการเสริมสร้าง ความรู้ทักษะผู้รับการนิเทศให้สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนดไว้⁵ ซึ่งในการปฏิบัติงานโดยปกติ มักใช้การนิเทศด้านบริหาร ไม่มีการกำหนดและรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน ผู้นิเทศส่วนใหญ่ปฏิบัติการนิเทศตามประสบการณ์ของตนเอง อาจมีความรู้และทักษะการนิเทศไม่เพียงพอ เป็นการช่วยแก้ไขอุปสรรคเฉพาะหน้า ไม่มีการบันทึกผลการนิเทศ ทำให้ขาดข้อมูลในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยมีเป้าหมายสร้างความมั่นใจในคุณภาพการดูแลสร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี และพัฒนาทักษะพยาบาล⁶ การนิเทศรูปแบบหนึ่งที่นิยมใช้ คือรูปแบบของ Proctor (2001)⁷ เป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล ด้วยความพึงพอใจ และมีความสุขในการทำงาน มีการศึกษาพบว่าหลังจากนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกมาใช้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้น มีอัตราการดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้สูงกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการนิเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศทางคลินิก และระดับความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศอยู่ในระดับดีมาก⁹

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลหนองปรือ ปี 2563-2565 ยังพบปัญหาจากกระบวนการพยาบาล เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดภาวะวิกฤติที่รุนแรงขึ้นจนต้องส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันสูงขึ้น เนื่องจากขาดการวางแผนจำหน่ายตามระบบ และผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีคะแนนต่ำที่สุดเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในส่วนของการประเมินผลไม่ครอบคลุมประเด็นตามข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้¹⁰

เพื่อให้การนิเทศเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และทักษะส่งผลให้เกิดการสร้างผลงานที่ดี ผู้วิจัยจึงศึกษา

ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้
กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำมา
เป็นแนวทางในการนิเทศทางคลินิกของพยาบาล
วิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการนิเทศทางคลินิก
2. เพื่อเปรียบเทียบการใช้กระบวนการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการนิเทศทางคลินิก
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพหลังการนิเทศทางคลินิก

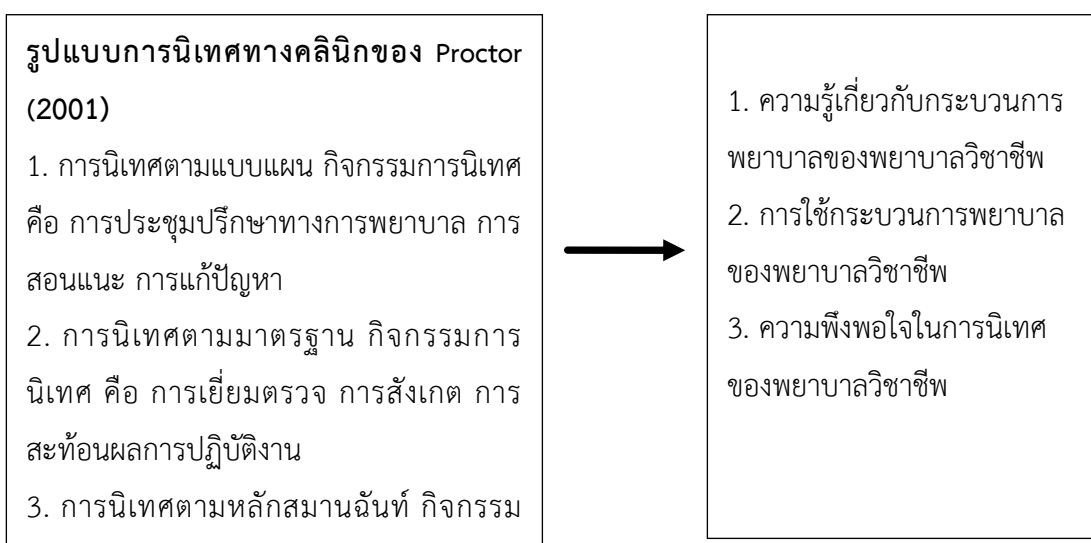
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Proctor (2001)⁷ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศ โดยใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล และ

ผู้รับนิเทศมีความพึงพอใจ แนวคิดการนิเทศของ Proctor ประกอบด้วย

1. การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) เป็นการนิเทศ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ รวมทั้งทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ กิจกรรมการนิเทศ คือ การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอนแนะ การแก้ปัญหา
2. การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) เป็นการนิเทศ เพื่อติดตามการปฏิบัติงาน ประเมินคุณภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และจรรยาบรรณวิชาชีพ กิจกรรมการนิเทศ คือ การเยี่ยมตรวจ การสังเกต การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน
3. การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) เป็นการนิเทศ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศมีเจตคติที่ดีต่อการนิเทศและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการนิเทศ คือ การให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วม การร่วมมือปฏิบัติ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor (2001)⁷ ต่อความรู้การพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี ที่โรงพยาบาลในเขตอำเภอหนองปรือ 2 แห่ง คือโรงพยาบาลหนองปรือ จำนวน 21 คน และโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี จำนวน 17 คน รวมทั้งสิ้น 38 คน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ตามหนังสือรับรองเลขที่ EC.NO. 9/2566 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากแบบสอบถามของชั้นทอง มางจันดีอุดม¹¹ และของนุชจริย ชุมพินิจ¹² โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ 5 ข้อ การวินิจฉัย 3 ข้อ การวางแผน

3 ข้อ การปฏิบัติตามแผน 3 ข้อ และการประเมินผล 3 ข้อ รวม 17 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวม ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 14-17 หมายถึง มีความรู้ระดับดี คะแนน 10-13 มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 0-9 มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ 10 ข้อ การวินิจฉัย 3 ข้อ การวางแผน 4 ข้อ การปฏิบัติตามแผน 6 ข้อ และการประเมินผล 4 ข้อ รวม 27 ข้อ ให้เลือกตอบตามความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ตอบปฏิบัติจริง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการดำเนินงานตามข้อความนั้นๆ ทุกครั้ง

ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการดำเนินงานตามข้อความนั้นๆ เป็นส่วนมาก

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการดำเนินงานตามข้อความนั้นๆ ประมาณครึ่งหนึ่ง

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการดำเนินงานตามข้อความนั้นๆ นานๆ ครั้ง

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยแสดงออกในพฤติกรรมการดำเนินงานตามข้อความนั้นๆ เลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของผู้รับการนิเทศ จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นความพึงพอใจต่อการนิเทศตามแบบแผน การนิเทศตามมาตรฐาน และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ อย่างละ 6 ข้อ การตอบใช้มาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก
- 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

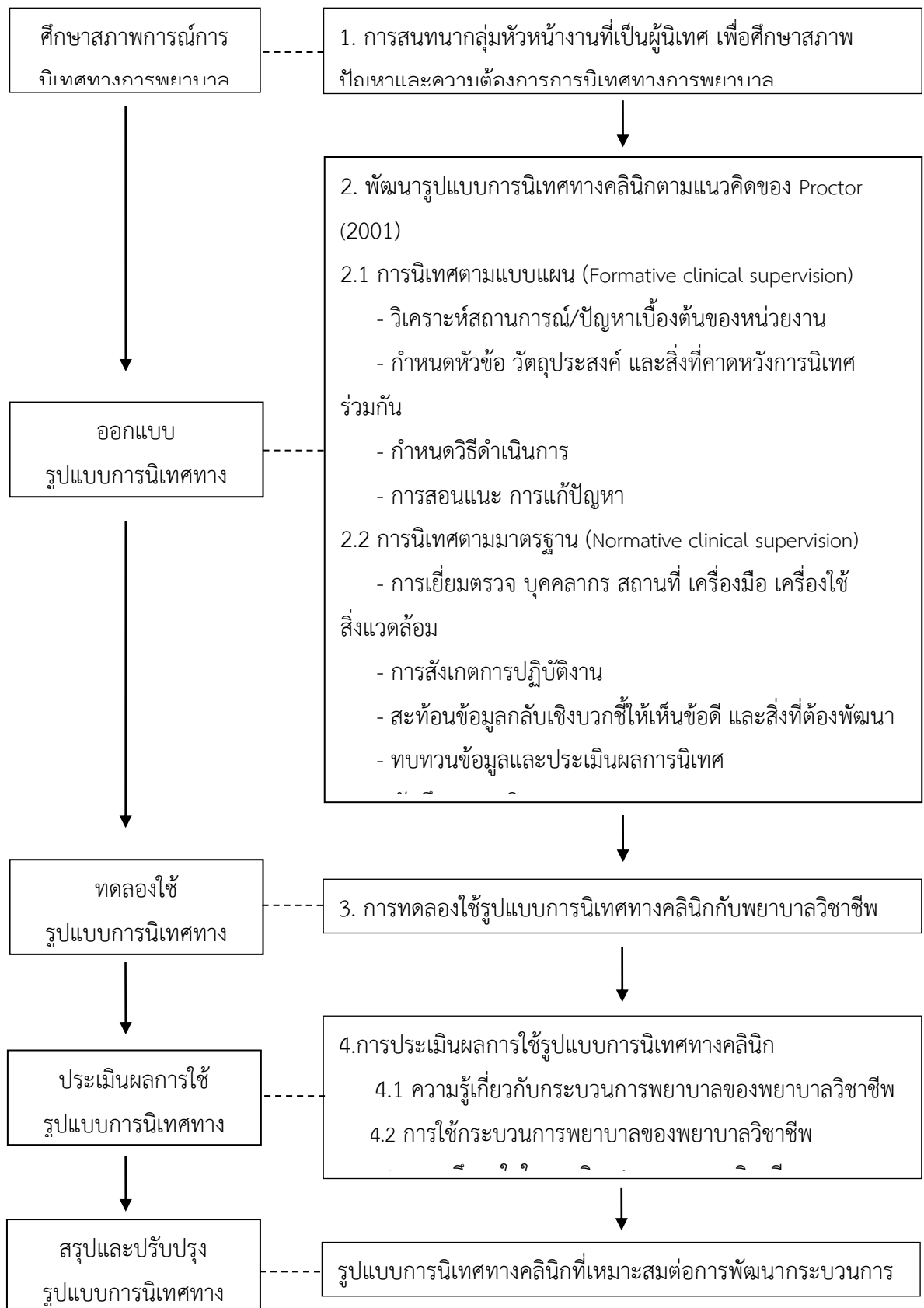
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล แบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของผู้รับการนิเทศ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน, หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการนิเทศทางการพยาบาล ปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำ ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิง

เนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล มีค่าเท่ากับ 0.82 แบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของผู้รับการนิเทศ มีค่าเท่ากับ 1 นำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล เท่ากับ 0.724 แบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.958 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเท่ากับ 0.944

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รูปแบบการนิเทศทางคลินิกผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวคิดของ Proctor (2001)⁷ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 การจัดทำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor (2001)



ผู้วิจัยนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน, หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการนิเทศทางการพยาบาล พิจารณาก่อนนำไปใช้ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ไม่มีการปรับแก้ไข IOC มีค่าเท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหา และการวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางคลินิก

ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการนิเทศทางการพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มของ

หัวหน้างานที่เป็นผู้นิเทศจำนวน 10 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้างานผู้ป่วยใน เป็นการประเมินสถานการณ์การนิเทศของ โรงพยาบาลหนองปรือ และโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี โดยตั้งคำถามปลายเปิด 4 ข้อ คือ

1. ท่านคิดว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
2. ปัญหาการนิเทศเกิดจากอะไร
3. ความต้องการรูปแบบการนิเทศทางคลินิก
4. ท่านคิดว่ารูปแบบการนิเทศควรเป็นอย่างไร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นการประชุมกลุ่มของหัวหน้างานที่เป็นผู้นิเทศ

ประเด็นคำถาม	คำตอบ
1. ท่านคิดว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร	ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ การนิเทศของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจะเป็นการนิเทศเชิงบริหาร ส่วนการนิเทศของหัวหน้างานจะเป็นการพูดคุยปัญหาในหน่วยงานและร่วมแก้ไข แต่ละคนมีรูปแบบการนิเทศไม่เหมือนกัน เดิมโรงพยาบาลเคยใช้การนิเทศแบบไขว้ คือไปเป็นกลุ่ม เช่น นิเทศหน่วยงานใดก็ให้หน่วยงานอื่นร่วมกันนิเทศ แต่มีปัญหาเนื่องจากหัวหน้างานมีวันและเวลาว่างไม่ตรงกัน
2. ปัญหาการนิเทศเกิดจากอะไร	- หัวหน้างานเวลาไม่ตรงกัน มีการะงวนมาก ประชุมบ่อย และขาดความต่อเนื่อง - มีการสอน แนะนำ แต่ไม่มีแบบให้บันทึก ใช้วิธีการจดบันทึกใส่สมุดไว้ถึงประเด็นปัญหาที่พบแต่ไม่เคยนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงเชิงระบบ ส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า - ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน พบประเด็นที่ไม่สมบูรณ์ ก็จะมีการนำมาแจ้งที่ประชุมกลุ่มการพยาบาล และแจ้งแนวทางการบันทึกที่ถูกต้อง แต่ไม่มีการนิเทศติดตามหลังการชี้แจง
3. ความต้องการรูปแบบการนิเทศทางคลินิก	- ถ้ามีรูปแบบที่ชัดเจนก็จะดีมากจะได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และรู้ว่าต้องบันทึกอะไรบ้างเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรต่อไปโดยเฉพาะการนิเทศทางคลินิก เดิมมีแต่อบรมให้ความรู้แต่ไม่มีการนิเทศติดตามอย่างเป็นรูปธรรม - ถ้ามีแผนในภาพรวมก็จะดีเพราะแต่ละหน่วยงานจะได้ทราบและเป็นแนวทางเดียวกัน
4. ท่านคิดว่ารูปแบบการนิเทศควรเป็นอย่างไร	- กำหนดวันและเวลาที่ชัดเจนบางเรื่องที่จะนิเทศ เช่น case conference แต่บางเรื่องก็ไม่เหมาะที่จะกำหนดวันและเวลา แต่อาจมีการแจ้งล่วงหน้าก่อนเล็กน้อย หรือควรจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน โดยเฉพาะช่วงเช้า ส่วนใหญ่ทุกหน่วยงานจะมีการกิจที่ต้องทำกับผู้ป่วยจำนวนมาก - ต้องมีการวางแผนการนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ที่จะลงไปนิเทศจะได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ แต่สามารถปรับได้ตามสถานการณ์ความจำเป็นเร่งด่วน - มีแบบฟอร์มการบันทึกทั้งผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศ แต่ต้องง่าย ไม่ต้องมาก เพราะจะกลายเป็นภาระ และไม่ยากบันทึก - ควรแจ้งผลการนิเทศทั้งด้านบวกและลบ - ควรนิเทศแบบกัลยาณมิตร ไม่เป็นการไปตรวจสอบหรือจับผิด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก

ผู้วิจัยดำเนินการออกแบบการนิเทศ โดยนำข้อมูลจากปัญหา และความต้องการการนิเทศทางคลินิก และศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนารูปแบบการนิเทศ หลังจากได้รูปแบบการนิเทศแล้ว เชิญหัวหน้างานที่เป็นผู้นิเทศจำนวน 10 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการ

พยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้างานผู้ป่วยใน ประชุมกลุ่มเพื่อร่วมพิจารณาและปรับปรุงรูปแบบการนิเทศให้ตรงกับบริบทของโรงพยาบาลหนองปรือ และโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบาร์มี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบรูปแบบการนิเทศทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบเดิม	รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น
ในเวลาราชการ: หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานเป็นผู้นิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานโดยการตรวจตรา เรื่อง สิ่งแวดล้อม การจัดอัตรากำลัง และปัญหาอุปสรรค ขณะปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ: หัวหน้าเวร ใช้ใบรายงานตรวจการ บันทึกเรื่องทั่วไป เช่น จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวนผู้รับบริการ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในเวร	ก่อนการนิเทศ : 1.การวางแผนการนิเทศ - วิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหาเบื้องต้น - กำหนดผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ - กำหนดหัวข้อ วัตถุประสงค์ และสิ่งที่คาดหวังการนิเทศร่วมกัน - กำหนดวิธีดำเนินการ ทำอะไร,อย่างไร,ที่ไหน,เมื่อใด และมีวิธีประเมินผลอย่างไร - แจ้งกำหนดการต่อผู้รับนิเทศ ระหว่างการนิเทศ : - แจ้งหัวข้อ วัตถุประสงค์ และสิ่งที่คาดหวังจากการนิเทศแก่ผู้รับนิเทศ - ตรวจเยี่ยม บุคลากร สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม - สังเกตการปฏิบัติงาน - ผู้นิเทศสอน/แนะนำกลุ่ม รายบุคคล - ให้คำปรึกษาแนะนำหากมีปัญหากการใช้กระบวนการพยาบาล - ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางในกระบวนการพยาบาล รวมถึงปัญหาอุปสรรค โดยการมีส่วนร่วมการตัดสินใจของผู้รับนิเทศ - เน้นการนิเทศแบบกัลยาณมิตร หลังการนิเทศ : - สะท้อนข้อมูลกลับเชิงบวกชี้ให้เห็นข้อดี และสิ่งที่ต้องพัฒนา - บันทึกผลการนิเทศทั้งผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศ - กำหนดติดตามหลังการนิเทศ

ระยะที่ 3 การทดลองนำไปใช้ และประเมินผล รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 38 คนได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและการใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนการนิเทศ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการนิเทศทางคลินิกแบบเป็นกลุ่ม ด้วยตัวเองทุกวัน วันละ 2 กลุ่มโดยแยกเป็น งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอกดำเนินการนิเทศร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ส่วนงานผู้ป่วยในดำเนินการนิเทศร่วมกับงานห้องคลอด ใช้เวลา 2 สัปดาห์โดย สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการนิเทศที่โรงพยาบาลหนองปรือ และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการนิเทศที่โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี ดังนี้

- กำหนดวันที่, เวลา และเรื่องที่จะนิเทศ โดยแจ้งผ่าน Line nurse หนองปรือ และ Line nurse baramee, แจ้งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานทราบ

- พูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การนิเทศ สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

- สอนแนะพยาบาลรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินการวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

- ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพบทบทวนบันทึกทางการพยาบาลในวันนั้นๆ โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก หรือ เวชระเบียนผู้ป่วยในที่แต่ละคนคิดว่ามีปัญหาในการบันทึก มาคนละ 1 ชุด แล้วนำมา

แลกเปลี่ยนเพื่อปรับปรุงการบันทึกให้เป็นไปตามมาตรฐาน

- ประเมินผลพร้อมให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ทั้งในส่วนที่ปฏิบัติได้ดี และส่วนที่ควรพัฒนา

ภายหลังดำเนินการนิเทศครบทุกหน่วยงานแล้ว ผู้เข้าร่วมรับการนิเทศตอบแบบประเมินความรู้การใช้กระบวนการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศทางคลินิก

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และคะแนนการใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหนองปรือ ร้อยละ 55.26 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี ร้อยละ 44.74 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.74 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 57.89 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 31-41 ปี ร้อยละ 26.32 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.45 ปี สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 60.53 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 97.37 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1- 23 ปี เฉลี่ย 8.71 ปี ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก/อุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 52.63 ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยใน/ห้องคลอด ร้อยละ 47.37 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ (n=38)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 – 30	22	57.89
31 – 41	10	26.32
42 – 52	6	15.79
(อายุเฉลี่ย 31.45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.277 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 45 ปี)		
เพศ		
หญิง	36	94.74
ชาย	2	5.26
สถานภาพสมรส		
โสด	23	60.53
คู่	13	34.21
หม้าย/หย่า/แยก	2	5.26
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	37	97.37
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.63
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล (ปี)		
1 – 10	26	68.42
11 – 20	8	21.05
21 – 30	4	10.53
(ค่าเฉลี่ย 8.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.207 ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 23 ปี)		
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
ผู้ป่วยนอก/ อุบัติเหตุฉุกเฉิน	20	52.63
ผู้ป่วยใน/ ห้องคลอด	18	47.37
โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี	17	44.74
โรงพยาบาลหนองปรือ	21	55.26

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยความรู้ก่อนการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 10-13 คะแนน (เต็ม 17 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.63 ($SD=1.36$) ความรู้หลังการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับดี มีคะแนนระหว่าง 14-17 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.78 ($SD=1.09$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าหลังการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลสูงกว่าก่อนการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนความรู้ด้านการวินิจฉัยการพยาบาลก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก (n=38)

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล	ก่อนการนิเทศ		หลังการนิเทศ		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การประเมินภาวะสุขภาพ	3.84	.75	4.60	.49	-4.84	<.001
การวินิจฉัยการพยาบาล	2.47	.68	2.65	.48	-1.48	.147
การวางแผนการพยาบาล	2.36	.54	2.97	.16	-6.81	<.001
การปฏิบัติการพยาบาล	2.05	.65	2.94	.22	-8.00	<.001
การประเมินผลการพยาบาล	2.05	.65	2.60	.59	-4.28	<.001
โดยรวม	13.63	1.36	15.78	1.09	-7.41	<.001

การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยก่อนการนิเทศทางคลินิกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 109.13 ($SD=7.62$) อยู่ในระดับปฏิบัติมาก และหลังการนิเทศทางคลินิกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 125.92 ($SD=6.87$) อยู่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการนิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพนำกระบวนการ

พยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน (การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล) ไปใช้สูงกว่าก่อนการนิเทศทางคลินิก โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติมากที่สุดทั้ง 5 ขั้นตอน จากระดับปฏิบัติมากก่อนการนิเทศดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก (n=38)

การใช้กระบวนการพยาบาล	ก่อนการนิเทศ		หลังการนิเทศ		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การประเมินภาวะสุขภาพ	41.71	2.79	47.10	2.67	-8.18	<.001
การวินิจฉัยการพยาบาล	11.23	1.40	13.44	1.00	-9.13	<.001
การวางแผนการพยาบาล	16.07	1.56	18.76	1.23	-9.41	<.001
การปฏิบัติการพยาบาล	24.18	2.73	28.18	1.98	-7.46	<.001
การประเมินผลการพยาบาล	15.92	1.40	18.42	1.42	-8.50	<.001
โดยรวม	109.13	7.62	125.92	6.87	-10.64	<.001

ความพึงพอใจหลังการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$ =86.42, SD=4.13) และอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนความพึงพอใจหลังการนิเทศทางคลินิกด้านการนิเทศตามหลักสมานฉันท์มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x}$ =29.47,

SD=1.31) รองลงมาด้านการนิเทศตามแบบแผน ($\bar{x}$ =28.55, SD=1.57) และด้านการนิเทศตามมาตรฐานมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$ =28.39, SD=1.99) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของผู้รับการนิเทศ โดยรวมและรายด้าน (n=38)

การนิเทศ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การนิเทศตามแบบแผน	28.55	1.57	มากที่สุด
การนิเทศตามมาตรฐาน	28.39	1.99	มากที่สุด
การนิเทศตามหลักสมานฉันท์	29.47	1.31	มากที่สุด
โดยรวม	86.42	4.13	มากที่สุด

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของ Proctor มาใช้สูงกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้ เนื่องจากมีการสอนแนะ เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาศักยภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ให้มีความรู้ทักษะในการปฏิบัติงาน¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของ Proctor มาใช้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ เนื่องจากเป็นการเยี่ยมชมตรวจติดตาม ประเมินผล ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพนำความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลที่มีมาใช้ในการปฏิบัติงาน พัฒนาการใช้กระบวนการการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และการสะท้อนข้อมูล

กลับช่วยให้พยาบาลเห็นมุมมองใหม่ๆ รู้สึกถึงความมีคุณค่าในการพัฒนาวิชาชีพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่าผู้รับการนิเทศมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ และผลลัพธ์การเกิดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง¹⁴

หลังการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เนื่องจากนิเทศด้วยหลักสัมพันธภาพ เน้นการนิเทศแบบกัลยาณมิตรช่วยทำให้ผู้รับการนิเทศ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ทราบผลลัพธ์การปฏิบัติงาน เมื่อมีปัญหา มีที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ร่วมแก้ปัญหา ช่วยเหลือด้านต่างๆ

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ และสามารถนำ

กระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้ผู้บริหารระดับต้น/หัวหน้างาน นำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกไปใช้ในการนิเทศการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

2. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลต่อเนื่องถึงผลลัพธ์การพยาบาล

3. นำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกขยายไปสู่การนิเทศทางคลินิกรายโรค เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยเฉพาะโรคที่มีความเสี่ยงสูงหรือโรคที่มีความซับซ้อนในการดูแล

บรรณานุกรม

1. ดารินทร์ ล้อมตระกูล. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลวิสัญญีเพื่อมาตรฐานและคุณภาพ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2562; 4(1).
2. สำราญ คำมี, นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565; 14(2): 233-47.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards ฉบับที่ 5. นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง; 2564. 84-8.
4. ประกาศสภาการพยาบาล. เรื่องมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 97 ง (ลงวันที่ 18 เมษายน 2562).
5. สุริภรณ์ กอเข็ม และชญานันท์ ต่างใจ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนาด้วง 2562; 39(1): 26-36.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). SPA (Standards-Practice-Assessment) Part II คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 2 สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2564. 47-8.
7. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
8. รัชนิวรรณ คุณตระกูล, พิชญ์พันธุ์ จันทระ, พัชรียัมแย้ม, สุริยพร กุมภาคา และรัชนินามจันทรา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 30(2): 193-209.
9. ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ และสุทธิศรีตระกูลสิทธิโชค. ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(4): 52-60
10. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองปรือ. ข้อมูลการทบทวนการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลตัวชี้วัดงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองปรือ. 2565.

11. ชันทอง มางจันต์อุดม. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้
กระบวนการพยาบาลในคลินิกของพยาบาล
วิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาล
ศาสตร์]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
2549.
12. นุชจรีย์ ชุมพินิจ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศ
ทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. [วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล].
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;
2557.
13. กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น, กนกทอง จาตุรงค์โชค
และกฤตยา ตันติวรสกุล. การพัฒนา
รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก
เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาล
บ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562;
38(4): 300-17.
14. กัญญา เลียนเครือ, สุภาภรณ์ ประยูรมหิธร
และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนา
รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก
เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้
เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤต
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. Journal of
Kaensarn Academi 2565; 7(9): 300-16.

The Systematic Reviews on Palliative Nursing Management in The Terminally Ill Cancer Patients from Hospital to Home

Sureewan Sawangha, M.S.N.¹, Jaruwan Sanongyard, M.S.N, Ed.D.², Tiwa Mahaprom, M.S.N., M.Ed³

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹⁻³

Division of Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi¹

Division of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi²

Department of Adult Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai³

Received: Nov 7, 2022

Revised: Jul 25, 2023

Accepted: Aug 31, 2023

Abstract

Background: Patients with cancer who are in the terminal stage are at high risk of death. These patients must return home for palliative care until their last days. Therefore, there is a need for a patient treatment service system to manage and coordinate treatment between hospitals and homes for efficient and continuous nursing.

Objectives: This report is a literature review with the purpose to summarize the practice methods and results of palliative care at home.

Methods: The research method is studying the existing research results published between the years 2017 and 2022, from May 2022 to April 2023, using the electronic databases of Thai journals, namely TCJO and Thai LIS Digital Collection, and following the PICOS Framework concept of Joanna Briggs Institute.

Materials: The quality analysis of the research study was conducted using the Review Manager software for a quasi-experimental study assessment, following the Checklist for Quasi-Experimental Studies: non-randomized experimental studies. Subsequently, the data was subjected to statistical analysis using Meta-analysis, and content analysis was performed to address the literature review questions.

Results: The search results from the keyword search yielded a total of 226 research reports. Among these, 219 were from the TCJO database, and 7 were from the Thai LIS Digital Collection. Six studies met the criteria for literature review based on the PICOS framework: 3 quasi-experimental studies and 3 operational studies. The research quality levels were rated as TCI 1 and 2, with three studies falling into each category. However, the statistical results were insufficient for Meta-analysis, so content analysis was performed instead. The study focused on two models of patient care service systems for end-stage cancer patients transitioning from hospitals to home care. The first model was case management, and the second model involved network and family participation. The results indicated an improvement in the quality of care with the implementation of the Palliative Care Outcome Scale

(POS). There was no significant difference in the measured physical performance (palliative performance scale: PPS) between the two models, but the group receiving care in the emergency department had fewer hospital admissions and shorter hospital stays compared to the control group. Additionally, the palliative care at home continuity led to an overall improvement in the patient's quality of life.

Conclusions: The patient care service system model of transitioning end-stage cancer patients from hospitals to home care, with the involvement of healthcare professionals and working as a network from hospital to home, promotes and supports patients and caregivers in self-care management, leading to an improved quality of life. This positively benefits the patients, their families, and the hospitals and aligns with the policies of the Ministry of Public Health.

Key words: Palliative; Home Care in Cancer Patients; palliative Care.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการพยาบาล**แบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน**สุริวัชรณ แสงหา, พย.ม.¹, จารุวรรณ สอนงญาติ, พย.ม.,ศศ.ด.², ทิพา มหาพรหม, พย.ม.,ค.ม.³คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹⁻³ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี¹ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี²สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่³**บทคัดย่อ**

บทนำ: ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย เป็นภาวะเสี่ยงสูงที่ส่งผลต่อผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปดูแลที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการจัดการระบบบริการพยาบาล การวางแผนเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อสรุปวิธีปฏิบัติและผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านจากหลักฐานงานวิจัยที่มีคุณภาพ

วิธีการศึกษา: การสืบค้นข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปีพ.ศ.2560-2565 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 -เมษายน 2566 ด้วยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของวารสารในประเทศไทย คือ TCIO และ Thai LIS Digital Collection และตามแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริกส์ PICOS Framework

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์คุณภาพงานวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager ในการศึกษาเชิงทดลอง ประเมินคุณภาพภายในของงานวิจัยกึ่งทดลองตามแบบตรวจสอบงานวิจัยกึ่งทดลอง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Meta analysis และวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อตอบคำถามการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา: ผลจากการสืบค้นด้วยคำค้นพบรายงานวิจัยทั้งหมด 226 เรื่อง จากฐานข้อมูล TCIO 219 เรื่อง จากวารสาร Thai LIS Digital Collection 7 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยตรงตามเงื่อนไขการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) 6 เรื่องเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 3 เรื่อง และเชิงปฏิบัติการ 3 เรื่อง ระดับคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับ TCI 1 และ 2 อย่างละ 3 เรื่อง พบผลลัพธ์ทางสถิติไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ด้วย Meta analysis จึงวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา โดยจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่คล้ายคลึงกัน ได้ 2 รูปแบบคือ การจัดการระบบบริการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณี และรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและครอบครัว พบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ผลการวัดสมรรถนะของร่างกายไม่แตกต่างกันแต่ การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและอัตราการเสียชีวิตที่บ้านสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน ด้วยการส่งต่อดูแลที่บ้าน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงขึ้น

สรุป/วิจารณ์: รูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จะส่งผลดีที่ตื้นเขินเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ การทำงานเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงบ้าน เป็นการส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ป่วยครอบครัว โรงพยาบาลและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย; การพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน; การพยาบาลแบบประคับประคอง

บทนำ

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 19 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตถึง 9.6 ล้านคน และมีแนวโน้มการตายสูงขึ้นในทุกปี ส่วนข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสถานการณ์โรคมะเร็งโลกระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก^{1,2} ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้หมดหวังในชีวิต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บป่วยต่างๆ³ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย ที่มีอาการลุกลามของโรคจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ² ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต แผนการรักษาเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาให้หายจากโรคเป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลและคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ โดยไม่เหนี่ยวรั้งการตาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO)⁴ ให้คำจำกัดความการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลตั้งแต่แรก

วินิจฉัยว่าเป็นโรคร้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจยังอยู่นานหลายเดือน โดยผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วย โดยมีความเกี่ยวข้องกับการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต (Withholding life-sustaining treatment) และการถอนการรักษาที่ได้รับ (Withdrawal life-sustaining treatment)² นอกจากนี้ ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงที่สุด หากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของสถานพยาบาลและของครอบครัวได้ที่สำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำไปสู่การตายที่สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁴ จากการเปิดเผยขององค์การอนามัยโลก พบว่าแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ซึ่งร้อยละ 34 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย⁴ ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองนับเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ โดยปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวนมาก แต่มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึงบริการได้⁵ จากการเก็บข้อมูล ของกระทรวงสาธารณสุขไทย Service Plan สาขา Intermediate Palliative Care ในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านมีเพียง ร้อยละ 36.04 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเองได้มีนโยบายผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยบริการเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี 2558 ปัจจุบันแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 Service Plan สาขา Intermediate care & Palliative care มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยต้องมีความเชื่อมโยงระบบบริการ Palliative care ในระดับ

ชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงาน การส่งข้อมูล แผน และระบบการบริการดูแล ทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง มีการจัดระบบบริการ สร้างระบบเครือข่ายบริการพยาบาลของการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เพิ่มโอกาสในการจัดการปัญหา เกิดการพึ่งพาซึ่งกันและกันและสุดท้ายเกิดอำนาจและพลังในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป¹ อีกทั้งได้วางรากฐานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลครอบคลุมทั้งระดับเขต จังหวัด จนถึงระดับอำเภอ ให้เกิดการปฏิบัติจริงในทุกๆ พื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับบริการต่างๆ⁶ แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สนับสนุน เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัดและอาสาสมัคร มีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว⁴ การทำงานร่วมกันแบบสหวิทยาการคือกุญแจสู่ความสำเร็จในการกำหนดเป้าหมายการดูแลซึ่งสนับสนุน คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและบรรเทาอาการทรมานสำหรับผู้ป่วยในที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม นอกจากนี้อัตราการกลับเข้ารับรักษาใหม่เมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ 7 วันลดลงอย่างมากด้วยวิธีการทำงานเป็นทีม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมโดยความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ⁷ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญ ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สุขให้สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาเครือข่าย ระบบการบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อปรับสู่การปฏิบัติงานจริง ในพื้นที่ตามบริบทของสังคมไทย โดยเชื่อมโยงระบบเครือข่ายบริการพยาบาล ที่เกื้อกูลกันภายใต้หลักการพยาบาลองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม⁶ แต่พบว่าอุปสรรคและปัญหาในการดูแล คือ ระบบ

ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอในการจัดการความปวด ขาดความรู้ในด้านเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนองตอบความต้องการของครอบครัวและการให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหนักระยะสุดท้าย ขาดการให้การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลระยะสุดท้าย⁸ ซึ่งการพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลง พยาบาลและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากขึ้น รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมลดความทุกข์ทรมานของชีวิตเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน⁹

จากการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้นพบ การศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 เรื่อง ไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) เพื่อรวบรวมคัดเลือกผลงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปองค์ความรู้ สรุปแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านในประเทศไทยที่ได้จากผลงานวิจัยนั้นว่ามี รูปแบบ วิธีปฏิบัติการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปรูปแบบวิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อสรุปผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิธีการศึกษา (Methods)

กลุ่มตัวอย่าง วิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบวิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่ทำการศึกษาในประเทศไทยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แหล่งข้อมูลสืบค้น จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ของประเทศไทยตามทางเว็บไซต์ต่างๆ ฐานข้อมูลที่เข้าสืบค้นประกอบด้วย ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCIJO) และ Thai LIS Digital Collection ที่เข้าถึงได้จากระบบคอมพิวเตอร์ โดยคำสืบค้นคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การจัดการระบบบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่บ้านการพยาบาลแบบประคับประคองที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 - เมษายน 2566

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านในประเทศไทยเป็นตัวแปรต้น 2) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านในประเทศไทย เป็นตัวแปรตาม 3) เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาในประเทศไทย ที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่เป็นภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกงานวิจัย (Exclusion criteria)

คือไม่เป็นไปตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) และไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
ขั้นตอนการสืบค้นงานวิจัยประกอบด้วย

1. กำหนดคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้นทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การจัดการระบบบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่บ้านการพยาบาลแบบประคับประคอง

2. สืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้กรอบแนวคิดตามหลักการทบทวนวรรณกรรม ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ หลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) ที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบวิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอนไว้¹⁰ รายงานวิจัยมีเกณฑ์คัดเลือกรายงานวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง (Population) เป็นกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้าย

การกระทำ (Intervention) คืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการบริการพยาบาลด้วยรูปแบบประคับประคอง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านรูปแบบการวางแผนจำหน่าย การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน หรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การเปรียบเทียบ (Comparison) เปรียบเทียบผลลัพธ์ของ Palliative care กับผลการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ESAS score) หรือผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) คุณ ภาพชีวิต สมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน, การรับรักษาในโรงพยาบาลและหรือจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ (Outcome) คือผลที่เกิดจากการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน คือผลลัพธ์ทางคลินิก¹¹ ที่สำคัญในผู้ป่วยตามแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS score) ประกอบด้วย 9 อาการ คือ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) ประกอบด้วย 1) อาการปวด 2) อาการรบกวนอื่น 3) ความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วย/การรักษา 4) ความวิตกกังวลของครอบครัว 5) การได้รับข้อมูล ความเจ็บป่วยและการดูแล 6) การได้ระบายความรู้สึก 7) ความรู้สึกซึมเศร้า 8) รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า 9) การเสียเวลาในการดูแลรักษา 10) การได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง สมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรับรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษา (Study design) การศึกษาเชิงทดลอง การศึกษาเชิงทดลอง และงานวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCUJO) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (Thai LIS) และการสืบค้นจากรายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่ค้นได้ (Reference list)

4. สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนดด้วยวิธีการสืบค้น จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นจากรายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม

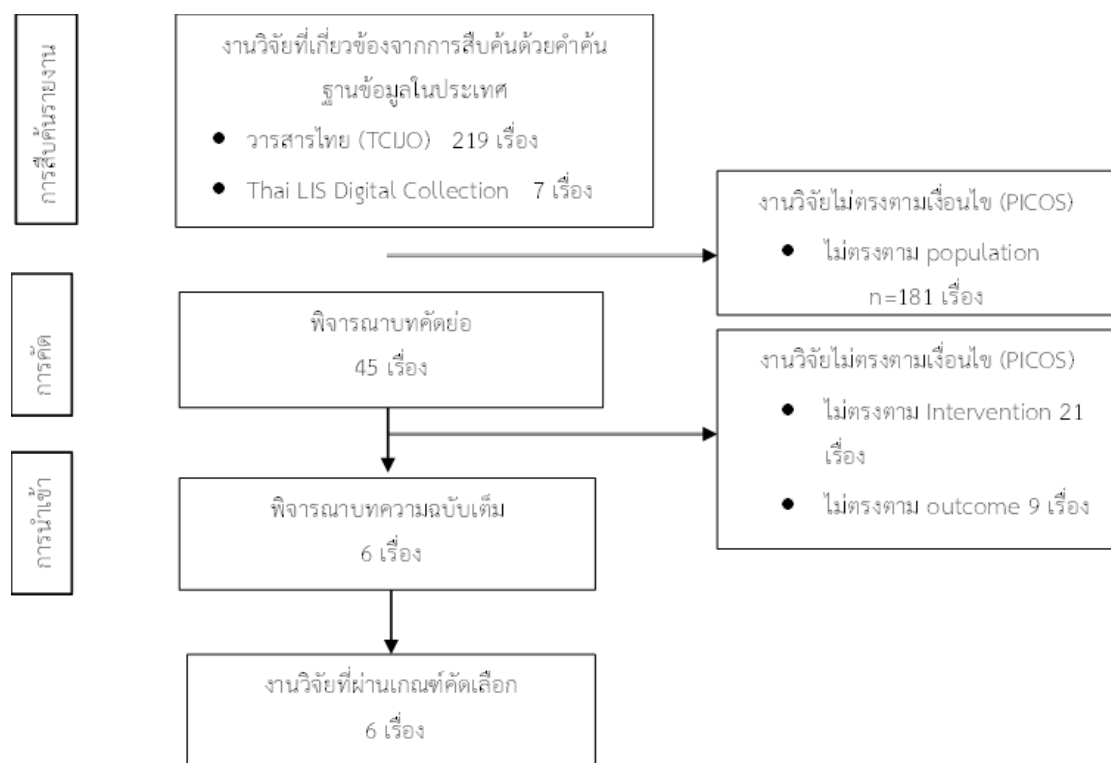
อย่างเป็นระบบนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) ที่ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย ตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical appraisal form) โดยใช้แบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลอง และ 3) แบบสกัดข้อมูล (Data extraction form) โดยทั้งสองแบบประเมินผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนา บริกส์ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูลโดยทดสอบความตรงกันของผู้บันทึกโดยผู้วิจัย 3 คนอย่างมีอิสระโดยนำแบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบสกัดข้อมูล ไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากรายงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง หลังจากนั้นนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater agreement) พบว่ามีความเห็นที่ตรงกันทั้ง 5 เรื่อง วิเคราะห์คุณภาพงานวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager (Rev Man) ในการศึกษาเชิงทดลอง ประเมินคุณภาพภายในของงานวิจัยกึ่งทดลองตามแบบตรวจสอบงานวิจัยกึ่งทดลอง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Meta analysis และวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อตอบคำถามการทบทวนวรรณกรรม (Native summary)

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เลขที่โครงการวิจัย 0010.1/2562 วันที่รับรอง 25 เมษายน 2565 วันหมดอายุ 26 เมษายน พ.ศ. 2566

การคัดกรองงานวิจัย

ผลจากการสืบค้นด้วยคำค้น การพยาบาล แบบประคับประคองรายงานวิจัยทั้งหมด 226 เรื่อง ในฐานข้อมูล วารสารไทย (TCJO) 219 เรื่อง จาก วารสาร Thai LIS Digital Collection 7 เรื่อง สืบค้นด้วยคำสำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ามีงานวิจัยไม่ตรงตาม population 181 เรื่อง เหลืองานวิจัยเข้าเกณฑ์พิจารณาบทคัดย่อ 45 เรื่อง สืบค้นด้วยสืบค้นต่อการพยาบาลจากโรงพยาบาล

สู่บ้าน โดยพิจารณาบทคัดย่อ พบว่างานวิจัยไม่ตรงตามเงื่อนไข 42 เรื่อง ประกอบด้วยไม่ตรงตาม Intervention 21 เรื่อง ไม่ตรงตาม Outcome 9 เรื่อง และไม่ตรงตาม Study design 10 เรื่อง หลังจากนั้นบทความฉบับเต็มมาพิจารณา รายละเอียดเหลืองานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์ ในการศึกษาตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) ได้งานวิจัยที่ผ่านตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้ 6 เรื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การคัดรายงานวิจัยเข้ามาในการศึกษา

ผลการสกัดข้อมูลการวิจัย

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 6 เรื่องเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-post test Design) ทั้งหมด 3 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 เรื่อง ไม่พบงานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยทั้งหมดได้รับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ระดับคุณภาพงานวิจัย ถูกจัดอยู่ในระดับ TCI 1 จำนวน 3 เรื่องและ TCI กลุ่มที่ 2 จำนวน 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่พบมีผลลัพธ์ทางสถิติไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ด้วย Meta analysis จึงวิเคราะห์ สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อตอบคำถามการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า รูปแบบวิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการรายกรณี 1 เรื่อง และรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2 เรื่อง และอีก 3 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง เปรียบเทียบอาการไม่สุขสบาย (ESAS score) 3) ประเมินของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) 4) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) และ 5) การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรับรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งสามารถสรุปผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านที่ตีพิมพ์ทั้งหมด 6 งานวิจัยดังตารางที่ 1-6 ดังนี้

ตารางที่ 1 การศึกษาที่ 1

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยจังหวัดลำปาง ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: รัตนภรณ์ รักษาดี สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ กัญญา ศรีอรุณ ปานจิตร วงศ์ใหญ่ ภทรนัย ไชยพรม ชื่อวารสาร: วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่เผยแพร่: 2565;4(2)1-19 TCI กลุ่มที่: 2
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย 5 คน ผู้ป่วย และผู้ดูแล 6 คน เครือข่ายชุมชนต้นแบบ 10 คน
การจัดกระทำ (intervention)	การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งใน ชุมชนต้นแบบ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบมีแนวทางพัฒนาที่สำคัญ 6 ประเด็น โดยเชื่อมโยงระบบไร้รอยต่อระหว่างบ้านและโรงพยาบาล เสริมความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ใช้หลัก "บวร" (บ้าน วัด ราชการ) ในการทำงานร่วมกัน จัดสร้างศูนย์อุปกรณ์ที่เข้าถึงง่าย ดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ โดยใช้พิธีกรรมล้านนา และจัดตั้งศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคมะเร็ง สุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

ตารางที่ 1 การศึกษาที่ 1 (ต่อ)

การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบ 1. Palliative care Outcome Scale for: POS 2. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบของผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการ
ผลลัพธ์ (outcome)	ผลลัพธ์ทางคลินิก 1. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (POS) หลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p .028 และ p 0.021)
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ

ตารางที่ 2 การศึกษาที่ 2

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ภิญโญ อุทธิยา, ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื่อ, พัทธพร เกิดมงคล และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์ ชื่อวารสาร: วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่เผยแพร่: 2561;48(3):371-383 TCI กลุ่มที่: 1
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลรามารัตนบุรีที่มารับบริการในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน
การจัดกระทำ (intervention)	โปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม การพยาบาลครอบครัวระยะเวลา 4 สัปดาห์โดยมี เนื้อหากิจกรรมดังนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) มีการอบรมให้ความรู้เรื่อง โรคและการดำเนินของโรคและการสอนสาธิตทักษะ การจัดการอาการของโรค การส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 2) การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2, และโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ทำแบบทดสอบสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test (CMT)) และแบบประเมินของความสามารถในการ ช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPS) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต และอาการไม่สุขสบาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ, 2) แบบประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ESAS) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 2 การศึกษาที่ 2 (ต่อ)

การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบคะแนน คุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G Version 4) 4 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านอารมณ์ 2) การทำหน้าที่ 3) ด้านร่างกาย และ 4) ด้านครอบครัวและสังคม เปรียบเทียบอาการไม่สุขสบาย (ESAS score) อาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และ อาการอ่อนเพลียอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล
ผลลัพธ์ (outcome)	1) กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านสังคม/ครอบครัว และด้านจิตใจ/อารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการไม่สุขสบาย (ESAS score) มีอาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และอาการอ่อนเพลียเป็นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย อาการไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มแต่อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) และ ($p < 0.001$)
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและ หลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรม การจัดการรายการณผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนใช้สถิติใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ตารางที่ 3 การศึกษาที่ 3

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ช่อผกา ปุยขาว, สุรีพร ธนศิลป์, จรรยา ฉิมหลวง ชื่อวารสาร: วารสารเกื้อภรณ์ ปีที่เผยแพร่: 2562; 26(2):93-106 TCI กลุ่มที่: 1
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบ ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน โดยการจับคู่ ผู้ดูแลให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย ในชีวิตประจำวัน
การจัดกระทำ (intervention)	กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ .80 สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (Pre-test) และ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมพร้อมกับการให้ข้อมูลสุขภาพและให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังนี้ วันที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อมูล เสริมแรงบวก ให้ ความรู้เรื่องโรค การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลในกิจกรรมประจำวัน

ตารางที่ 3 การศึกษาที่ 3 (ต่อ)

การจัดกระทำ (intervention)	ประเมินผลกิจกรรมการให้ความรู้ตามแผนการสอนและมอบคู่มือฯ ติดตามและเสริมแรง วันที่ 2 ให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึก ตลอดจนปัญหาอุปสรรคเมื่อนำไปปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลแบบประคับประคอง การบริหารยา และการจัดการอาการ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัว ตัดสินใจดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น วันที่ 3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึก ตลอดจนปัญหาอุปสรรคเมื่อนำไปปฏิบัติ ทบทวนความรู้กิจกรรมการมีส่วนร่วม 4 ด้านในส่วนที่พร้อมและ สาธิตกิจกรรมการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลต้องการทบทวน เพิ่มเติม ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น วันที่ 4,5,6 ติดตามแบบไม่เป็นทางการโดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเย็น เพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจ วันที่ 7 ประเมินผลกิจกรรมการมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัย นัดพบผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนทดลองและหลังทดลอง
การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยวัดก่อนและหลังการทดลองและ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ผลลัพธ์ (outcome)	1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพัฒนาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995)

ตารางที่ 4 การศึกษาที่ 4

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ศรีรัตน์ มากมาย, พรรณี สิทธิโน, สีดา พรหมรินทร์ ชื่อวารสาร: วารสารโรคมะเร็ง ปีที่เผยแพร่: 2561; 8(2):45-56 TCI กลุ่มที่: 2
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่จำนวน 267 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 136 ราย และกลุ่มทดลอง 131 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือก
การจัดกระทำ (intervention)	แผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ประยุกต์จากการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ประกอบด้วย กระบวนการดูแล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 กระบวนการดูแลที่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมผู้จัดการการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ทีม คือ ทีมหลักโรงพยาบาล คือแพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกรชุมชน 1 คน มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และส่งต่อให้ทีมเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ทีมเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ตารางที่ 4 การศึกษาที่ 4 (ต่อ)

การจัดกระทำ (intervention)	ทีมรพเป็นทีมสหสาขาเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เภสัชกรชุมชน 1 คนให้การดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีกิจกรรมทบทวนและทำความเข้าใจแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ และทีมดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน วางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยโดยใช้ PPS Score ประเมินอาการรบกวน โดยใช้ ESAS ส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษา ต่อเนื่องที่บ้านแก่ทีมสหสาขาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ ผ่านระบบเยี่ยมบ้าน ส่วนที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยทีมสหสาขาเครือข่ายการดูแล แบบประคับประคองในชุมชน ติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วัน จากวันที่ได้รับข้อมูลผ่านระบบเยี่ยมบ้าน กรณีเร่งด่วนจะมีการประสานงาน และกำหนดให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 1-2 วัน กำหนดเวลาเยี่ยม ครั้งละ 1 ชั่วโมง ให้การดูแลครอบคลุมใน 2 ประเด็น คือ การจัดการอาการรบกวนและการสนับสนุน ครอบครัวผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน มีการนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้า และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อนำมาประกอบการวางแผนเยี่ยมและเตรียมทีมเยี่ยม ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การบริหารยาที่ได้รับล่าสุด เตรียมกระเป๋ายาเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์และยาที่จำเป็น สำหรับจัดการอาการรบกวน เตรียมเอกสารที่จำเป็น เช่น ใบส่งตัว ใบสั่งยา ใบรับรองแพทย์ ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้านดังนี้ เพื่อจัดการอาการรบกวน วัดสัญญาณชีพ ประเมิน PPS Score ประเมินอาการรบกวน (ESAS) ระยะเวลา 4 สัปดาห์โดยมีเนื้อหากิจกรรมดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรค การดำเนินของโรค การสอนสาธิตทักษะ การจัดการอาการของโรค การส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ทำแบบทดสอบสุขภาพจิตและประเมินของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ความถี่ของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านขึ้นกับระดับสมรรถนะของร่างกาย (PPS Score)
การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านอารมณ์ 2) การทำหน้าที่ 3) ด้านร่างกาย และ 4) ด้านครอบครัวและสังคม เปรียบเทียบอาการไม่สุขสบาย (ESAS score) อาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และอาการอ่อนเพลีย อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล
ผลลัพธ์ (outcome)	กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการในแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คือ 1. สาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การจัดการความปวดร้อยละ 83.9 2. การดูแลออกซิเจน การทำแผล จัดการอาการรบกวน เช่น ปรับยาบรรเทาปวด ให้ยาบรรเทาอาการเหนื่อยร้อยละ 81.7 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่ม ระดับสมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตกลุ่มทดลองมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง (P= 0.001)
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ สองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-post test Design) ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อศึกษาผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามเพื่อศึกษาผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามต่อการได้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลประยุกต์

ตารางที่ 5 การศึกษาที่ 5

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพระพุทธรักษา ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: เพ็ญศรี จาประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช ชื่อวารสาร: วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่เผยแพร่: 2564;30(6):1101-1111 TCI กลุ่มที่: 1
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ร่วมวิจัยประกอบทีมสหวิชาชีพ 41 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 31 คน และผู้ดูแลหลัก 31 คน
การจัดกระทำ (intervention)	ระยะที่ 1 ของการศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระยะที่ 2 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข และสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) การวางแผนการดูแล (2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวมโดยใช้แนวคิด LIFESS (3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ในเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธรักษา ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ
การเปรียบเทียบ (comparison)	1. ค่าเฉลี่ย POS 2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3. ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ
ผลลัพธ์ (outcome)	1. ค่าเฉลี่ย POS 1) อาการปวด 2) อาการรบกวนอื่น 3) ความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วย/การรักษา 4) ความวิตกกังวลของครอบครัว 5) การได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยและการดูแล 6) การได้ระบายความรู้สึก 7) ความรู้สึกซึมเศร้า 8) รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า 9) การเสียเวลาในการดูแลรักษา 10) การได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ก่อนการดูแลกับวันที่ 5 ผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้น ($P<0.05$) 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน 3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีต่อรูปแบบบริการอยู่ในระดับมาก 4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้มีการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วย ผู้ใหญ่ จากสถาบัน National Institute of Health and Care Excellence (2019) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธรักษา

ตารางที่ 6 การศึกษาที่ 6

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรี, อริณรดา ลาตลาด ชื่อวารสาร: วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ปีที่เผยแพร่: 2562;37(2) : 199-207 TCI กลุ่มที่: 2
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ 15 คน และเครือข่ายชุมชน ที่เข้าร่วมวิจัย 15 คน รวม 90 คน
การจัดกระทำ (intervention)	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ 1) การจัดประชุมทีมระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแล 2) การจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดหน้าที่ 4) การส่งต่อสู่ชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) การวิเคราะห์ปัญหา และวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การประเมินผล 4) การปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง เก็บรวบรวมด้วยแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและแบบส่งต่อการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.87
การเปรียบเทียบ (comparison)	1. การดูแลตามรูปแบบ 2. สถานที่เสียชีวิต 3. ผลของรูปแบบ 4. ส่งต่อดูแลที่บ้าน
ผลลัพธ์ (outcome)	ผลลัพธ์หลังพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบร้อยละ 100 เสียชีวิตอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 10 เสียชีวิตขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 63 ส่งต่อดูแลที่บ้าน ร้อยละ 90 ผลของรูปแบบการดูแลพบว่ามีเหมาะสมนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 93 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมากและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้ ทฤษฎีระบบ เป็นกรอบบริหารและนำวงจรพัฒนาต่อเนื่องของเดมมิง ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิจารณ์

บททบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้นักวิจัยทั้งหมดมีผลลัพธ์ทางสถิติไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติ Meta analysis ทำมีข้อจำกัดในการสังเคราะห์งานวิจัย จึงใช้วิธีการสรุปเชิงเนื้อหาทั้ง 6 เรื่อง ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยและรูปแบบวิธีการดูแลแตกต่างกัน สามารถจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่คล้ายคลึงกัน เป็น 2 รูปแบบคือรูปแบบแรกเป็นการจัดการระบบบริการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณี มีรายละเอียดที่ชัดเจนในเรื่องของกรอบระยะเวลา กิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา มีการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านสังคม/ครอบครัว และด้านจิตใจ/อารมณ์สูง อาการไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มแต่อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยลง¹³ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้พบรูปแบบการจัดการรายกรณีเพียงการศึกษาเดียว ส่วนรูปแบบที่ 2 ใช้รูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและครอบครัว 5 งานวิจัย ผลลัพธ์ที่ดีพบว่าการดูแลจะมีการแบ่งทีมชัดเจนเป็นลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ผู้ดูแล เกสเซอร์ พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วย มีการประสานการทำงานเป็นลำดับขั้นตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงเครือข่ายชุมชน ประสานส่งต่อการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่าย มี 4 งานวิจัยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบสองกลุ่มชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยการใช้เครื่องมือที่เป็นที่ยอมรับ คือการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยโดยใช้ PPS Score ประเมินอาการรบกวน โดยใช้ ESAS และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) การวิจัยมีกิจกรรมทบทวนและทำความเข้าใจแผนการดูแล

ผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้และทีมผู้ดูแล ซึ่งได้ผลที่ดีเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ที่ดีขึ้น^{12,13,16} ถึงแม้ว่าแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านพบผลการวัดสมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) ไม่แตกต่างกัน แต่การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁵ และอัตราการเสียชีวิตที่บ้านสูงเป็นไปตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ^{15,17} เช่นเดียวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน ด้วยการส่งต่อดูแลที่บ้าน¹⁶ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงขึ้น¹⁴ แต่มี 1 งานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าเรื่องอื่น แต่ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (POS) สูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน¹²

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายการจัดการดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดูแลมีทั้งการสาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จัดการอาการรบกวนด้านอาการปวดและสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมมีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เน้น 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุน การดูแล 6) เป้าหมายในการดูแล

เพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัว³ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและสถานบริการสุขภาพมากขึ้น จนวาระท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างสงบ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติฉบับที่12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ด้วยความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ สุขภาพดี (PP&P Excellence) บริการดี (Service Excellence) คนดี (People Excellence) และบริหารดี (Governance Excellence) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีเป้าหมายของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทาความเจ็บปวด และ อาการของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัว ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วยด้วยการทำให้ทุกๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต¹¹

สรุป

จากผลการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จะส่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน มีการประเมินผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือที่มีความเฉพาะเป็นที่ยอมรับ อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเอง การจัดการอาการรบกวน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การทบทวนวรรณกรรม

ข้อเสนอแนะ

1 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายควรมีการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้วยรูปแบบการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดูแลแบบเครือข่าย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมที่ให้การพยาบาล ทั้งแพทย์ พยาบาลเภสัชกร เครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการจัดระบบบริการขับเคลื่อนแบบเชิงรุกที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน

2 ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนแบบเครือข่าย

3 การจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลที่ถูกต้อง

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข รายงานตามตัวชี้วัด กระทรวงปี 2565.กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care: ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2562. 41-51.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์ และวิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. วารสารสมาคมพยาบาล. 2554; 26(1): 41-55.

4. WHO Palliative care. Global Health Observatory; 2018 [2020 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 2565. <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>
6. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.85-110.
7. Pitchayapa Pornrattanakavee, Tassaya Srichan, Kasan Seetalarom, Siriwimon Saichaemchan, Nittha Oer-areemitrand Naiyarat Prasongsook. Impact of interprofessional collaborative practice in palliative care on outcomes for advanced cancer inpatients in a resource-limited setting. BMC Palliative Care. 2022;21(229):2-9.
8. ปัทิตตา นีกเว้น, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและธิดาภรณ์ จันทร์ดา. การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559; 27(1):128-141.
9. มยุรี สุขุปัญญารักษ์, อุทุมพร มาลัยทอง, นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และสุพิชา อาจคิดการ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. 2018;35(1):65-74.
10. อัจฉรา คำมะทิติย์ และ มัลลิกา มากรัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ 2559; 3(3): 246-259.
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: สำนักบริหารการสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย; 2559.5-10.
12. รัตนภรณ์ รักษาติและคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565;4(2)1-19.
13. ภิญโญ อุทธิยา, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พัทธพร เกิดมงคลและพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. สาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(3):371-384.
14. ช่อผกา ปุยขาว, สุริพร ธนศิลป์และจรรยา ฉิมหลวง. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(2):93-106.
15. ศรีรัตน์ มากมาย, พรณิ สิริธิน และสิดาพร มรินทร์. ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารโรคมะเร็ง. 2561;8(2): 45-56.

16. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสมและสุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 2564; 30(6):1101-1111.
17. ประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรีและอริณรดา ลาตลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2).119-207.

คำแนะนำในการเขียนบทความลงวารสาร “หัวหินเวชสาร”

หัวหินเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม และ กันยายน-ธันวาคม เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลหัวหิน และเป็นการส่งเสริมให้มีเวที ในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชาการ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสังเคราะห์พบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่นๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การพิจารณาบทความ

1. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น
2. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วเท่านั้น
3. บทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และส่งผลการพิจารณาค้นผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ค่าธรรมเนียมในการลงพิมพ์วารสาร

การลงตีพิมพ์บทความในวารสาร มีค่าธรรมเนียมการขอลงตีพิมพ์บทความ แบบปกติ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท โดยกรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาไม่รับรองให้ตีพิมพ์ ไม่สามารถขอค่าธรรมเนียมคืนได้ ชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี กองทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย เลขบัญชี 722-0-61772-0 โดยโรงพยาบาลจะออกใบเสร็จในนาม เงินบริจาคเพื่อพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์คอลัมเดียว โปรแกรม Microsoft Words 2010 ขึ้นไป
2. พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 point single space
3. ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นระยะห่างจากขอบ 2 นิ้ว
4. จัดรูปแบบของบทความตามที่ทางวารสารกำหนด

การส่งบทความ

1. ไฟล์ต้นฉบับ เนื้อหาเป็นไฟล์ Word
2. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC)
3. ไฟล์ประวัติของผู้นิพนธ์

ส่งมาทางเว็บไซต์ หัวหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ต.หัวหิน อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77110 โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 journalhkh64@gmail.com

รูปแบบการเรียงเนื้อหาบทความต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (title) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง (title) ควรตั้งชื่อเรื่องให้กะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (authors) เขียนชื่อ นามสกุล คุณวุฒิ และหน่วยงานของผู้นิพนธ์ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ ได้ใจความ ใช้การเขียนบทคัดย่อแบบ structured abstract สำหรับภาษาไทยเขียนเป็นลำดับหัวข้อ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป/วิจารณ์ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง และสำหรับภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย Background, Objectives, Materials/Methods, Results, Conclusions

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words)

สำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) 3-5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ท้ายบทความย่อของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง ควรเรียงลำดับเนื้อเรื่องดังนี้

4.1 บทนำ (Introduction) คำอธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง

4.3 วิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ ระบุสถาบันที่รับรองจริยธรรมการวิจัย

4.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5 วิจารณ์ (Discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

4.6 สรุป (Conclusion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย ให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

5. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

แสดงเฉพาะการช่วยเหลือที่สำคัญโดยตรง เช่น ทุนวิจัย ผู้สนับสนุนข้อมูลวิชาการ

6. เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ด้วยกึ่งสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors

เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ด้วยกึ่งสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลัก ดังนี้

1. ชื่อผู้เขียน (Author)

- ผู้เขียน 1 คน กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้ระบุเฉพาะชื่อ-นามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) กรณีผู้เขียนเป็นชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่เขียนเอกสารภาษาอังกฤษ ให้ให้ใช้นามสกุล เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยอักษรย่อ ชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง(ถ้ามี) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนขึ้นไป กรณีนี้จะใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยผู้เขียนถัดไป จนถึงคนที่ 6 หลังชื่อผู้เขียนคนที่ 6 ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยคำว่า และคนอื่นๆ สำหรับเอกสารภาษาไทย หรือ et al สำหรับเอกสาร ภาษาอังกฤษ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนเป็นนิติบุคคล หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน หรือมหาวิทยาลัย ให้ใส่ชื่อ หน่วยงานใหญ่ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยหน่วยงานรองและเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

2. ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อหนังสือ ชื่อบทหนึ่งในหนังสือ ชื่อบทความวารสาร

ให้พิมพ์ด้วยตัวตรงปกติ ทั้งชื่อเรื่องภาษาไทยและชื่อเรื่องภาษาอังกฤษสำหรับชื่อ เรื่องภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรก (ทั้งชื่อเรื่องหลักและชื่อเรื่องรอง) แต่ให้ คั่นชื่อเรื่องหลักด้วยเครื่องหมายทวิภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อเรื่องรอง ต่อด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

3. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือ

ใช้ระบุเฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยให้ระบุคำว่า พิมพ์ครั้งที่..... สำหรับเอกสาร ฉบับภาษาไทย หรือth ed. ต่อจากชื่อเรื่อง

4. สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ

- สถานที่พิมพ์ ใส่ชื่อจังหวัดหรือชื่อเมือง ตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (;) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อสำนักพิมพ์ต่อด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีพิมพ์และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ให้ตัดคำประกอบอื่นๆ ในชื่อสำนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited, ห้างหุ้นส่วนจำกัด, บริษัท.....จำกัด

- กรณีใช้ชื่อหน่วยงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือ ผู้จัดพิมพ์ให้ใช้ชื่อหน่วยงานรอง เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามลำดับ

5. ปีพิมพ์ (Year)

ใช้ปีที่พิมพ์ ในรูปแบบ พ.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาไทย) หรือ ค.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

6. เลขหน้า (Page) ของบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือ หรือเอกสาร ประกอบการประชุม

ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย ของหน้าที่มีการนำข้อมูลมาใช้อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเต็ม สำหรับหน้าแรกและตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารประเภทต่างๆ

1. บทความวารสาร (Journal article) มี 2 รูปแบบ

1.1 กรณีที่วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.2 กรณีวารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ให้ใส่ ฉบับที่ไว้ ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

3. บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

4. บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปี;ปีที่:เลขหน้า(ที่มีกำกับ). doi: _____. หมายเลข
ประจำเอกสารในฐานข้อมูล PubMed(PubMed PMID): _____.

5. หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. เล่ม. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

6 บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in Book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่
พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

7. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ
วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

8. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่
พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

9. แผ่นพับ (Brochure)

ชื่อผู้จัดทำ. ชื่อเรื่อง [แผ่นพับ]. เมืองที่พิมพ์: ผู้จัดพิมพ์ หรือหน่วยงาน; ปีพิมพ์.

10. วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อวิทยานิพนธ์ [วิทยานิพนธ์]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

11. เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ/การอบรม/สัมมนาวิชาการ (Conference Paper)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ ประชุม;
สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

12. เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้จัดทำ หรือชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. เมือง: ชื่อหน่วยงาน; ปีที่เผยแพร่ [เข้าถึง
เมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก<http://>