



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการวิชาชีพและนวัตกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือน มกราคม พฤษภาคม และ กันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ปิติ	ทั้งไพศาล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชร	เอี่ยมรัมย์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ	ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายบุญเลิศ	พิมพ์ศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุดาจันทร์	วัชรกิตติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รก.นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
----------------------------	---

กองบรรณาธิการ :

ทันตแพทย์หญิงนิรมล	ลีลาอดิศร	ผู้ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
นายแพทย์นิสิต	บุญอรุณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพธิ์ทราย
แพทย์หญิงรัชฎาพร	ลีลา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์	โกมลาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเสลภูมิ
เภสัชกรพัชรียา	โพนหงษา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองพอก
ดร.นันทิพัฒน์	พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน	ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
อาจารย์พัชรา	ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เภสัชกรพิทยาภรณ์ ศรีคำภา เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.สุพะยนต์ ชมพูธวัช นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก
อาจารย์ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัย	ลีทองดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุมัทนา	กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.อรุณ	บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์	พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช	สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์	บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.อรทัย	พวงแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์	เชมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ	อัปมระภา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จกกลณี	จันทร์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
ดร.เพชรบูรณ์	พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ศิริวัฒน์	ศิริอมรพรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ธีรยุทธ	อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร.กรรณิการ์	ตฤณภูมิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ศุภลักษณ์	เอกอุเวกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์	ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลธิดา	แสงมะณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-543

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft word for windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร Angsana new ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้รับปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทยสำหรับปริญญา นั้นระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้พิมพ์ทำงานระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ สำนักงานและโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการวิจัย ผลการวิจัย และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนตัวของบทนำ

วิธีการศึกษา (Methods หรือ Materials and Methods) ระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study design protocol) เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment บอกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษาชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการศึกษา (Results) แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ (Discussion) แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาวาดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่...อย่างไร...เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น...วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็น

ย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ไทยและอังกฤษ พร้อมข้อความเกี่ยวกับผู้เขียน (Author) ไทยและอังกฤษ

2. บทคัดย่อ Abstract (ไทย-อังกฤษ) แยกตามหัวข้อโดยสังเขป บทคัดย่อภาษาไทยหรืออังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ดังนี้

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ :
รูปแบบการวิจัย :
วัสดุและวิธีการวิจัย :
ผลการวิจัย :
สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :

ABSTRACT

Purpose :
Design :
Methods :
Main findings :
Conclusion and recommendations :

Keywords :

บทความวิจัย

ชื่อเรื่อง :

ชื่อผู้พิมพ์ :

บทคัดย่อ (Abstract) :

.....
.....
.....
.....

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) :

บทนำ (Introduction) :

.....
.....
.....

วิจารณ์ :

.....
.....
.....

วิธีการวิจัย :

.....
.....
.....

กิตติกรรมประกาศ :

.....
.....
.....

ผลการวิจัย :

.....
.....
.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver) :

.....
.....
.....

สารบัญ

หน้า

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลเมวดี จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Nursing Practice Guideline for Screening Patients with Acute Myocardial Ischemia Moeiwadi Hospital Roi-Et ราตรี พลเยี่ยม	11
2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด The effective of program empowerment and continuity care with HbA1c level in Patients with Diabetes in City Community Health Center Roi-Et Hospital ระเบียบ พิพัฒน์มงคล	20
3. ผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด Effect of Empowerment Home Health Care Program on Blood Sugar Level of Diabetes Mellitus Type 2 Patients in Roi-Et Municipality ศรินทร์ลักษณ์ แดงด้อมยุทธ์	30
4. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A(H1N1) ในชุมชนหมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 13 ตำบลนาหว้า อำเภอนามนไพร จังหวัดร้อยเอ็ด An outbreak investigation of influenza A/H1N1 in Moo 6 and 13, Nanuan sub-district, Panomprai district, Roi-Et province, April 2018 นิสิต บุญอะรุญ และสันติ ธรณี	38
5. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac arrest) สำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลของอำเภอนามนไพร จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Model Capacity building Care for acute cardiac arrest patient of EMR Phanomphrai District, Roi Et Province ละเมียด สิงห์ธีร์ และสุปราณี โสทดานา	45
6. ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลโพนทรายสู่เครือข่ายชุมชน The Effect of Caring for End-Stage Cancer Patients from Phonsai Hospital to Community networks. ภัสณี สอนงาม	54

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

7. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตที่หน่วยบริการใกล้บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด Development of service model kidney patient at PCU Roi-Et province บุษบา บัวผัน	62
8. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด Development of a model of promoting confidence in the performance of medical emergency volunteers in MoeiWadi District, Roi Et Province ณอมจิตร พรหมเกตุ	70
9. การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด The development of model of rehabilitative treatment services for drug addicts in an establishment in Mueang District, Roi Et Province สุณี อารมณ์ และวิทยา โคตรท่าน	79
10. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด Effectiveness of safety training program on use of pesticides and eliminate pests of farmers in Kaset Wisai Subdistrict Municipality, Roi-Et นิพล มหาอุตย์	87
11. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วย Melioidosis ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี Prevalence and Factors Associated with DisseminatedSepticemicmelioidosison Melioidosis inNonghan Hospital, UdonThani ณัฐนันต์ ปิยะพงษ์กุล	97
12. การตรวจการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของ Laryngoscope The Contamination Testing of Bacteria on Laryngoscope สุพัฒน์ ศรีธัญญรัตน์	107

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

13. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	115
The Effect of Development a Nursing Practice for Cancer Patients to Prevent Hypersensitivity Reaction from Chemotherapy in Daycare Chemotherapy Center at Roi Et Hospital	
อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี และศิรินทรา โคตะโน	
14. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	123
The Prevalence and Associated Factor of Anemia in Pregnancy In Roi Et hospital, Roi Et Province	
นิติมา นิลผาย	
15. รูปแบบการพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตราสัย จังหวัดร้อยเอ็ด	136
Human Resource Development Model for Work Process Implement and Integrity and Transparency Assessment : ITA, Kaset Wisai Hospital, Roi-Et	
ประคอง กองทุ่งมน	
16. การประเมินผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษาตามมาตรฐานการประกันคุณภาพ การพยาบาลโดยใช้รูปแบบ CIPPIEST	146
Evaluation of counseling services in accordance with nursing quality assurance standards using the CIPPIEST model.	
ศุพรรณี ตั้งภักดี และมะลิวรรณ อังคนิตย	
17. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด	162
Development of Nursing Practice Guideline for ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients Undergoing Thrombolytic Agents in Cardiac Nong Hi Healthy Network, Roi-Et	
สมหมาย โคตรสีเขียว	
18. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด	175
Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke on High Risk In Bueng Ngam Community, Tung Khao Luang District, Roi-Et	
สุวรรณา เวียงนนท์	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

19. กระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด A Learning Process of Healthy Strategic Implementation Modelat Kaset Wisai Healthy Network, Roi-Et ประคอง กองทุ่งมน และเสฐียรพงษ์ ศิวินา	186
20. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี Factors Associated with Pulmonary Tuberculosis among Diabetes Mellitus Patients In Nonghan Hospital, Udon Thani จรัส งามอรุณเลิศ	197
21. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พินุตร์ ศรีชัยเลิศสกุล	206
22. การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด Development of public relations model for using Emergency Medical Services systems in Ban Muang Noi area Tha Hat Yao subdistrict, Phonsai District, Roi Et Province. พุทธรัช อินทร์ห้างหัว, พรสุดา กาญจนลาภ และชนกเนตร ไกรยบุตร	216
23. รูปแบบการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด The behavior modification management model to reduce sodium intake in patients with risk of hypertension. Roi Et Province สุภาภรณ์ ทศนพงศ์	224
24. ผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีต่อความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา จังหวัดขอนแก่น Self-Management of Diabetes Mellitus and Hypertension On Knowledge and Behavior Towards Food Consumption in Sila Health Promoting Hospital, Khonkean กฤษณา เล้าหิธรานนท์	233

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
25. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม Factors Associated with Postpartum Hemorrhage Doring Caesarean Section That Phanom Crown Prince Hospital,That Phanom District, Nakhon Phanom Province พงศ์อนันต์ จันดาร์ตัน	241
26. ผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อรายใหม่ที่ได้รับ First Line Drug ในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา New Infectious Tuberculosis Patients treated First Line Drug in Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital ภิเชก วัฒนชัย	250

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Nursing Practice Guideline for Screening Patients with Acute Myocardial Ischemia Moeiwadi Hospital Roi-Et

ราตรี พลเยี่ยม*

Ratree Ponyeam

Corresponding author: Email: ratree.jeda@gmail.com

(Received: January 27, 2020; Revised: February 17,2020 ;Accepted: March 2, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุด กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเมยวดีมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกคือกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งที่มาด้วยอาการที่เด่นชัดและมาด้วยอาการที่ไม่เด่นชัด ระหว่างเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่าภายหลังการพัฒนาผ่านกระบวนการ 2 วงรอบได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมินและคัดกรองเพิ่มขึ้นจาก 78% เป็น 97.6% ระยะเวลาเฉลี่ยในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ภายใน 10 นาที (Door to EKG) ลดลงจากเฉลี่ย 8 นาที (SD=0.56) เป็น 5.5 นาทีต่อราย (SD=0.55) ระยะเวลารอคอยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) ลดลงจากเฉลี่ย 33 นาที (SD=4.85) เป็น 22 นาทีต่อราย (SD=1.83) ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิด/ล่าช้า (Missed / Delayed diagnosis) และอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 0 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การพัฒนา; แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรอง; โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ABSTRACT

Purpose : The purpose of this research was to develop and study the outcomes of using nursing guidelines for screening for acute coronary syndrome in Moeiwadi Hospital. Roi ed

Design : Action Research

Materials and Methods : By applying the concept of evidence-based principles of Chu Cup The sample consisted of 16 professional nurses and patients who were admitted at Moeiwadi hospital with acute myocardial ischemia syndrome, both with pronounced and indifferent symptoms. Conducted between January and July 2019, collecting both quantitative and qualitative data The statistics used for data analysis are Descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation Qualitative data used content analysis. **Main findings :** After developing through the 2 cycle process, the nursing practice guideline In screening patients with acute coronary syndrome The results of the guideline for screening patients with acute coronary syndrome. Found that patients with acute myocardial ischemia syndrome Assessed and screened from 78 percent to 97.6 percent. The average duration of ECG and doctor reports within 10 minutes (Door to EKG) decreased from 8 minutes(SD=0.56) to 5.5 minutes per person(SD=0.55). Waiting period Door to needle time was reduced from an average of 33 minutes(SD=4.85) to 22 minutes per case(SD=1.83). Incidence of delays / delays (Missed / Delayed diagnosis) to 0 and the mortality rate reduced to 0 percent. Nurses satisfaction with the use of nursing guidelines for screening at the highest to highest level.

Conclusion and recommendations : It can be concluded that the developed nursing practice guideline can be used to actually care for patients and have good results for patients. Recommendations for nursing practice guidelines for screening patients with myocardial infarction The developed acute can be adapted for use in community hospitals to suit the context of each hospital.

Keywords : Development; Nursing practice guideline for screening; Acute coronary syndrome

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome : ACS) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมากถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกชนิด¹ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของสุริย์ กรองทอง² สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ ช่วยณรงค์³ พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการตายเท่ากับ 28.92 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST segment elevation myocardial infarction) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูง⁴ หากรักษา

ไม่ทันบริเวณที่ขาดเลือดไหลเวียนจะเกิดการบาดเจ็บและกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด จึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาในเวลาอย่างรวดเร็ว⁵ การรักษาเพื่อให้ได้ผลดีนั้นต้องเริ่มตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม การคัดกรองอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลได้แก่ อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก ระยะเวลาการเจ็บหน้าอกอาจนานเจ็บตลอดและมักไม่หายจากการพัก แต่ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจจะไม่ชัดเจน เช่น อาจจะมีอาการเจ็บแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่มหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ ดังนั้นการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ³ เป้าหมายในการรักษาโรคนี้คือการทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจที่ขาดเลือดฟื้นกลับทำงานได้มากที่สุด เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานมากกว่า 6 ชั่วโมงโดยไม่ได้รับการรักษาเลยจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร⁶

โรงพยาบาลเมวดีใช้วิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 เป็นต้นมาแล้วส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลโพธิ์ทองและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ต่อไป จากข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ปีพ.ศ. 2558 - 2561 จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมด 101 ราย จำแนกเป็นชนิด STEMI จำนวน 21 ราย NSTEMI จำนวน 62 ราย และ Unstable angina จำนวน 18 ราย เสียชีวิตในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ราย จากการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคนี้พบว่ามีปัญหาเรื่องการดูแลรักษา เช่น มีการวินิจฉัยโรคผิด (Missed diagnosis) 2 ราย สาเหตุจากการตรวจวินิจฉัยไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยที่มาด้วยวูบหน้ามืด 1 ราย การซักประวัติไม่พบ (Loss screen) ในผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่พยาบาลนอกเวลาราชการด้วยอาการปวดแน่นท้อง 1 ราย การประเมินคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า (Delayed diagnosis) 3 ราย สาเหตุจากการซักประวัติไม่พบในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการวิงเวียน 1 ราย เหนื่อยเพลียหายใจไม่อิ่ม 2 ราย ผู้ป่วยได้รับยา SK ล่าช้า 2 ราย สาเหตุจากอุปกรณ์เครื่องมือและทีมไม่พร้อม 1 ราย มีความล่าช้าในการประสานงานกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเรื่องประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย 1 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลขาดความรู้เรื่องการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขาดทักษะในการให้ยา Streptokinase และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา Streptokinase บริบทของโรงพยาบาลไม่มีแพทย์เวรอยู่ประจำในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนอกเวลาราชการ มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ตรวจรักษาแทนแพทย์ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คนไม่เพียงพอต่อการจัดอัตรากำลังหมุนเวียนปฏิบัติงานให้ครบตลอด 24 ชั่วโมงนอกเวลาราชการจึงใช้พยาบาลจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลได้แก่จากแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด และจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนมาร่วม

ปฏิบัติงานด้วย จึงส่งผลให้พบปัญหาเรื่องศักยภาพในการปฏิบัติงาน บุคลากรมีทักษะความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเบื้องต้นตามวิชาชีพพยาบาล จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้พบว่ามีปัญหาเรื่องการประเมินและคัดกรองโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการไม่เด่นชัด เช่นปวดแน่นท้อง วิงเวียน เหนื่อยเพลียหายใจไม่อิ่ม หอบหายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำพยาบาลจึงไม่ได้ทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและไม่ได้อายางานแพทย์หรือบางรายได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจล่าช้า ทำให้เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การวินิจฉัยโรคผิด/ล่าช้า (Missed/Delayed diagnosis) ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยได้ถูกต้องแม่นยำภายในเวลาที่รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกที่มาถึงโรงพยาบาล เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวรได้ และหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโดยทีมที่มีความเชี่ยวชาญมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยก็มีโอกาสรอดชีวิตสูง

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งที่มาโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการเจ็บแน่นหน้าอกและกลุ่มที่มาด้วยอาการไม่ชัดเจนได้ถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างทันท่วงทีปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน

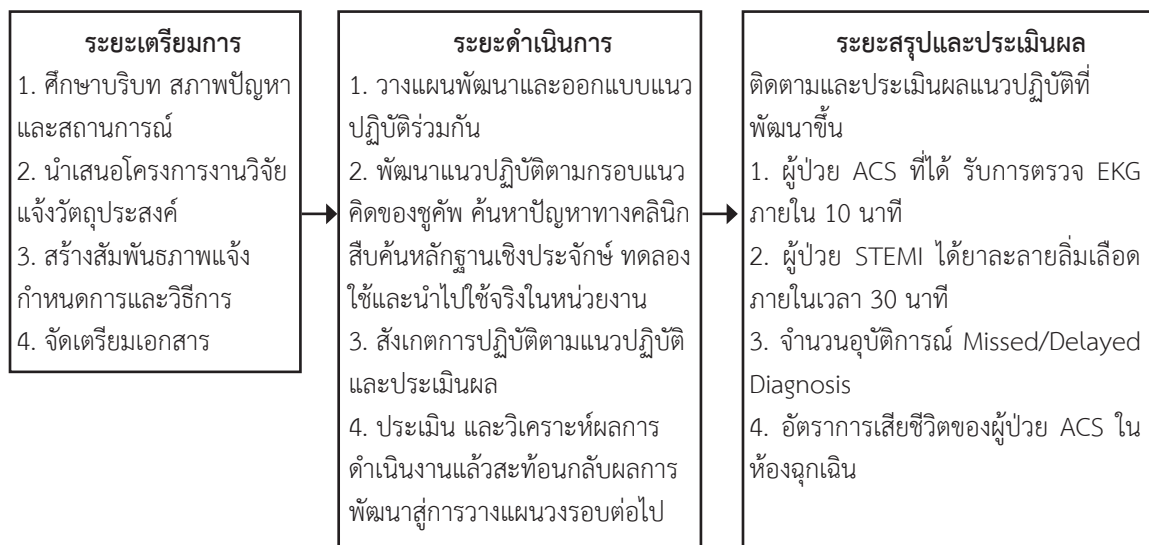
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลเมวดี

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้วิจัย และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน กระบวนการพัฒนามีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้พัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบวิธีการปฏิบัติที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบต่อเนื่อง (Spiral of Self-Reflection) เป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อ

สรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) กรอบแนวคิดการวิจัย ดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมยวดีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก คือกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งที่มาด้วยอาการที่เด่นชัด (Typical chest pain) และมาด้วยอาการที่ไม่เด่นชัด (Atypical chest pain) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์พ.ศ. 2562 ถึงกรกฎาคม พ.ศ.2562 จำนวน 244 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3) แนวคำถามสำหรับ

การประชุมระดมสมอง 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ 5) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 6) แบบประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่ จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างก่อนและหลัง

ดำเนินการ ใช้นัยสำคัญทางสถิติ .05 3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลมาเทียบความถูกต้องน่าเชื่อถือซึ่งกันและกัน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 สิงหาคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0552562

กระบวนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย 1) ศึกษาบริบท สภาพปัญหาและสถานการณ์ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลเมยวดี 2) นำเสนอโครงการงานวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษากับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัย แจ้งกำหนดการและวิธีการดำเนินการ และ 4) จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยการศึกษากระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลเมยวดี อำเภอเมยวดี ได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน (Brain Storming) เพื่อเป็นแนวทางที่นำไปสู่การแก้ปัญหาการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาสภาพปัญหาวิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้และประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(PAOR) เริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาของการประเมินและคัดกรองกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ เลือกแหล่งหลักฐานการวิจัยเพื่อการสืบค้น ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของซูกัพ(Soukup)⁷ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นการพัฒนาการปฏิบัติในเชิงคลินิกมีกระบวนการชัดเจนครอบคลุมและเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) สังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและประเมินผล และ

ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ(Reflection) ประเมิน วิเคราะห์ผลการดำเนินการนำมาสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สรุปติดตามและประเมินผลแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงของทักษะรวมทั้งผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้แก่ ความถูกต้องในการวินิจฉัย ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาในการได้ยาละลายลิ่มเลือด อุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิด/ล่าช้า (Missed/Delayed diagnosis) และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติรวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วยเพื่อสะท้อนเป็นวงจรแบบต่อเนื่องของการพัฒนาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามกระบวนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลเมยวดีในปัจจุบัน พบว่ามีแบบบันทึกการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ACS โดยเฉพาะแต่ยังไม่มีแนวทางในการประเมินคัดกรองที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม พยาบาลขาดความรู้ความมั่นใจในการประเมินคัดกรองโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ไม่เด่นชัด (Atypical chest pain) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจบางครั้งไม่พร้อมใช้งานเนื่องจากแบตเตอรี่ไม่พร้อมใช้ สาย Cable พังกัน ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์เฉลี่ย 8 นาทีต่อราย ทำให้ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ทันภายในเวลา 10 นาทีได้ร้อยละ 92.40 ระยะเวลาในการรอรับยาละลายลิ่มเลือดเฉลี่ย 33 นาทีต่อราย นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลขาดความรู้ความมั่นใจในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ข้อเสนอแนะจาก

การประชุมระดมสมองอยากให้มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานประเมินคัดกรองผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกันและอยากให้มีการจัดอบรมทบทวนความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับสหวิชาชีพได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง 2 วงรอบจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง รายละเอียดดังนี้

วงรอบที่ 1 หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 สัปดาห์ พบว่า ข้อดีของแนวปฏิบัติได้แก่ มีรายละเอียดที่สามารถเข้าใจได้ง่าย จุดคัดกรองมีการนำแนวปฏิบัติติดไว้บนโต๊ะคัดกรองทำให้สะดวกสำหรับพยาบาลในการประเมินคัดกรองผู้ป่วย แต่มีข้อสังเกตที่ต้องปรับปรุงได้แก่ แนวทางการซักประวัติผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมและการสื่อสารแนวปฏิบัติที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่สะดวกต่อการนำไปใช้

วงรอบที่ 2 หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปรับปรุงใหม่ 2 สัปดาห์ จากการติดตามผลพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้จริง พยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติในการประเมินคัดกรองได้สะดวกและเป็นแนวทางเดียวกัน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วย Typical chest pain ได้แก่ (1) เจ็บแน่นหน้าอกพร้อมกับมีเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น (2) เจ็บแน่นกลางหน้าอกเหมือนถูกบีบหรือมีอะไรกดทับ (3) เจ็บหน้าอกปวดร้าวไปกลางหลัง กราม ไหล่ ต้นคอหรือแขนซ้าย (4) เจ็บแน่นหน้าอกต่อเนื่องนาน > 20 นาที (5) เจ็บแน่นหน้าอกขณะทำกิจกรรมและอาการดีขึ้นเมื่อหยุดพัก (6) เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอกใต้ลิ้นปี่หรือหน้าอกด้านซ้าย หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งให้ประเมินคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ภายในเวลา 10 นาที หากแพทย์วินิจฉัยเป็น

ACS ให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS แต่หากแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอื่นให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางโรคนั้นๆ 2) ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วย Atypical chest pain ได้แก่ (1) เหนื่อยหอบหายใจไม่อิ่ม (2) เหนื่อยเพลีย ใจสั่น (3) วูบ หน้ามืดเป็นลม หหมดสติ (4) วิงเวียนศีรษะ (5) หัวใจเต้นผิดปกติ (6) จุกเสียดแน่นท้อง/จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร่วมกับมีประวัติโรคประจำตัวหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่างดังต่อไปนี้ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อ้วนและไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ อายุตั้งแต่ 33 ปีขึ้นไป ให้ประเมินคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ภายในเวลา 10 นาที หากแพทย์วินิจฉัยเป็น ACS ให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS แต่หากแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอื่นให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางของโรคนั้นๆ

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย ดำเนินการประเมินผลแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ชี้แจงแผน ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพวางแผนพัฒนาและออกแบบแนวปฏิบัติร่วมกัน 2) ชำนาญปฏิบัติการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของซุคคังตัน คันทาปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ยกร่างแนวปฏิบัตินำไปทดลองใช้และปรับปรุง 2 วงรอบจนสมบูรณ์แล้วนำไปใช้จริงในหน่วยงาน 3) ชำนาญสังเกตการณ์และบันทึกผล สังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นและประเมินผล 4) ชำนาญสะท้อนผลการปฏิบัติ ประเมินและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานแล้วสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติระดับมาก ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อรูปแบบมีความพึงพอใจในระดับมาก

2. ผลการศึกษาการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด จำนวน 244 ราย พบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดีขึ้นทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	(n=115)	(n=244)
1. Door to EKG (นาที)	8 (SD=0.56)	5.5 (SD=0.55)
2. Door to Needle time (นาที)	33 (SD=4.85)	22 (SD=1.83)
3. ระยะเวลาการรอคอยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีภายในเวลา 10 นาที (ร้อยละ)	92.4 (SD=0.27)	98.0 (SD=0.06)
4. ระยะเวลาการรอคอยการได้รับยา Streptokinase ทันภายในเวลา 30 นาที (ร้อยละ)	66.6 (SD=0.5)	100 (SD=0)
5. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วย ACS มีการวินิจฉัยโรคผิด/ล่าช้า (ราย)	5 (SD=0.22)	0 (SD=0)
6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ACS ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ)	3.8 (SD=0.17)	0 (SD=0)
7. อัตราความครอบคลุมในการคัดกรอง ACS (ร้อยละ)	78 (SD=0.41)	97.6 (SD=0.15)

3. ผลลัพธ์ความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลวิชาชีพ (100%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (87.5%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ใน

ช่วง 41-50 ปี (56.25%) และจบการศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาตรี (87.5%) ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-15 ปี (43.75%)

3.2 ความคิดเห็นการยอมรับและความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความคิดเห็นการยอมรับและความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (N=16)

หัวข้อ	การยอมรับและความพึงพอใจ (ร้อยละ)					$\bar{x}$	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1. ประโยชน์ต่อการพยาบาล	81.25	18.75	0	0	0	4.81	0.40
2. มีคำแนะนำที่ชัดเจน และสะดวกต่อการใช้งาน	68.75	31.25	0	0	0	4.69	0.48
3. การยอมรับเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล	75	25	0	0	0	4.75	0.45

วิจารณ์

การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลเมยวดีในครั้งนี้ เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าทีมพยาบาลที่ทำการดูแลผู้ป่วยประเมินและคัดกรองผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันขึ้นอยู่กับความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละคน ทำให้มีการปฏิบัติที่หลากหลายหลายผู้ป่วยเกิดอุบัติ

การณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทุกคนแสดงความคิดเห็นว่าควรมีแนวทางปฏิบัติในการประเมินคัดกรองที่ชัดเจน จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างเป็นระบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการกำหนดโครงสร้างแนวทางในการซักประวัติการประเมินเบื้องต้นที่เข้าใจง่าย และมีความชัดเจนในกลุ่มอาการที่ต้องรีบทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมทั้งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมี

การปรับเอาแนวปฏิบัติในการคัดกรองเป็นส่วนหนึ่งของแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้มีความสะดวกต่อการนำไปใช้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุม นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้านองค์ความรู้ ทักษะเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จึงส่งผลทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้นสอดคล้องกับ เกียรติศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ⁵ ที่กล่าวว่า การพัฒนาแพทย์ พยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลและรักษาผู้ป่วย ACS จะส่งผลทำให้มีผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยภายหลังมีการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก จุดคัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการที่เข้าได้กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมินและคัดกรองเพิ่มขึ้นจาก 78% เป็น 97.6% ระยะเวลาเฉลี่ยในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ภายใน 10 นาที (Door to EKG) ลดลงจาก 8 นาที (SD=0.56) เป็น 5.5 นาทีต่อราย (SD=0.55) ระยะเวลารอคอยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) ลดลงจากเฉลี่ย 33 นาที (SD=4.85) เป็น 22 นาทีต่อราย (SD=1.83) จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิด/ล่าช้า (Missed / Delayed diagnosis) เป็น 0 และอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 0 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นส่งผลทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2557⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ช่วยณรงค์⁵ ที่กล่าวว่าแบบประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเจ็บ-แน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่ที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดเกณฑ์ในการทำ EKG ชัดเจนขึ้นช่วยให้พยาบาลมีการประเมินแรกรับในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกตามเกณฑ์ Chest pain check list ทำให้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการดูแลมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ภายหลังการพัฒนาพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า เนื่องจากแนวปฏิบัติในการคัดกรองที่สร้างขึ้นมีการกำหนดแนวทางในการซักประวัติ การประเมินเบื้องต้นและเกณฑ์ในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ชัดเจน มีรายละเอียดที่เข้าใจง่าย นอกจากนี้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นยังเกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจึงทำให้เกิดความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ อรอนงค์ ช่วยณรงค์⁵ ที่กล่าวว่าแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 1 ปี
2. แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
3. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้สามารถเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัย ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจากนายแพทย์พิเชษฐ พันธมมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมยวดี คุณประภาพร คำอุดม หัวหน้าพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้รายงานวิจัยฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ สำหรับการเก็บข้อมูลได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงขอ ขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่มีส่วนร่วมทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน.ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2562; 14(1): 43-51.
2. สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุสรและสุนันญา พรหมตวง. พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561; 33(1): 45-60.
3. อรอนงค์ ช่วยณรงค์ และดาราวรรณ รองเมือง. การพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่น-แน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36(3): 187-96.
4. นิยดา อกนิษฐ์, สุชาดา วิภกานต์ และสภานี สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่. วารสารกองการพยาบาล. 2556; 40(3): 85-99.
5. เรวดี สมทรัพย์ และจุฑามาส ประจันพล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ดเวชสาร; 2561; 4(2): 25-33.
6. สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2554; 29(1): 22-30.
7. Soukup, S.M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinics of North America 2000 : 35 : 301-9.
8. เกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ ,จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์และสุกัญญา สระแสง. การพัฒนาแนวทางการดูแลและการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. ใน: ประชุมวิชาการ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (MOPH R2R Forum) ประจำปีงบประมาณ 2561 R2R to Future Health Care; วันที่ 12-14 กันยายน 2561; ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่; 2561. 37-9.
9. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; -2557.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The effective of program empowerment and continuity care that affect to HbA1c level in Patients with Diabetes Mellitus in City Community Health Center Roi-Et Hospital

ระเบียบ พิพัฒนามงคล*

Rabeab Pipatthanamongkon

Corresponding author: Email: rabeab2507@hotmail.com

(Received: February 20, 2020; Revised: March 6, 2020; Accepted: March 27, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ต่อกัน 1 ปีขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ≥ 7 mg % จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มตัวอย่างเดี่ยววัดก่อน-หลัง ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นรายบุคคล โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson คือ การค้นหาปัญหา การสร้างความตระหนักในปัญหา การมีส่วนร่วมตัดสินใจและเลือกแนวทางปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และติดตามประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 - เมษายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ ค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรม การปฏิบัติและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c) โดยใช้ Paired sample t - test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : หลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ส่วนค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตน มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับสุขภาพและสอดคล้องกับบริบทของตนเอง ทำให้เกิดการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย จึงควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2; โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ; การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ABSTRACT

Purpose : To determine the effectiveness of program empowerment and continuity care that affect to HbA1c level in patients with diabetes mellitus in City Community Health Center, Roi-Et Hospital.

Design : This research and development .

Materials and Methods : The study was performing in December 2019 - April 2020 with purposive sampling among 50 DM type 2 patients with HbA1c level ≥ 7 mg% who'd undergone the treatment and registered within a year at City Community Health Center, Roi-Et Hospital were used in data analysis. The questionnaires: pre-test and post-test, were used to evaluate the patient's knowledge, this subject to determine their self-care management and home visiting individually, by using the Gibson empowerment program contains, problem searching, recognizing about health problem, participating in choosing the right health approach and maintaining the effective practices. Evaluating and tracking the continuity of self-care management at home. Instant computer program "Paired sample t - test" was used for data analysis, with descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation) of the outcomes.

Main findings : Result of this study were found that after study the diabetes knowledge and self-care behavior are better in all aspects, significantly (p-value $< .001$) to compare the mean of Hemoglobin A1C (HbA1C) was found to have a statistically significant difference (p-value $< .001$)

Conclusion and recommendations : Conclusion this study found that the empowerment program and tracking the continuity of care at home can help to diabetes patients have the knowledge and ability to care for themselves, recognizes about health problem in themselves, participate in choosing the right approach to health and contextual compliance, the behaviour is constantly changing and it affects the blood glucose control of the patient. So, should be used this program for other chronic disease patients.

Keywords : Type2 Diabetes Patients; Empowerment Program; Continuous Care

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 371 ล้านคน และ 280 ล้านคน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน คาดว่าปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 500 ล้านคน โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ การที่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่

เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

สำหรับในประเทศไทยจากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 8.80, 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 3, 4 และ 5 (ปี 2547, 2552 และ 2557) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน ของครั้งที่ 3 ร้อยละ 7 เกือบเคียงกับครั้งที่ 4 ร้อยละ 6.9 ส่วนครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.8 (คิดเป็น 4.8 ล้านคน) ข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ

ของประชากรไทยในปี พ.ศ.2556 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชาย เป็นอันดับที่ 8 เพศหญิงอันดับที่ 3 ร้อยละ 4.1, 8.7 ตามลำดับ และการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ในเพศชายเป็นอันดับที่ 7 เพศหญิงอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 3.9 และ 7.9 และข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี พ.ศ.2551 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 3 ล้านคน/ปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 47,596 ล้านบาท/ปี จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข¹ ปี 2555 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 888,580 ราย อัตราความชุก 1,394.91 ต่อประชากรแสนคนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึง 183,604 ราย และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 674,826 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,050.05 ต่อแสนประชากร สำหรับความครอบคลุมของการวินิจฉัย รักษา และควบคุมเบาหวาน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษาพบร้อยละ 3.3 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด ส่วนที่เหลือประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการรักษาอยู่ และร้อยละ 28.5 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (ต่ำกว่า <126 mg/dl) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 15 - 29 ปี สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจนต่ำสุดในช่วงอายุ 70 - 79 ปี สังเกตได้ว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนของการไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนสูงกว่าในผู้หญิงในกลุ่มอายุเดียวกันและมีสัดส่วนของผู้ที่รักษาและควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์น้อยกว่าเพศหญิงเกือบทุกกลุ่มอายุ เช่นเดียวกับรายงานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2558 - 2560 พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ดังนี้ 932.17, 1171.71, 1197.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลจากผู้ป่วย

เบาหวานอำเภอเมืองร้อยเอ็ดพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2558 - 2560 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 2,881, 3,048 และ 3,243 ราย ตามลำดับ เพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 7.1 แนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มสูงมากขึ้นทุกๆ ปี และผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ปี 2558 - 2561 ทั้งหมด มีจำนวน 385, 408, 441 และ 476 ราย และเป็นผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ 71, 82, 90 และ 99 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ซึ่งปัญหาดังกล่าวหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีผลกระทบต่อดัชนีผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล และประเทศชาติ

จากการทบทวนศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มาตลอด จะพบว่ามีปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การดูแลรักษาพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพบว่าปัจจัยสาเหตุที่สำคัญคือ พฤติกรรมในการรับประทานอาหารตามบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่คือการรับประทานอาหารข้าวเหนียวกับอาหารสัจด์ และผลไม้รสหวานตามฤดูกาล ซึ่งข้าวเหนียวเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงถ้ารับประทานปริมาณมากและเป็นประจำ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง² จากการประเมินผลกระทบจากการดำเนินการที่ผ่านมา ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลเสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรฐาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลางโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (Research and development design) ศึกษาในชุมชนพื้นที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระยะเวลาดำเนินงาน ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 - เมษายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกคือ

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) สูงมากกว่า 8 % และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง
2. มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี
3. อ่านออกเขียนได้
4. มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนพื้นที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
5. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก โดยมีประชากรกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก เช่น แบบบันทึกต่างๆ

2.2 คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

2.3 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการประมวลเอกสาร แนวคิด และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความหมาย

สาเหตุของโรค อาการของโรค การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน การรักษา แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบว่า “ถูก ” เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องและตอบว่า “ผิด” เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าคำถามทางบวก ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน ถ้าคำถามทางลบ ตอบ “ใช่ ” ให้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่ ” ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติ ถึง 5 คะแนน (ทำเป็นประจำ) คะแนนรวมทั้งหมด 18 - 90 คะแนน โดยคำถามประกอบด้วยคำถามปฏิบัติ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการกับความเครียด 4) ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ 5) ด้านการรักษา แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และคำถามทางลบ 10 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการประสานงานและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อการศึกษาตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ศึกษาตำรา ค้นคว้าข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

1.2 ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) คลินิกเบาหวาน ศูนย์แพทย์ชุมชน กกต. 3 ปีย้อนหลัง เพื่อประเมินสภาพปัญหาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.3 รวบรวมข้อมูลสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) รวมทั้งวัดระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนดำเนินการศึกษา

1.4 เตรียมชุมชนโดยประสานผู้นำชุมชน อสม. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษาและขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

1.5 จัดทำคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติ

ตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อแจกให้กลุ่มตัวอย่าง ในการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรม การดูแลตนเองเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้ศึกษาได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ วิธีการศึกษา วัตถุประสงค์ของการติดตามดูแล จำนวนครั้งของการติดตามดูแล ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมแต่ละครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยร่วมตกลงกันเกี่ยวกับ วัน เวลา นัดหมายในการติดตามเยี่ยมตัดสินใจว่าควรใช้เวลาในช่วงบ่าย หลังจากแต่ละคนทำภารกิจทางบ้านเสร็จเรียบร้อย และรับประทานอาหารเช้าแล้ว เวลาที่คนส่วนใหญ่เลือกเป็นช่วงเวลา 14.00 - 16.00 น. และถ้าวันไหนจะมีการเปลี่ยนแปลงก็ต้องแจ้งกันล่วงหน้า เวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง เดือน 2 ครั้ง สถานที่ที่บ้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเสริมสร้างพลังให้เกิดความตระหนัก ความมุ่งมั่น ตั้งใจ และสร้างทัศนคติเชิงบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน ตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2 ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้เวลาย่อยที่บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวสะดวก โดยวางแผนการเยี่ยมตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการค้นหาปัญหา เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เจ้าหน้าที่เข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมคิดค้นหาปัญหาของความเจ็บป่วย และร่วมกันกำหนดความสำคัญของปัญหา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อระบายความรู้สึก บอกเล่าถึงความต้องการและปัญหาของตนเอง โดยเฉพาะปัญหาการดูแล และการจัดการกับความเจ็บป่วย ในฐานะที่เป็นผู้ป่วย และฐานะผู้ดูแล โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนและ ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อทราบปัญหา และความต้องการแล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนในการแก้ไข ปัญหา และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักและเข้าใจปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหาโดยเจ้าหน้าที่เน้นให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อร่วมกันทบทวนสะท้อนคิดหาสาเหตุของปัญหา และแสวงหาแนวทาง วางแผนในการจัดการกับปัญหา การดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลของญาติ ผู้ดูแล ในประเด็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า การจัดการกับความเครียด การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำเกินไป และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ซึ่งในระยะนี้เจ้าหน้าที่แสดงบทบาทเป็นผู้สอน เป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ตามความต้องการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ให้เกิดกระบวนการสะท้อนคิดพบหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเสริมแรงโดยการชมเชยในความรู้ความสามารถ และการตัดสินใจแก้ไข ปัญหา เพื่อสร้างกำลังใจและความมั่นใจในตนเองในการแก้ไข ปัญหา ส่งเสริมให้สามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองได้ ซึ่งกิจกรรมนี้อาจกระทำซ้ำกลับไปมา เมื่อพบว่ามีปัญหาใหม่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจและเลือกแนวทางปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการคิดวิเคราะห์ เรียนรู้และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวจะแสวงหาแนวทางแก้ไข ปัญหาด้วยตนเองตามความสนใจและความต้องการ และเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองชอบ เป็นการพัฒนาทักษะการแก้ไข ปัญหา พัฒนาความสามารถ และความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจ ในการควบคุมสถานการณ์การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งกิจกรรมในขั้นนี้เป็นการเสนอทางเลือก กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ ตัดสินใจเลือกวิธี และลงมือปฏิบัติ ในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า การจัดการกับความเครียด

และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยในกิจกรรมนี้เจ้าหน้าที่มีบทบาท เป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษา สอน ชี้แนะให้ข้อมูลในการแสวงหาความรู้และแหล่งประโยชน์ด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะดำเนินการจัดการกับปัญหาและการเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยกระทำอย่างต่อเนื่องตามสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ได้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาแล้วทั้ง 3 กิจกรรม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนคิดเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ติดตามดูความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ได้เหมาะสมกับสภาพของตนเองหรือไม่ แสดงออกถึงความมั่นใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติและตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ดีเหมาะสมแล้ว เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป เมื่อนำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยและครอบครัวจะรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสำหรับใช้ในครั้งต่อไป และยังสามารถแนะนำให้ผู้อื่นปฏิบัติตามตนเองได้ บทบาทของเจ้าหน้าที่คือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้อำนวยความสะดวก และผู้พิทักษ์สิทธิ์ และผู้ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 5 การยุติโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กิจกรรมนี้เป็นการติดตามประเมินผลกระบวนการทักษะการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความพร้อมและความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับความเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่จะประเมินผลความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ การจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมนี้พยาบาลจะแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบการสิ้นสุดกิจกรรม แต่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์ และตามนัดหมายในคลินิกบริการเคลื่อนที่ในชุมชน หรือผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการปรึกษาปัญหาอื่นๆ ต่อไป สำหรับระยะเวลาในการเยี่ยมและดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจะวางแผนและตกลงกันว่าจะใช้เวลาใดและนานเท่าใดในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ซึ่งระยะเวลาอยู่ระหว่าง 50 - 60 นาทีต่อการเยี่ยม 1 ครั้ง ในกิจกรรมการเยี่ยมดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ได้เลือกเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาลสูงเกิน 150 mg/dl โดยออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ได้จัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านผู้ป่วย ทั้ง 5 กิจกรรม ระยะเวลาของการเยี่ยมครั้งละ 2 สัปดาห์ การจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยเลือกผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่หนัก

2.3 ประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) รวมทั้งวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษาวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเอาแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ จึงได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ น้ำหนัก รอบเอว ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่และร้อยละ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความหมายของโรค สาเหตุของโรค อาการของโรค การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติ ก่อนและหลัง การศึกษาโดยใช้ Paired sample t-test

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรม การคลายเครียด พฤติกรรม การรักษาพยาบาลและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติ ก่อนและหลัง การศึกษา โดยใช้ Paired sample t-test

4. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติ ก่อนและหลัง การศึกษา โดยใช้ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความมีคุณค่าของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ผู้วิจัยไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และ วิญญาณของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

1. การใช้หลักเอกราช (Autonomy) หมายถึง การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อ

ประกอบการตัดสินใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อสมัครใจ เข้าร่วมวิจัย

2. การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่าการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ประการใด จะไม่คุกคามหรือทำร้ายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆ ได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในแบบสอบถามและ รายงานการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.1) อายุตั้งแต่ 60 - 65 ปี (ร้อยละ 77.0) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 94.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.3) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 85.1) ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.2) และ ภาวะโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 57.0)

2. มีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้านในภาพรวม โดยก่อนศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 16.95 คะแนน (S.D.= 1.22) หลังศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 19.10 คะแนน (S.D.= 1.05) ซึ่งแตกต่างกัน (p-value < .001, 95%CI -2.35, -1.94) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทุกด้านเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n = 50)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านความหมายของโรค	2.25	0.70	2.75	.43	-0.65, -0.34	<.001
ด้านสาเหตุของโรค	1.41	0.49	1.76	.42	-0.49, -0.20	<.001
ด้านอาการของโรค	1.41	0.49	1.76	.42	-0.49, -0.20	<.001
ด้านการปฏิบัติตัว	3.45	0.74	4.65	.74	-1.39, -1.01	<.001
ด้านการรักษาพยาบาล	2.76	0.72	3.45	.59	-0.91, -0.44	<.001
ด้านภาวะแทรกซ้อน	2.76	0.72	3.45	.59	-0.91, -0.44	<.001
รวมทุกด้าน	16.95	1.22	19.10	1.05	-2.35, -1.94	<.001

3. หลังการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น ทุกด้านในภาพรวม โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 95.03 คะแนน (S.D.= 7.76) หลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 113.78 คะแนน (S.D.= 6.54) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001, 95%CI -20.26,-17.28) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การบริโภคอาหาร	18.83	2.24	23.01	1.63	-4.69, -3.67	< .001
การออกกำลังกาย	17.75	1.97	22.85	1.81	-5.59, -4.60	< .001
การจัดการกับความเครียด	19.35	2.23	23.36	1.32	-4.66, -3.37	< .001
การรักษา	19.86	2.31	23.31	1.30	-3.97, -2.92	< .001
การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	19.23	1.89	21.23	2.01	-2.25, -1.74	< .001
รวมทุกด้าน	95.03	7.76	113.78	6.54	-20.26, -17.28	< .001

4. กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 9.36 (S.D.= 1.58) และหลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ยลดลงเป็น 8.27 คะแนน (S.D.= 1.40) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001, 95%CI 0.94 , 1.23) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		95% CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)	9.36	1.58	8.27	1.40	0.94 , 1.23	< .001

วิจารณ์

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้านในภาพรวม โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 16.95 คะแนน หลังศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 19.10 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของปริดา กังแฮและคณะ³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน ที่มารับบริการที่ รพสต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งหลังการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

2. หลังการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้านในภาพรวม โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 95.03 คะแนน หลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 113.78 คะแนน ซึ่งแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมพิกา มังคละพฤกษ์⁴ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังการกินข้าวเหนียวในกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไข้เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบในเด็กอ้วนและผู้ใหญ่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งกินข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ผลการศึกษาพบว่า ข้าวเหนียวเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าข้าวเจ้าถึง 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 50 หน่วย และการกินข้าวเหนียวมีเยอะมากๆ ทำให้คนไข้เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้น และการศึกษาของปริดา กังแฮและคณะ³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน ที่มารับบริการที่ รพสต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งหลังการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

(HbA1c) ลดลง โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 9.36 และหลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ยลดลงเป็น 8.27 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของสมหวัง ซ้อนงามและคณะ⁵ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1c มากกว่า⁷ และผู้ดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลในบ้านของผู้ป่วย มีวิถีชีวิต พฤติกรรม บริโภคอาหาร และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งผลทำให้ HbA1c มากกว่า⁷ คือ 1) วิถีชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้าน มีการรวมกลุ่มเพื่อรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน โดยนำอาหารไปรับประทานร่วมกัน ประชุมอาหารร่วมกัน ไม่ได้แยกปรุงสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรือแกงถุงจากตลาด 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือการรับประทานข้าวเหนียวจะควักออกจากกระติบข้าวไปรับประทานเรื่อยๆ จนอิ่มโดยไม่ได้แบ่งออกเป็นส่วนๆตามจำนวนที่ต้องรับประทาน ทำให้ไม่สามารถรู้ปริมาณที่รับประทาน และการศึกษาของหรรษลักษณ์ แววบุตร⁶ ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาบัว อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นทุกด้าน และการศึกษาของปริดา กังแฮและคณะ³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน ที่มารับบริการที่ รพสต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งหลังการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆที่อาจมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ความเชื่อมั่นด้าน สุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ เจตคติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำมาเป็นแนวทาง ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับ บริการในคลินิก เบาหวาน ศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือของ อาจารย์ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ และ อาจารย์ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวนา ที่ให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไขร่าง วิจัยโดยตลอด ผู้เขียนจึงขอขอบพระคุณไว้โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ได้อนุมัติให้ศึกษา ขอขอบคุณแพทย์ หญิงนภัสวรรณ ภูริพันธุ์ภิญโญ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรม สังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ได้ให้คำแนะนำ สนับสนุนการ ทำวิจัยจนแล้วเสร็จ ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานคลินิก เบาหวาน ศูนย์แพทย์ชุมชนศาลากลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ให้ความช่วย เหลือในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ช่วยตอบแบบสอบถาม

หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ การดำเนินงานจัดระบบบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. Journal of Advanced Nursing. [อินเทอร์เน็ต]. 1991; 16: 354-61. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease data.php> Gibson, C.H.

2. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี : สำนักวิจัย นโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health policy Program); 2557.
3. ปรีดา กังแฮและคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง; 2557.
4. อัมพิกา มังคละพฤกษ์. ผลการบริโภคข้าวเหนียวต่อการ ควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรภาคเหนือ ของประเทศไทย. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
5. สมหวัง ชื่อนงามและคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1C มากกว่า 7 ของ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก; 2556.
6. หรรษลักษณ์ แววบุตร. การประยุกต์ใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรม การดูแล ตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพ ชุมชนบ้านนาบัว อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.

ผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

Effect of Empowerment Home Health Care Program on Blood Sugar Level of Diabetes Mellitus Type 2 Patients in Roi-Et Municipality

ศรินทร์ลักษณ์ แดงด้อมยุทธ์*

Srinlak Dangdomyut

Corresponding author: Email : Srin.d@hotmail.com

(Received : Feb 20, 2020; Revised : March 6, 2020; Accepted : March 27, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้านตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล และเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ สถิติIndependent t-test และ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การเสริมพลัง และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$, 95%CI=0.79, 1.31 และ $p < .001$, 95%CI=0.22, 0.58 ตามลำดับ) และระดับน้ำตาลในกลุ่มการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .022$, 95%CI=1.68, 21.04)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการแนะนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบเสริมพลังเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มอื่นๆ

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ; โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน; ระดับน้ำตาลในเลือด; โรคเบาหวาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study the effect of the empowerment home health care program on blood sugar level of Diabetes Mellitus Type2 patients in Roi-Et Municipality.

Design : Quasi-experimental research

Materials and Methods : A sample included 60 persons which divided into experimental group and control group of 30 persons per group. The control group received home health care program as usual, and the experimental group attended the program which included empowerment and practices about self-health care. Instruments in this study were a questionnaire, intervention program and blood sugar levels of diabetes mellitus patients. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test to compare between groups and paired t-test to compare within group.

Main findings : Revealed that after completed of the implementation, the experimental group had significantly higher mean difference scores of perceived empowerment and self-health re behaviors than the control group($p<.001$, 95%CI=0.79, 1.31 and $p<.001$, 95%CI=0.22, 0.58) and the Fasting blood sugar level in the experiment group was lower than before experimental and control group ($p=0.022$, 95%CI=1.68, 21.04).

Conclusion and recommendations : Empowerment home health care program should be recommended for further expansion and guided to promote self-health care behaviors in other groups.

Keywords : Empowerment/home health care program ; Blood sugar levels; Diabetes mellitus

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวานนั้นเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน¹ ส่วนในประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี 2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน)²

โรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลย จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด และอวัยวะต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ตามมา

ได้แก่ ตา ไต ระบบประสาทเป็นต้น³ โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus: T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด⁴

แนวทางพื้นฐานที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาล และจิตใจ การที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนเองนั้น อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือความเครียดขึ้นได้ รู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลด้านต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การขาดพลังอำนาจและขาดศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ และขาดการแสวงหาความรู้และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ขาดการตัดสินใจที่ถูกต้อง และใช้วิธีการแก้ไขปัญหาก็ไม่เหมาะสม ดังนั้น การหาแนวทางในการทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับพลังอำนาจและศักยภาพของตนเองที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจของการทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและเกิด

กำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป⁵ ซึ่งจากผลการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมพลังของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ และพฤติกรรมกรรมการเสริมสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการ มีทีมเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้การสนับสนุนแนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี มีผลวิจัยการเยี่ยมบ้านที่มีการประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและมีการจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง⁸

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชนิดที่ 2 ขึ้น โดยได้นำเอาหลักการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลัง สามารถดูแลใส่ใจตัวเองได้ดียิ่งขึ้น มีการรักษาตัวเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ดีขึ้นกว่าเดิม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ทั้งเพศหญิงเพศชาย และเป็นประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพ

ชุมชนโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจำนวน 625 คนคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁹ ได้เท่ากับกลุ่มละ 12 คน แต่ในการศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเป็นกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลัง ทำการศึกษาค้นคว้าตามแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2. แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และส่วนที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้วิธี IOC ผู้วิจัยจะได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในวันที่ 25 ธันวาคม 2562 เลขที่ใบรับรอง RE010/2563 ผู้วิจัยประสานงานขออนุญาตผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ในการทดลองตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือด และการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน และประสานงานเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาล

ร้อยเอ็ด ขอความร่วมมือในการช่วยเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงผู้ช่วยสัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์และทำความเข้าใจให้ตรงกันก่อน และได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยดำเนินการเอง เก็บข้อมูล 3 ระยะ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม พนักงานสัมภาษณ์ชุดเดิม ดำเนินการในช่วงเวลาระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - กุมภาพันธ์ 2563

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรมการทดลอง

1) ระยะก่อนดำเนินการ เริ่มต้นเตรียมผู้ป่วย โดยนัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ รวมทั้ง อสม. ผู้ดูแลที่สมัครใจร่วมโครงการ ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลัง แจ้งข้อตกลงกติกากลุ่ม ในการร่วมโครงการ เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการโดยการสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พร้อมทั้งตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว(ครั้งที่1)ก่อนอาหารเช้า (DTX) โดยผู้วิจัยดำเนินการเอง และมีทีมผู้ช่วยวิจัยรวมทั้งหมดจำนวน 2 คน เสร็จแล้วจึงเริ่มเข้าสู่การเรียนการสอนรายกลุ่ม จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

2)ระยะดำเนินการตามโปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน ประกอบด้วยการค้นพบสถานการณ์จริง

ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นขั้นตอนการค้นพบสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการพูดคุยเรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งเนื้อหาครอบคลุมถึงความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการควบคุมโรคเบาหวานและการสังเกตอาการที่ผิดปกติจากประสบการณ์ที่เคยได้รับมา และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน โดยมีการตั้งคำถาม “ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรบ้าง” จากนั้นทำการสรุปเนื้อหาและคำตอบคำถาม ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พร้อมทั้งนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทบทวนการดูแลตนเอง โดยใช้คำถามในประเด็นต่อไปนี้ “ท่านคิดว่าได้ดูแลตนเองในเรื่องใดอยู่แล้ว” และ “ท่านคิดว่า

ได้ดูแลตนเองไม่ดีในเรื่องใดและมีสาเหตุมาจากอะไร” จากนั้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับข้อเสนอแนะทางแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลการดูแลตนเองพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานนำแนวทางที่ได้กำหนดขึ้นไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ตามพันธสัญญา โดยมีการร่วมรับฟังปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ดี และพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาใหม่ และผู้วิจัยมีการเสริมแรงทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นสำหรับครั้งต่อไป จากนั้นผู้วิจัยสรุป ให้คำแนะนำ และนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมครั้งถัดไป

ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 เป็นระยะติดตามประเมินผล ผู้วิจัยและผู้ป่วยเบาหวานทบทวนปัญหา ผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนดขึ้น แล้วนำไปปฏิบัติจริง รวมถึงความต้องการความรู้เพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยสามารถที่จะช่วยให้คำแนะนำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และมีการให้แรงเสริมทางบวก โดยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจเมื่อพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี พร้อมทั้งสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และทำการนัดหมายเพื่อเจาะเลือดปลายนิ้ว(วัดระดับน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 2) พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)และสถิติอนุมานได้แก่ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย**1. ข้อมูลทั่วไป**

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน (73.3%) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 67.27 ปี (SD.=10.68) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน

13 คน (43.3%) มีสถานภาพสมรส 15 คน (50.0%) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 14.83 ปี (SD.=9.84) และไม่มีผู้ให้การดูแล 53.3% รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	8(26.7)	11(36.7)
หญิง	22(73.3)	19(63.3)
อายุ	อายุเฉลี่ย= 67.27 ปี (SD.=10.68)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13(43.3)	15(50.0)
มัธยมศึกษา	11(36.7)	8(26.7)
ปริญญาตรีขึ้นไป	6(20.0)	7(23.3)
สถานภาพ		
โสด	1(3.3)	1(3.3)
สมรส	15(50.0)	18(60.0)
หม้าย	12(40.2)	9(30.0)
หย่าร้าง	2(6.7)	2(6.7)
ระยะเวลาที่ป่วยโรคเบาหวาน	ค่าเฉลี่ย 14.83ปี(SD.=9.84)	
ผู้ดูแล		
ไม่มี	16(53.3)	13(43.3)
มี	14(46.7)	17(56.7)

2. การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองเท่ากับ 3.72 คะแนน (SD.=0.43) อยู่ในระดับรับรู้มาก กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองเท่ากับ 2.85 คะแนน (SD.=0.58) อยู่ในระดับรับรู้ปานกลางและหลังการทดลองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองเท่ากับ 3.99 คะแนน (SD.=0.52) อยู่

ในระดับรับรู้มาก กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองเท่ากับ 2.93 คะแนน (SD=0.49) อยู่ในระดับรับรู้ปานกลาง

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, 95%CI=0.79, 1.31) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้พลังอำนาจตนเอง	หลังการทดลอง $\bar{x}$ (SD.)	Mean difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง	3.99(0.52)	1.056	0.79 - 1.31	.023
กลุ่มควบคุม	2.93(0.49)			

3. การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 2.33 คะแนน (S.D.=0.30) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 2.09 คะแนน (S.D.=0.33) อยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 2.62 คะแนน (S.D.=0.42)อยู่ในระดับ

ปานกลาง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 2.21 คะแนน(S.D.=0.26) อยู่ในระดับปานกลาง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, 95%CI=0.22 - 0.58) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การปฏิบัติตน	หลังการทดลอง $\bar{x}$ (SD.)	Mean difference	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง	2.62 (0.42)	0.402	0.22 - 0.58	<.0001
กลุ่มควบคุม	2.21 (0.26)			

4. ระดับน้ำตาลในเลือด

เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานของหลังการทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.022$, 95%CI=1.68, 21.04) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับน้ำตาลในเลือด	หลังการทดลอง $\bar{x}$ (SD.)	Mean difference	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง	138.63 (24.20)			
กลุ่มควบคุม	150.00 (10.75)	11.367	1.68-21.04	.022

สรุปและวิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการเยี่ยมบ้านแบบเสริมสร้างพลังซึ่งประกอบด้วยการค้นพบสถานการณ์จริง การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจปฏิบัติตนที่เหมาะสม รวมถึงการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี มีการได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยการชมเชยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ รังษำ⁶ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงคล¹⁰ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับกระบวนการเยี่ยมบ้านแบบเสริมสร้างพลัง ทำให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสม และรักษาการปฏิบัติที่ดีนั้นไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ รังษำ⁶ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจรัสรัตน์ เจริญจิตต์¹¹ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ได้ว่าเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านแบบเสริมสร้างพลังโดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน และการสนทนากลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมี

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ตรง ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ รังษำ⁶ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยาภรณ์ อุทธิรักษ์¹² พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์หลังทำกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการเยี่ยมบ้านจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเอง นำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

สรุปผลจากการศึกษาผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ค้นหาปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง สาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสุขภาวะที่ดีขึ้นด้วย ซึ่งผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเน้นกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อที่จะทำให้อาชีพของตนเองกลับมาสมบูรณ์แข็งแรงได้

2. สามารถนำรูปแบบการเยี่ยมแบบเสริมพลังมาใช้ในการจัดระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างเป็น

รูปธรรม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่และสถานบริการ ช่วยลดปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อีกทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในชุมชนได้อีกด้วย

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลลัพธ์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจในระยะ 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้การสนับสนุนการศึกษานี้ และผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.DM data and statistics; 2017 [Accessed data January 10, 2018]. Available from : <http://www.who.int>
2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. นนทบุรี. ม.ป.พ.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์. 2557.
4. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560. ปทุมธานี : ร่มเย็นมีเดีย. 2560.
5. ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ และคณะ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อการดูแลเด็กป่วยโรคเบาหวานเรื้อรังเม็ดเลือดขาววัยก่อนเรียนที่บ้าน. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2556; 27(1): 88-101.

6. จุฑารัตน์ รังษิยา. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
7. ครสวรรณ คำแก้ว. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเขษุมราชราช นครหลวงเวียงจันทน์. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
8. จันทรรณ จารณีย์, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้รามามาโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน. วารสารเกื้อการุณย์. 2559; 23(1): 41-59.
9. อรุณ จิรวรรณกุล, ชิวสฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2553.
10. ยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงคล. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา.2555; 7(2): 116-23.
11. จุฑารัตน์ เจริญจิตต์. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยการพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.2556; 14(1): 32-43.
12. สุริยาภรณ์ อุทธีร์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A(H1N1) ในชุมชนหมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 13 ตำบลนานวล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

An outbreak investigation of influenza A/H1N1 in Moo 6 and 13, Nanuan sub-district, Panomprai district, Roi-Et province, April 2018

นิสิต บุญอะรุณ* และสันติ ธรณี**

Nisit boonarun* and Santi Thoranee**

Corresponding author: Email: nisitboonarun@yahoo.com

(Received: March 19, 2020; Revised: March 31, 2020; Accepted: April 10, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา ปัจจัยเสี่ยงของการระบาดรวมถึงกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันไข้หวัดใหญ่ในอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดระหว่างวันที่ 25 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2561 โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาล รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติโดยใช้แบบเก็บข้อมูลและแบบสอบถาม รวมถึงค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน กำหนดนิยามผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสงสัยโดยใช้อาการไข้ร่วมกับอาการอย่างอื่นอีก 1 อาการ ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย คัดจมูก/มีน้ำมูก หอบ ตาอักเสบ และผู้ป่วยยืนยันจากการตรวจ Throat Swab และ Nasopharyngeal Swab โดยวิธี Real time PCR พบสารพันธุกรรมของไวรัส ศึกษาสภาพแวดล้อมในชุมชนและศึกษาระบาดวิทยาเชิงอนุमानโดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงในการวิเคราะห์สถิติแบบพหุคูณด้วยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 55 – 64 ปี เพศหญิง มีอาชีพเกษตรกร อัตราป่วยร้อยละ 1.67 ป่วยตายเป็นร้อยละ 1 ความเสี่ยงสำคัญ คือมีประวัติการสัมผัสผู้มีอาการป่วยมาก่อน มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สัมผัสถึง 32.27 เท่า (95% CI = 10.46–99.60) และการนอนร่วมกับผู้มีอาการป่วย มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่มีประวัติ 2.45 เท่า (95% CI = 1.05–5.74) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 จึงเสนอแนะให้แยกผู้ที่มีอาการป่วยที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ใช้มาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” และหลีกเลี่ยงการนอนร่วมห้องกับผู้ป่วย รวมถึงการคัดแยกผู้ที่มีอาการสงสัยในกรณีที่ต้องมีการร่วมงานชุมชน

คำสำคัญ : ไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1

ABSTRACT

The objectives of this study is to study epidemiological data ,risk factors of the outbreak, including specifying control measures and prevention of influenza in Phanom Phrai district Roi Et Province between March 25, 2018 to April 4, 2018, using data from hospital medical records Including interviews with patients and relatives using data collection and questionnaires Including active case finding in the community. Defined patients as suspected patients using fever in combination with 1 other symptom, such as myalgia, fatigue, nasal congestion / nasal secretions, dyspnea and patients confirmed by Throat Swab and Nasopharyngeal Swab tests by real- time PCR found genetic material of virus .Study the environment in the community and inferential epidemiology using retrospective cohort study for analyzes risk factors in logistic multiple regression analysis. The results showed that most patients aged 55-64 years, female, are farmers.Morbidity rate was 1.67 percent and morbidity rate was 1 percent. Critical risk factors were having a history of being closed to infected patient before. There is a 32.27 times greater risk than those who do not experience it (95% CI = 10.46–99.60) and sleep with patients risky than those without a history 2.45 times (95% CI = 1.05–5.74) .Laboratory results in H1N1 influenza was found, therefore suggest to separate people who are ill with respiratory infections, take measures “close, wash, avoid, stop” and avoid sleeping in a room with the sick. Including sorting out suspicious people in cases of community participation

Keyword : influenza A, H1N1,

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไข้สูง ร่วมกับไอ เจ็บคอ ติดต่อกันโดยสัมผัสของเชื้อในทางเดินหายใจ การรักษาส่วนใหญ่รักษาตามอาการ แต่มีผู้ป่วยบางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ทารก มีโรคประจำตัวหรือภูมิคุ้มกันโรคต่ำที่อาจมีอาการรุนแรงซึ่งต้องได้รับยาต้านไวรัส และอาจมีโอกาสเสียชีวิตได้¹ จากรายงานสถานการณ์โรคในอำเภอพนมไพรมีอัตราป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) มากผิดปกติโดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 4 ถึง 7 ของเดือนกุมภาพันธ์ 2561 วันที่ 5 เมษายน 2561 ฝ่ายระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจ อาการคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่ เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพนมไพร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหวล อำเภอพนมไพร ระหว่างวันที่ 25 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2561 จำนวน 17 ราย ซึ่งผู้ป่วยทุกราย อาศัยอยู่ในชุมชนหมู่ที่ 6 และ 13 ตำบลนาหวล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่ได้สอบสวนและ

ควบคุมการระบาดของโรค ระหว่างวันที่ 6-20 เมษายน 2561

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่ออธิบายลักษณะการกระจายของโรคตามลักษณะบุคคล เวลา สถานที่
3. เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการระบาดของโรค
4. เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปและทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนการรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพนมไพร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหวล รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามสถานบริการต่างๆ

1.2 การดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active Case Finding) โดยใช้การสอบถามทุกหลังคาเรือนในชุมชน หมู่ที่ 6 และ 13 ตำบลนาหวล กำหนดนิยาม ในการค้นหาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่หมู่ที่ 6 และ หมู่ที่ 13 ตำบลนาหวล อำเภอพนมไพร ที่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการอื่น อย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย คัดจมูก/มีน้ำมูก หอบ ตาอักเสบ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2561

ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจ Throat Swab และ Nasopharyngeal Swab โดยวิธี Real time PCR พบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ หรือวิธีการตรวจอื่นที่บ่งชี้ว่าพบการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

โดยการเก็บตัวอย่าง Throat Swab และ Nasopharyngeal Swab ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ ส่งตรวจวิเคราะห์ ด้วยวิธี Real time PCR หรือการเก็บตัวอย่างซีรัม เพื่อตรวจแอนติบอดีชนิด IgM โดยวิธีเทคนิค ELISA

2. การศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน

โดยศึกษาในชุมชนหมู่ที่ 6 และ 13 ของตำบลนาหวล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมที่มีการจัดกิจกรรมมีประชาชนเข้าร่วมจำนวนมาก โดยการสังเกตและสอบถามถึงลักษณะการจัดกิจกรรม รวมถึงพฤติกรรมของประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งในและนอกชุมชน

3. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงอนุमान

ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของตัวอย่าง จำนวน 239 คน โดย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการป่วยที่ละปัจจัย

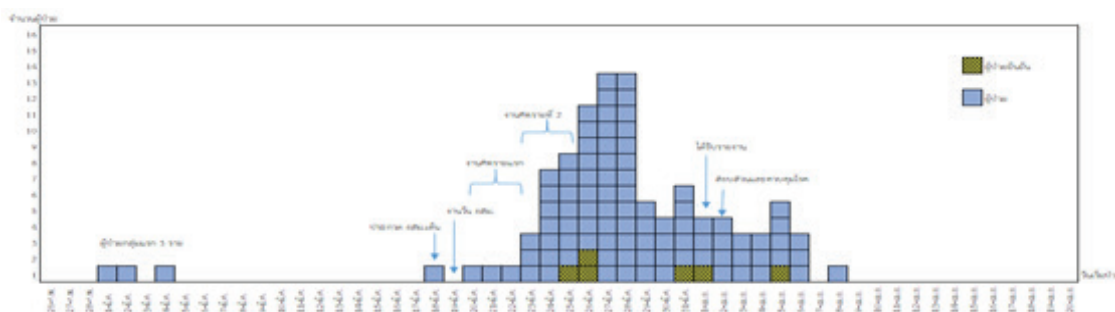
(univariable analysis) แล้วนำปัจจัยที่สัมพันธ์เบื้องต้น วิเคราะห์พร้อมกันที่หลายปัจจัย (multivariable analysis) โดยใช้สถิติ Binary logistic regression

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ศึกษาในกลุ่มประชากรรวม 356 คน มีอาการเข้าได้ ตามนิยาม จำนวน 98 ราย อัตราป่วยร้อยละ 27.53 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.12) อายุส่วนใหญ่ ระหว่าง 55 - 66 ปี (ร้อยละ 30.61) อายุต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 83 ปี มีพื้นฐาน 56 ปี อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 63) มีโรคประจำตัว 23 ราย (ร้อยละ 25) ส่วนใหญ่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ชุดสิทธิประโยชน์ ปี พ.ศ.2561² มีจำนวน 86 คน แต่ได้รับการฉีดวัคซีน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.67 อาการที่พบ ผู้ป่วยมีอาการไข้ทุกคน รองลงมาเป็น ไอและปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 92.86 และ 81.63 ตามลำดับ

จำแนกผู้ป่วยตามวันเริ่มป่วย ตามเส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) พบว่าผู้ป่วยรายแรกเป็นเพศชาย เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2561 จากนั้นจึงมีผู้ป่วยเพิ่ม มากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีกิจกรรมร่วมกันคือประพาดต้นไม้โรบิค งานวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลและ งานศพในหมู่บ้าน 2 ราย พบผู้ป่วยมากที่สุดคือวันที่ 27 และ 28 มีนาคม 2561 จากนั้นก็มีผู้ป่วยลดน้อยลงเรื่อยๆ หลังมีมาตรการสอบสวนและควบคุมโรค ซึ่งหากพิจารณาจากเส้น โค้งการระบาดแล้ว การระบาดของโรคในครั้งนี้เป็นลักษณะ แหล่งโรคแพร่กระจาย (Propagated source) รายละเอียด ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 เส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) จำนวน ผู้ป่วยสงสัย และผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดใหญ่

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

จากการเก็บตัวอย่างจาก Throat Swab และ Nasopharyngeal Swab ในผู้ป่วย 6 ราย ส่งตรวจหาเชื้อไวรัสด้วยวิธี Real time PCR และเก็บตัวอย่างซีรัมพระภิกษุสงฆ์ ที่มรณภาพ 1 รูปเพื่อตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgM ด้วยวิธีเทคนิค Eliza ที่สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 จำนวน 6 ราย

2. การศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน

จากการสังเกตลักษณะชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามี หลังกาเรือนอยู่ใกล้ชิดกันและพบปะกันเป็นประจำ ชอบบริโภคอาหารร่วมกันและมีกิจกรรมที่ทำร่วมกันเป็นหมู่ใหญ่ได้แก่ ประกวตต์แอโรบิค งานวันอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำตำบล ซึ่งผู้ร่วมงานมีคนที่มมีอาการของทางเดินหายใจร่วมด้วยแต่ไม่มีการสวมหน้ากากอนามัย และในงานศพคนในหมู่บ้าน หมู่ที่ 6 จำนวน 2 ราย ไม่มีการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร ใช้แก้วน้ำดื่มร่วมกัน อีกทั้งผู้ร่วมกิจกรรมไม่มีการสวมหน้ากากอนามัยป้องกันโรคทางเดินหายใจ

3. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงอนุมาน (Analytic study)

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์ multivariate analysis โดยใช้สถิติ Binary Logistic Analysis พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง คือ ประวัติการสัมผัสผู้มีอาการป่วย โดยมีความเสี่ยง 32.27 เท่า (95% CI = 10.46–99.60) การนอนร่วมกับผู้มีอาการป่วย มีความเสี่ยง 2.45 เท่า (95% CI = 1.05 – 5.74)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ (1 มีนาคม- 20 เมษายน 2561) (N=239)

ปัจจัยเสี่ยง	มี		ไม่มี		Crude RR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)
	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย		
ประวัติโรคประจำตัว	23	31	75	110	1.05(0.74-1.50)	-
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ก่อนป่วย	28	37	67	103	1.10(0.79-1.53)	-
ประวัติการสัมผัสผู้มีอาการป่วยก่อน	59	4	39	137	4.23(3.18-5.62)	32.27(10.46-99.60)
การร่วมงานฝึกซ้อมเต้นรำในงาน อสม	22	9	76	132	1.94(1.46-2.60)	2.15(0.58-7.92)
การไปร่วมงานในวัน อสม.	11	3	87	138	2.03(1.48-2.80)	2.45(0.41-14.83)
การไปร่วมงานศพครั้งที่ 1	70	59	28	82	2.13(1.50-3.05)	1.67(0.63-4.49)
การไปร่วมงานศพครั้งที่ 2	67	48	31	93	2.33(1.66-3.30)	1.98(0.75-5.19)
การนอนร่วมกับผู้มีอาการป่วย	51	27	44	114	2.35(1.74-3.16)	2.45(1.05-5.74)
การล้างมือหลังสัมผัสใกล้ชิดผู้มีอาการป่วย	47	46	47	95	1.53(1.12-2.08)	1.80(0.81-4.01)
การใช้แก้วนํ้าร่วมกับผู้มีอาการป่วย	60	83	34	58	1.14(0.82-1.58)	-
การใช้ถังนํ้าดื่มร่วมกับผู้มีอาการป่วย	68	94	26	47	1.18(0.82-1.69)	-
การใช้ช้อนร่วมกับผู้มีอาการป่วย	41	76	53	65	0.78(0.57-1.07)	-
การใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้มีอาการป่วย	15	9	79	132	1.67(1.18-2.39)	1.53(0.45-5.25)
การใช้เสื้อผ้ากับผู้มีอาการป่วย	4	6	90	135	1.00(0.46-2.18)	-

วิจารณ์

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) ต่อผู้ป่วยนอกทั้งหมด ของโรงพยาบาลพนมไพร จำแนกรายสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4-7) เดือน กุมภาพันธ์ 2561 มีค่าร้อยละ 1.45, 1.51, 2.18 และ 2.87 ตามลำดับซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างสูงชันอย่างช้าๆ แต่ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือ เดือนเมษายน 2561 โดยผู้ป่วยในช่วงเดือนเมษายน 2561 มีรายงาน 5 ปีไม่มีผู้ป่วยแต่ในเดือนเมษายนมีจำนวนผู้ป่วยมากถึง 10 ราย และเป็นการป่วยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันมากกว่า 2 คนขึ้นไป ทำให้เชื่อได้ว่ามีการระบาดของโรคเกิดขึ้น^{3,4} และมีการตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี Real-Time PCR^{5,6} ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 ผู้ป่วยรายแรก เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2561 โดยมีการระบาดในลักษณะการนำเชื้อโรคเข้ามาสู่ชุมชน น่าจะเป็นลักษณะแบบแพร่กระจาย (Propagated source)^{7,8}

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ประวัติการสัมผัสผู้มีอาการป่วยมาก่อนและการนอนร่วมกับผู้มีอาการป่วยโดยทั้งสองปัจจัยล้วนเกิดจาก

การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง แล้วเกิดการแพร่เชื้อจากการติดต่อเชื้อโรคทางระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นไปตามลักษณะของโรคไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการยืนยันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับบางการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงการระบาดของโรค คือ การฝึกหรือทำกิจกรรมหรือคลุกคลีผู้ป่วย^{9,10}

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค 1 . ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยเน้นเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแยกผู้ป่วย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์ทันที

2. ประชุมทีมสอบสวนโรคและเครือข่ายสุขภาพ เพื่อกำหนดมาตรการชุมชนในการควบคุมป้องกันโรค โดยใช้มาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด”

3. เฝ้าระวังกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน หากพบผู้ป่วยสงสัย ให้ทำการสอบสวนและส่งต่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

4. จัดทำข่าวประชาสัมพันธ์และจัดทำหนังสือราชการ
แจ้งเตือนให้ทุกอำเภอติดตามเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ใน
พื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์หรือสื่อสารความเสี่ยง เพื่อสร้างการรับรู้
และความตระหนัก ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
โดยเฉพาะบุคคลที่มีอาการดื้อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
2. พัฒนาเครือข่ายสถานบริการในการรายงานและ
เฝ้าระวังโรค รวมถึงการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง และเสริม
องค์ความรู้เจ้าหน้าที่ เพื่อการรายงาน และควบคุมโรคได้
ทันทั่วถึง
3. ควรมีการเตรียมความพร้อมวัสดุอุปกรณ์ ในการ
ตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคอย่างเพียงพอ เช่น ชุดเก็บ
ตรวจตัวอย่าง หน้ากากอนามัย เป็นต้น

ข้อจำกัดในการสอบสวน

1. ประชาชนบางคนจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีตไม่
ครบถ้วนทำให้ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง
2. การเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยในกลุ่มเด็ก ต้องอาศัย
ผู้ปกครองในการให้ข้อมูล อาจส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน
ทุกประเด็น
3. ไม่สามารถติดตามอาการของคนต่างถิ่นที่เข้าร่วม
กิจกรรมในชุมชน เช่น งานศพทั้ง 2 งาน อาจทำให้ข้อมูลใน
การวิเคราะห์คลาดเคลื่อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ปณิธิ คุ้มมิวิจยะ อาจารย์ที่ปรึกษา
คณะเจ้าหน้าที่ฝ่ายระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร ผู้อำนวยการ
การโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนานวล ทีม SRRT
อำเภอพนมไพร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลนานวล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ให้การ
สนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การสอบสวน
โรคในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่ (Seasonal Influenza).
เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2561. เข้าถึงได้จาก: http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/th/diseases/2553.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ
2561. กรุงเทพมหานคร. แสงจันทร์การพิมพ์; 2561.
3. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและ
แนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
(SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. กรุงเทพมหานคร.
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;
2555.
4. ภาพพันธ์ ภัทรโกศล, ประเสริฐ เอื้อวรากุล, บรรณาธิการ.
ไข้หวัดใหญ่ไข้หวัดนก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
สมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย); 2551.
5. David Schlossberg. clinical infectious disease.
Cambridge University Press (2008) 2015.
6. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา
สวัสดิคุณพิงค์, ชุติพร จิระพงษา. พื้นฐานระบาดวิทยา.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์แคนนา
กราฟฟิค; 2559.
7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สาขาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ. วิทยาการระบาดประยุกต์กับการพัฒนา
สุขภาพและสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย;
2553.
8. ไพบุลย์ โลห์สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 10.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2556.
9. ภัณฑิลาภัก ศิลารักษ์ และคณะ. การสอบสวนการระบาด
โรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 2009 ในทหารใหม่
กองร้อยอาวุธเบา ค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร
เดือนพฤษภาคม 2560. รายงานการเฝ้าระวังทาง
ระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2561; 48(52): 817-24.

10. ภูซังค์ ไชยชิน, ปิยะกาญจน์ สุทธิ. การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H3N2 ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม - 10 กันยายน 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2559; 47(ฉบับพิเศษ): S1-8.

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac arrest) สำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลของอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Model Capacity building Care for acute cardiac arrest patient of EMR Phanomphrai District, Roi Et Province

ละเมียด สิงห์ธีร์* และสุปราณี โสทดธานี**

Lamead Singthi and Supranee Sodthana

Corresponding author: E-mail: Lamead_Sing@hotmail.com

(Received: March 31, 2020; Revised: April 10, 2020; Accepted: April 24, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยและรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครกู้ชีพตำบลพนมไพรตำบลละ 1 ทีม ทั้ง 13 ตำบล จำนวน 39 คน พัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูลเดือน มีนาคม 2562 ถึง กันยายน 2562 จากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่าก่อนการศึกษายังไม่มีรูปแบบในการสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบลที่ชัดเจน หลังการพัฒนาตามกระบวนการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบลอำเภอพนมไพร ในรูปแบบ NCPG การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ครอบคลุมทั้ง 3 ขั้นตอน คือการประเมินผู้ป่วย การประสานขอความช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและการนำส่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่า แนวทางนี้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสะดวก เข้าใจง่าย และมีความชัดเจน ความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดเพิ่มขึ้นจากเดิม 73.98% เป็น 88.24% การประเมินทักษะการปฏิบัติการ ใน 3 ขั้นตอนพบว่า การประเมินผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 98.46% เป็น 98.96% การร้องขอความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจาก 95.73% เป็น 99.12% และการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานเพิ่มขึ้นจาก 85.26% เป็น 98.09% และผลงานตามตัวชี้วัดผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาด้วยระบบ EMS และ CPR สำเร็จ เพิ่มขึ้นจากเดิม 22.46% เป็น 38.09%

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย:การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงการดูแลและการรักษาได้เร็วตามมาตรฐาน มีทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ได้ตามมาตรฐาน อาสาสมัครกู้ชีพตำบลมีความพึงพอใจ เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ

คำสำคัญ : การพัฒนา; แนวทางการดูแลและการรักษา; ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน;อาสาสมัครกู้ชีพตำบล

ABSTRACT

Purposes : To study the care of patients and the model of capacity building in caring for patients with acute cardiac arrest of rescuers in Phanomphrai District, Roi Et Province.

Design: Action Research

Materials and Methods : The sample consisted of 39 rescued volunteers from Phanom Phrai Subdistrict, 1 team in each of 13 sub-districts, developed and collected data from March 2019 to September 2019 from questionnaires, interview forms. In-depth, practice skill assessment Use descriptive statistics and content analysis.

Main findings : The results showed that before the study, there was no model for enhancing the capacity to care for acute cardiac arrest patients in the sub-district rescuers. After the 2-cycle development, the capacity building model for the management of acute cardiac arrest patients in the Phanom Phrai district rescued volunteers in the NCPG format. 3 steps: patient assessment, coordination for help, patient care at the scene of incident and delivery.

In which all samples agreed that This approach is appropriate and has practical possibilities at a high level. Because it is convenient, easy to understand, and clear the highest to the highest satisfaction level increased from 73.98 percent to 88.24 percent. Assessment of operational skills in 3 steps found that patient evaluation increased from 98.46 percent to 98.96 percent, requests for help increased from 95.73 percent to 99.12 percent and basic resuscitation increased from 85.26 percent to 98.09 percent and personal results. The indicators of acute arrhythmia patients with EMS and CPR were increased from 22.46 percent to 38.09 percent.

Conclusion and recommendations : From the development of clear guidelines for acute cardiac arrest patients, patients are able to quickly access to care and treatment according to standards. The sample consisted of practice skills for caring for patients with acute cardiac arrest. Standardized The paramedic rescuers were satisfied in the form of care for patients with acute cardiac arrest (NCPG) that they were suitable. 82.1% were used, NCPG was 84.7% beneficial to their work, and NCPG was beneficial to 92.3% of patients and relatives, 92.3% satisfied with NCPG and 89.8% of NCPG's perceived importance

Keywords : Development; Care and treatment guidelines; Patients with acute cardiac arrest; Paramedic rescuers (EMR)

บทนำ

ปัญหาภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac arrest) ก็เป็นภาวะอาการหนึ่งที่พบสถิติแต่ละปีที่มีประชาชนเสียชีวิตมากกว่า 50,000 คน หรือเท่ากับว่าใน 1 ชั่วโมงจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากถึง 6 คน เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ ซึ่งโรคหรือภาวะอาการเหล่านี้ หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและดูแล

อย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนของห่วงโซ่การรอดชีวิตอย่างเหมาะสม จะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากกว่า 50% และระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่จะให้การช่วยเหลือประชาชนได้ดีที่สุดคือระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดก็มีปัญหาภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตมีสถิติการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลพนมไพรมีขนาด 30 เตียง มีหน่วยกู้ชีพพื้นฐานตำบลในเครือข่าย จำนวน 13 หน่วย ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของ EMR สถิติโรงพยาบาลพนมไพร พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาด้วย EMS เฉลี่ย 51.37 % และ CPR สำเร็จเฉลี่ย 22.46 % จากการสอบถาม/การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานจริง จากแบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่าการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งการประเมินผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การดูแลอย่างต่อเนื่องตามห่วงโซ่การรอดชีวิต การประสานงานขอความช่วยเหลือจากทีมของโรงพยาบาล และการนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล¹ ดังนั้นเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพทั้ง 3 ขั้นตอน คือการประเมิน การดูแล การประสานงานและนำส่งผู้ป่วย จึงมีการศึกษาวิจัยขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยและรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล อำเภอพนมไพรจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของแคมมิสและแมคแทคกาทร์² ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกิดการพัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบ วิธีการการปฏิบัติที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบต่อเนื่อง (Spiral of Self – Reflection) เป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุดพ3เพื่อหารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครกู้ชีพตำบล 39 คน (ตำบลละ 3 คน, 13 ตำบล) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเริ่มดำเนินการงานการวิจัยในเดือนมีนาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม และการประเมินความพึงพอใจ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

มีการทดสอบเครื่องมือวิจัยและผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) และประยุกต์ใช้ทฤษฎีกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบแนวคิดกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุดพ3มีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ระยะศึกษาบริบท สภาพปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การดูแลตามห่วงโซ่ของการรอดชีวิต การประสานงานระหว่างทีมอาสาสมัครตำบลกับโรงพยาบาล และการนำส่งโรงพยาบาล ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁴ รวมทั้งแนวทางของโรงพยาบาลต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาเป็นแนวทางการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาของการดูแลและการพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลของอำเภอพนมไพร

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะดำเนินการวิจัยได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน (Brain Storming) การประชุมอภิปรายกลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งต่อ มี 4 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การวางแผนการพัฒนาแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันร่วมกันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบลและทีมสหวิชาชีพประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแบ่งทีมย่อยออกเป็น 4 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มให้วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบล โดยแบ่งเป็นการปฏิบัติการทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ การประเมินผู้ป่วย, การร้องขอความช่วยเหลือประสานงานกับแม่ข่าย และการ CPR พร้อมทั้งการนำส่งเมื่อพร้อม เพื่อนำสู่การจัดทำร่างรูปแบบต่อไป จากเดิม ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของซุคัพ³ มีการปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 Evidence-triggered phase การค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ในอำเภอพนมไพร โดยศึกษาบริบทสถานการณ์ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติพบทวนเวชระเบียนและผลลัพธ์ตัวชี้วัดย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และนโยบาย

- ขั้นตอนที่ 2 Evidence-supported phase สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน จากผลงานวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2005 - 2017 ใช้วิธีการคือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นตาม PICO framework 2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ EMR, Emergency Care , CPR for EMR 3) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ CINAHL, MEDLINE, PubMed, ThaiList, ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และวารสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในช่วงปี ค.ศ. 2010 - 2017 4) กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ประเมินระดับของงานวิจัย และจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปใช้

- ขั้นตอนที่ 3 Evidence-observed phase พัฒนารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล และทดลองใช้ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรได้มากร่างเป็นรูปแบบการ

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล เพื่อการพัฒนาในแต่ละประเด็นรวมทั้งสิ้น 3 ประเด็นหลัก คือ การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การร้องขอความช่วยเหลือประสานงานกับแม่ข่าย และการดูแลผู้ป่วยตามห่วงโซ่การรอดชีวิต พร้อมทั้งการนำส่งเมื่อพร้อม แล้วประเมินเปรียบเทียบความเป็นไปได้ในเกณฑ์การนำไปใช้(Comparative evaluation and Decision making) รวมทั้งร่วมกันจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิต (Early warning sign)⁵ ให้สอดคล้องปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ทั้ง 3 ขั้นตอน ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 คน และหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2561 ถึงมิถุนายน 2561

- ขั้นตอนที่ 4 Evidence-based phase นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันไปใช้ปฏิบัติโดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติ ประกาศใช้ในหน่วยกู้ชีพพื้นฐาน ไปปฏิบัติระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนกันยายน 2562 แล้วประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 ภายหลังการประเมินผลระยะที่ 1 แล้วทีมผู้วิจัยประชุมร่วมกับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลผู้ปฏิบัติ นำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติมาวิเคราะห์ปรับปรุงอีกครั้ง และให้ข้อมูลผลลัพธ์ย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ แล้วนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาใช้ปฏิบัติต่อระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2562 และประเมินผลเป็นระยะที่ 2 พร้อมเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง (Evaluation and Evidence based Practice) โดยประเมินผลทุกๆ เดือนทั้งคุณภาพและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(Observe)โดยการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ทั้ง 3 ขั้นตอน คือการประเมิน

ผู้ป่วย การร้องขอความช่วยเหลือและการดูแลตามห่วงโซ่ของการรอดชีวิตพร้อมนำเสนอ โดยมีจุดเน้นในการติดตามเรื่องคุณภาพการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ(Reflection) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินการ โดยประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันรูปแบบใหม่เพื่อหาข้อสรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนาตามรูปแบบ ซึ่งจะสะท้อนผลการดูแลผู้ป่วยเป็นรายๆแล้วรายงานเป็นภาพรวมตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) สรุปติดตามและประเมินผลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ในทุกขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงของทักษะรวมทั้งผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล เพิ่มมากขึ้นและเพียงพอผู้ป่วยปลอดภัยโดยลดอุบัติการณ์เสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนลง ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันร่วมด้วยเพื่อสะท้อนเป็นวงจรแบบต่อเนื่องของการพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่ จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูลวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล

4. วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลมาเทียบความถูกต้องน่าเชื่อถือซึ่งกันและกัน ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การสรุปเป็นตาราง (Table) และแผนผังความคิด (Mind mapping) ตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบความคิดกับผู้ให้ข้อมูลผ่านกระบวนการกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อท่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 สิงหาคม 2562 COE No.0672562

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบ 2 วงจรการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วงจรการพัฒนาที่ 1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลของอำเภอพนมไพร ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เตรียมการ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพตำบลไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ชัดเจน นำส่งผู้ป่วยโดยขาดทักษะการประเมินผู้ป่วย ไม่ขอความช่วยเหลือกับทีมแม่ข่ายเมื่อนำส่งผู้ป่วยก็มีอาการทรุดหนักหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ที่มาด้วยระบบ EMS เฉลี่ย 51.37% และ CPR สำเร็จเฉลี่ย 22.46 %

ระยะ 2 การดำเนินการวิจัยตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการพัฒนารูปแบบและกระบวนการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน โดยการจัดทำกลุ่มระดมสมองและการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การวางแผนการพัฒนาในรูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย

หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันร่วมกันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบล เพื่อนำสู่การจัดทำร่างรูปแบบต่อไป จากเดิม ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของชูตซ์³ มีการปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการ เลือกประเด็นปัญหาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยสืบค้นเอกสาร งานวิจัยจากฐาน PubMed, CINAHL, MEDLINE, ThaiList ช่วงปี ค.ศ. 2010-2017 มี 10 เรื่อง แล้วนำมาเป็นแนวทางพัฒนาที่สำคัญเชื่อมโยงการส่งต่อการสร้างและพัฒนารูปแบบ

2. วิเคราะห์ ประเมินผลงานวิจัยและตรวจสอบความน่าเชื่อถือจากทั้ง 10 เรื่อง ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลใน 3 ขั้นตอน

3. นำมาพัฒนาปรับปรุงจัดทำสร้างเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบล 3 ประเด็นหลัก คือ การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การร้องขอความช่วยเหลือประสานงานกับแม่ข่าย และการดูแลผู้ป่วยตามห่วงโซการรอดชีวิตพร้อมทั้งการนำส่งเมื่อพร้อม

4. นำมาประยุกต์ใช้ศึกษานำร่องโดยแต่ละทีมร่วมกันประเมินการปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของแต่ละตำบลดำเนินการเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2562

5. ประเมินผลการใช้รูปแบบพร้อมเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน พบว่าแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบยังไม่ชัดเจนยากในการใช้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ระยะที่ 1 ระหว่างเดือน มิถุนายน 2562 ถึง เดือนกรกฎาคม 2562

เดิม >> ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ใหม่ >> จัดทำขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันอย่างชัดเจน

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของ EMR

ลำดับ	กิจกรรม	หมายเหตุ
1	รับแจ้งเหตุ	
2	ถึงจุดเกิดเหตุ>>ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ถ้าพบ ผู้ป่วยหมดสติหรือไม่มีชีพจร ต้องขอความช่วยเหลือทันที	
3	ประสานขอความช่วยเหลือจากแม่ข่าย	
4	CPR ทันทีเมื่อประเมินแล้วผู้ป่วยไม่มีชีพจร	
5	นำส่งโรงพยาบาลเมื่อพร้อม	
6	ทบทวน Case ร่วมกับทีม ALS หลังส่ง Case แล้ว	

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์(Observe) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) จากสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบในทุกระยะพบว่าแม้ขั้นตอนปฏิบัติแต่รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจนทำให้มีการปฏิบัติที่ไม่ครบหรือถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานคุณภาพ จึงได้นำสู่การสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขในวงจรต่อไป

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สรุปติดตามและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่ามีเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในระดับมาก ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบซึ่งมีความพึงพอใจระดับมาก (73.98 %) ข้อเสนอแนะคือควรมีราย

ละเอียดในแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้คุณภาพมาตรฐาน

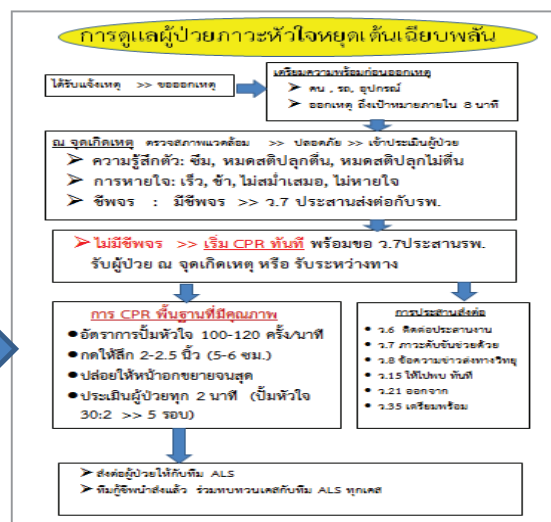
วงจรการพัฒนาที่ 2 การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบลของอำเภอพนมไพร ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมีขั้นตอนที่ชัดเจนแต่รายละเอียดการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนไม่มี ทีมจึงเสนอแนะให้เพิ่มเติมรายละเอียดการปฏิบัติของแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ทำการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลอำเภอพนมไพร ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันโดยมีรายละเอียดในการปฏิบัติทั้ง 3 ขั้นตอนที่ชัดเจน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) พัฒนา

ระยะที่ 2 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2562

ที่	กิจกรรม	หมายเหตุ
1	รับแจ้งเหตุ	
2	ถึงจุดเกิดเหตุ>>ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ ถ้าพบ ผู้ป่วยหมดสติ หรือไม่มีชีพจร ต้องขอความช่วยเหลือทันที	
3	ประสานขอความช่วยเหลือจากแม่ข่าย	
4	CPR ทันทีเมื่อประเมินแล้วผู้ป่วยไม่มีชีพจร	
5	นำส่งโรงพยาบาลเมื่อพร้อม	
6	ทบทวน Case ร่วมกับทีม ALS หลังส่ง Case แล้ว	



ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สรุปและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นโดยต้องเน้นให้มี

สมรรถนะอาสาสมัครกู้ชีพโดยการทบทวนเคสที่น่าส่ง, การฝึกทักษะการ CPR, การใช้วิทยุสื่อสาร, การประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งพัฒนาต่อเนื่องในเดือน สิงหาคม - กันยายน 2562 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เมื่อสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในทุกๆ ระยะ พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพตำบลมีความรู้และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น การประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ, การร้องขอความช่วยเหลือจากแม่ข่ายโดยใช้วิทยุสื่อสาร, การ CPR พื้นฐานก่อนนำส่ง ทั้งการส่งต่อแม่ข่ายได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ที่มาด้วยระบบ EMS 2 ราย และ CPR สำเร็จ 1 ราย คิดเป็น 50 % กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและมีความพึงพอใจระดับมาก (88.24 %)

การพัฒนาทักษะของกู้ชีพตำบลในรูปแบบทบทวนเคสที่น่าส่ง, จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติ และมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่ามี

เหมาะสมและเป็นไปได้ในการปฏิบัติในระดับมาก

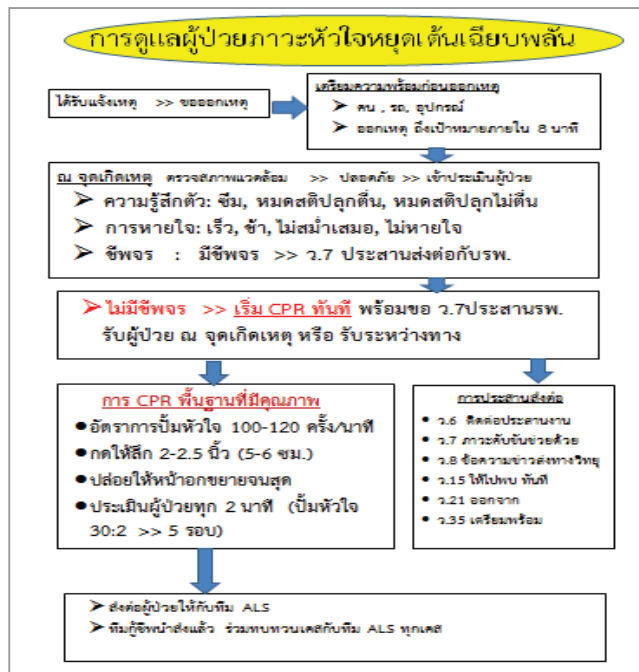
ผลลัพธ์การพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.40) อายุส่วนใหญ่ 41 ปีขึ้นไป (69.80%) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 77 ปี มีอายุเฉลี่ย 51 ปี สถานภาพสมรสคู่ส่วนมาก (64.10%) ระดับการศึกษาส่วนมากระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (56.40%) ประสบการณ์ในการทำงานด้านอาสาสมัครกู้ชีพดับเพลิง (EMR) 0 - 5 ปีเป็นส่วนมาก (61.60%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด 0 สูงสุด 10 ปี เฉลี่ย 5 ปี ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า 24 การประเมินทักษะการปฏิบัติการ ใน 3 ขั้นตอนพบว่าการประเมินผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 98.46% เป็น 98.96% การร้องขอความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจาก 95.73% เป็น 99.12% และการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานเพิ่มขึ้นจาก 85.26% เป็น 98.09%

ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครกู้ชีพดับเพลิง กับรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนามีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดเพิ่มขึ้นทุกข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่า แนวทางนี้เหมาะสมและมีความเป็น

ไปได้ในทางปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสะดวก เข้าใจง่าย และมีความชัดเจน ความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 73.98 เป็นร้อยละ 88.24 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาด้วยระบบ EMS และ CPR สำเร็จ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 22.46 เป็นร้อยละ 50 (ผู้ป่วยมาด้วยระบบ EMS 2 ราย และ CPR สำเร็จ 1 ราย)

วิจารณ์

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของชูชีพ³ ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาผ่านกระบวนการ 2 วงจร ได้รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ในรูปแบบ NCPG ประกอบด้วย : (1) การรับแจ้งเหตุ (2) การประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (3) การร้องขอความช่วยเหลือจากแม่ข่าย (4) การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน (CPR) (5) การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน หลังจากส่งผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพดับเพลิง

หลังพัฒนาได้นารูปแบบไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันทั้งหมด 2 ราย พบว่ามีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ถูกต้องครอบคลุมเหมาะสม การประเมินผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 98.46% เป็น 98.96% การร้องขอความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจาก 95.73 % เป็น 99.12% และการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานเพิ่มขึ้นจาก 85.26% เป็น 98.09% ความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม 73.98% เป็น 88.24% ผลการประเมินตามตัวชี้วัดผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาด้วยระบบ EMS และ CPR สำเร็จเพิ่มขึ้นจากเดิม 22.46% เป็น 50% (ผู้ป่วยมาด้วยระบบ EMS 2 ราย และ CPR สำเร็จ 1 ราย)

อภิปรายได้ว่าการสังเกตและการสะท้อนกลับเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผู้ร่วมพัฒนารูปแบบว่าสามารถปฏิบัติงานตามแนวทางหรือวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่⁶ หากการปฏิบัติมีปัญหาใดเกิดขึ้นการสังเกตและการสะท้อนกลับ การให้ข้อคิดเห็นระหว่างทีมผู้วิจัยและคณะทำงานจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้⁷ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงการพัฒนาที่สะดวกและปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและต่อผู้ปฏิบัติงานได้ทันที การสะท้อนกลับจึงเป็นกิจกรรมความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมผู้วิจัยและคณะทำงานที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในงานที่ดีขึ้นได้⁸ ซึ่งยืนยันด้วยผลการสะท้อนกลับประเด็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบลพนมไพรที่สามารถดำเนินการได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อที่เพิ่มมากขึ้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของอาสาสมัครกู้ชีพตำบลพนมไพรเริ่มตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การประเมินผู้ป่วย การร้องขอความช่วยเหลือ และการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน (CPR) หลังจากพัฒนาจนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครอบคลุมมากขึ้นส่งผลต่อการผ่านเกณฑ์คุณภาพพร้อมด้วยดังนั้นการเตรียมความพร้อม การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ได้รับความปลอดภัยและบุคลากรมีความพึงพอใจและความมั่นใจในการปฏิบัติการ ส่วนการนำไปใช้มีการขยายผลและมีการนำไปใช้ในหน่วยกู้ชีพพื้นฐานทั้งอำเภอพนมไพร ลงสู่ผู้ปฏิบัติ

ที่ไม่อยู่ในทีมวิจัย โดยมีการประชุมชี้แจงการนำแนวทางที่ได้ให้กับอาสาสมัครกู้ชีพตำบลทุกคน พร้อมกันนำ NCPG การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันไปไว้ที่ศูนย์ปฏิบัติการของกู้ชีพตำบลและติดไว้ในรถกู้ชีพตำบลทุกคันเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสำหรับEMR ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ควรพัฒนาแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยรายโรค (NCPG) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และควรมีการศึกษาค้นคว้าหาประเด็นความเสี่ยงเฉพาะที่สำคัญด้านการปฏิบัติงานของ EMR เพื่อการพัฒนาศักยภาพ EMR ควบคู่ไปกับพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดอุบัติเหตุเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมไพร. สรุปผลงานงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลพนมไพร; 2561.
2. Kemmis, S. and McTaggart, R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
3. Soukup M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am 2000 ; 35, 301-309.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสำหรับชุดปฏิบัติการทุกระดับ. กรุงเทพฯ: อัลทีเมท พรินติ้ง; 2560.
5. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. เพื่อศึกษารูปแบบและผลของรูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะการบริการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพ. 2557.
6. Sankar, M., Bailey, R., & Williams, B . Doing action research. Community Eco-nomic Development Action Research(CEDAR)Project. New Zealand : Department of Labour; 2005.

ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลโพนทราย สู่เครือข่ายชุมชน

The Effect of Caring for End-Stage Cancer Patients from Phonsai Hospital to Community networks.

ภัสณี สวนงาม*

Passanee Suanngam

Corresponding author: E-mail: Pasanee45_kk@hotmail.com

(Received: March 31, 2020; Revised: April 10, 2020; Accepted: April 24, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับบริการของโรงพยาบาลโพนทรายและเครือข่ายชุมชน

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัย Cross-sectional Study

วัสดุและวิธีการวิจัย : โดยการเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561 - มีนาคม 2562 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (PPS) 2) แบบประเมินอาการรบกวนการเจ็บป่วย 9 อาการ (ESAS) 3) แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม (Good death) และ 4) แบบวัดความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย : พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (60%) อายุมากกว่า 70 ปี (50%) มีการรักษาตามอาการ (65 %) รักษาด้วยเคมีบำบัด (25%) และรักษาด้วยรังสีรักษาละ (10%) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามเกณฑ์ประเมินอาการรบกวนเจ็บป่วย 9 อาการ (ESAS) มีระดับอาการรบกวนลดลงหลังจากได้รับการบรรเทาอาการรบกวน (100%) ที่พบมากที่สุดคือ อาการปวด อาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย อาการหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างาม (Good death) (100 %) การประเมินผลลัพธ์ทาง Humanized care พบผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแล (96%) เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกัน (88%) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการบรรเทาอาการปวด (95%) ผลลัพธ์ทาง Economic ผู้ป่วยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและไม่ต้องมาโรงพยาบาล (100%) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพมีระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลโพนทรายสู่เครือข่ายชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลโพนทรายสู่เครือข่ายชุมชนมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งเครือข่ายช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ให้บริการ,ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรกำหนดเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้งเครือข่ายและนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย; เครือข่ายชุมชน

ABSTRACT

Purpose : The purpose of this study was evaluate the outcomes of a palliative care for end-Stage Cancer patients at Phonsai Hospital to Community networks.

Design : Cross-sectional study.

Materials and Methods : Samples were purposively selected. Including 20 hospitalized patients with End-Stage cancer. Tools used in this study were tools for evaluating the outcome. These tools were validated by 3 experts working in palliative care and tested for reliability, The study was conducted from October 2018 to March 2019. The study instrument composed of the demographic questionnaire and 1)Palliative Performance Scale(PPS) 2) Edmonton Symptom Assessment System(ESAS) 3) Good death 4) Satisfaction questionnaire. Analyze quantitative data by descriptive statistics.

Main findings : The result of this study majority of the samples are male (60%) ,50%older than 70 years ,Symptomatic treatment (65%) ,Chemotherapy (25%)and Radiotherapy (10%) the patients were treated with Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)relieve disturbances 100% : Pain,Fatigue,Dyspnea. Their End-Stage cancer patients Good death 100%. Humanized care evaluation the overall satisfaction of family was 96 %,the health care providers' satisfaction was also 88% ,Clinical results Pain management 95%,Economic results save money no need to come to the hospital 100%, by multidisciplinary team care patients for end-stage cancer and the referral system from hospital to community networks.

Conclusion and recommendations : This result of study indicated that developed palliative care for End-Stage Cancer Patients from Phonsai Hospital to Community networks increase positive outcome of End-Stage Cancer Patients.Therefore, this system should be generalized to all other settings in other groups.

Keyword : Palliative care end-stage cancer patients; Community networks

บทนำ

องค์การอนามัยโลก WHO¹ ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life Threatening illness) ไม่ว่าจะโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย และ

จิตใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ครอบครัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาลเป็นแกนหลักสำคัญและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความไม่สบายต่างๆ

อุปสรรคสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง คือทัศนคติด้านลบ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งถูกมองว่าเป็น การุณยฆาตหรือการทำให้ตายโดยเจตนา โดยทัศนคติถูกสร้างขึ้นบนฐานของการปฏิเสธความตายหรือความกลัวผิดพลาด ถ้าประชาชนได้รับความเข้าใจที่ถูกต้องความกลัวก็จะ ลดลง การเข้าสู่ระบบการดูแลแบบ

ประคับประคองนั้นมีขั้นตอนการตรวจสอบ อย่างเป็นระบบ ว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ก่อนที่จะได้ รับคำปรึกษาให้เลือกรับการดูแลแบบประคับประคอง การเลือกมิใช่การบังคับ เมื่อผู้ป่วยเลือกก็เท่ากับว่าผู้ป่วยไม่ ปฏิเสธความตาย การตายก็เช่นเดียวกับ การเกิด คือ ต้องเตรียมความพร้อม ในยามจะเกิดเรามีมารดาเป็น ผู้เตรียม ความพร้อมให้ แต่ในยามจะไปเราทุกคนควรมีสติ ที่จะเตรียมความพร้อม ของตนเอง การเข้าสู่ระบบดูแลแบบ ประคับประคองเป็นการเตรียมความพร้อม สำหรับคนที่ ไม่สามารถรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วยได้แล้ว

ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถาน บริการสาธารณสุข ของประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะ ได้ รับการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่ได้ แยกผู้ป่วยไว้ต่างหาก มักถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้ายๆ ทำให้ ได้รับ การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม² การดูแลมุ่งเน้น ที่การรักษา มากกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง ได้แก่ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่นการรับรู้ต่ออาการและ ความก้าวหน้าของโรค ประสบการณ์ชีวิตการปรับตัว วุฒิภาวะแหล่งสนับสนุนทางจิตใจสังคม วัฒนธรรมและ ความเชื่อเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านพยาบาลเช่นอายุและ ประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง ระบบบริการและการทำงาน ร่วมกับสหวิชาชีพ³ แม้จะพบว่า สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ของประเทศ ได้มีการดำเนินงานในเกือบทุกพื้นที่ ภายใต้อาสา ความแตกต่าง หลากหลาย ความพร้อม และความสนใจของทีมนักวิชาการ ที่มีจิตอาสา การดำเนินงานดังกล่าวจึงมีลักษณะที่แตกต่าง กันไป ตามบริบทและความพร้อมของแต่ละสถานบริการ ซึ่ง ยังขาดการจัดระบบ บริการที่ชัดเจนเชื่อมโยงสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับเพื่อให้เกิดการดูแล ต่อเนื่องที่เป็น ระบบจนถึงระดับชุมชน

โรงพยาบาลโพนทราย ได้พัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาล และได้วางรากฐานการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลโดยระบบเครือข่ายพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มาตลอดระยะเวลา เพื่อให้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการ พัฒนาคุณภาพการ บริการพยาบาลครอบคลุมทั้งระดับ อำเภอ ดังนั้น ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประ คับประคอง จึงเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้เกิดการ

ปฏิบัติจริงในทุกๆ พื้นที่ โดยการพัฒนาเครือข่าย พร้อมทั้ง สร้างความตระหนักในหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็น บุคลากรที่ ดูแลผู้ป่วยทุก ๆ ระยะ อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เป็นบุคลากรหลักที่สำคัญ ในระบบบริการพยาบาล แบบประคับประคองเพื่อตอบสนองนโยบายของ กระทรวง สาธารณสุขให้สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนา เครือข่าย ระบบการบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อปรับสู่การปฏิบัติงานจริง ในพื้นที่ตามบริบทของสังคม ไทยโดยเชื่อมโยงระบบเครือข่ายบริการพยาบาล ที่เกื้อก ลกันภายใต้หลักการพยาบาลองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคองที่มีบริการรักษาในโรงพยาบาลโพนทราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Cross-sectional Study เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ระยะสุดท้ายที่มารับบริการในโรงพยาบาลโพนทราย จังหวัด ร้อยเอ็ด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 31 มีนาคม 2562 จำนวน 20 ราย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีคุณลักษณะ ตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย
2. ผู้ป่วยมีระดับ PPS น้อยกว่า 40 % ลงมา
3. มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. พักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา รายได้ การรักษา
2. แบบประเมินอาการรบกวนการเจ็บป่วย 9 อาการ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง PPS (Palliative Performance Scale) ฉบับสวนดอก โดย

ดัดแปลงมาจาก Karnofsky Performance Scale ประกอบด้วย 5 ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

4. แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม (Good death) ของไพรินทร์ สมบัติ⁴ ประกอบด้วยคุณลักษณะการตายดี (Good death inventory) ลักษณะคำตอบ ใช่/ไม่ใช่จำนวน 4 ข้อ

5. แบบวัดความพึงพอใจจำนวน 5 ข้อลักษณะคำตอบ 3 ระดับ

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านดังนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, อาจารย์พยาบาลที่สอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้เขียนว่ามีความชัดเจนเข้าใจง่าย เหมาะสมดี ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปวัดผลโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายวิธีการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลว่าข้อมูลในการทำวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย (60%) เพศหญิง (40%) อายุมากกว่า 70 ปี (50%) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน (85%) หม้าย/หย่าร้าง (15%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา (85%) อาชีพเกษตรกร (85%) รายได้ 3,000-5,000 บาท (70%) และการรักษาตามอาการ (65%)

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการดูแลตามเกณฑ์ประเมินอาการรบกวนเจ็บป่วย 9 อาการ ESAS

การประเมินอาการรบกวนเจ็บป่วยผู้ป่วย 9 อาการก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองพบว่า อาการปวดก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (85%) หลังการดูแล (50%) อาการเหนื่อยและอ่อนเพลียก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (85%) หลังการดูแล (50%) อาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (30%) หลังการดูแล (15%) อาการซึมเศร้าก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (35%) หลังการดูแล (10%) ความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (45%) หลังการดูแล (35%) อาการง่วงซึมและสับสนสละก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (55%) หลังการดูแล (50%) อาการเบื่ออาหารก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (65%) หลังการดูแล (45%) อาการไม่สบายทั้งกายและใจก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (70%) หลังการดูแล (50%) อาการหายใจเหนื่อยหอบก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (70%) หลังการดูแล (45%)

ผลลัพธ์ของการดูแลตามแบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม Good death

ผู้ป่วยได้สิ้นใจอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานด้วยอาการที่ควบคุมไม่ได้ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต (90%) และผู้ป่วยไม่ได้สิ้นใจอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานด้วยอาการที่ควบคุมไม่ได้ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต (10%) ผู้ป่วยได้สิ้นใจท่ามกลางความอบอุ่นจากญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก 100% และยังพบผู้ป่วยได้สิ้นใจโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่ช่วย

ยื้อชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วย 100% ส่วนความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการตายของตนเองได้รับการตอบสนอง (95%) อีก (5%) ไม่ได้รับการตอบสนองในการต้องการเรื่องเกี่ยวกับการตายของตนเอง

ผลลัพธ์ของการดูแลทาง Humanized care

การประเมินผลลัพธ์ทาง Humanized care หรือการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ โรงพยาบาลโพนทรายได้ประเมินผลด้านผลลัพธ์เชิงหน้าที่ พบว่าความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดำเนินการพบว่า (89%) หลังนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาใช้พบ (91%) เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกันก่อนทำ (80%) หลังทำ (88%) ส่วนการประเมินผลลัพธ์ต่อความพึงพอใจ พบว่าญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยก่อนทำ (88%) หลังทำ (96%) ความสามารถของญาติในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ก่อนทำ (80%) หลังทำ (84%) ในส่วนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตสงบสง่างามก่อนและหลัง 100%

ผลลัพธ์ทางคลินิก

การจัดการความปวดโดยใช้ยา Morphine ชนิดเม็ด ที่บ้านญาติมีความเข้าใจและพร้อมที่จะใช้ยาหลังทำ (90%) ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวด (95%) พบคะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงจาก 10 คะแนนเหลือ 8-10 คะแนน (95%) และพบว่าญาตินำผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเพื่อใส่อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ (10%)

ผลลัพธ์ทาง Economic

ผลลัพธ์ทาง Economic หรือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลและค่าใช้จ่ายของญาติและผู้ป่วยพบว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 10,000 บาทใน 1 เดือนหรือมากกว่า 4 ครั้งต่อรายหลังญาติและผู้ป่วยได้เข้าร่วมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายเหลือ 10,000 บาทต่อเดือนหรือน้อยกว่า 4 ครั้งต่อเดือนผู้ป่วยไม่ต้องส่งต่อมาดูแลที่โรงพยาบาลจะมีทีมสหวิชาชีพไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ 100 พร้อมทั้งมีแหล่งประโยชน์ในชุมชนเช่นเทศบาลและ อบต.มาให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเช่นเบี้ย

ยังชีพ ในส่วนของกู้ชีพหรือ 1669 ก็ช่วยเหลือเรื่องการนำส่งโรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ 85%

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลโพนทราย จำนวน 20 รายที่มีระดับ PPS น้อยกว่า 40 % อายุระหว่าง 50- 84 ปีจัดอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลางและผู้สูงอายุตอนปลายกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปีมีมากที่สุด (50.00%) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีสถานภาพสมรส (85%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา (85%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (85%) มีรายได้ 3,000 - 5,000 บาทต่อเดือน (70%) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งมีหลายสาเหตุแต่มีส่วนหนึ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริมคือผู้ที่มีการได้น้อยและมีอาชีพเกษตรกรโดยอธิบายว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการรับประทานอาหารที่มีภูมิคุ้มกันต้านร่างกายต่ำเป็นประจำ 5

การประเมินอาการรบกวนเจ็บป่วย 9 อาการ ESAS นั้นพบว่าหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลโพนทรายมีอาการรบกวนเจ็บป่วยลดลงเช่น อาการปวด อาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการง่วงซึมและสับสนสับสน อาการเบื่ออาหาร ไม่สบายทั้งกายและใจ และอาการหายใจเหนื่อยหอบ ดังการศึกษา⁶ ความต้องการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้กล่าวว่าความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรู้การดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การแก้ปัญหาเร่งด่วนขณะดูแลผู้ป่วย ความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วยรวมถึงการให้ยา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเพื่อที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยจึงทำให้หลังการได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบอาการเจ็บป่วยลดลงไม่รุนแรงและเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและความต้องการการสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านแล้วพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนในด้านการ

จัดการอาการของผู้ป่วยและช่องทางการขอรับความช่วยเหลือเมื่อต้องการรวมทั้งการติดต่อประสานงานในการให้บริการต่างๆ⁷ นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 26 เรื่องแล้วพบว่าครอบครัวมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเพียงพอและต้องการได้รับการฝึกฝนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน⁸

การประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม (Good death) พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายต้องการสนใจอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานและต้องการสนใจท่ามกลางความอบอุ่นจากญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยต้องการสนใจโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยยืดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤติและใกล้ตายต้องการที่จะทราบความก้าวหน้าของโรค⁹ ดังงานวิจัย¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตต่างมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลแสดงให้เห็นว่าความต้องการข้อมูลและการได้รับทราบความก้าวหน้าของโรค/ผลจากการรักษา จะช่วยให้ครอบครัวสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแล ตลอดจนได้มีการวางแผน/การเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบและเป็นการเตรียมจิตใจสำหรับสมาชิกครอบครัวก่อนที่วาระสุดท้ายของผู้ป่วยจะมาถึง

การประเมินผลลัพธ์ทาง Humanized care จากการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทั้งบุคลากรต่อการทำงานร่วมกันหรือความพึงพอใจของญาติมีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 88.00, 96.00) โดยเฉพาะกลุ่มญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดเป็นเพราะรูปแบบการเข้าถึงบริการแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโพธารามมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งยาและเวชภัณฑ์เหล่านี้ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าถึงอยู่แล้วสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดกล่าวว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการนำส่งโรงพยาบาลได้หลายครั้งต่อคนและสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติได้สัมผัสคือความอบอุ่นอย่างใส่ใจจากทีมดูแลซึ่งได้แก่สหสาขาวิชาชีพ

จากโรงพยาบาล จากศูนย์สุขภาพชุมชน จากอาสาสมัคร เป็นสิ่งที่สร้างความประทับใจจนได้รับการตอบรับ¹¹

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าการจัดการความปวดโดยใช้ยาและวิธีทางอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความต้องการด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย รู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การแก้ปัญหาเร่งด่วนและการจัดการอาการของผู้ป่วยรวมถึงการให้ยาซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิด⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรัญญา¹² พบว่าญาติโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการปฏิบัติกรดูแลที่จำเป็น การแก้ไขปัญหาและการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์ทาง Economic พบว่าผู้ป่วยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล เพราะจะมีทีมสหวิชาชีพไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนเช่น เทศบาล / อบต./ กู้ชีพ / 1669 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุปทิน¹¹ ที่มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่บ้านของเขาเองซึ่งยาและเวชภัณฑ์เหล่านี้ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าถึงอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลเองทำให้เสียค่าเหมารถในการนำส่งยังไม่รวมการเสียเวลาของญาติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดจุดมุ่งหมายของการดูแลระยะสุดท้ายเปลี่ยนจากการรักษาให้หายจากโรคเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการและความปวดเพื่อให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านจิตวิญญาณ ดังนั้น ด้านการพยาบาลควรมีการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยค้นหาปัญหาและจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย

ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญโดยการจัดให้มีการอบรมเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยและมีการพัฒนาระบบการนิเทศติดตามรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลด้านผลลัพธ์เชิงหน้าที่จะเห็นได้ว่าร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกัน (88%) ยังไม่ถึง 90% อาจเนื่องมาจากบุคลากรเครือข่ายมีจำนวนน้อยแต่ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมีมาก บางครั้งจึงไม่พร้อมที่จะออกเยี่ยมบ้านพร้อมกันจึงทำให้การประเมินต่อการดูแลบางอย่าง ไม่ครอบคลุมซึ่งต้องนำข้อมูลมาหารือในที่ประชุมที่นำมาทางคลินิก เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น วางแผนให้มีการดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยตลอดจนถึงคุณภาพ ชีวิตของคนในครอบครัวเรื่องชีวิตหลังความตาย รวมทั้งผลักดันให้เป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับ เครือข่ายชุมชนในระดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประเมินการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาเดียวกันเพื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะการดำเนินการรูปแบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในด้านการ วิจัยและการปฏิบัติถือเป็นรากฐานสำคัญโดยเฉพาะความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการนำโปรแกรมเครื่องมือมาใช้เพื่อมุ่งปรับปรุงการดูแลสำหรับโรคเรื้อรังร่วมกันต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเช่น การติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนหรือ 1 ปี รวมทั้งควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะเป็นการยืนยันคุณภาพของการดูแลในเชิงสถิติได้มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธารามคณะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. In : National cancer Control programs: Policies and managerial guidelines. 2nded. WHO. Geneva : 2002.
2. สาวิตริ มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรมแผนกการพยาบาลอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. [รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
3. ทศนีย์ ทองประทีป. เสียงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์. 2547; 11(2), 36-46.
4. ไพรินทร์ สมบัติ,อารีย์ วรปรางกุล. ความหมายของคำว่าตายดี : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว : 2548.
5. นงคริษ์ สัจจานิจการ. ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน. โรงพยาบาลท่าวังผา : 2555.
6. พิมพ์พนิต ภาศรีและคณะ. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558; 35(2), 79-89.
7. ภัคพร กอบพิงตัน, จินตนา จรรย์เต, ตรุณี ดลรัตน์ภัทร, อรศิลป์ ชื่นกุล,และตรุณี ส่องแสง. คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2551; 26, 47-55.

8. Bee,P.Barnes,P.,&Luker,K.A.A systematic review of informal caregivers'needs in Providing home-based end-of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing, 18(10), 1379-93.
9. ยูวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานัต, และพัชรียา ไชยลังกา. ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2552; 32, 33-43.
10. สุมานี ศรีกำเนิด, รัชนี นามจันทรา, กนกพร นทีชนสมบัติ. การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2552; 10(1) : 59-67.
11. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550; 2(5) : 1021-30.
12. อรัญญา ไพรวลัย. ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.

การพัฒนาแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตที่หน่วยบริการใกล้บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด Development of service model kidney patient at PCU Roi-Et province

บุษบา บัวพันธ์*

Budsaba Buaphan

Corresponding author: Email: budsab101@hotmail.com

(Received: April 14, 2020; Revised: April 28, 2020; Accepted: May 11, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะของไต และประสิทธิผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตที่หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต ใช้หลัก Plan do check Aet โดยก่อนการดำเนินงานมีการสำรวจและศึกษาสภาวะสุขภาพ คัดเลือกผู้ป่วยไตระยะที่ 1-3 P คือ การวางแผน ออกแบบวิธี ทีมหมอครอบครัว PCC (Primary care team) D คือ การดำเนินการตามแผน โดยแบ่ง 3 ระยะ ระยะที่ 1 การประเมินการรับรู้ พฤติกรรม การตรวจสุขภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรค อาหาร การออกกำลังกาย ระยะที่ 2 จัดกิจกรรมภายใต้บริบทของพื้นที่ที่เลือกรูปแบบเอง เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมห้องครัว ตรวจดูเมนูอาหารที่รับประทาน การจัดทัวร์สุขภาพไต ระยะที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการแจ้งผลการดูแลสุขภาพ C คือ การประเมินติดตามผล ข้อมูลสุขภาพ, ประเมินการรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยง A คือ การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกลวิธีการของทีมสุขภาพ โดยทั้ง 3 ระยะนำกระบวนการ PDCA มาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัย : ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.2%) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี (33.4%) อายุเฉลี่ย 64.7 สถานภาพสมรสคู่ (73.5%) จบการศึกษาประถมศึกษา 69.0% ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (70.4%) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน (90.6%) มีประวัติเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (30.9%) ภาวะโภชนาการเกิน (40.1%) เป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 (80.9%) ระดับความรู้น้อย (59.7%) พฤติกรรมเสี่ยงน้อย (90.8%) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะของไต คือ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเป็นโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมรายได้ และระดับการรับรู้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=.021, .003, .003, .001, .001, .001$ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไต พฤติกรรมเสี่ยง และอัตราการครองของไต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตที่หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ กลุ่มเป้าหมายควรคัดเลือกเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตระยะที่ 3 ทำเป็น 3 ระยะ ต่อเนื่องกัน กิจกรรมทำเป็น 5 ขั้นตอน คือ การสำรวจสภาวะสุขภาพ วางแผน พัฒนา ศักยภาพ ดำเนินการตามแผน ติดตามประเมินผล ยึดหลัก PDCA

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบผู้ป่วยไต; การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยง

ABSTRACT

Purpose : Develop model and study of factors related to kidney stage and the effectiveness of self-care of kidney patients at PCU

Design : Research and Development

Materials and Methods : Use the PDCA principle before proceeding. There is a survey and study of health conditions. There are 1-3 kidney patients selected. P= Plan is the design planning method by primary care team (PCC) D= Doing by 3 phases. Phase 1: Assessment of perception of health check-up behavior. And providing knowledge about food diseases, exercise, phase 2, organizing the activities organized under the context of selected areas, such as exchanging learning To visit the kitchen See food menus Organizing kidney health tours, etc. Phase 3: Exchange of learning and notification of health care results C= Evaluation Health information, perception of health check-up and behavior. A= Improving the problematic using the information from KM of patients exchange, and strategies for the health team.

Main findings : Most of them were female 74.2 %, aged 60-69 years, 33.4 %, average age 64.7, marital status, 73.5 % <primary education 69.0% , agricultural occupation 70.4% ,Income less than 5,000 baht per month, 90.6%, Have a history of diabetes. Blood pressure was 30.9% had a low level knowledge, 59.7% had low risk behavior 90.8%. Factors related to the kidney stage are history of congenital disease, BMI , income , status and recognition level Having a statistically significant relationship $P = .021, .003, .003, .001, .001, .001$ respectively. When comparing before and after participating in activities, it was found that knowledge about kidney disease risk behavior and kidney filtration rate There are significant differences ($P < .01$)

Conclusion and recommendations : Form of care for kidney patients at the service unit near the home near the heart The target group should be selected as the third stage of renal patients as 3 consecutive phases. The activity is done in 5 steps: surveying the health condition, planning for potential development, implementing the plan. Follow up and evaluate .Use PDCA concept.

Keywords : Development of kidney patient model; perceived risk behavior

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และจังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไตเรื้อรังแบ่งตามความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระยะ จากการศึกษาประชากรวัยผู้ใหญ่โรคไตเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย (Thai SEEK Study) พบความชุกของโรคจาก ระยะที่ 1-5 เท่ากับ 3.3%, 5.6%, 7.5%, 0.8% และ 0.3% ตามลำดับ โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่มากขึ้น มีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตน กำลังเป็นโรคไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคไตเรื้อรังระยะ

ที่ 1-3 ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ดังนั้น มีผู้ที่รู้ตัวว่าเริ่มมีโรคไตเพียง 0.79%, 2.06% และ 5.63% ตามลำดับ ซึ่งการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบเพราะในระยะ แรกของโรคผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการผิดปกติ นอกจากนี้ โรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิต เมื่อโรค ดำเนินไปสู่ระยะที่ 5 และเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD) จะทำให้การพยากรณ์ ของโรคแย่ลง มีอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉลี่ยไม่ ต่ำกว่า 200,000 บาทต่อคนต่อปี โดยในปี 2555 พบความ ชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

เท่ากับ 905.9 ต่อล้านประชากร และใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี และคาดว่าในปี 2560 อาจจะต้องใช้งบประมาณกว่า 17,000 ล้านบาท ดังนั้นหากมีระบบในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกของโรค และให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว รวมถึงให้ยาที่เหมาะสมจะสามารถป้องกันและชะลอไตได้ และสามารถลดการสูญเสียงบประมาณในผู้ป่วยไตได้

จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด (37.5%) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (25.6%) โรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วทางเดินปัสสาวะ (4.3%) และโรค Chronic glomerulonephritis (2.4%) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคไตเรื้อรังและนิ่วไตสูงมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ โดยประมาณร้อยละยี่สิบห้า ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ประชาชนในชนบทที่ประกอบอาชีพหลัก เกษตรกรรมมีภาวะขาดโพแทสเซียมและมีตะกอนลักษณะคล้ายก้อนนิ่วเล็กๆ (Sludge) ในการตรวจอัลตราซาวด์ไต และพบผลึกยูริกและปัสสาวะที่เป็นกรด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคอ้วนรวมมิตรดั่งที่ อมร เปรมกมล¹ ได้บัญญัติไว้ จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวน 20,573 คน ทั้งนี้ กลุ่มระยะที่ 1-3 คิดเป็น 77.13% ของทั้งหมด และกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้าสู่ระยะที่ 4 และ 5 ในโอกาสข้างหน้าที่ต้องได้รับการดูแลโดยการล้างไตซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยผู้ป่วยไตระยะที่ 1-3 ส่วนใหญ่ ยังอยู่ในชุมชนสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ตลอดจนนโยบายการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ PCC โดยมีทีมหมอครอบครัวให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นหน่วยบริการที่ใกล้กับประชาชนมากที่สุด เข้าใจบริบทและความต้องการของคนไข้ พร้อมทั้งเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยไต เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสนับสนุน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะของไต และประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตที่หน่วยบริการใกล้บ้าน เพื่อนำมาพัฒนาและปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตแบบองค์รวมในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะของไต และประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตที่หน่วยบริการใกล้บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N181-N184, N189, E102, E112, E122, E132, E142, I151, N083, N02- N08, N11, N13, N14, N20-N23 ทั้งนี้ มีการแบ่งระยะ (Stage) จากค่า creatinine ครึ่งสุดท้ายที่แปลงเป็น egfr/egfr ครึ่งสุดท้ายที่ตรวจ ตามช่วงดังนี้

- stage 1 ≥ 90
- stage 2 = 60-89.99
- stage 3 = 30-59.99
- stage 4 = 15-29.99
- stage 5 = น้อยกว่า 15

กลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยไตระยะที่ 1-3 คุณสมบัติที่มีตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกมาให้บริการในโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำนวน 392 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตระยะที่ 1-3 ที่หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ (PCU = primary care unit) โดยการดูแลของทีมหมอครอบครัว (PCC = Primary care team) ด้วยกระบวนการคุณภาพหลักของ PDCA คือ P = Plan การวางแผน D = Do คือ การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้เขียนไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง C = Check คือ การตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของแผนงานว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้น จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนงานในขั้นตอนใด A = Action คือ การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหาหรือถ้าไม่มีปัญหาใดๆ ก็ยอมรับแนวทางการปฏิบัติตามแผนงานที่ได้ผลสำเร็จ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานครั้งต่อไป

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ข้อมูลการตรวจสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI (ดัชนีมวลกาย), อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate ย่อว่า จีเอฟอาร์/GFR) ย่อว่า eGFR คือตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพการทำงานของไต/อัตราการกรองของเสียของไต ที่แม่นยำโดยคำนวณค่าจีเอฟอาร์ ได้จากสูตรคำนวณทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ที่ประกอบด้วย ค่า Creatinine ในเลือด อายุผู้ป่วย เพศ เชื้อชาติ น้ำหนักตัว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต

ตอนที่ 4 แบบทดสอบการรับรู้เรื่องโรคไต

ตอนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามแบบปลายเปิดในการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการของรัฐ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยง (Validity)

การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้ศึกษานำแบบสอบถามทั้งหมดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความชัดเจนและถูกต้องของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จำนวน 4 ท่าน โดยคำนวณค่าความเที่ยง ได้เท่ากับ 0.803 ซึ่งมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.50 ถึง 1.00 แปลผลว่าแบบสอบถามนั้น ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. การคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไต จำนวน 30 ชุด คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค³ เท่ากับ 0.9936

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 12/2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทำการศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ทำบันทึกถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตทำวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในคน

2. เมื่อได้รับอนุญาต ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูล 43 แพ้ม เพื่อหาผู้ป่วยไตระยะที่ 1-3 แจ้งให้พื้นที่เป้าหมายค้นหาและให้ผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมโครงการและแจ้งผู้ป่วยว่าข้อมูลนี้จะเป็นความลับ

ขั้นตอนการ

1. ออกแบบการทดลองขั้นต้นโดยการทดลองกับกลุ่มเดียวทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน (One Group Pretest-Posttest Design) ใช้เวลาในการพัฒนาตั้งแต่ ตุลาคม 2560 - กรกฎาคม 2561

2. ดำเนินการทดลอง โดยใช้หลัก PDCA โดยก่อนการวางแผนจะมีการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยไตเพื่อการวางแผนและออกแบบโดยทีมวิจัย

3. หลังการพัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบและแบบสอบถาม และประเมินอัตราการกรองไต

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ทำการศึกษานำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้กับข้อมูลด้านประชากร เช่น จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้การทดสอบในกรณีตัวแปรสองตัวนี้เป็นการทดสอบเพื่อดูว่า ตัวแปรสองตัวนี้มีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กันหรือไม่ ถ้าไม่สัมพันธ์กันหมายความว่า เป็นอิสระจากกัน ใช้การทดสอบความเป็นอิสระ (χ^2 - test for independence) ข้อมูลที่ได้จะอยู่ในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale)

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่าง การดำเนินงานหลังการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไต โดยใช้ (Paired sample K-test) ใช้กับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไต พฤติกรรมเสี่ยง และอัตราการกรองของไต โดยก่อนการวิเคราะห์ทดสอบการแจกแจงผลต่างของค่าเฉลี่ย⁴ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ แต่การทดสอบสมมติฐานที่มีขนาดใหญ่พอ⁵

ตัวแปรต่อเนื่องวัดด้วย Interval หรือ Ratio scale ที่ขนาดตัวอย่างใหญ่ (วิจัยครั้งนี้ $n=392$) จึงสามารถใช้การทดสอบแบบ parametric ในการสรุปผล ผู้วิจัยจึงใช้สถิติพาราเมตริก คือ paired t- test

สรุปและวิจารณ์ผล

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า

1. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.2%) สัดส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 2.8 อายุระหว่าง 60-69 (33.4%) อายุเฉลี่ย 64.73 อายุน้อยที่สุด 41 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี สถานภาพสมรสคู่ (73.5%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (69.0%)

อาชีพเกษตรกร (70.4%) รายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (90.6%) มีประวัติเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (30.9%) น้ำหนัก 60-69 กิโลกรัม (30.1%) ส่วนสูง 150-159 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 23.00-27.4 (40.1%) ไตอยู่ในระยะที่ 3 (80.9%) ระดับการรับรู้เรื่องโรคไตมา (59.7%) ที่ตอบผิดมากที่สุดมี 2 ประเด็น คือ ผู้ป่วยไตวายควรรับประทานนมมากๆ เพื่อบำรุงไตตอบถูกเพียง (28.3%) และผู้ป่วยไตวายควรรับประทานผักสีสด เช่น ผักสีเขียวเข้ม เหลืองเข้ม จะได้วิตามินสูง ตอบถูกเพียง (31.9%) มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับเสี่ยงน้อย 90.8%

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะของไต

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับระยะของไต

ปัจจัย	χ^2	P value
รายได้	16.5	.021*
สถานภาพสมรส	17.04	.003*
ประวัติการเป็นโรคประจำตัว	11.43	.003*
ดัชนีมวลกาย BMI	17.84	.001*
ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรม	23.54	.001*
ระดับการรับรู้	26.12	.001*

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะของไต คือ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเป็นโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมและระดับการ

รับรู้ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = .021, .03, .003, .001, .001, .001$ ตามลำดับ

3. ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไต

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคไต พฤติกรรมเสี่ยง และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการพัฒนา (n=392)

	Mean (SD)	Mean diff.(SE)	95%CI		P
			Lower	Upper	
ความรู้เกี่ยวกับโรคไต					
ก่อนการพัฒนา	7.52(1.34)	1.75 (0.07)	1.67	1.98	<.001*
หลังการพัฒนา	9.27 (0.92)				
พฤติกรรมเสี่ยง					
ก่อนการพัฒนา	6.52(2.76)	3.12 (0.02)	2.93	3.38	.001*
หลังการพัฒนา	3.35 (2.17)				
อัตราการกรองของไต					
ก่อนการพัฒนา	58.20(19.31)	9.42 (0.67)	-101.74	-8.09	.001*
หลังการพัฒนา	67.61 (20.38)				

การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแบบการดูแลที่หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ พบว่า ระยะของไต ดัชนีมวลกาย อัตราการกรองของไต พฤติกรรมเสี่ยง และระดับการรับรู้ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ($P<.001$) โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนา ($P<.001$) เท่ากับ 1.75 คะแนน (95% CI:1.67,1.98) พฤติกรรมเสี่ยงลดลง ($P=.001$) เท่ากับ 3.12 คะแนน (95% CI:2.93,3.38) และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ($P<.001$) เท่ากับ 9.42 คะแนน (95% CI:-10.74,-8.09)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กระบวนการพัฒนาแบบการชะลอไต โดยใช้หลัก PDCA โดยการคิด ทำ โดย พื้นที่ที่มีการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ทีมหมอครอบครัว (PCC) จะเป็นกลไกหลักของการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ได้พัฒนาการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การคืนข้อมูลรับฟังเสียงสะท้อนจากคณะทำงานการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และคณะทำงาน⁶ การดำเนินการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการให้ได้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ⁷ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสภาพและปัญหา การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา

การดำเนินการตามแผน และการประเมิน ติดตามผล⁸ พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยได้มีคะแนนความรู้มากขึ้นก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.75 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหญ่ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และได้รับคำปรึกษาเรื่องการชะลอความเสี่ยงของไตร้อยละ 90⁹ พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับ 3.12 คะแนน สอดคล้องกับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีกว่าก่อนการพัฒนา¹⁰ ผลการศึกษาของชัชวาล วงศ์สารี (2557)¹¹ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาฟอกเลือดลดลงอย่างชัดเจน โดย ผู้ป่วยมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายในภาพรวมแตกต่างกัน¹² กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับสูง ร้อยละ 74.3 และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันในเรื่องระดับการศึกษาและภูมิลำเนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยได้มีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเท่ากับ 9.42 คะแนน สอดคล้องกับ การพัฒนาแนว

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ย (Mean = 8.78) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการพัฒนา (Mean = 4.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พื้นที่เป้าหมาย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PCC ที่มีทีมหมอครอบครัว และผู้ป่วยคือเป้าหมายในการดำเนินงานสามารถใช้ได้กิจกรรมกับโรคอื่นๆ ได้
2. กลไกหลักของกิจกรรม คือ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA สามารถนำมาใช้ทุกระยะของกิจกรรม และปรับใช้ได้กับทุกงาน
3. ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ การดำเนินกิจกรรมใดๆ ควรทำอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้ ทำเป็น 3 ระยะ ห่างกัน 1 เดือน และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องในงานประจำอื่นๆ เช่น ติดตามในงานเยี่ยมบ้าน งานเฝ้าระวังอื่นๆ
4. กลุ่มเป้าหมายโรคไตที่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยไตระยะที่ 3 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้เสี่ยงสูงซึ่งจะเป็นระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งความกลัว ตระหนักในการรับรู้โทษ และอันตรายของการเป็นไตวายจะมีการรับรู้ที่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ
5. กิจกรรมการเสริมความรู้และการแลกเปลี่ยนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเอง Self care และหากมีการพัฒนาต่อเนื่องจะเกิด ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมหมอบริการสุขภาพที่เป็นพื้นที่เป้าหมายที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการ ขอขอบคุณอาจารย์เสฐียรพงษ์ ศิวินา ที่ให้คำชี้แนะในการออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. อมร เปรมกมล. อีสานรวมมิตรระบอบวิชาและการควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://ckd.kku.ac.th/?page_id=2
2. Yamane, Taro. 1973. Statistics: An Introductory Analysis. Third edition. New York : Harper and Row Publication. Yoder, Dale and others 1955.
3. Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16(3), 297-334. Daniel, W.W. (1995)
4. พงษ์เดช สารการ. ชีวสถิติขั้นพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
5. อรุณ จิรวัดกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒนา; 2552.
6. กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4: 485-503.
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา; 2556.
8. Powell S K. (2002). Case Management : Practical Guide for Education and Practice Philadelphia: Lippincott-Raven.
9. วรียา เสนาฮาด.(2561). การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดมหาสารคาม. ใน : ประชุมมหกรรมวิชาการสาธารณสุข สำนักงานมหาสารคาม; วันที่ 22-23 มีนาคม 2561; ณ โรงแรม ดักลิลา. มหาสารคาม; 2561.

10. ประภารัตน์ ประยูรพรหม, จุฑารัตน์ บางแสง, สมควร พิรุณทอง, อภิญญา สัตย์ธรรม. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล. 2559; 43:11-33.
11. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ แบบ เข้มข้นต่อความรู้และพฤติกรรมการจำกัดน้ำของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม. สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ; 2557.
12. เบญมาศ เรืองดิษฐ์. เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์ และชุลินดา สะมะแอ. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับปทุมธานี โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3:194-207.
13. กนกพรรณ พนมแก่น และหิรัญญา แสงอรุณ. พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับไว้ใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ.2558.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a model of promoting confidence in the performance of medical emergency volunteers in MoeiWadi District, Roi Et Province

ถนอมจิตร พรหมเกตุ*

Tanomjit promget

Corresponding author: Email: joy_tanomjit@hotmail.com

(Received: April 22, 2020; Revised: May 7, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นการนำรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นไปปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นนี้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ให้ข้อมูลคืออาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) จำนวน 32 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึง มกราคม 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาภายหลังการพัฒนาผ่านกระบวนการ 2 รอบ ได้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

ผลการวิจัย : ผลของการนำรูปแบบไปใช้พบว่า อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีความมั่นใจ มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และมีแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นไปทิศทางเดียวกัน มีการขอความช่วยเหลือจากช่องทางสายด่วน ER เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือแย่ลง ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ลดความเสี่ยงที่จะพิการและเสียชีวิต อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรติด รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นไว้ในจุดที่มองเห็นง่ายและอยู่ในจุดที่ปฏิบัติงานประจำ เนื่องจากการมองเห็น การอ่าน การปฏิบัติตาม จะทำให้เกิดความชำนาญ

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่น; อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์; การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

* เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเมยวดี

ABSTRACT

Purpose : Develop a model to promote job confidence among medical emergency volunteers.

Design : Action research

Materials and Methods : By using the confidence promotion model to work in the emergency medical system and following up and evaluating the use of this confidence promotion model in emergency medical services. In the Moei Wadi district Roi Et Province. The data providers were 32 emergency medical volunteers (EMR), conducted between January 2019 and January 2020, collecting data both quantitative and qualitative. The statistics used for data analysis are Descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation Qualitative data Using content analysis after the development through the 2 cycle process, the form of the confidence in the operation of emergency medical volunteers. Main findings: The result of using the model found that Confident emergency medical volunteers .There is a clear reaction pattern. And have guidelines for working in the same direction Help is requested from the ER channel when the patient's symptoms change or get worse. Providing service recipients with fast, safe, standard services, reducing the risk of disability and death. Medical emergency volunteers were satisfied with the form of confidence promotion at the highest level.

Conclusion and recommendations : From the development of a model for promoting job reliability of emergency medical volunteers Giving the operator a guideline for patient care Service recipients are confident. Therefore, the researcher agreed that The form of promoting confidence in a spot that is easy to see and at the point of regular operation. Due to visibility, reading, compliance Will create expertise

Keywords : Forms of promoting confidence; Emergency medical volunteers; Emergency medical service

บทนำ

ความครอบคลุมในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นการตอบสนองต่อปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนในทุกพื้นที่โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้กำหนดโครงสร้าง กลไกการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัดและระดับชาติ รวมทั้งจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย¹ ปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น² ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องใช้ทีม EMS ที่ส่งต่อได้รวดเร็วและเร่งด่วน³ ดังนั้นทั่วโลกจึงให้ความสำคัญและเร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ⁴ ปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ว่าจะมาด้วย

สาเหตุใดก็ตามถ้ามีระบบดูแลรักษาเบื้องต้นที่ถูกริธีมีระบบนำส่งที่ได้มาตรฐานจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รอดชีวิตหรือหายจากการเจ็บป่วยในอัตราที่สูง⁵ ปัจจุบันยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน บุคลากรไม่มีความเชี่ยวชาญขาดความพร้อมในการปฏิบัติงานทำให้การปฏิบัติงานมีอุปสรรคและขาดคุณภาพในการปฏิบัติงาน⁶ อย่างไรก็ตามการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 โดยแต่ละปีมีคนเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากถึง 1.5 ล้านคน⁷

การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดร้อยเอ็ดแต่ละปีมีประมาณ 5-6 หมื่นครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี 2561 มีจำนวนการออกปฏิบัติการ จำนวน 65,302 ครั้งซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับการเรียกใช้บริการในปี 2558 จำนวน 57,867 ครั้ง⁸ กุศลในเขตอำเภอเมยวดีได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 และขึ้นหน่วยปฏิบัติ

การครบทุกตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2551 โดยมีหน่วยปฏิบัติการทั้งหมด 4 หน่วยได้แก่ เทศบาลตำบลเมยวดี เทศบาลตำบลชุมพร เทศบาลตำบลบึงเลิศ และเทศบาลตำบลชมสะอาด จากการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาพบว่า โดยตั้งแต่ปี 2559-2561 พบจำนวน 1,072, 949, 946 ครั้ง⁸ จะเห็นได้ว่าการออกปฏิบัติการฉุกเฉินลดลงทุกปีจากการสอบถามผู้ป่วย และญาติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเมยวดีพบว่าสาเหตุที่คนส่วนใหญ่ไม่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึงจุดเกิดเหตุช้าไม่ทันใจ มาด้วยตนเองสะดวกกว่า ไม่ทราบเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 มีหลายคนเกรงใจเจ้าหน้าที่ไม่กล้าเรียกใช้บริการ รวมทั้งมีจำนวนหนึ่งที่ระบุเหตุผลว่าไม่มั่นใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่จึงไม่เรียกใช้บริการ จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมยวดีถึงปัญหาของการนำส่งผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานระดับ EMR พบว่าปัญหาส่วนใหญ่คือ EMR นำส่งผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ประสานการส่งต่อหรือขอความช่วยเหลือ ประเมินผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง และทำหัตถการที่ไม่ถูกต้องบางกรณี จึงได้มีการสอบถามไปยังผู้ปฏิบัติงานระดับ EMR ถึงปัญหาที่ได้รับการสะท้อนและสอบถามปัญหาที่ EMR พบในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ปฏิบัติงาน มีความไม่พร้อมของอุปกรณ์ การวางแผนออกปฏิบัติการไม่ชัดเจนขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบางกรณี มีข้อจำกัดเรื่องบุคลากร จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการสร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานของ EMR ภายหลังมีการฝึกอบรมเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความมั่นใจในตนเอง จึงมีแผนปรับปรุงรูปแบบการทำงานให้มีคุณภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยผู้บาดเจ็บฉุกเฉินให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยมีความมุ่งหวังที่จะพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ปฏิบัติงานระดับ EMR ในเขตอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้และทักษะในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเพื่อสนับสนุนความมั่นใจในการปฏิบัติงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการอย่างประชาชนได้รับบริการมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

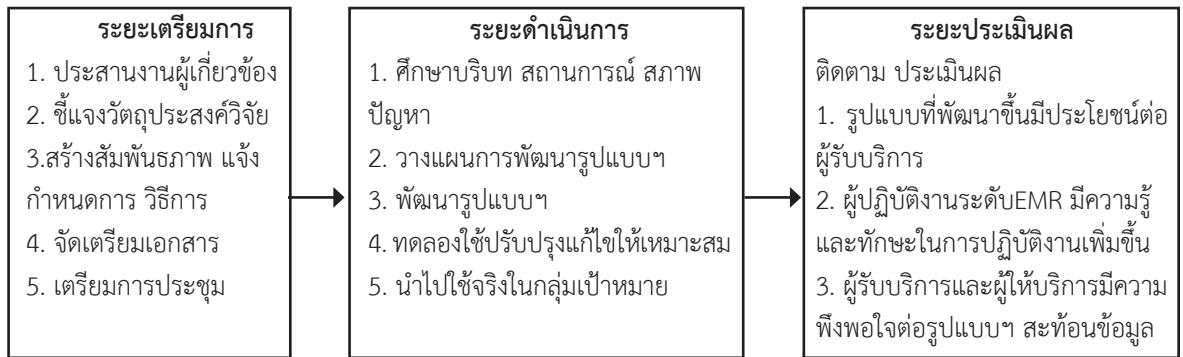
เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ระดับ EMR และผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระบวนการพัฒนานี้มีการปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้พัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบ วิธีการปฏิบัติที่ได้สะท้อนผลการปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนโดยเริ่มที่ขั้นตอนแรก การวางแผน(Plan) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และสะท้อนผลการปฏิบัติการ(Reflection)

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ดำเนินการตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ปฏิบัติงานในระดับ EMR ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมยวดี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ประกอบด้วย อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) จำนวน 32 คน และผู้ใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมยวดี ระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึง มกราคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะนำส่ง 3) แบบสอบถามข้อมูลจากการระดมสมอง 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5) แบบประเมินความพึงพอใจของอาสาฉุกเฉินการแพทย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบการปฏิบัติการฉุกเฉินก่อน และหลังการจัดกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานด้วยสถิติ t-test 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดกลุ่มประเด็นการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ด้วยการบันทึกภาคสนาม

ขั้นตอนวิจัย มีการดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ประสานงานผู้เกี่ยวข้องทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมยวดี ทำหนังสือขออนุญาตนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 4 หน่วยปฏิบัติการได้แก่ กุ๊ซึฟเทศบาลตำบลเมยวดี กุ๊ซึฟเทศบาลตำบลชุมพร กุ๊ซึฟเทศบาลตำบล

ชมสะอาด และกุ๊ซึฟเทศบาลตำบลบึงเลิศ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในหน่วยกุ๊ซึฟ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยต่อผู้มีส่วนร่วมและผู้เชี่ยวชาญ สร้างสัมพันธภาพ แจ้งกำหนดการ วิธีการ จัดเตรียมเอกสารเพื่อใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้โดยศึกษาจากงานวิจัย ทฤษฎีต่างๆ เพื่อเก็บรวบรวมความรู้ และออกแบบรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ เตรียมการประชุมกลุ่มคิดระดมสมองหาข้อดีข้อเสียของรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอเมยวดี ได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองแต่ละขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางในการนำรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาฉุกเฉินการแพทย์ นำรูปแบบให้อาสาฉุกเฉินการแพทย์ใช้ปฏิบัติในพื้นที่จริงและเก็บข้อมูลสะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแนวทางที่วางไว้และประเมินผลการพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาฉุกเฉินการแพทย์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) เริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาของการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาฉุกเฉินการแพทย์ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ลงมือปฏิบัติในพื้นที่จริง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขั้นสังเกตการ และบันทึกผล (Observation) สังเกตการณ์ปฏิบัติและประเมินผล และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ประเมินวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ระยะที่3 สรุปและประเมินผลการวิจัย

การสรุปติดตาม และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของอาสาสมัครการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ประเมินความเหมาะสมในการใช้รูปแบบส่งเสริมความเชื่อมั่นของอาสาสมัครการแพทย์ ประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ และผู้รับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสะท้อนผลการพัฒนาต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 สิงหาคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0632562

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ตามกระบวนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครการแพทย์ ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครการแพทย์ในเขตอำเภอเมยวดีพบว่า อาสาสมัครการแพทย์ยังไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงได้ประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน มี

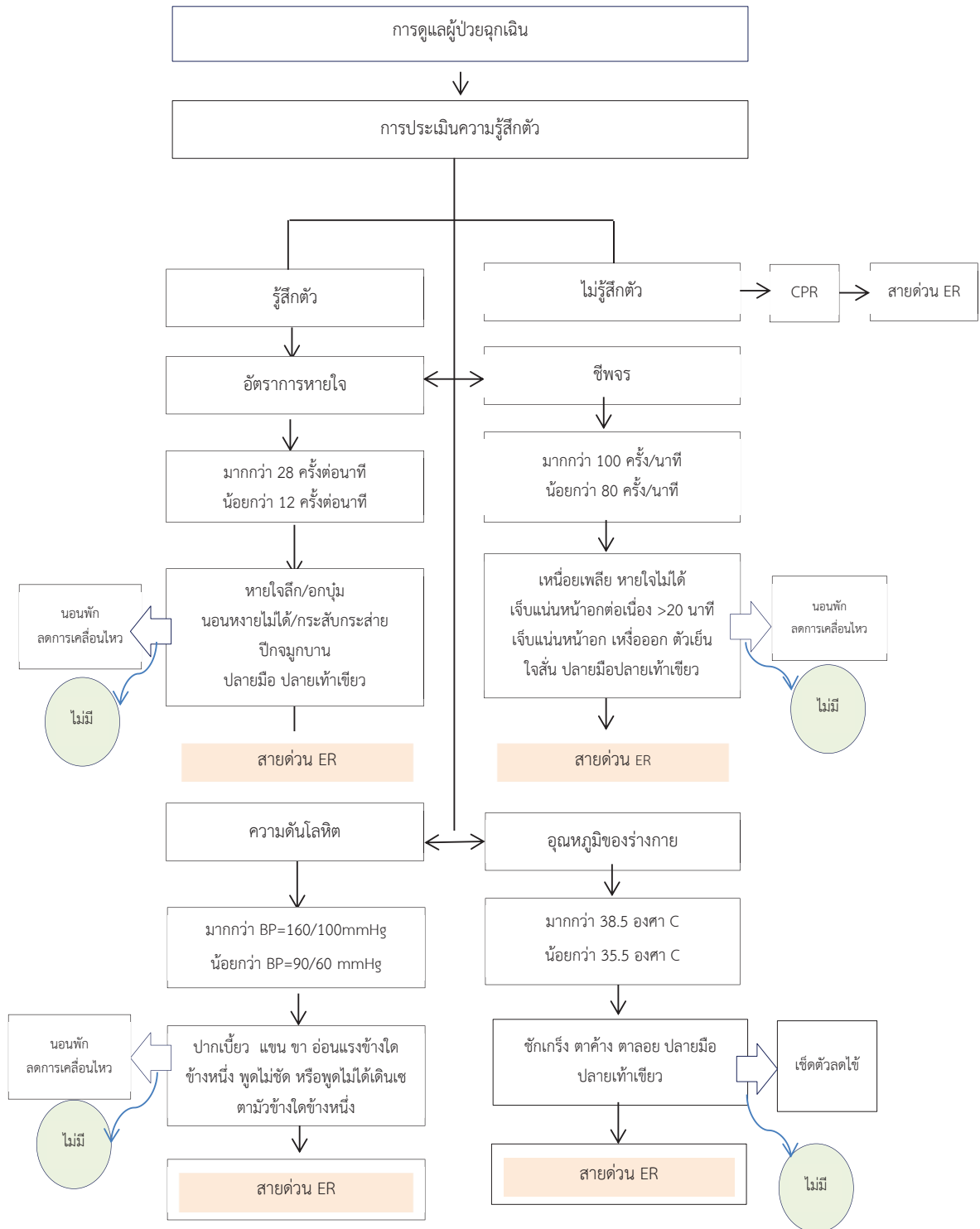
แบบแผนที่ชัดเจนเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือแยลง
ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยร่วมกับ สหวิชาชีพได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ ในเขตอำเภอเมยวดี โดยดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง2รอบจนได้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้งานได้จริง รายละเอียดดังนี้

รอบที่ 1 หลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ 2 เดือนพบว่าข้อดีของรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์มีรายละเอียดที่เข้าใจง่าย ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้งานบนรถฉุกเฉินได้ และสามารถพกพาไปใช้ที่ใดก็ได้ทำงานในห้องรับแจ้งเหตุได้ ข้อควรที่ปรับปรุงได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ทำมาจากกระดาษ A4 มีตัวหนังสือเล็ก ทำให้อาสาสมัครการแพทย์บางท่านมองเห็นไม่ชัดเจนและเมื่อถูกน้ำกระดาษก็จะเปื่อยยุ่ยจึงทำให้ใช้งานได้ไม่ทนทานไม่สะดวกต่อการนำไปใช้

รอบที่ 2 หลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ที่ปรับปรุงใหม่ 2 เดือน จากการติดตามผลพบว่ารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์นำไปสู่การใช้งานได้จริง สามารถใช้งานได้สะดวก มีความคงทน และผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานโดยรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมีรูปแบบดังนี้

แผนภูมิแสดงการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมวดี จังหวัดร้อยเอ็ด



หมายเหตุ: สายด่วน ER
ทางวิทยุ ขอ ร.7 เมวดี2
รพ.เมวดี (043) 577432

ห้องฉุกเฉิน รพ.เมวดี 0833344352
ไลน์กลุ่มกู้ชีพ

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย

ดำเนินการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม และนำไปใช้งานได้จริงผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก จากผลการ

ดำเนินงานพบว่า

1. ผลจากการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ พบว่ามีการใช้สายด่วน ER ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์

ช่องทางสายด่วน ER	จำนวน/ครั้ง (ร้อยละ)
ทางวิทยุ ขอว.7เมยวดี2	5 (25)
รพ.เมยวดี 043577432	1 (5)
ห้องฉุกเฉิน รพ.เมยวดี 08333443352	7 (35)
เบอร์ฉุกเฉิน1669	1 (5)
ไลน์กลุ่มกู้ชีพ	6 (30)

จากตารางที่ 1 พบว่า การส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์ทางช่องทางสายด่วน ER มีการใช้ผ่านช่องทาง ห้องฉุกเฉิน รพ.เมยวดี 08333443352 มากที่สุด คิดเป็น (35%) รองลงมาเป็นไลน์กลุ่มกู้ชีพ (30%) ทางวิทยุ ขอว.7เมยวดี2 (25%) และน้อยที่สุดเป็นช่องทาง รพ.เมยวดี 043577432 และ

เบอร์ฉุกเฉิน1669 (5%)

2. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์พบว่าอาสาสมัครการแพทย์ที่ออกให้บริการการแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุใช้ช่องทางสายด่วน ER จำนวน 20 ราย โดยแบ่งการคัดแยก (Triage) ผู้ป่วย ตามตารางที่2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน/คน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยวิกฤติ	7 (35)
ผู้ป่วยเร่งด่วน	12 (60)
ผู้ป่วยไม่รุนแรง	1 (5)

จากตารางที่ 2 พบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์สามารถคัดแยก(Triage)ผู้ป่วยได้ผู้ป่วยเร่งด่วนมากที่สุด (60%) รองลงมาเป็นผู้ป่วยวิกฤติ (35%) และน้อยที่สุดเป็นผู้ป่วยไม่รุนแรง (5%)

3. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครการแพทย์พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่อาสาสมัครการแพทย์ใช้ช่องทางสายด่วน ER จำนวน20 ราย ที่นำส่งโรงพยาบาลเมยวดีผลการรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

ผลการรักษา	จำนวน/คน (ร้อยละ)
ส่งต่อ รพ.อื่น	10 (50)
นอน รพ.เมยวดี	9 (40)
ให้กลับบ้าน	1 (10)

จากตารางที่ 3 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ มีการส่งต่อไป รพ.อื่นมากที่สุด จำนวน 10 คน นอน รพ.เมยวดี จำนวน 9 คน และน้อยที่สุดคือผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 1 คน

ความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า ในการให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ เหมาะสม พบว่าระดับความพึงพอใจมากที่สุด (71.9%) รองลงมาเป็น ประโยชน์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ (62.5%) ความมั่นใจในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและมีมาตรฐานในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี (40.6%) และน้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (37.5%)

วิจารณ์

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอเมยวดีครั้งนี้เริ่มจากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ผู้ปฏิบัติงานระบบ EMR หรืออาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ มีการดูแลผู้ป่วย และการประเมินผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และการแก้ไขปัญหา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ยังขาดความกระตือรือร้นในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ทั้งนี้อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ยังมีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน จากการสอบถาม

ความคิดเห็นร่วมกันของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์อำเภอเมยวดี พบว่า ทุกคนแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าต้องมีรูปแบบที่จะส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต จึงได้มีการกำหนดโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และสายด่วน ER เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีรูปแบบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และขณะนำส่งโรงพยาบาล จะส่งผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ก็มีความมั่นใจในการออกปฏิบัติงาน มีแนวทางการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกันเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์พบว่าผู้ป่วยที่อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ใช้ช่องทางสายด่วน ER ในการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือ ห้องฉุกเฉิน รพ.เมยวดี 08333443352 จำนวน (35%) เป็นผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน ร้อยละ 60 และผลการรักษาในโรงพยาบาลคือส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (50%) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ภายหลังการพัฒนาพบว่าความพึงพอใจของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีภาพรวมอยู่ในระดับดีมากถึงมากที่สุด เนื่องจากแนวทางที่ปฏิบัติขึ้นมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยและมีช่องทางในการขอความช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตหรืออาการแย่ลงโดยใช้ช่องทางสายด่วน ER รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดที่เข้าใจง่าย มีรูปแบบที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันจึงทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ นิพนธ์ จันทรเวทย์ศิริ⁵ ถ้ามีการ

ดูแลรักษาเบื้องต้นที่ถูกวิธีมีระบบนำส่งที่ได้มาตรฐานจะช่วย
ให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและหายจากการเจ็บป่วยในอัตราสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้างนี้

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังใหม่สำหรับผู้ปฏิบัติงานหากไม่มีการนำมาใช้อย่างต่อเนื่องหรือทบทวนอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานใช้งานไม่สะดวกนักจึงได้มีการขอให้หัวหน้าชุดปฏิบัติการจัดไว้ในพื้นที่ที่ผู้ปฏิบัติงานทำงานทั้งที่รถ EMS ที่นั่งทำงานในศูนย์รับแจ้งเหตุ และที่ผู้ปฏิบัติงานใช้นั่งพักผ่อนหรือทำกิจกรรมยามว่าง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เพื่อสร้างความมั่นใจและการบริการที่มีประสิทธิภาพผู้ปฏิบัติงานที่เป็นแม่ข่ายควรสร้างความมั่นใจโดยการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการให้กู้ชีพต่อเนื่องและนำการศึกษาครั้งนี้ไปต่อยอดเป็นงานวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อให้เกิดการแก้ไขและพัฒนากู้ชีพให้มีคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

เรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อำเภอมะยงต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะยงต์ นายพิเชษฐ พันธุมหา หัวหน้าพยาบาล นางประภาพร คำอุดม และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลามาเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ สำหรับการเก็บข้อมูลได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าพนักงานปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในทุกหน่วยงานของอำเภอมะยงต์ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่มีส่วนร่วมทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิสาร เตชะธีราวัฒน์. บริหารจัดการสาธารณสุข. นนทบุรี, 2555.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 2560.

3. ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก)และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.),2552
4. วิทยา ขาดปัญญาชัย และคณะ. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่น; 2547.
5. นิพนธ์ จันทรวะทีศิริ. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
6. สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. ข้อมูลการปฏิบัติงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2548-2550. จังหวัดมหาสารคาม; 2551
7. ระบบสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2562] เข้าถึงได้จาก: https://ws.niems.go.th/items_front/index.aspx
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2562] เข้าถึงได้จาก: https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/

การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of model of rehabilitative treatment services for drug addicts in an establishment in Mueang District, Roi Et Province

สุณี อารวน* และวิทยา โคตรทาน**

Suneer Arvon and Wittaya Kotrtan

Corresponding author: E-mail: suneeka92@gmail.com

(Received: May 12, 2020; Revised: May 20, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดและประเมินผลลัพธ์การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 30 คน ได้แก่ พนักงานลูกจ้างที่เสพยาบ้า แขนงนำบูบีนมเบอร์วัน จำนวน 10 คน ทีมสุขภาพของหน่วยบำบัด จำนวน 10 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ยาเสพติด และการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูและการทดลองใช้ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ และแบบประเมิน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.61 และ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$

ผลการวิจัย : พบว่า สถานการณ์ยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มียาบ้าเข้ามาแพร่ระบาดในกลุ่มพนักงานลูกจ้าง เพศชาย อายุ 20-40 ปี ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีมติร่วมกันเห็นควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู บูรณาการดำเนินงานร่วมกับโครงการบูบีนมเบอร์วัน ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่าประเด็นที่ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการจัดบริการเชิงรุก (2) ด้านการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการ (3) ด้านโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบใหม่ เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix program) ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน ผลการวิจัยระยะที่ 3 ด้านประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบใหม่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้และทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100 อัตราการหยุดเสพยาต่อเนื่องหลังบำบัด 2 สัปดาห์, 1,2,3,6 เดือน ร้อยละ 100 ทุกระยะ มีการกลับมาเสพยาซ้ำในตอนที่ 9 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 หยุดเสพยาต่อเนื่องหลังบำบัดครบ 1 ปี ร้อยละ 100 และด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูอยู่ใน ระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 20 และร้อยละ 80 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : 1.กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูโดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ ร่วมกับการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร 2. หากมีการนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดไปใช้ในสถานประกอบการควรปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ; ผู้เสพยาเสพติด; สถานประกอบการ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : This objective is to develop a form of rehabilitation treatment for drug addicts and evaluate the results of drug rehab treatment at the establishment, Mueang Roi Et District.

Design : Action research

Materials and Methods : The main target group is 30 of participants were main target group, including employees, amphetamine addicts from To Be Number One club for 10 people, the health team of the rehab unit consisted of 10 people. This rehab conducts 3 stages of research; Stage 1 assessing drug situation and prevention of drug issues in the establishment. Stage 2 rehabilitation and trial and stage 3 assess the effectiveness of the rejuvenation service model. The data were collected by using tests and the assessment form the data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test statistics, with statistical significance at $P < .05$

Main findings : The results of the research found that the drug situation in the establishment, Mueang Roi Et District has an epidemic of amphetamines among male employees aged 20-40 years, who were involved in the prevention and solution of drug issues in the establishment. Most of them in a hundred percent agreed that the rehabilitation model should be changed by integrating operations with the TO BE NUMBER ONE club. The second stage of the research found that the issues which should be changed in the form of rehabilitation treatment consist of 3 aspects which are (1) proactive service provision (2) establishment participation (3) rehabilitation program, the new forms of rehabilitation is a rehabilitation treatment for proactive drug users in the establishment by using the Modified Matrix program in between 4 months of rehabilitation treatment, stage 3 research results on the effectiveness of the new rehabilitation method comparison of the mean scores of knowledge and attitude before and after the experiment. It was found that there were significant differences at the level of .05, the rate of treatment completed at 100 percent, the rate of continuous abstinence after 2 weeks, 1,2,3,6 months for 100 percent in every stage. There was a recurrence in the 9th month of 2 people, representing 6.67%, stopped continuously after completing 1-year treatment for 100 percent. The satisfaction with the rehabilitation services was in good and very good level for 20 percent 80 percent respectively.

Conclusion and recommendations : Suggestions for applying 1. Rehabilitation treatment activities using the applied psychosocial treatment program. Along with implementing social measures for integrated drug prevention and prevention. 2. If the form of rehabilitation treatment services for drug users are used in the establishment, it then should be adapted to the context of the area.

Keywords : Rehabilitation treatment model; Drug addicts; Establishment

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลกขององค์การสหประชาชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 5.3 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15-64 ปี หรือในประชากรทุก 20 คน จะมี

ผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ ประมาณ 1 คน¹

ยาเสพติดเป็นภัยร้ายแรงต่อสังคมและประเทศชาติ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างก่อให้เกิดปัญหาสังคม มีผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมโดยรวม ปัจจุบันยาเสพติดยังคงมีการแพร่ระบาดในพื้นที่และมีแนวโน้มขยายตัว

เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ประเทศไทยได้มีการสำรวจการคาดประมาณผู้ใช้สารเสพติด ปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่า มีประชากรที่ใช้สารเสพติด ประมาณ 1.4 ล้านคน และอนุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานช่วงอายุ 12-44 ปี ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ยกปัญหาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติ มียุทธศาสตร์ดำเนินงานทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทาง UNGASS 2016 คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วม โดยถือว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร”¹

จังหวัดร้อยเอ็ด มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนและผู้ใช้แรงงาน มีช่วงอายุ 18-24 ปี ประเภทยาเสพติดที่ใช้นิยม คือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย ไอซ์² โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาเสพติดในกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มลูกจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ผลเสียของยาเสพติดที่ส่งกระทบต่อสุขภาพบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัว ความเสียหายของสถานประกอบการ และความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สินของประชาชนทั่วไป จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ให้ความสำคัญในการบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในหากผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมด้วย บำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมประยุกต์จิตสังคมบำบัด Modified Matrix Program ระยะเวลา 4 เดือน ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2559-2560 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 2,629 2,993 คน ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเคยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพยาใหม่เพียงร้อยละ 0.04, 6.98 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยรับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ยาเสพติดที่ใช้นิยมคือยาบ้า ผลงานการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ผู้เข้าบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 90.83, 81.22 หลังบำบัดฟื้นฟูได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชนและส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการ

บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก โดยการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้เข้าบำบัดกลุ่มลูกจ้าง ผู้ใช้แรงงาน มีความพึงพอใจต่อระบบการบำบัดฟื้นฟูอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ด้วยเหตุผลที่ต้องใช้วันหยุดงานมาบำบัดตามนัด เวลายุ่งกับครอบครัวน้อยลง หรือต้องลงงานบ่อย ทำให้สูญเสียรายได้เกิดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

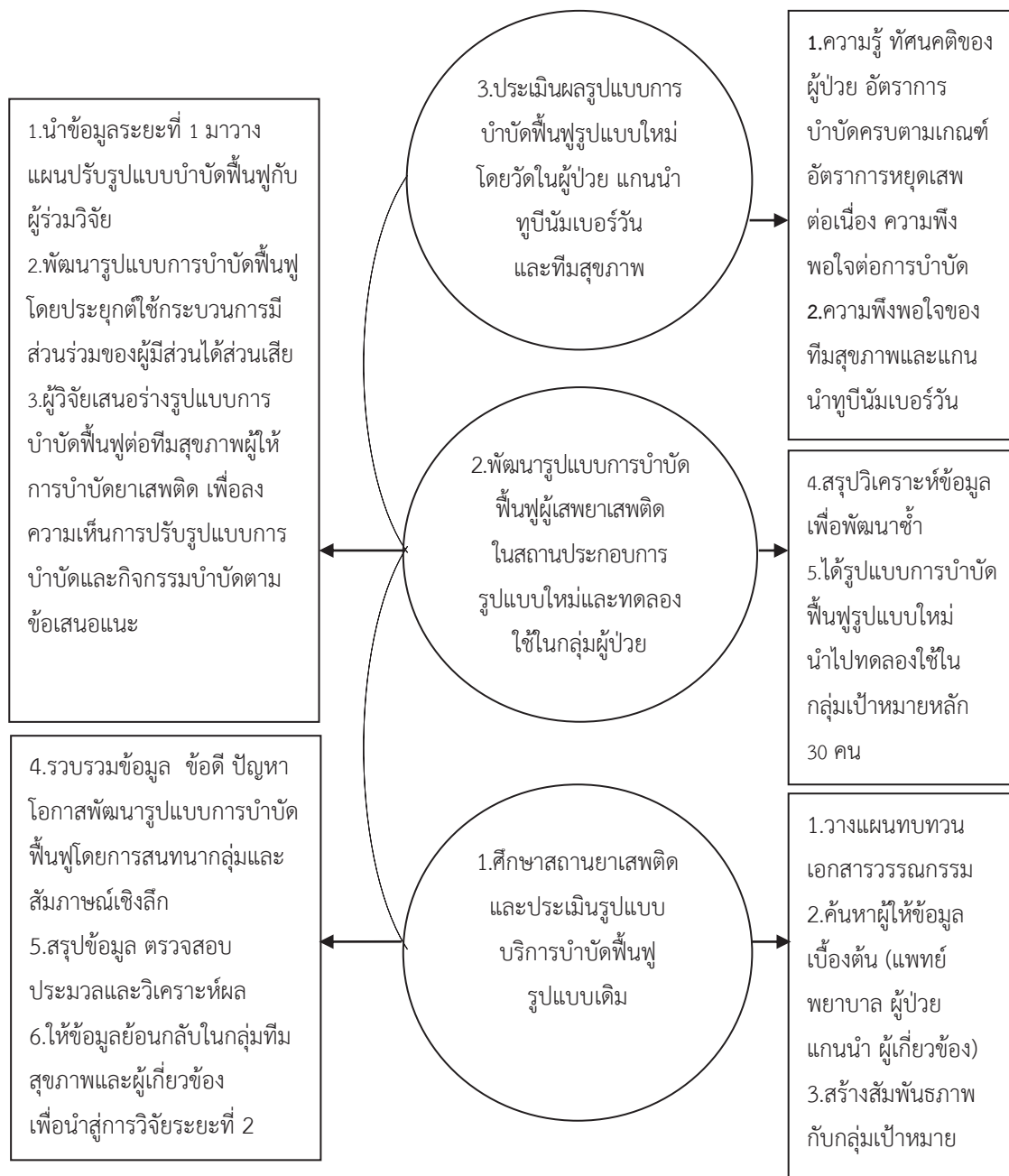
ปัญหายาเสพติด ถือเป็นปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อน การดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานเชิงบูรณาการ ดังนั้นหน่วยงานบำบัดรักษา ควรมีการพัฒนารูปแบบที่สามารถให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก เพิ่มทางเลือกในการรับบริการ เข้าถึงบริการได้ง่าย และนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคล อันจะเป็นผลดีต่อครอบครัว สถานประกอบการ สังคมและประเทศชาติโดยรวม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด และประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ ทำการศึกษากลุ่มประชากรผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติดในสถานประกอบการ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 3 วงรอบ ตามขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดง ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

พื้นที่ทำการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยในสถานประกอบการพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 2 แห่ง สมัครเข้าร่วมโครงการ

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด กลุ่มผู้ใช้ กลุ่มผู้เสพ โดยมีเกณฑ์รับเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) คือ มีคะแนนการคัดกรอง (V2) 4-26 คะแนน จำนวน 30 คน มีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาวศีเครือข่าย และผู้วิจัย จำนวน 50 คน ดังนี้ กลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 30 คน กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ แกนนำชุมชน 10 คน ทีมสุขภาพ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (V.2) แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต.3) แบบการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (บสต.5) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและทัศนคติต่อยาเสพติด³ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.61 และ 0.80 โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ Modified Matrix Program แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ของปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์⁴

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 15 มกราคม 2561 ถึง วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 โดยผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ได้เตรียมความพร้อม ทำความเข้าใจในขั้นตอนการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ดำเนินการคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด ร่วมกับแรงงานจังหวัด เจ้าหน้าที่ปกครอง ตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด 2 แห่ง โดยกำหนดขั้นตอนการส่งพนักงานที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู สถานที่บำบัดใช้ห้องชุมชนเบอร์วันในศูนย์เพื่อนใจของสถานประกอบการแต่ละแห่ง ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม ร้อยละของการหยุดเสพต่อเนื่องหลังบำบัดครบกำหนด 2 สัปดาห์, 1, 2, 3, 6, 9, 12 เดือน และประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูหลังสิ้นสุดโครงการ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE0942561

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) และ ค่าเฉลี่ย (Mean) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ยาเสพติดในสถานประกอบการในอำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่ามียาบ้าเข้ามาแพร่ระบาดในกลุ่มพนักงานลูกจ้าง เพศชาย อายุ 20-40 ปี ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีมติร่วมกันเห็นควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู บูรณาการดำเนินงานร่วมกับโครงการชุมชนเบอร์วัน

2. ประเด็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) ด้านการจัดบริการเชิงรุก 2) ด้านการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการ และ 3) ด้านโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ผลการพัฒนาได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix program) ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ พบว่าด้านความรู้และทัศนคติต่อยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติต่อยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ด้านอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระบบการบำบัดครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 อัตราการหยุดเสพต่อเนื่องหลังบำบัด ระยะเวลา 2 สัปดาห์, 1, 2, 3, 6 เดือน ร้อยละ 100 ทุกระยะ มีการกลับมาเสพยา ในเดือนที่ 9 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 หยุดเสพหลังบำบัดครบ 1 ปี ร้อยละ 100 และด้าน

ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูของผู้ป่วย แขนงนำทูปินัมเบอร์วัน ทีมสุขภาพ พบว่า อยู่ใน ระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 20 และร้อยละ 80 ตามลำดับ

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการพัฒนารูปแบบสอดคล้องการวิจัย ดังนี้ พบว่า สถานการณ์ยาเสพติดในสถานประกอบการมียาบ้าเข้ามาแพร่ระบาดในกลุ่ม พนักงานลูกจ้าง เพศชาย อายุ 20-40 ปี สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ด² ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีมติร่วมกันในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดฟื้นฟู โดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับโครงการทูปินัมเบอร์วัน

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ ประกอบด้วย โปรแกรมบำบัดฟื้นฟู “โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ในสถานประกอบการ : Modified Matrix Program” ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟู นาน 4 เดือน เป็นลักษณะการจัดบริการเชิงรุกบูรณาการดำเนินงานร่วมกับโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ของสถานประกอบการ ยึดหลักการผู้ป่วยและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด (Community Based) สอดคล้องกับ อาภาศิริ สุวรรณานนท์³ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการบำบัด ส่วนหนึ่งคือกิจกรรมบำบัดควรมีความน่าสนใจและเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความร่วมมือของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการบำบัด ดูแลช่วยเหลือ ผู้ติดยาเสพติด⁴ ที่ได้ให้แนวทางดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู โดยใช้ลักษณะผู้เสพยาเสพติดเป็นศูนย์กลาง เป็นการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and rehabilitation: CBTx) ในด้านโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ในสถานประกอบการ (Modified Matrix Program) ยึดกิจกรรมหลักของโปรแกรมจิตสังคมบำบัด Matrix Program⁷ และเพิ่มกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด โดยใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing : MI) ตามแนวคิดการบำบัดเพื่อการเสริม

สร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational enhancement therapy : MET⁸ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญทำให้ผู้บำบัดช่วยเหลือผู้เสพติดให้สามารถเอาชนะความล้มเหลว มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นคนดีของสังคมได้

ผลลัพธ์ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีหลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู โดยมีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 100 และหยุดเสพติดได้อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีการกลับมาเสพติดซ้ำในเดือนที่ 9 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 การติดตามครบ 1 ปีกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน ไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้และทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 หลังทดลองผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และทัศนคติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูของผู้ป่วย แขนงนำทูปินัมเบอร์วัน และทีมสุขภาพ พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูอยู่ใน ระดับดี และดีมาก ร้อยละ 80 และร้อยละ 20 ลำดับ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านต่างๆ สามารถหยุดเสพติดได้อย่างน้อย 6 เดือน แต่ยังมีส่วนน้อยที่กลับมาเสพติดซ้ำหลังผ่านการบำบัดในเดือนที่ 9 เนื่องจากขาดทักษะ ปฏิเสธและการจัดการตัวกระตุ้น ผู้บำบัดจะมีบทบาทเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager) ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้แกนนำทูปินัมเบอร์วัน ในการติดตามหลังการบำบัด เพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเสพติด และเป็นผู้ประสานส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดตามความเหมาะสม การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ยังเป็นผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบเชิงรุกในสถานประกอบการ โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสาธารณสุข สถานประกอบการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษา^{9,10,11,12} ที่พบว่า การให้

ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบ ตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix Program) มาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกยาเสพติด สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข และเป็นการพัฒนาศักยภาพของสถานประกอบการในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดในสถานประกอบการ ส่งผลให้เกิดการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูโดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ ร่วมกับการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจร

2. หากมีการนำรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ไปใช้ในสถานประกอบการควรปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก นายแพทย์ปิติ ทั้งไพศาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณ ทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง. สมุทรสาคร : บอร์น ทุ ปี พัชรชิ่ง; 2561.
2. เอกสารการประชุมคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งที่ 1/2561 ของศูนย์อำนาจการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดร้อยเอ็ด.

3. จูรี จอนนัย, ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. การศึกษาความรู้ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับยาเสพติดของผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยวิธีเมกตริกซ์โปรแกรม (matrix program) โรงพยาบาลพรหมคีรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: งานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช; 2557.
4. ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์. การนาระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2547.
5. อาภาศิริ สุวรรณานนท์. การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต. 2558; 11(2): 213-222.
6. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี : เดอะกรฟิโก ซิสเต็มส์; 2562.
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้ปฏิบัติงาน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2555.
8. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. ธรรมศาสตร์ เวชสาร. 2556; 13(1): 98-108.
9. ธราเทพ โอหารส และคณะ. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา เทศบาลตำบลคาง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2554; 5(2): 73-85.
10. ชโลธร อัญชลีสหกร. กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา “สารภีโมเดล” อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

11. สุรรัตน์ ปรานี. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการ
บำบัดผู้ติดยาเสพติด : กรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อำเภอลาดหลุมแก้ว
จังหวัดปทุมธานี. ใน: 3rd National and International
Conference on Administration and Management;
26-27 มกราคม 2560; มหาวิทยาลัยรังสิต. ปทุมธานี;
2560. หน้า 72-79.
12. เอกรัตน์ หามนตรี. ความสำเร็จของชุมชนในการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อการติดยาเสพติด จังหวัดอ่างทอง. วารสาร มหาจุฬา
นาครทรรศน์. 2561; 5(2), 434-451.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Effectiveness of safety training program on use of pesticides and eliminate pests of farmers in Kaset Wisai Subdistrict Municipality, Roi-Et

นิพล มหาอูตย์*

Nipon mahaut

Corresponding author: E-mail: mahaut_ni@windowslive.com

(Received: March 31, 2020; Revised: April 10, 2020; Accepted: April 24, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยตั้งแต่เดือนกันยายน 2561-กันยายน 2562 จำนวน 65 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Univariate analysis และ Multivariate analysis

ผลการวิจัย : หลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความเพิ่มขึ้น 5.20 คะแนน (95% CI; 4.444-5.955) กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความเพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน (95% CI; 0.580, 1.076) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความเพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน (95% CI; 0.629, 1.023)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรนำไปใช้พัฒนากลุ่มเป้าหมายต่อไป

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ; การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

* ภัทธรานุการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

ABSTRACT

Purpose : To compare knowledge, attitudes and practices on use of pesticides and eliminate pests of farmers in Kaset Wisai subdistrict Municipality Roi-Et Province

Design : Qua-si Experimental Design

Materials and Methods : It was a qua-si experimental study. 65 of subjects were farmers in Kaset Wisai subdistrict municipality who meet the criteria for culling and culling and domiciled in Kaset Wisai subdistrict municipality from September, 2018 – September, 2019, 30 of subjects into experimental group and 35 of subjects into control group. Data were collected by using a questionnaire with a reliability of 0.74. Data were analyzed using univariate analysis and multivariate analysis.

Main Findings : After intervention, it was found that the subjects in experimental group had significantly increased knowledge scores when compared with control group ($p < .001$) with a 5.20 score increase (95% CI; 4.444, 5.955), The experimental group had a significantly higher attitude score when compared with the control group ($p < .001$) with a 0.83 score increase (95% CI; 0.580,1.076), and subjects in experimental group had scores of practices increased significantly when compared to control group ($p < .001$) with a 0.83 score increase (95% CI; 0.629,1.023).

Conclusion and recommendations : The results of the research indicate that a training program results in the samples' knowledge, attitude and practice scores, so that relevant agencies should continue to develop their target groups.

Keyword : Effective; Pesticides

บทนำ

จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในภาคเกษตรกรรมและภาคอุตสาหกรรมของประเทศไทย ทำให้เกิดการผลิและการนำเข้าสารเคมีและวัตถุอันตรายต่างๆ เข้ามาใช้เป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการทำงานกับผู้ใช้แรงงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใช้แรงงานในภาคเกษตรกรรมที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลาย¹ เนื่องจากชาวนาได้มีการปรับตัวในการทำการเกษตร เพื่อเพิ่มผลผลิตข้าวให้สอดคล้องตามความต้องการของตลาดที่เพิ่มขึ้นโดยชาวนาได้ใช้เครื่องมือที่ทันสมัยพร้อมทั้งใช้สารเคมีในทุกขั้นตอนของการปลูกข้าวจากข้อมูลของสำนักวิจัยเศรษฐกิจการเกษตร สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า ในปี พ.ศ.2559-2561 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 109,908 ตัน 160,824 ตัน 198,317 ตัน และ 170,932 ตัน ตามลำดับ และปี 2561 จำแนกเป็นการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชประมาณร้อยละ 73.29 สารเคมีกำจัดแมลงประมาณร้อยละ 10.56 สารเคมี

กำจัดโรคพืชประมาณร้อยละ 12.28 ส่วนที่เหลือเป็นสารเคมีอื่นๆ ประมาณร้อยละ 4^{2,3,4}

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการลงทุนและพัฒนาในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นแต่ภาคเกษตรกรรมก็ยังคงเป็นอาชีพหลักของประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจของกรมส่งเสริมการเกษตร กรมชลประทาน สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมการข้าว GISTDA พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศไทยมีการปลูกข้าวรอบที่ 1 ไปแล้วทั้งสิ้น 56.30 ล้านไร่โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการปลูกมากที่สุด 35.52 ล้านไร่ หรือร้อยละ 63.10 ของพื้นที่ที่มีการปลูกข้าวทั้งประเทศไปแล้ว รองลงมาคือภาคเหนือ 12.34 ล้านไร่ ร้อยละ 21.93 ภาคกลาง 8.16 ล้านไร่ ร้อยละ 14.50 และภาคใต้ 0.26 ล้านไร่ ร้อยละ 0.47⁵

จากข้อมูลการเข้ารับบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทองได้มีการรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศโดยมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งจากยาฆ่าแมลงกลุ่ม

ออร์แกโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต (Organophosphate and carbamates insecticides) ยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา (Herbicides and fungicides) และสารเคมีทางการเกษตรประเภทอื่นๆ^{1,6,7} โดยปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 4,924 ราย เสียชีวิตขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 613 ราย มีการเบิกจ่ายค่ารักษา จำนวน 22,829,167 บาท ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยจำนวน 4,983 ราย เสียชีวิตจำนวน 582 ราย มีการเบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 22,651,053 บาท และในปี พ.ศ. 2561 นี้ (ข้อมูล 10 เดือน ต.ค.60 - ก.ค. 61) มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยมีสาเหตุจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วจำนวน 4,001 ราย เสียชีวิตจำนวน 520 ราย มีการเบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 17,335,470 ล้านบาท โดยเป็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต จำนวน 877 ราย เสียชีวิตจำนวน 56 ราย เบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 4,362,437 บาท ผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา จำนวน 1,886 ราย เสียชีวิตจำนวน 442 ราย เบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 8,804,145 บาท และผู้ป่วยจากสารเคมีทางการเกษตรประเภทอื่นๆ จำนวน 1,288 ราย เสียชีวิตจำนวน 22 ราย และเบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 4,168,888 บาท⁸

เช่นเดียวกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการทำนาข้าวของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำนาข้าวประมาณร้อยละ 90 นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา รวมถึงมาตรการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการอ่านฉลาก วิธีการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละชนิดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้เข้าไป ความเชื่อและแนวความคิดในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ผิด การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม การไม่สวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล การมีสุขอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้ชาวนามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วย⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลบางขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าด้านความรู้ในการใช้สารเคมีป้องกันและ

กำจัดศัตรูพืชก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเกษตรกรรมมีความรู้เรื่องสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1241, SD. = 1.33) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรรมมีความรู้เรื่องสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 24.05, SD. = 0.76) ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 22.37, SD. = 1.13) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 54.16, S.D. = 0.69) โดยเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹¹ และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม¹² สัปดาห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย (62%) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย (50%)¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา โดยการบรรยายโดยวิทยากร การประชุมกลุ่ม การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ชาวนาได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้มีทัศนคติ การปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยิ่งขึ้นรวมถึงสามารถตระหนักถึงอันตรายและการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ด้วยซึ่งส่งผลให้ชาวนาสามารถทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้ได้อย่างปลอดภัยมากยิ่งขึ้นอีกด้วย โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study populations) คือ ชาวนาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้ คือ เกณฑ์ในการคัดเลือก เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าศึกษาในโครงการวิจัย คือ 1) ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คนที่มีการทำงานข้าวเป็นอาชีพหลักและมีประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) เป็นผู้ที่มียานเลขที่อยู่ในทะเบียนราษฎรอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย 3) ยินดีความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย 4) ไม่มีความพิการหรือเป็นโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และสามารถสื่อสารเข้าใจได้ และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ย้ายภูมิลำเนาในระหว่างดำเนินการวิจัย และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ถึง 80%

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ตัวแทนครัวเรือนชาวนาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีอาชีพทำนาข้าวเป็นอาชีพหลัก และมีบ้านเลขที่อยู่ในทะเบียนราษฎรอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 จำนวน 65 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการ Randomization โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน จนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ 1) โปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) ป้ายไวนิลจัดนิทรรศการความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3) อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการขณะใช้สารเคมี ได้แก่ หมวกนิรภัย แวนตานิรภัย ถุงมือ ปลอกแขน ปลอกนิ้ว รองเท้าบูท สบู่น้ำ และ 4) ตัวอย่างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้ง 4 กลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถาม 1 ฉบับ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความถี่ในการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยใน

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลาก อันตรายและผลกระทบ การใช้งาน การจัดเก็บ การกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การควบคุมและการป้องกันเกี่ยวกับการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดไม่ตอบหรือตอบมากกว่า 1 ข้อให้ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 80 - 100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 60 - 79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการอ่านฉลาก อันตรายและผลกระทบ การใช้งาน การจัดเก็บ การกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การควบคุมและการป้องกันเกี่ยวกับการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยมีเป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ รวมเป็น 13 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ คำตอบที่มีลักษณะเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
คำตอบที่มีลักษณะเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้			
เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

จำแนกระดับทัศนคติต่อความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 80 – 100 หมายถึง ทัศนคติระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 60 – 79 หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ทัศนคติระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการอ่านฉลาก การใช้อันตรายและผลกระทบ การใช้งาน การจัดเก็บ การกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การควบคุมและการป้องกันเกี่ยวกับการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อคำถามมีลักษณะการวัดแบบมาตรวัดประมาณ (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้	1	คะแนน

จำแนกการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 80 – 100 หมายถึง ระดับการปฏิบัติสูง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 60 – 79 หมายถึง ระดับการปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับการปฏิบัติต่ำ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การหาความตรง การหาความยากง่าย การหาค่าอำนาจจำแนก และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรง (Validity) ของเครื่องมือใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ดังรายละเอียดในภาคผนวก ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา

ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและความชัดเจนทางภาษา เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

2) นำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มชาวนาที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ค่าความยากง่ายรายข้อของแบบทดสอบตั้งแต่ 0.2 – 0.8 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.34-0.67 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.88

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.74 และการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการทดลอง 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง 1) ติดต่อขอความร่วมมือกับชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย โดยประสานกับผู้ใหญ่บ้านในแต่ละหมู่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ พร้อมทั้งนัดหมายชาวนาประชุมพร้อมกัน เพื่อผู้วิจัยจะได้แจกแจงรายละเอียด และหากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือกประชากร 2) ประชุมชี้แจงชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยโดยแจ้งวัตถุประสงค์ การวิจัย รูปแบบการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3) การชี้แจงการนำข้อมูลและผลจากการวิจัยโดยใช้ข้อมูลของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยไปใช้ประโยชน์ต่อไป รวมทั้งการขออนุญาตชาวนาที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยจัดทำเป็นเอกสารการยินยอมด้วย 4) นัดหมายชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยในหมู่ที่ 8, 10, 13, 14, 15 และ 16 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ในวันที่จะดำเนินการตามโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ 5) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามและแบบทดสอบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย ในหมู่ที่ 8, 10, 13, 14, 15

และ 16 จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 1, 2/1, 2/2, 3/1, 3/2, 4 และ 9 จำนวน 35 คนซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนการทดลอง หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว ผู้วิจัยจัดโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย ในหมู่ที่ 8, 10, 13, 14, 15 และ 16 จำนวน 30 คน จำนวน 1 ครั้ง มีระยะเวลาอบรม 6 ชั่วโมง โดยโปรแกรมการฝึกอบรมนี้ประกอบด้วย

1) กิจกรรมการบรรยาย ในหัวข้อเรื่อง อันตรายและผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย การอ่านฉลากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การควบคุมและป้องกันเกี่ยวกับการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และกิจกรรมในการฝึกอ่านฉลากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2) กิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย ในหัวข้อเรื่อง การวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (Job Safety Analysis: JSA) สำหรับการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา และการกำหนดวิธีการควบคุมและป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมสำหรับชาวนา

3) กิจกรรมการสาธิตและการฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะที่ใช้สารเคมี

ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

1) หลังจากจัดโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยในหมู่ที่ 8, 10, 13, 14, 15 และ 16 จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 1, 2/1, 2/2, 3/1, 3/2, 4 และ 9 จำนวน 35 คนซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

2) ผู้วิจัยนัดหมายชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย ในหมู่ที่ 8, 10, 13, 14, 15 และ 16 จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบกับชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัยกลุ่ม

ทดลอง และกลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบกับกลุ่มทดลองภายหลังการให้โปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปแล้ว 2 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบกับกลุ่มควบคุม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยแบ่งการวิเคราะห์ที่ใช้โดยใช้ Univariate analysis และ Multivariate analysis

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยของการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0782562 ก่อนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการเข้าร่วม พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถยุติการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้นและข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและนำผลประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ชาวนาในการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งหมด จำนวน 65 คน มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน เช่น ส่วนใหญ่เพศชาย (66.70 %) และ (68.60 %) กลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป (53.30%) และ (57.14%) สถานภาพสมรส (83.30%) และ (74.30%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (66.60%) และ (62.80%) รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (60.60%) และ (57.14%) และใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 10 ปี (43.30%) และ (34.30%) ความถี่ในการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

5-6 วันต่อสัปดาห์ (56.67%) และ (54.28%) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเลย (73.34%) และ (71.43%) แต่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (70.00%) และ (65.68%) และได้

รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากโทรทัศน์ (50.00%) และ (25.70%)

2. การเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของชาวนา ในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Variables	n	Mean (SD)	Mean diff. (SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ความรู้ กลุ่มทดลอง	30	8.73(0.86)	5.20(0.36)	4.444	5.955	<.001*
กลุ่มควบคุม	35	3.53(1.52)				
ทัศนคติ กลุ่มทดลอง	30	2.75(0.39)	0.83(0.12)	0.580	1.076	<.001*
กลุ่มควบคุม	35	1.74(0.56)				
การปฏิบัติ กลุ่มทดลอง	30	2.82(0.20)	0.83(0.09)	0.629	1.023	<.001*
กลุ่มควบคุม	35	2.00(0.64)				

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.20 คะแนน (95% CI; 4.444, 5.955) กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน (95% CI; 0.580, 1.076) และ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน (95% CI; 0.629, 1.023)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาฝึกอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการของชาวนา โดยการสำรวจความต้องการจำเป็น โดยการ Pilot survey พบว่า มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำนาข้าวประมาณ 90% นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา รวมถึงมาตรการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการอ่าน

ฉลากวิธีการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละชนิดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้เข้าไปความเชื่อและแนวความคิดในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ผิด การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม การไม่สวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล การมีสุขอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้ชาวนามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม โดยกำหนดเนื้อหา เรื่อง การควบคุมและป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมสำหรับชาวนาสาธิต และการฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ การวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยสำหรับการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา อันตรายและผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย การอ่านฉลากสารเคมี การจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการควบคุมและการป้องกัน นำหลักสูตรไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมในทางทฤษฎีและความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ แล้วจึงนำไปปฏิบัติในพื้นที่จริง

นอกจากนั้นหลักสูตรการฝึกอบรมครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้ออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใหญ่ คือ เมื่อผู้ใหญ่จะเรียนอะไรบางอย่างด้วยตนเอง เขาจะตรวจสอบดูว่าผลประโยชน์ที่จะได้จากการเรียนรู้มีมากน้อยเพียงใด และถ้าไม่ได้เรียนแล้วผลจะเป็นเช่นใด ตามหลักการหนึ่งของการศึกษาผู้ใหญ่ ที่มอบให้เป็นหน้าที่ของผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ต่อการเรียนรู้ที่จะต้องช่วยเหลือผู้เรียนให้ได้รับรู้ถึง ความต้องการรู้ อย่างน้อยที่สุดผู้อำนวยความสะดวกอาจชี้ให้เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ ที่จะช่วยแก้ไขประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของผู้เรียนหรือคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น สำหรับเครื่องมือที่ช่วยให้ยกระดับการรับรู้ความต้องการรู้ นั้นอาจจะเป็นเรื่องจริงหรือเรื่องสมมุติขึ้นก็ได้ และสามารถทำให้ผู้เรียนได้ค้นพบช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่าง ณ จุดที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบันกับ ณ จุดที่เขาต้องการจะเป็นในอนาคต ซึ่งกล่าวได้ว่า ความต้องการรู้ของผู้เรียนผู้ใหญ่ นั้น จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนผู้ใหญ่เล็งเห็นว่า การเรียนรู้ นั้น เกิดประโยชน์ต่อชีวิตจริง และตระหนักว่าการเรียนรู้สามารถตอบสนองความต้องการ และความสนใจของตนเองได้¹²

จากการออกแบบการฝึกอบรมข้างต้นส่งผลให้หลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.20 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.85 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน เช่นเดียวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรของประชาชน ตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรู ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ การเลือกซื้อและบริโภคผักและผลไม้อย่างปลอดภัย ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรของเกษตรกรเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และพฤติกรรมความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยของประชาชน พฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ทางการเกษตรของเกษตรกรเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹³ หลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม¹⁴ ในทำนองเดียวกับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด พบว่าก่อนการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลางและหลังการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดมีคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม กล่าวได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดมีความรู้และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลการติดตามหลังการใช้โปรแกรม พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดมีการปฏิบัติตัวมากที่สุด คือ ไม่ใช้มือเปล่าผสมหรือคนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รองลงมา คือ ไม่ดื่ม น้ำ สุบุนหรี หรือรับประทานอาหารขณะพ่นสารเคมี¹⁵ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่าหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 แสดงว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นจากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทำให้ชาวนามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้น¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องทั้งก่อน

ระหว่าง และหลังการใช้ ยากำจัดศัตรูพืชในประเด็น การสวมถุงมือ และหน้ากากทุกครั้งในขณะผสมสารเคมี และการอาบน้ำทันทีหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนั้นควรเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดทุกขั้นตอน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผัก ผลไม้ ดิน หรือน้ำในพื้นที่ของชาวนาเพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์

2.2 รูปแบบการวิจัยควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Cohort Study) เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในเขตเทศบาลตำบลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างต่อเนื่อง

2.3 ควรจัดตลาดสีเขียว และจัดกิจกรรมการสร้าง ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดต่างๆ อาทิ เช่น คำนั่งถึงสุขภาพตัวเอง โดยคำนึงถึงอาหารปลอดสารพิษเพื่อหลีกเลี่ยงพิษภัยจากสารเคมีเกษตร การผลิตแบบเกษตรอินทรีย์ และประโยชน์จากการกินอาหารอินทรีย์ มีจิตสำนึกในการร่วมรับผิดชอบต่อธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมกับผู้ผลิต โดยสนับสนุนการบริโภคผักที่ผลิตในท้องถิ่นและมีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งผลิตเกษตรปลอดสารพิษใกล้บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุพัฒน์พงศ์ สิงห์ยะบุศย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่ให้คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิจัย จนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Casarette, L. J. Doull. Toxicology: the basic science of poisons. New York: Macmillar. 1975.
2. กรมวิชาการเกษตร. การศึกษาและพัฒนาวิธีวิเคราะห์วัตถุมีพิษในผลิตภัณฑ์และสารพิษตกค้าง ในผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ.2557 วิจัยและพัฒนาวิชาการเฉพาะด้าน. กรุงเทพฯ: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2558.

3. ทวีศักดิ์ สมบูรณ์. ผลของโปรแกรมเครือข่ายป้องกันตนเองของเกษตรกรในการลดการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชกลุ่มชาโปนินของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในตำบลสระนกแก้ว อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
4. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการเกษตรของประเทศไทย 2558. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2559.
5. ทวี ลุนราช. การพัฒนาศักยภาพแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวในการลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ตำบลระเรัง อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2552.
6. ARBUCKLE, Tye E.; LIN, Zhiqiu; MERY, Leslie S. An exploratory analysis of the effect of Pesticide Exposure on the risk of spontaneous abortion in an Ontario farm population. Environmental health perspective. 2001, 109(8), 851-857.
7. Bohmont, B. L. The standard pesticide user guide. New Jersey : Prentice-Hall; 2000.
8. สำนักวิชาสัตววิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
9. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. รายงานผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพเกษตรวิสัย. อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด; 2561.
10. นพพร บัวทอง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลบางขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา.[วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2557.

11. ประกาย มิ่งไชย. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลืออำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2560; 15(1): 54-65.
12. วุฒิพล สกลเกียรติ. การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้เรียนผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2546.
13. สุรินทร์ มากไมตรี. ผลของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรของประชาชน. วารสารวิชาการนายเรืออากาศ. 2560; 13(13): 73-82.
14. เต็ดเต๋ยว วรรณชาติ. ผลของโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
15. ภัทรกร ฤทธิชัย. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2562.
16. สุจิตรา ยอดจันทร์, จรรยา สันตยากร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปรกรณ์ ประจันบาน. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2554; 5(2): 45-54.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วย Melioidosis ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Prevalence and Factors Associated with Disseminated Septicemic melioidosis Melioidosis in Nonghan Hospital, Udon Thani

ณัฐนันต์ ปิยะพงษ์กุล*

Natthanant Piyapongkul

Corresponding author: E-mail: nattha.pp@gmail.com

(Received: May 25, 2020; Revised: June 8, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยโรค เมือลอยด์

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2558-ธันวาคม 2562 ในโรงพยาบาล หนองหาน จำนวน 221 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนรายงาน 506 และ 507 ของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานสำหรับการหาความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test และ Fisher exact test ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 221 ราย เป็นชาย (64.3%) อายุ 25-59 ปี (55.0%) เฉลี่ย 52 ปี (SD=16.51) มีโรคร่วม (69.8%) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน (36.5%) อัตราความชุกของโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 เท่ากับ 71.15, 47.85, 24.72, 25.50 และ 14.07 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบผู้ป่วยตลอดทั้งปี พบมากที่สุดในช่วงฤดูฝน ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน เป็นโรคร่วมและมีอาการติดเชื้อเฉพาะที่ (Local infected) มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยโรค เมือลอยด์ ($p = 0.14, < .001$) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงการเฝ้าระวังโรค ควรดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ อย่างต่อเนื่อง และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อเฉพาะที่ (Local infected)

คำสำคัญ : อัตราความชุก; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; อาการติดเชื้อทั่วร่างกาย; โรค เมือลอยด์

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ABSTRACT

Purpose : To investigate the prevalence of melioidosis and factors associated with melioidosis among patients registered at hospital in UdonThani

Design : Cross-sectional study

Materials and Methods : The cases were 221 melioidosis patients among patients registered at Nonghan Hospital between January, 2015 and December, 2019. The data were collected by using from patient's medical records 506 and 507. Data analysis was performed using descriptive statistics and with inferential statistics such the chi-square test and Fisher exact test. Statistical significance was set at p-value .05.

Main Findings : There were 221 patients registered at Nonghan hospital in UdonThani province. Most of patients were men, (64.3%), age 25-59 years, (55.0%) mean 52 years (SD = 16.51) common diseases , (69.8%), especially diabetes mellitus (36.5%). The prevalence rate of melioidosis per 100,000 population was 71.15, 47.85, 24.72, 25.50, and 14.07 respectively. In univariate analysis, the factor significantly associated with melioidosis were common diabetes mellitus and localized infected (p = 0.14, <.001), respectively.

Conclusion and recommendations : Public health officers should be risk communication to person whose risk or stayed in high prevalence of melioidosis site about recommendations for the prevention of melioidosis. And risk communication in underlying disease patients (mainly diabetes mellitus) about knowledge of melioidosis and prevention behaviors.

Keywords : Prevalence rate; Factors associated; Disseminated Septicemic melioidosis; Melioidosis disease

บทนำ

โรคเมลิออยด์ (Melioidosis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบรูปแท่ง พบได้ในดินและแหล่งน้ำธรรมชาติ เชื้อมีความคงทนสามารถปรับตัวและเจริญเติบโตได้ในสภาวะแวดล้อมที่มีค่า pH 5-8 ในช่วงอุณหภูมิ 24-32 องศาเซลเซียส และสามารถมีชีวิตรอดอยู่ได้ภายในดินที่มีความชื้นต่ำกว่า 10% นานถึง 70 วัน (Tong et al., 1996) พบการติดเชื้อดังกล่าวได้ทั้งในคน¹ จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุด ปี ค.ศ. 2000-2004 พบความชุกของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 69.6 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 13.9 ในภาคเหนือ ร้อยละ 11.5 ในภาคกลาง และร้อยละ 5 ในภาคใต้มีรายงานผู้ป่วย Community acquired septicemia เกิดจากโรคเมลิออยด์คิดเป็นร้อยละ 20 และมีอาการรุนแรง อัตราการตายสูง ร้อยละ 70-80 โรคนี้พบได้ทั้งในคนและสัตว์โดยจะ

เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง แต่ยังไม่มียารักษาที่มีประสิทธิภาพดีพอจากสัตว์มาสู่คนได้ซึ่งบางครั้งอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยรายที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ² การดำเนินโรคนั้น สามารถเป็นได้ทั้ง Acute, Subacute และ Chronic โดยอาจมีอาการคล้ายการติดเชื้ออื่น ๆ รวมถึงโรคไม่ติดเชื้อต่างๆ ได้หลายชนิด อาการของโรคอาจตรวจพบได้ง่ายว่ามีปัญหาที่ระบบอวัยวะใด หรืออาจมีเพียงไข้เรื้อรังโดยไม่พบอาการอื่นชัดเจนได้ โรค Melioidosis ถือเป็นหนึ่งในการวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญของโรคติดเชื้อในเขตร้อน (Tropical infectious diseases) และไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Fever of unknown origin) เช่นเดียวกับสถานการณ์โรค Melioidosis ในอำเภอหนองหานตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 221 ราย จำแนกเป็น 83 ราย, 55 ราย, 29 ราย 30 ราย และ 25 ราย ตามลำดับ³

ความสนใจเกี่ยวกับโรคนี้ในวงการแพทย์ได้เริ่มจริงจังมากขึ้นในช่วง 15-20 ปี ที่ผ่านมา โดยเฉพาะช่วง 10 ปี

หลังซึ่งพบผู้ป่วยโรคนี้จำนวนมาก จากการสำรวจอย่างไม่เป็นทางการพบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในประเทศไทยมีประมาณ 2,000-3,000 ราย และพบว่าร้อยละ 29 (405 คน) ของประชากรที่ทำการสำรวจ ทั้งหมด 9,047 ราย มีแอนติบอดีต่อเชื้อ *B. pseudomallei* โดยวิธี Indirect Hemagglutination Test (IHA) และเป็นประเทศที่มีรายงานโรคนี้มากที่สุดในโลก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีรายงานว่าพบผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยที่มากนี้ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละไม่ต่ำกว่า 150 ล้านบาท ซึ่งยังไม่นับรวมการสูญเสีย โอกาสทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน⁴

อาการทางคลินิกนั้นจะมีได้หลากหลาย⁵ สามารถติดเชื้อได้ในทุกระบบอวัยวะ โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดจะมีการติดเชื้อที่ปอด และพบที่อื่นๆ ลดหลั่นกันไป เช่น การเกิดฝี หนองในอวัยวะภายใน (Visceral abscess) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ตับและม้าม (Hepatosplenic abscess) ได้ถึงประมาณ 50%⁶ การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนได้ผิวก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบกระดูกและข้อ ที่พบได้แต่น้อยกว่ามาก (ประมาณ 1 – 4%) เช่น ในระบบประสาทส่วนกลาง ในเยื่อหุ้มหัวใจ (ซึ่งอาจให้อาการคล้ายวัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจได้) การติดเชื้อนั้นอาจเป็นได้ในหลายตำแหน่งพร้อมกัน และประมาณครึ่งหนึ่งจะมีเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งตรวจพบได้จากการเพาะเชื้อจากเลือดโดยประมาณ 10 – 20% สามารถมีการติดเชื้อรุนแรงจนเกิด Septic shock ได้ ผู้ป่วยประมาณ 10% อาจพบเชื้อในกระแสเลือดเท่านั้น โดยหาตำแหน่งอวัยวะที่ติดเชื้อไม่พบ (Primary bacteremia)⁷ การติดเชื้อในกระแสโลหิต เชื้อจะกระจายเข้าสู่กระแสเลือดไปทั่วร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง และอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตภายใน 2-3 วันหลังเข้าโรงพยาบาล เชื้อจะกระจายเข้าสู่กระแสเลือดไปทั่วร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและตายอย่างรวดเร็ว อัตราป่วยสูงมาก ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตภายใน 2 - 3 วันหลังเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีประวัติเป็นมาก่อน ร้อยละ 25-30 มีประวัติเป็นโรคที่ปอดมาก่อน และร้อยละ 20-25 มีประวัติเป็นโรคนี้ที่บริเวณผิวหนังและบริเวณอื่นๆ⁸ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค คือผู้ที่สัมผัสดินและน้ำจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อmelioidosis โดยเฉพาะ

ผู้ที่ต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นเวลานานๆ เช่น เกษตรกร ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันทางเซลล์ลดลง (Cell Mediated Immunity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จะมีความเสี่ยงสูงมากในการติดเชื้อmelioidosis โรคอื่นๆ ที่พบว่ามีความเสี่ยงในการติดเชื้อmelioidosis ประกอบไปด้วย โรคทาลัสซีเมีย โรคมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การรับประทานสุราและการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อmelioidosis อย่างไรก็ตามผู้ป่วยmelioidosis ร้อยละ 25 ไม่มีประวัติโรคประจำตัวใดๆ แต่มาตรวจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อแรกรับและอีกร้อยละ 25 ไม่มีโรคประจำตัวใดๆแม้ว่าจะทำการตรวจหาแล้วก็ตาม¹

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค Melioidosis ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรืออาการติดเชื้อทั่วร่างกาย ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วย Melioidosis ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วย Melioidosis ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Study design) การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วย Melioidosis ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ตั้งแต่ มกราคม 2558-ธันวาคม 2562 จำนวน 221 ราย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) รายงานผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มอาการที่เข้าได้กับรหัส ICD-10 A24.0 A24.1 A24.2 A24.3 A24.4 ตามเวชระเบียนในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

2) รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในระบอบรายงาน 506/507 รหัสที่ 72

3) ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่แพทย์วินิจฉัยหรือผู้ป่วยที่เข้าข่ายตามนิยามเฝ้าระวังของประเภทผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable Case) และผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case)

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติของการติดเชื้อ B. pseudo mallei มาก่อนและมีการติดเชื้อซ้ำในรอบปีเดียวกัน

2) ผู้ป่วยที่มีเลข Hospital Number (HN) ของโรงพยาบาล และเลขบัตรประชาชนซ้ำกัน

3) ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว แต่แพทย์ได้นัดมาติดตามผลการรักษา

2.3 ขนาดตัวอย่างขนาดตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ยึดถือจากจำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ทั้งหมดตั้งแต่เดือนมกราคม 2558-ธันวาคม 2562 ของโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

3.เครื่องมือในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในการตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

4.2 เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

4.3 การศึกษาความชุกของโรคเอดส์ ทำการ

ศึกษาทั้งอำเภอหนองหาน และศึกษาปัจจัยเสี่ยงใน 11 ปัจจัย จากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม 2558-ธันวาคม 2562

4.4 ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ระดับอำเภอเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย

4.5 คัดลอกรายชื่ออาสาสมัครทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ และผู้ป่วยโรคอื่นตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลเป้าหมาย

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 14.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยกรณีข้อมูลแจกแจง เช่น เพศ อาชีพ ใช้ความถี่ และค่าร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง เช่น อายุ ที่มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบไม่เบ้(ปกติ) ใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ถ้าการกระจายของข้อมูลเป็นแบบเบ้ (ไม่ใช่การแจกแจงแบบปกติ) ใช้ค่าพิสัย และค่ามัธยฐาน

5.2 ความชุกของการเป็นโรคเอดส์จากการวินิจฉัยของแพทย์วิเคราะห์และนำเสนอเป็นร้อยละ

5.3 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรกับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของโรคเอดส์ โดยพิจารณาตัวแปรอิสระที่ละตัว ด้วยสถิติไค-สแควร์ (χ^2 -test) หรือ Fisher's exact test ในกรณีที่เซลล์ที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรจากจำนวนผู้ป่วยทั้ง 221 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาย (64.0%) อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ระหว่าง 25-49 ปี (55%) เฉลี่ย 52 ปี SD= 16.51) มีโรคร่วม ถึง 69.8% เช่น โรคเบาหวาน (36.5%) เบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (11.3%) โรคเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (3.2%) และ THALASSEMIA ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเมลิออยโดซิสตามนิยามที่ค้นพบในเวชระเบียนของโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=221)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน (%)
เพศ	ชาย	142(64.3)
	หญิง	79(35.7)
อายุ (ปี)	วัยเด็ก (0-14 ปี)	8(3.6)
	วัยรุ่น (15-24 ปี)	12(5.4)
	วัยผู้ใหญ่ (25-59 ปี)	122(55.0)
	วัยสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)	80(36.0)
	Mean (SD),Min, Max	52.18(16.51),5,81
โรคร่วม	ไม่มีโรคร่วม	67(30.2)
	มีโรคร่วม	155(69.8)
จำแนกเป็น	T2DM	81(36.5)
	HT T2DM	25(11.3)
	T2DM CKD34	7(3.2)
	Thalassemia	7(3.2)
	HT	6(2.7)
	CKD	4(1.8)
	T2DMCirrhosis	4(1.8)
	T2DM HT CKD5	2(0.9)
	HT Cirrhosis	1(0.5)
	Cirrhosis	1(0.5)
	SLE	1(0.5)
	OLD TB	1(0.5)
	CKD TB_lung	1(0.5)
	TB_lung	1(0.5)
	CH_CA	1(0.5)
	Pakinson	1(0.5)
	Asthma	1(0.5)
	T2DM HT CKD3	1(0.5)
	ESRD HT	1(0.5)
	HEPATIC_C	1(0.5)
	T2DMTB_lung	1(0.5)
	T2DM Cirrhosis	4(1.8)
	COPD	1(0.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)
HT CKD	1(0.5)
Stroke	1(0.5)
CA_cervix	1(0.5)
HIV	1(0.5)
Gout	1(0.5)

จากกลุ่มอย่างทั้งหมด 221 รายพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยพบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดใน ปี พ.ศ. 2558 คือ จำนวน 83 ราย รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2559 จำนวน

55 รายงาน และปี พ.ศ. 2560 จำนวน 30 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราความชุกของโรคปี พ.ศ. 2558-2562 เท่ากับ 71.15, 47.85, 24.72, 25.50 และ 14.07 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังปรากฏตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเมลิออยโดซิสตามนิยามที่ค้นพบในเวชระเบียนของโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ.2558-2562 จำแนกตามเดือน และปีพ.ศ.

เดือน	ปี พ.ศ. 2558	ปี พ.ศ. 2559	ปี พ.ศ. 2560	ปี พ.ศ. 2561	ปีพ.ศ.2562
ตุลาคม	3(3.8)	6(10.9)	3(10.3)	3(10.0)	2(8.0)
พฤศจิกายน	2(2.4)	1(1.8)	3(10.3)	1(3.3)	3(12.0)
ธันวาคม	2(2.4)	2(3.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
มกราคม	7(8.4)	1(1.8)	7(24.1)	2(6.7)	5(20.0)
กุมภาพันธ์	7(8.4)	0(0.0)	3(10.3)	0(0.0)	2(8.0)
มีนาคม	8(9.6)	1(1.8)	1(3.4)	4(13.3)	1(4.0)
เมษายน	13(15.7)	1(1.8)	0(0.0)	0(0.0)	3(12.0)
พฤษภาคม	5(6.0)	1(1.8)	0(0.0)	4(13.3)	0(0.0)
มิถุนายน	3(3.6)	0(0.0)	4(13.8)	2(6.7)	2(8.0)
กรกฎาคม	11(13.3)	27(49.1)	6(20.7)	9(30.0)	2(8.0)
สิงหาคม	8(9.6)	10(18.0)	1(3.4)	5(16.7)	2(8.0)
กันยายน	14(16.9)	5(9.1)	1(3.4)	0(0.0)	3(12.0)
โดยรวม	83	55	29	30	25

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย
กับการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยเป็น โรคเมลิออยโดสิส
(n =221)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรปัจจัยพบว่า การที่ผู้ป่วย
มีโรค T2DM เป็นโรคร่วม และ การติดเชื้อแบบเฉพาะที่
(Localized melioidosis) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ

ทั่วร่างกาย (p=.014, p < .001) ตามลำดับ แต่เพศกลุ่มวัย
มีโรคร่วมโรคร่วม T2DM/HT โรคร่วม Hypertension
โรคร่วม /CKD34โรคร่วม CKD โรคร่วม T2DM /Cirrhosis
และLUNG_infected แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง
สถิติกับการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยดังแสดงในตาราง
ที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยเป็นโรคเมลิออยโดสิส (n =221)

ตัวแปร	มีอาการติดเชื้อทั่วร่างกาย (n=189)	ไม่มีอาการติดเชื้อทั่วร่างกาย (m=32)	p-value
เพศ			
ชาย	123(212.4)	19(20.6)	.534
หญิง	6(67.6)	13 (11.4)	
กลุ่มวัย			
ไม่ใช่วัยผู้ใหญ่	3(2.9)	17(17.1)	.578
วัยผู้ใหญ่	29(29.1)	172(171.9)	
มีโรคร่วม			
ไม่มี	19(21.6)	130(127.4)	.294
มี	13(10.4)	59(61.6)	
โรคร่วม T2DM			
ไม่มี	21(14.6)	80(86.4)	.014*
มี	11(17.4)	109(102.6)	
โรคร่วม T2DM HT			
ไม่มี	29(27.9)	164(165.1)	.394
มี	3(4.1)	25(23.1)	
โรคร่วม Hypertension			
ไม่มี	31(31.1)	184(183.9)	.613
มี	1(0.9)	5(5.1)	
โรคร่วม CKD34			
ไม่มี	29(30.4)	181(179.6)	.406
มี	3(1.6)	8(9.4)	
โรคร่วม CKD			
ไม่มี	32(61.4)	185(185.6)	.532
มี	0(0.6)	189(189.0)	
โรคร่วม T2DM Cirrhosis			
ไม่มี	32(31.4)	184(184.6)	.531
มี	0(0.6)	4(3.4)	
Localized Melioidosis			
ไม่มี	9(26.6)	175(157.4)	<.001*
มี	23(5.4)	14(31.6)	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	มีอาการติดเชื้อทั่วร่างกาย (n=189)	ไม่มีอาการติดเชื้อทั่วร่างกาย (n=32)	p-value
LUNG_infected			
	30(27.5)	160(162.5)	.134
	2(4.8)	29(26.5)	

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์และผลการวิจัย สามารถอธิบายเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยในประเด็น กล่าวคือ การศึกษาอัตราความชุกของโรคMeliodosisจากการศึกษาครั้งนี้ อัตราความสูงกว่าการศึกษาที่จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งพบความชุกของโรคเมลิออยด์ ในปี พ.ศ. 2559 ความชุกเท่ากับ 29.2 ต่อประชากรแสนคน⁹ และสูงกว่าข้อมูลของประเทศไทยและสูงกว่าอัตราความชุกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเท่ากับ 11.64 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ไม่พบการรายงานด้วยระบบรายงาน 506 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักจะเสียชีวิตก่อนได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยผลการเพาะเชื้อ และโรงพยาบาลไม่ได้รายงานทาง รายงาน 506 เนื่องจากไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีผลเพาะเชื้อยืนยันว่าเป็นโรคเมลิออยด์จากทางห้องปฏิบัติการ ส่วนการรายงานผ่านระบบ ICD-10 พบว่ามีการรายงานที่มากเกินไปจนข้อมูลที่เป็นจริงจากการลงรหัสโรคหรือการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อน พบผู้ป่วยตลอดทั้งปี พบมากที่สุดในช่วงฤดูฝน พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในช่วงฤดูฝนและสัมพันธ์กับปริมาณน้ำฝน ซึ่งหากพื้นที่บริเวณบ้านขึ้นแฉะและมีน้ำขัง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อก่อโรคเมลิออยด์มากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยาที่กล่าวว่า การได้รับเชื้อจากสิ่งแวดล้อมโดยตรงผ่านทาง การสัมผัสเชื้อในดินหรือน้ำเช่น การลงนา ทำนา ทำสวน การลุยน้ำ ดำน้ำ โดยไม่ใส่รองเท้าบูทหรืออุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม เมื่อผิวหนังสัมผัสดินและน้ำเป็นเวลานาน เชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องมีบาดแผล ถ้ามีบาดแผลเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น¹⁰ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา สุจริตพงศ์¹¹ ที่พบว่า ลักษณะบ้าน/ที่อยู่อาศัยผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์ ผลการศึกษาสามารถเชื่อมโยงได้ว่าการมีลักษณะบ้านยกสูง/ไม่มีน้ำขัง สามารถช่วยลด

โอกาสการสัมผัสเชื้อที่อยู่ในดินหรือน้ำในบริเวณบ้านได้ ผลการวิจัยนี้เป็นข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานด้านสาธารณสุขในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยด์ ได้แก่ เกษตรกร ผู้ที่ทำงานในไร่นาที่ต้องสัมผัสดิน/น้ำเป็นประจำ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเมลิออยด์ในพื้นที่ต่อไป

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยโรค Meliodosis ครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated septicemia) ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นมากกว่า 1 ตำแหน่งขึ้นไปการติดเชื้อในกระแสเลือด พบได้ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยทั้งหมดและอาจพบรวมกับการติดเชื้อของอวัยวะอื่นในกรณีของ disseminated septicemia พบการติดเชื้อร่วมมากกว่า 1 แห่ง ร้อยละ 46 สำหรับ non-disseminated septicemia พบการติดเชื้อร่วม 1 แห่ง ร้อยละ 10 และอีก ร้อยละ 9 ไม่พบแหล่งติดเชื้ออวัยวะอื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการซ้ำร่วมกับพบอาการทางปอดมากที่สุดถึงร้อยละ 50 รองลงมาคือ การติดเชื้อในตับและม้ามพบร้อยละ 12 การติดเชื้อของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ พบได้ร้อยละ 12 ซึ่งการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อนี้เป็นแบบ community acquired septicemia ที่สำคัญทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อัตราตายจากภาวะนี้สูงถึงร้อยละ 60-80 และสูงกว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้ออื่นอย่างมีนัยสำคัญ¹² พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า การมีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วม (ORadj=8.57; 95% CI=3.54-20.76) พบปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹³ พบว่าการมีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mOR_{adj}=3.21; 95\% CI=1.67-6.19$); การศึกษาของพรพิศ ตรีบุษยาศิคุล¹⁴ พบว่า การป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=1.57; 95\% CI=1.81-6.19$); งานวิจัยของ Currie และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาการเกิดโรคเมลิออยด์ในแถบประเทศออสเตรเลียตอนเหนือ พบว่า การมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเมลิออยด์ ซึ่งการป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้และพบว่า โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย และการสัมผัสดินกับน้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคเมลิออยด์ซิส¹⁶

ส่วนการมีอาการติดเชื้อเฉพาะที่ (Localize infected-Melioidosis) มีความสัมพันธ์กับอาการติดเชื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์นั้นอาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฉพาะที่ (Localized) เป็นผู้ป่วยจะมีการติดเชื้ออวัยวะใดอวัยวะหนึ่งเท่านั้นไม่มีการติดเชื้อและไม่มีหลักฐานการเข้าสู่กระแสเลือดของเชื้อ *B.pseudomallei* อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อหลายตำแหน่ง (Subclinical infection) นั้น มีค่อนข้างจะมากและการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของโรคนั้นเกิดขึ้นได้บ่อยพอสมควร มีรายงานการเป็นโรคในผู้ป่วยซึ่งเคยออกไปจากถิ่นระบาดแล้วกว่า 20 ปี การเกิด Relapse จาก Subclinical infection นั้น พบได้บ่อยมากทั้งในคนและสัตว์ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มนักวิจัยของออสเตรเลียร่วมกับกลุ่มของ Wellcome แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่กลับมาเป็นโรคอีกครั้งนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อที่หลบซ่อนอยู่ภายในตัวของผู้ป่วยเอง และมีส่วนน้อยมากที่เป็นเพราะได้รับเชื้อเข้ามาใหม่ จำนวนของผู้ที่มี Antibody จะค่อยๆ สูงขึ้นตามอายุ และระดับของ Antibody ในประชากรจะมีระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่อายุ 6 เดือน เป็นต้นไปไม่สามารถตรวจหรือแยกเชื้อได้จากคนหรือสัตว์ปกติในถิ่นระบาด เช่น คนที่เข้ามาอยู่ในถิ่นระบาดเป็นเวลานาน เช่น 6 เดือนถึง 1 ปี มีโอกาสได้รับเชื้อเข้าไปในร่างกาย แต่ไม่มีอาการใดๆ แสดงออกมา นอกจากผลบวกจากการทดสอบหาระดับแอนติบอดี¹⁷

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์ในประเด็นที่เจาะจงเกี่ยวกับการทำงานในไร่นา เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงด้านการทำงานของเกษตรกร และอาจนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นได้

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดโรคเมลิออยด์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉพาะที่ (Localize infected) เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ธวัช ภูมิเพียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหานที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่เวชสถิติทุกคนที่ได้ค้นเวชระเบียนและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในจัดเก็บข้อมูลจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Limmathurotsakul, D., Thammasart, S., Warrasuth, N., Thapanagulsak, P., Jatapai, A., Pengreungrojanachai, V., Anun, S., Joraka, W., Thongkamkoon, P., Saiyen, P., Wongratanacheewin, S., Day, N.P.J. and Peacock, S.J. Melioidosis in animals, Thailand 2006–2010. *Emerg Infect Dis.* 2012; 18(2): 325–7.
2. Paveenkittiporn W, Paveenkittiporn W, Apisanthanarak A, Dejsirilert S, Trakulsomboon S, Thongmali O, et al. Five-year surveillance for *Burkholderia pseudomallei* in Thailand, 2000–2004: Prevalence and antimicrobial susceptibility. *J Med Assoc Thai* 2009; 92: 546–52.
3. โรงพยาบาลหนองหาน. รายงานผลการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลหนองหาน. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ โรงพยาบาลหนองหาน. จังหวัดอุดรธานี; 2563.

4. ศูนย์วิจัยโรคเมลิออยโดสิส มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานประจำปี 2552 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น; 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.melioid.org>
5. Currie BJ, Fisher DA, Howard DM, et al. Endemic melioidosis in tropical northern Australia: a 10-year prospective study and review of the literature. *Clinical infectious diseases*. 2000; 31: 981-6.
6. Chetchotisakd P, Porramatikul S, Mootsikapun P, Anunnatsiri S, Thinkhamrop B. Randomized, double-blind, controlled study of cefoperazone-sulbactam plus cotrimoxazole versus ceftazidime plus cotrimoxazole for the treatment of severe melioidosis. *Clinical infectious diseases*. 2001; 33: 29-34.
7. พัชรสาร สันะสมิต. Melioidosis. หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: http://www.med.swu.ac.th/Internalmed/images/documents/handout/ID/PL/melioidosis_handout.pdf
8. สุภาภรณ์ พัวเพิ่มพูลศิริ. แบคทีเรียวิทยาของเชื้อ Burkholderia pseudomallei และการเพาะเชื้อ. ใน: เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์, (บรรณาธิการ). โรคเมลิออยด์. นนทบุรี: โอลิสติกพับลิชชิง; 2546.
9. ภาสินี ม่วงใจเพชร และพรนภา ศุภรเวทย์ศิริ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์ จังหวัดอุบลราชธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562; 26(2): พฤษภาคม - สิงหาคม 2562.
10. พรพรรณ สุนทรสุด, วิลาสินี ธงกลาง, อดิรัตน์ โพธิ์ศรี เมารี่ ชื่นจิตร, สุรัตน์ ดาละบุตร, วิริยา ห่านตระกูล และดิเรก ลิ้มมธุรสกุล. โรคเมลิออยโดสิสจากการสัมผัสดินหรือน้ำ ป้องกันด้วยใส่บูทยาว ตัมน้ำดื่มสุก. หน่วยวิจัยมหิตล-อ็อกฟอร์ด คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2561.
11. ปิยธิดา สุจริตพงษ์, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยด์ในผู้ป่วยโรคเมลิออยด์โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557; 7(1): 80-6.
12. Chaowagul W, White NJ, Dance DA, et al. Melioidosis: a major cause of community Acquired septicaemia in northeastern Thailand. *J Infect Dis*. 1989; 159: 890-899.
13. Limmathurotsakul D, Peacock SJ. Melioidosis: a clinical overview. *British medical Bulletin*. 2011; 99: 125-139.
14. พรพิศ ตริบุพชาติสกุล. เมลิออยด์ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พ.ศ. 2547-2550. วารสารวันโรคโรคทางออกและเวชบำบัดวิกฤต. 2552; 30(2): 112-25.
15. Currie J, Fisher A, Diane M, Howard. Endemic Melioidosis in Tropical Northern Australia: A 10-Year Prospective Study and Review of the Literature. *Clin Infect Dis* [serial online] 2000; 31: 981-6. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11049780>
16. เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์. โรคเมลิออยโดสิส. นนทบุรี: โอลิสติกพับลิชชิง. 2546.
17. สกิต สิริสิงห์, ธารารักษ์ ธารากุล, วิภาดา เชาวกุล, สุรศักดิ์ วงศ์รัตนชีวิน. รายงานโครงการวิจัย Melioidosis : A national problem. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538.

การตรวจการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของ Laryngoscope The Contamination Testing of Bacteria on Laryngoscope

สุพัฒน์ ศรีธัญญรัตน์ *

Supath Srithanyarat

Corresponding author: E-mail: supath-1963@hotmail.com

(Received: May 25, 2020; Revised: June 8, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียบน Laryngoscope ที่ใช้ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการเก็บตัวอย่าง Handle Laryngoscope จำนวน 11 ตัวอย่าง Laryngoscope Blade จำนวน 31 ตัวอย่างที่กลุ่มงานวิสัญญีและการเพาะเชื้อที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2562

ผลการวิจัย : พบว่า ห่องผ่าตัด 1 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified, Bacillus spp. ใน Blade ห่องผ่าตัด 2 พบเชื้อ Coagulase negative staphylococci. ใน Handle และพบ Bacillus spp. ใน Blade ห่องผ่าตัด 3 พบเชื้อ Coagulase negative staphylococci. ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified ใน Blade ห่องผ่าตัด 4 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Blade เท่านั้น ห่องผ่าตัด 5 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified ใน Blade ห่องผ่าตัด 6 ไม่พบเชื้อทั้ง Handle และ Blade ห่องพักฟื้นชั้น 3 พบเชื้อ Coagulase negative staphylococci. ใน Handle และพบ Bacillus spp., Gram positive bacilli unidentified ใน Blade ห่องผ่าตัด 7 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle ไม่พบเชื้อที่ Blade ห่องผ่าตัด 8 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle และพบ Bacillus spp., Micrococcus spp. ใน Blade ห่องผ่าตัด 9 พบเชื้อ Enterococcus faecium ใน Handle ไม่พบเชื้อที่ Blade ห่องผ่าตัด CVT ไม่พบเชื้อที่ Handle พบเชื้อ Micrococcus spp. ที่ Blade

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า Laryngoscope Blade และด้ามจับของ Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ที่ใช้กับคนไข้พบมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียบางชนิด ดังนั้นควรจะมีวิธีการทำความสะอาดที่เหมาะสมเพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อน

คำสำคัญ : การปนเปื้อน; แบคทีเรีย; Laryngoscope

ABSTRACT

Purpose : To study the contamination of bacteria on Laryngoscope at Roi Et Hospital.

Design : Survey Research

Materials and Methods : Swab sample of 11 handle laryngoscope and 31 laryngoscope blade at Department of Anesthesiology and culture at microbiology Roi Et Hospital during April 1, 2019 to May 29, 2019.

Main Findings : Laryngoscope of the Operation Room No1. found *Bacillus* spp. in Handle and found Gram positive bacilli unidentified , *Bacillus* spp. in Blade. The Operation Room No2. found Coagulase negative staphylococci. in Handle and *Bacillus* spp. in Blade. The Operation Room No3. found Coagulase negative staphylococci. in Handle and Gram positive bacilli unidentified in Blade. The Operation Room No4. found *Bacillus* spp. in Blade. The Operation Room No5. found *Bacillus* spp. in Handle and found Gram positive bacilli unidentified in Blade. The Operation Room No6. not found any bacteria in Handle and Blade. The Recovery Room 3 floor found Coagulase negative staphylococci. in Handle and found *Bacillus* spp. , Gram positive bacilli unidentified in Blade. The Operation Room No7. found *Bacillus* spp. in Handle not found bacteria in Blade. The Operation Room No8. Found *Bacillus* spp. in Handle and found *Bacillus* spp., *Micrococcus* spp. in Blade. The Operation Room No9. found *Enterococcus faecium* in Handle and not found bacteria in Blade and the CVT operation Room not found bacteria in Handle but found *Micrococcus* spp. in Blade

Conclusion and recommendations : this study revealed that laryngoscope Blade and Handle found bacteria contamination. The appropriate cleansing process can destroy the bacteria contamination on laryngoscope.

Keywords : Contamination; Bacteria; Laryngoscope

บทนำ

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลก ภูมิภาคของโลก ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียในขณะที่เข้าการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้การรักษาก็จะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการสำรวจทั่วโลก พบว่าเชื้อ *Staphylococcus aureus* มีอุบัติการณ์สูงสุด ร้อยละ 84.1 ตามด้วยเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 78.0 เชื้อ *Klebsella pneumonia* ร้อยละ 76.1 และเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 46.3 ตามลำดับ¹ ในประเทศไทย พบว่าการติดเชื้อในกลุ่ม Gram-negative bacteria สูงกว่าเชื้อในกลุ่ม gram-positive^{2,3} เชื้อที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการติดเชื้อในคนไทยได้แก่

P.aeruginosa, *Klebsella* spp. และ *A.baumannii* ตามลำดับ⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีหลายปัจจัยได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ^{5,6,7} การใส่สายสวนปัสสาวะ^{8,9} การผ่าตัด แผลติดเชื้อ นอนในหอผู้ป่วยเป็นเวลานาน^{10,11} การใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่ม Carbapenems และ Fluoroquinolones, Ciprofloxacin, Vancomycin และ Piperacillin-tazobactam Fluoroquinolones, Trimethoprim-sulfamethoxazole และ Gentamicin¹² Aminoglycoside, Tetracycline, Trimethoprim/sulfamethoxazole, Fluoroquinolone และ Second- and Fourth-generation cephalosporin¹³ การได้รับยาต้านจุลชีพในกลุ่ม β -lactam มาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยง 28.1 เท่า ได้รับยาต้าน

จุลชีพ Cefepime มาก่อนมีความเสี่ยง 22.7 เท่า¹⁴ รัยยาต้านจุลชีพในกลุ่ม Fluoroquinolones มีความเสี่ยง 16.0 เท่า¹⁵ ผู้ป่วยที่เคยได้รับยา Piperacillin-tazobactam มีความเสี่ยง 6.2 เท่า Oxymino-Cephalosporins มีความเสี่ยง 3.7 เท่า¹⁶ และได้รับยาในกลุ่ม Cephalosporins มาก่อนมีความเสี่ยง 7.6 เท่า¹⁷

โรงพยาบาล ร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนเตียง 820 เตียงในแต่ละปีมีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวนมากจากการประกาศ ในปี 2561 เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลจึงได้มีการประกาศนโยบายการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในวันที่ 12 มีนาคม 2562 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีความมุ่งมั่นในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบุคลากรและโรงพยาบาลโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง งานจ่ายกลางเป็นหน่วยงานหนึ่งในทีมซึ่งมีหน้าที่ในการทำความสะอาด ทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในประเภท semi-critical item /critical item ตาม Spaulding classification laryngoscope เป็นอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจ ที่มีใช้ในกลุ่มงานวิสัญญีและทุกหน่วยงานที่มีรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน(รถ Emergency)ในโรงพยาบาลมีการทำความสะอาด การทำลายเชื้อที่หลากหลายตามนโยบายของและหน่วยงาน ซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญของ laryngoscope มี 2 ส่วน คือ ด้ามจับ การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียบน Laryngoscope ทั้งที่ด้ามจับและ blade เชื้อที่พบมีแตกต่างกันไป มีทั้งชนิดที่เป็น Normal Flora และเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การปนเปื้อนเชื้อภายหลังการใช้งานอาจก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการและอาจจะทำให้เกิดการระบาดของเชื้อโรคในโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงโดยเฉพาะถ้าติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของ Laryngoscope เนื่องจากที่ผ่านมาโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังไม่ได้มีการศึกษาถึงการปนเปื้อนของเชื้อบน Laryngoscope ก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของ Laryngoscope ที่ใช้ใน

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียบน Laryngoscope ที่ใช้ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยทำการศึกษากการปนเปื้อนแบคทีเรียและคราบโปรตีนของ Laryngoscope Blade และด้ามจับรวมถึงวิธีการทำความสะอาด Laryngoscope ที่ใช้ในกลุ่มงานวิสัญญีในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ Laryngoscope ที่กลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อขอเก็บข้อมูล

3.2 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีเพื่อขอเก็บข้อมูล

3.3 สำรวจ Laryngoscope กลุ่มงานวิสัญญี โดยมีรายละเอียดคือ ยี่ห้อ จำนวน และมีคู่มือในการทำมาสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อหรือไม่ และวิธีทำความสะอาด Laryngoscope ของหน่วยงาน กลุ่มงานวิสัญญี

3.4 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และหัวหน้าห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาเพื่อขอส่งตรวจเพาะเชื้อ

3.5 ป้าย Swab Laryngoscope ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

3.6 บันทึกข้อมูลลงผลการตรวจเพาะเชื้อในโปรแกรม Excel แล้วตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันจะต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบกับต้นฉบับและแก้ไขให้ถูกต้องต่อไปตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ของข้อมูล เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

4. ระยะเวลาดำเนินการ การดำเนินการเก็บ Swab Laryngoscope ตัวอย่างที่กลุ่มงานวิสัญญีและทำการเพาะเชื้อ ได้ดำเนินการในระหว่างวันที่ 26-30 เมษายน 2562

5. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอในรูปแบบของจำนวน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE046/2562 หลักฐานหรือเอกสารทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเสร็จต้องทำลายเอกสารหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการเพาะเชื้อ Handle Laryngoscope จำนวน 11 ตัวอย่าง Laryngoscope Blade จำนวน 31 ตัวอย่าง รวม 42 ตัวอย่าง พบว่า

ห้องผ่าตัด 1 พบเชื้อ *Bacillus spp.* ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified, *Bacillus spp.* ใน Blade

ห้องผ่าตัด 2 พบเชื้อ *Coagulase negative staphylococci*. ใน Handle และพบ *Bacillus spp.* ใน Blade

ห้องผ่าตัด 3 พบเชื้อ *Coagulase negative*

staphylococci. ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified ใน Blade

ห้องผ่าตัด 4 พบเชื้อ *Bacillus spp.* ใน Blade เท่านั้น

ห้องผ่าตัด 5 พบเชื้อ *Bacillus spp.* ใน Handle และ

พบ Gram positive bacilli unidentified ใน Blade

ห้องผ่าตัด 6 ไม่พบเชื้อทั้ง Handle และ Blade

ห้องพักรักษา 3 พบเชื้อ *Coagulase negative staphylococci*. ใน Handle และพบ *Bacillus spp.* ,

Gram positive bacilli unidentified ใน Blade

ห้องผ่าตัด 7 พบเชื้อ *Bacillus spp.* ใน Handle ไม่พบเชื้อที่ Blade

ห้องผ่าตัด 8 พบเชื้อ *Bacillus spp.* ใน Handle และพบ *Bacillus spp.* , *Micrococcus spp.* ใน Blade

ห้องผ่าตัด 9 พบเชื้อ *Enterococcus faecium* ใน Handle ไม่พบเชื้อที่ Blade ห้องผ่าตัด CVT ไม่พบเชื้อที่ Handle พบเชื้อ *Micrococcus spp.* ที่ Blade ข้อมูลดังแสดงในตาราง

ตารางแสดงผลการเพาะเชื้อ Laryngoscope ที่ใช้ในกลุ่มงานวิสัญญี ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ลำดับ	รายการ	ผลการเพาะเชื้อ Laryngoscope	
		ATP(ค่าปกติ 200 RLU)	ผลการเพาะเชื้อ
ห้อง 1	Handle Laryngoscope (H1)	2,385	Bacillus spp. >100 colony
	Laryngoscope Blade (B1/2)	1,556	Gram positive bacilli unidentified 50 colony
	Laryngoscope Blade (B1/3)	1,515	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B1/4)	5,103	Bacillus spp. >100 colony
ห้อง 2	Handle Laryngoscope (H2)	2,809	Coagulase negative staphylococci. 30 colony
	Laryngoscope Blade (B2/2)	2,589	Bacillus spp. >100 colony
	Laryngoscope Blade (B2/3)	15,165	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B2/4)	572	No growth after 2 day
ห้อง 3	Handle Laryngoscope (H3)	654	Coagulase negative staphylococci. 50 colony
	Laryngoscope Blade (B3/2)	2,922	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B3/3)	3,803	Gram positive bacilli unidentified 50 colony
	Laryngoscope Blade (B3/4)	2,288	No growth after 2 day
ห้อง 4	Handle Laryngoscope (H4)	5,587	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B4/2)	4,799	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B4/4)	28	Bacillus spp. 50 colony

ลำดับ	รายการ	ผลการเพาะเชื้อ Laryngoscope	
		ATP(ค่าปกติ 200 RLU)	ผลการเพาะเชื้อ
ห้อง 5	Handle Laryngoscope (H5)	1,315	Bacillus spp. >100 colony
	Laryngoscope Blade (B5/2)	769	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B5/3)	3,330	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B5/4)	1,895	Gram positive bacilli unidentified 40 colony
ห้อง 6	Handle Laryngoscope (H6)	1,076	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B6/2)	3,335	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B6/4)	4,578	No growth after 2 day
พักฟื้นชั้น3	Handle Laryngoscope (HRR)	117	Coagulase negative staphylococci. 50 colony
	Laryngoscope Blade (BRR/1)	200	Bacillus spp. 50 colony
	Laryngoscope Blade (BRR/3)	184	Gram positive bacilli unidentified >100 colony
	Laryngoscope Blade (BRR/4)	71	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (BRR ตรง No.1)	304	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (BRR ตรงNo.0)	309	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (BRR ตรงNo.00)	171	No growth after 2 day
ห้อง 7	Handle Laryngoscope (H7)	95	Bacillus spp. >100 colony
	Laryngoscope Blade (B7/4)	25	No growth after 2 day
ห้อง 8	Handle Laryngoscope (H8)	95	Bacillus spp. >100 colony
	Laryngoscope Blade (B8/2)	30	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B8/3)	95	Micrococcus spp. 20 colony
	Laryngoscope Blade (B8/4)	43	Bacillus spp. >100 colony
ห้อง 9	Handle Laryngoscope (H9)	188	Enterococcus faecium 100 colony
	Laryngoscope Blade (B9/2)	28	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B9/3)	36	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (B9/4)	84	No growth after 2 day
OR CVT	Handle Laryngoscope (HCVT)	72	No growth after 2 day
	Laryngoscope Blade (BCVT/3)	-	Micrococcus spp. 100 colony
	Laryngoscope Blade (BCVT/4)	35	No growth after 2 day

วิจารณ์

Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือด้ามจับ และ Blade มีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบการปนเปื้อน Laryngoscope ทั้งที่ด้ามจับและ Blade เชื้อที่พบมีความแตกต่างกันไป มีทั้งชนิดที่เป็น Normal Flora และเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การปนเปื้อนเชื้อภายหลังการใช้งาน ก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ ทำให้เกิดการระบาดของเชื้อโรคในโรงพยาบาล และอาจทำให้ผู้ป่วย

เสียชีวิตได้ การทำความสะอาด การพัฒนาวิธีการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ Laryngoscope อย่างเหมาะสม และการเก็บ Laryngoscope ภายหลังการใช้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดการปนเปื้อน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย และบุคลากรเกิดความปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการร่วมมือ ร่วมใจและทำงานร่วมกัน ของงานจ่ายกลาง (Central Supply Sterile Department ; CSSD) งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มงานวิสัญญี ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อน กระตุ้นหน่วยงานอื่นเพื่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลง สร้างความร่วมมือเพื่อผลประโยชน์ต่อผู้รับบริการและต่อบุคลากร (2 P Safety) อีกทั้งเป็นการร่วมมือกัน (Collaboration) เพื่อเป็นส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการเพาะเชื้อจาก laryngoscope blade จำนวน 31 ตัวอย่าง, handle จำนวน 11 ตัวอย่าง รวม 42 ตัวอย่าง จากกลุ่มงานวิสัญญี พบว่า ค่า ATP อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ผลการเพาะเชื้อมีเชื้อจุลินทรีย์ขึ้นผลเป็นบวก ภายหลังการทำความสะอาดด้วย 4% chlorhexidine scrub ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้ง แล้วเช็ดให้แห้งเช็ดด้วย 70% alcohol รองนั้ง ใส่ถุงพลาสติกปิดให้มิดชิดแล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด จำนวน 7 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 16 เชื้อที่พบเป็น *Bacillus spp.* >100 colony และ >100 colony *Coagulase negative staphylococci* ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ สหรัฐอเมริกาที่พบว่าผลเพาะเชื้อมีเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนร้อยละ 75 โดยมีเชื้อ *coagulase-negative staphylococci* ร้อยละ 62.5 เชื้อ (17.5%) *Bacillus spp.* ร้อยละ 17.5 เชื้อ *alpha-hemolytic Streptococcus spp., not anthracis* ร้อยละ 7.5 เชื้อ *Enterococcus spp.*, ร้อยละ 2.5 *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 2.5, และ *Corynebacterium spp.* ร้อยละ 2.5 และไม่มีเชื้อ *vancomycin-resistant enterococci*, *methicillin-resistant S. aureus*, หรือ Gram-negative rods¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่สหราชอาณาจักรที่พบว่าการตรวจเพาะเชื้อ Laryngoscope พบเชื้อ *enterococci*, *meticillin-susceptible Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp.* และ *Acinetobacter spp.* โดยตรวจไม่พบเชื้อรา, *meticillin-resistant Staphylococcus aureus*, *vancomycin-resistant enterococci* or multiply-resistant Gram-negative bacilli.¹⁹ แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศอียิปต์ที่พบว่ามีการตรวจพบเชื้อ gram-positive bacilli และเชื้อแบคทีเรียแกรมลบปนเปื้อน บน Laryngoscope โดยเป็นเชื้อ *Staphylococcus epidermidis* ร้อยละ 18.2, *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 9.1 เชื้อ *Klebsiella spp.* ร้อยละ 11.4 เชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 6.8 *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 6.8 เชื้อ

Citerobacter spp. ร้อยละ 4.5²⁰ สำหรับข้อสรุปของการศึกษานี้ที่สำคัญคือการพบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่ Laryngoscope ทั้ง Blade และ Handle (ด้ามจับ) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบเชื้อดื้อยา *vancomycin-resistant enterococci*, *methicillin resistant S. aureus* หรือเชื้อไวรัสที่ก่อโรคในระบบทางเดินหายใจ ผลการศึกษานี้ยังไม่สนับสนุนการล้าง Laryngoscope blade ที่หน่วยงาน เพราะ Laryngoscope อยู่ในกลุ่ม Semi critical item ซึ่ง AORN Guideline ,CDC Guideline recommendation ให้ใช้ High level disinfectant หรือ Sterilization เท่านั้น ฉะนั้นการล้างด้วยน้ำยา 4% Chlorhexidine เป็นเพียง Low level disinfectant เท่านั้นจึงไม่เพียงพอในการทำลายเชื้อ สำหรับข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) Laryngoscope blade จัดอยู่ในกลุ่ม semi-critical item เครื่องมือในกลุ่มนี้จะสัมผัสกับเยื่อของร่างกาย (Mucous membrane) ทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่ไม่ได้เข้าไปในเนื้อเยื่อ เครื่องมือเครื่องใช้ต้องไม่มีเชื้อโรคและสปอร์ของแบคทีเรียจึงต้องทำลายเชื้อก่อนใช้ 2) การทำลายเชื้อกลุ่ม semi-critical item อย่างน้อยต้องทำลายเชื้อด้วยน้ำยาทำลายเชื้อระดับสูง (High level disinfection) ได้แก่ glutaraldehyde , chlorine dioxide และดีที่สุดคือ การทำ sterilization ด้วย ความร้อนสูง (Autoclave) หรือความร้อนต่ำ (Hydrogen plasma) หรือตาม IFU (Instruction For Use) ของเครื่องมือแต่ละบริษัท 3) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โรงพยาบาลควรจัดซื้ออุปกรณ์ให้เพียงพอในการหมุนเวียนการทำมาสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดเชื้อ กลุ่มงานวิสัญญีและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก เจ้าหน้าที่งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่มีส่วนช่วยในงานวิจัยและขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ที่ช่วยให้คำแนะนำงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. *Am J Infect Control*. 2010 Mar;38(2):95-104.e2.
2. Danchaivijitr S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S, Judaeng T. Prevalence and impacts of nosocomial infection in Thailand 2001. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(Suppl 10):S1-9.
3. Danchaivijitr S, Judaeng T, Sripalakij S, Naksawas K, Plipat T. Prevalence of nosocomial infection in Thailand 2006. *J-Med Assoc Thai*. 2007;90(8):1524.
4. Dejsirilert S, Suankratay C, Trakulsomboon S, Thongmali O, Sawanpanyalert P, Aswapokee N, et al. National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand (NARST) data among clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* in Thailand from 2000 to 2005. *J Med Assoc Thai Chotmai-het Thangphaet*. 2009 Aug;92 Suppl 4:S68-75.
5. Petdachai W. Ventilator-associated pneumonia in a newborn intensive care unit. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2004 Sep;35(3):724-9.
6. Bayani M, Siadati S, Rajabnia R, Taher AA. Drug Resistance of *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacter cloacae* Isolated from ICU, Babol, Northern Iran. *Int J Mol Cell Med*. 2013;2(4):204-9.
7. Gurung J, Khyriem AB, Banik A, Lyngdoh WV, Choudhury B, Bhattacharyya P. Association of biofilm production with multidrug resistance among clinical isolates of *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* from intensive care unit. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med*. 2013 Jul;17(4):214-8.
8. Rhodes D, Cheng AC, McLellan S, Guerra P, Karanfilovska D, Aitchison S, et al. Reducing *Staphylococcus aureus* bloodstream infections associated with peripheral intravenous cannulae: successful implementation of a care bundle at a large Australian health service. *J Hosp Infect*. 2016 Jun 7;
9. Nuvials X, Palomar M, Alvarez-Lerma F, Olachea P, Otero S, Uriona S, et al. Primary bacteremia and catheter related bloodstream infection in patients admitted to ICU. risk factors associated with mortality. ENVIN-HELICS registry data. *Intensive Care Med Exp*. 2015 Dec;3(Suppl 1):A889.
10. Sader HS, Castanheira M, Flamm RK, Mendes RE, Farrell DJ, Jones RN. Ceftazidime/avibactam tested against Gram-negative bacteria from intensive care unit (ICU) and non-ICU patients, including those with ventilator-associated pneumonia. *Int J Antimicrob Agents*. 2015 Jul;46(1):53-9.
11. Tumbarello M, De Pascale G, Trecarichi EM, Spanu T, Antonicelli F, Maviglia R, et al. Clinical outcomes of *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia in intensive care unit patients. *Intensive Care Med*. 2013 Apr;39(4):682-92.

12. Espinar MJ, Miranda IM, Costa-de-Oliveira S, Rocha R, Rodrigues AG, Pina-Vaz C. Urinary Tract Infections in Kidney Transplant Patients Due to *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*-Producing Extended-Spectrum β -Lactamases: Risk Factors and Molecular Epidemiology. *PloS One*. 2015;10(8):e0134737.
13. Nakai H, Hagihara M, Kato H, Hirai J, Nishiyama N, Koizumi Y, et al. Prevalence and risk factors of infections caused by extended-spectrum β -lactamase (ESBL)-producing Enterobacteriaceae. *J Infect Chemother Off J Jpn Soc Chemother*. 2016 May;22(5):319–26.
14. Chopra T, Marchaim D, Johnson PC, Chalana IK, Tamam Z, Mohammed M, et al. Risk factors for bloodstream infection caused by extended-spectrum β -lactamase-producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*: A focus on antimicrobials including cefepime. *Am J Infect Control*. 2015 Jul 1;43(7):719–23.
15. Soraas A, Sundsfjord A, Sandven I, Brunborg C, Jenum PA. Risk factors for community-acquired urinary tract infections caused by ESBL-producing enterobacteriaceae--a case-control study in a low prevalence country. *PloS One*. 2013;8(7):e69581.
16. Superti SV, Augusti G, Zavascki AP. Risk factors for and mortality of extended-spectrum-beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli* nosocomial bloodstream infections. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2009 Aug;51(4):211–6.
17. Mosqueda-Gómez JL, Montañó-Loza A, Rolón AL, Cervantes C, Bobadilla-del-Valle JM, Silva-Sánchez J, et al. Molecular epidemiology and risk factors of bloodstream infections caused by extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* A case-control study. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2008 Nov;12(6):653–9.
18. Tr C, Fj A, Sw R, Dl K, Sc T, Sw T, et al. Nosocomial Contamination of Laryngoscope Handles: Challenging Current Guidelines [Internet]. *Anesthesia and analgesia*. 2009 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19608822/>
19. D W, J D, C J, N B. Contamination of Laryngoscope Handles [Internet]. *The Journal of hospital infection*. 2010 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20096953/>
20. Rme T, Aa W, Fa A, Rha B, Jm B. Pattern of Anaesthetic Equipment Contamination and Infection Prevention in Anaesthesia Practice at University Hospitals [Internet]. *Indian journal of anaesthesia*. 2018 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30443062/>

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Effect of Development a Nursing Practice for Cancer Patients to Prevent Hypersensitivity Reaction from Chemotherapy in Daycare Chemotherapy Center at Roi Et Hospital

อจรรพรณ์ ม่วงมูลตรี*และศิรินทรา โคตะโน**

Acharaporn Moungmultri* and Sirintra Kotano**

Corresponding author: E-mail: nueelita@hotmail.com

(Received: May 25, 2020; Revised: June 8, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัดให้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัด 2) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ ภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด (HSR) จากการได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 3) การประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัด 4) สรุปผลการนำไปใช้งานจริงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงกันยายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ ได้แก่ แบบประเมินการเกิดภาวะ HSR และแบบบันทึกการจัดการและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการ HSR การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์ภาวะ HSR ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดร้อยละ 2.65 ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับปี 2559 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะ HSR ในการให้ยา Cycle ที่ 1 ร้อยละ 20 เกิดในการให้ยา Cycle ที่ 2 ร้อยละ 33.33 Cycle ที่ 3 ร้อยละ 26.67 และเกิดในการให้ยา Cycle ที่ 4 ร้อยละ 20 ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นระดับ 1 - 2 ร้อยละ 93.33 และระดับ 3 ร้อยละ 6.67 ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSR รุนแรงระดับ 4 ที่เป็น Anaphylactic 2) ผู้ป่วยร้อยละ 100 ปลอดภัยจากภาวะ HSR 3) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นมาตรฐานนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

สรุป : การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR ที่ชัดเจนสามารถป้องกัน และลดความรุนแรงของการเกิดภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัดได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็ง; ยาเคมีบำบัด; ภาวะภูมิไวเกิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To development nursing practices for cancer patients for prevent hypersensitivity from chemotherapy and to provide nursing practices in accordance with fast, safe and minimally severe complications of adverse reactions of chemotherapy.

Design : Research and Development

Materials and Methods : There are four main approaches to implementation of this guideline: 1) Development nursing practice guidelines for cancer patients for prevent HSR from chemotherapy. 2) The nursing guideline of HSR from chemotherapy was used for patients. 3) Evaluation and improvement of nursing practice guidelines for cancer patients to prevent HSR from chemotherapy. 4) Summarize the results of the actual use and continue development. The data collection were performs during October 2016 to September 2017. The data collection tools were used HSR assessment form, the record management and evaluation form of HSR symptom management. Data analysis were used descriptive statistics including frequency and percentage.

Main findings : 1) The situation of HSR in cancer patients after receiving chemotherapy treatment was 2.65%, which is lower than in 2016, and most of patients has HSR in cycle 1 was 20%, Cycle 2 was 33.33 %, Cycle 3 was 26.67%, and Cycle 4 was 20%. The severity was rated at level 1 and 2 was 93.33% and level 3 was 6.67% respectively. Non of patients has severe HSR level 4 anaphylactic. 2) 100% patients were safe from HSR. 3) The nursing practice guidelines for cancer patients to prevent HSR from standard chemotherapy were used.

Conclusion : The guideline of nursing care for cancer patients can prevent HSR and reduce the severity of HSR from chemotherapy treatment.

Keywords : Patients Cancer; Chemotherapy; Hypersensitivity Reaction

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปี ค.ศ. 2015 พบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงถึง 8,800,000 รายทั่วโลก¹ ในประเทศไทย พบว่ามะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งติดต่อกันนานเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ใน พ.ศ. 2557 - 2559 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จำนวน 70,075 73,938 และ 77,566 ตามลำดับ² ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ใน พ.ศ. 2557 - 2559 พบว่ามี 6,292, 7,592 และ 7,918 ราย ตามลำดับ³

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตดีขึ้น และยังเป็นการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต⁴ อย่างไรก็ตามถึงแม้ยาเคมีบำบัดจะ

มีผลดีต่อการรักษาแต่ผลข้างเคียงของยาก็มากเช่นกัน เมื่อยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเซลล์มะเร็ง และทำลายเซลล์ปกติบางส่วนโดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัว เช่น เซลล์ไขกระดูก เยื่อบุทางเดินอาหาร และรากผม ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดขึ้นได้⁵ นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะภูมิแพ้ที่สามารถเกิดได้ขณะให้ยาเคมีบำบัดคือ ภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction: HSR) อาการแสดงที่พบมาก 10 อาการแรกคือ หน้า/ คอแดง ปวดหลัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ปวดท้อง ภาวะขาดออกซิเจน ไอ เวียนศีรษะ และมีผื่นแพ้⁶ ซึ่งภาวะดังกล่าวหากไม่ได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วและดูแลได้ทันท่วงทีจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

อุบัติการณ์การเกิดภาวะ HSR พบได้ในยาในกลุ่ม Taxanes ได้แก่ Docetaxel และ Paclitaxel พบได้ 30% และ 40% โดยมักเกิดใน Cycle ที่ 1 และ Cycle ที่ 2 ของการให้ยา 95% และมักเกิดในช่วงเริ่มต้นของการให้ยาภายใน 2 - 10 นาทีหรือชั่วโมงแรกของการได้รับยา^{7,8,9} ในหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ดปี พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 และ พ.ศ.2559 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดของยาในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจาก 63 279 และ 412 ครั้ง ตามลำดับ และพบการเกิดภาวะ HSR ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นจาก 5 คน เป็น 15 คน ความรุนแรงอยู่ในระดับ 1 - 2 และส่วนใหญ่จะพบใน Cycle ที่ 1 (9 คน) 52.94% และ Cycle ที่ 2 (6 คน) 35.29% ของการให้ยาในปี พ.ศ. 2559 พบการเกิดภาวะ HSR 11 คน ลดลงเนื่องจากมีการพัฒนา CQI เรื่องการจัดการภาวะ HSR แต่กลับพบว่า ระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSR ความรุนแรงอยู่ในระดับ 1 - 2 เกิด 9 คน ระดับ 3 เกิด 1 คน และระดับ 4 ที่เป็น Anaphylactic 1 คน³ ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งถ้าหากช่วยเหลือไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะ HSR เพื่อป้องกันการเกิดการแพ้อย่างรุนแรงและเสียชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัด ลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ HSR และดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยขณะมารับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัดให้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่ม Taxanes ได้แก่ Paclitaxel และ Docetaxel ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาล

ร้อยเอ็ด ทุกราย โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ศึกษาดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่ม Taxanes
2. เป็นผู้มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามได้
3. มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนดที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ระหว่างตุลาคม 2559 ถึงกันยายน 2560 รวมระยะเวลานาน 1 ปี ศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 566 ครั้งของการมารับยาเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ มี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินการเกิดภาวะ HSR และ 2) แบบบันทึกการจัดการและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการ HSR

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งวิธีการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ คือ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัด
2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
3. การประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัด
4. สรุปผลการนำไปใช้งานจริงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะ HSR ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเป็นเพศหญิง 53.33% เพศชาย 46.67% ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี 73.33% เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 53.34% มะเร็งปอด 26.67% และ

มะเร็งต่อมลูกหมาก 20.00% เกิดภาวะ HSR 2.654 ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับจากปี พ.ศ. 2559 ยาที่ทำให้เกิดส่วนใหญ่เป็นยา Docetaxel 60% และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดในการให้ยา Cycle ที่ 1 20% เกิดในการให้ยา Cycle ที่ 2 33.33% Cycle ที่ 3 26.67% และเกิดในการให้ยา Cycle ที่ 4 20% เกิดซ้ำ 2 ครั้งในผู้ป่วยรายเดียวกัน 4 ราย

ในรอบที่ 3 และ 4 อย่างละ 2 ราย ระยะเวลาที่เกิดภาวะ HSR หลังจากที่ได้รับยาเฉลี่ย 15.14 นาที ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นระดับ 2 86.67% ระดับ 1 และ 3 6.67% ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSR รุนแรงระดับ 4 ที่เป็น Anaphylactic ดังตาราง 1

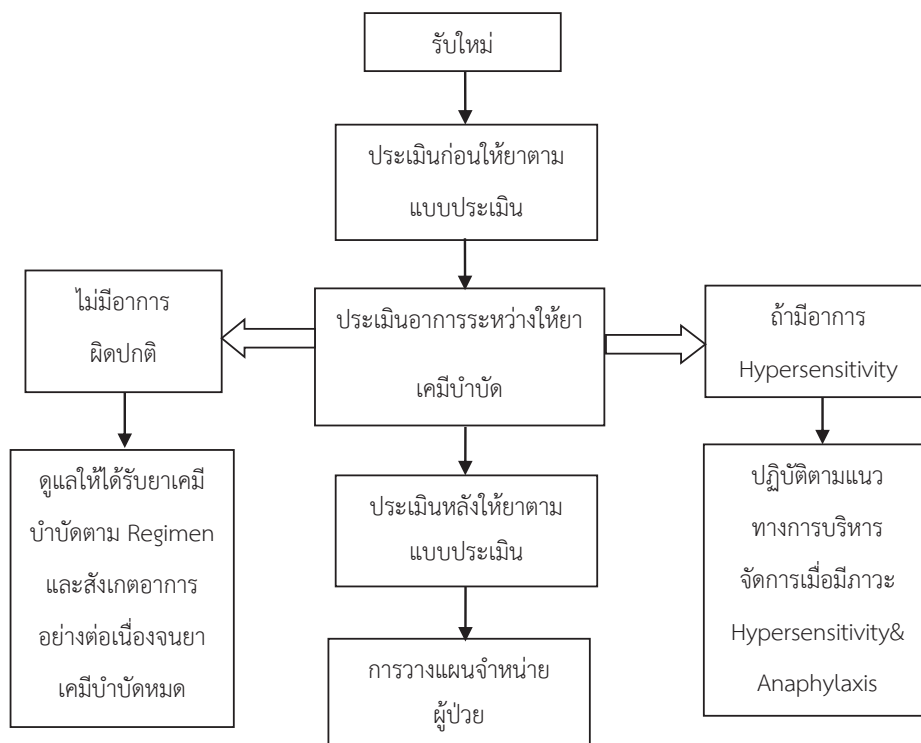
ตาราง 1 แสดงการเกิดภาวะ HSR ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในปี พ.ศ. 2560 (N = 566)

การเกิดภาวะ HSR	จำนวน (ร้อยละ)
- ไม่เกิด	551(97.35)
- เกิด	15(2.65)
สูตรยาที่ทำให้เกิดภาวะ HSR	
- Docetaxel	9(60.00)
- Paclitaxel	2(13.34)
- Paclitaxel + Carboplatin	4(26.66)
รอบของการให้ยาที่ทำให้เกิดภาวะ HSR	
- รอบที่ 1	3(20.00)
- รอบที่ 2	5(33.33)
- รอบที่ 3 *	4(26.70)
- รอบที่ 4 *	3(20.00)
*เกิดซ้ำ 4 ราย ในรอบที่ 3 และ 4 รอบละ 2 ราย	
ระยะเวลาที่เกิดภาวะ HSR หลังจากที่ได้รับยา	
- 1 นาที	5(33.34)
- 2 นาที	1(6.67)
- 10 นาที	1(6.67)
- 20 นาที	3(20.00)
- 25 นาที	4(26.67)
- 50 นาที	1(6.67)
$\bar{X}$ = 15.14, Range = 1 – 50 นาที	
ระดับความรุนแรงของการเกิดอาการ	
- Grade 1	1(6.67)
- Grade 2	13(86.67)
- Grade 3	1(6.67)

2. ผู้ป่วยร้อยละ 100 ปลอดภัยจากภาวะ HSR
3. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกัน

ภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นมาตรฐานนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction: HSR) จากการได้รับยาเคมีบำบัด หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction: HSR) จากการได้รับยาเคมีบำบัด หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด	ได้รับ	ไม่ได้รับ
แนวทางการประเมินก่อนให้ยา		
1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ECOG ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสัญญาณชีพแรกรับ 2. ชักประวัติการแพ้ และภาวะ HSR ที่เกิดขึ้นในการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งก่อน ๆ 3. ตรวจสอบยา Pre-medication ตาม Regimen ที่ผู้ป่วยได้รับรวมทั้งขนาดและระยะเวลาการให้ 4. ตรวจสอบการได้รับยาในกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ HSR ดังนี้ - กลุ่ม Taxanes ได้แก่ Paclitaxel และ Docetaxel - กลุ่ม Platinum compounds ได้แก่ Oxaliplatin, Carboplatin และ Cisplatin - กลุ่ม Monoclonal antibodies ได้แก่ Cetuximab, Rituximab, Trastuzumab และ Bevacizumab 5. ตรวจสอบอุปกรณ์ต่างๆ ให้ครบถ้วนในการรักษาพยาบาล กรณีเกิดภาวะ HSR เช่น ยาในรถ Emergency, Hypersensitivity kit, อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ ฯ		

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด**ได้รับ ไม่ได้รับ**

แนวทางการประเมินระหว่างให้ยา

1. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น หน้าแดง แ่นหน้าอก หายใจไม่อึด ปากบวม หัวใจเต้นเร็ว และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรีบแจ้งพยาบาล หากเกิดอาการผิดปกติหลังจากได้รับยา

2. มีป้ายแจ้งเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวังและผู้ป่วยต้องแจ้งให้พยาบาลทราบทันที เมื่อเกิดอาการตามป้ายที่แขวนไว้เสาน้ำเกลือ

3. ตรวจสอบชนิดของยาเคมีบำบัด ชนิดของตัวทำละลาย ความเข้มข้นของยา ช่องทางในการให้ยา ระยะเวลาในการให้ยาตาม Regimen

4. ปฏิบัติตาม WI การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำและ WI การบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะ HSR อย่างเคร่งครัดในการดูแลผู้ป่วย หลักการปรับยาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ HSR ปรับ Rate ขึ้นก่อนดังนี้

- Rate 12 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 25 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 50 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 75 cc/hr. นาน 15 นาที

5. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะหายหมด

6. หากเกิดภาวะ HSR ให้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการภาวะ HSR ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการปฏิบัติการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ HSR

6.1 หยุดให้ยาทันที และให้ IV 0.9% NSS KVO

6.2 ประเมินอาการ และระดับความรุนแรง ประเมินโดยใช้เกณฑ์จาก Common

Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.03 ตามอาการหลัก

ที่เกิดขึ้นดังนี้ (National Cancer Institute, 2009) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดงมีผื่น มีไข้ต่ำกว่า 38 °C

ระดับที่ 2 หน้าแดง ผื่นลมพิษ หายใจลำบาก/ แ่นหน้าอก มีไข้มากกว่า 38 °C

ระดับที่ 3 มีอาการหลอดลมหายใจเรื้อรัง บวม ความดันโลหิตต่ำ

ระดับที่ 4 มีอาการแพ้รุนแรงคุกคามชีวิต (Anaphylactic) ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ระดับที่ 5 เสียชีวิต

6.3 อ่านปริมาณยาที่ได้จากเครื่อง Infusion pump จดบันทึกไว้ (อาการจะดีขึ้นภายใน

2-5 นาทีหลังจากหยุดยา)

6.4 ฟังปอดดูว่ามีเสียง wheeze หรือไม่

6.5 วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที 2 ครั้ง และ 15 นาที 2 ครั้ง/ทุก 30 นาที 2 ครั้ง

6.6 รายงานแพทย์ (หลังวัดสัญญาณชีพครั้งแรก) และแจ้งเภสัชกรให้ทราบว่าเกิดอุบัติการณ์

6.7 เมื่อเกิดภาวะ HSR แนวทางการรักษาของแพทย์ส่วนใหญ่จะมี 2 รูปแบบ ดังนี้

6.7.1. หยุดให้ยาเคมีบำบัดชนิดนั้น (Dechallenge) สังเกตอาการต่ออีก 1-2 ชั่วโมง

6.7.2. กรณีที่แพทย์ต้องการให้ยาซ้ำ (Rechallenge) มักจะให้ Pre-medication

เพิ่มซึ่งแล้วแต่คำสั่งการรักษาของแพทย์ พักและสังเกตอาการ 30 นาที แล้วเริ่มให้ยาอีกครั้ง โดยปรับ Rate ลดลง จากเดิมใน 1 ชั่วโมงแรก ดังนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ได้รับ ไม่ได้รับ

- Rate 4 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 8 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 16 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 32 cc/hr. นาน 15 นาที

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการเกิดภาวะ HSR 2 ครั้ง และแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยาเคมีบำบัดต่อการเริ่มให้ยาจะปรับ Rate ลดลง จากเดิมใน 1 ชั่วโมงแรก ดังนี้

- Rate 2 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 4 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 8 cc/hr. นาน 15 นาที
- Rate 16 cc/hr. นาน 15 นาที

7. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะหมด

8. บันทึกข้อมูลลงในเอกสารเวชระเบียนในหน่วยงาน ในระบบ Hosxp ของโรงพยาบาล และเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

แนวทางการประเมินหลังให้ยา

1. ประเมินสัญญาณชีพหลังยาเคมีบำบัดหมด และสังเกตอาการต่อ 30 นาที ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน
2. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยา Home medication ต่อจนครบตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ได้รับเอกสารเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและวิธีการดูแลตัวเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด
4. แนะนำสถานบริการใกล้บ้านเมื่อเกิดปัญหาและสามารถโทรศัพท์สอบถามพยาบาลที่ให้ยาเคมีบำบัดได้

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Taxanes มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ HSR ได้ 30% - 40% โดยมักเกิดใน Cycle ที่ 1 และ Cycle ที่ 2 ของการให้ยา 95% และมักเกิดในช่วงเริ่มต้นของการให้ยาภายใน 2 - 10 นาทีหรือชั่วโมงแรกของการได้รับยา^{7,8,9} เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าการเกิดภาวะ HSR พบน้อยกว่าซึ่งพบเพียงร้อยละ 2.65 แต่ระยะเวลาที่เกิดสอดคล้องกันเกิดในช่วง 1 ชั่วโมงแรกทั้งหมด ส่วนการเกิดสามารถเกิดได้ในทุกรอบของการให้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี¹⁰ ที่พบว่าทุกรอบสามารถเกิดภาวะ HSR ได้ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 4 รายที่เกิดภาวะ HSR ซ้ำ 2 รอบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สายฝน เจริญชัย¹¹ ที่พบว่าหากผู้ป่วยเกิดภาวะ HSR ครั้งแรกแล้วมีโอกาส 44.6% ที่จะเกิดภาวะ HSR ครั้ง 2 และยังพบอีกว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะ HSR ได้ด้วย จาก

การศึกษาของอรอมล มาลีหวล และคณะ¹² พบว่า อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดภาวะ HSR ลดลง เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันชนิด IgE ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันต่อต้านสารก่อภูมิแพ้ลดลงรวมทั้งการทำหน้าที่ของสารก่อภูมิแพ้จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 60 ปี 73.33% เพราะการตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ของอายุน้อยจะดีกว่าอายุมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การเกิดภาวะ HSR เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากผู้ป่วยได้รับการประเมินการเกิดได้อย่างรวดเร็วและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดระดับความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลต้องมีการประเมินในการดูแล มีความชำนาญเป็นพิเศษ และต้องมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัยจากภาวะ HSR
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนางานประจำ โดยเริ่มจาก

CQI มาเป็นการทำวิจัยในหน่วยงาน ปรับปรุงเรื่อยมา และ
ยังต้องพัฒนาให้เป็น CNPG ที่สมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิด
ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ที่ช่วยเรียบเรียง
บทความภาษาอังกฤษ และแนะนำแนวทางการทำวิจัยใน
ครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหารและ
องค์กร ที่ได้มอบโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานประจำ
ให้มีคุณค่า ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็งทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report of Mortality. Geneva: WHO. 2015.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี:
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. 2559.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สรุปสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มา
รับบริการปี พ.ศ. 2557 - 2559.
4. Kelly, K., John, F. R., & Kirby, I., (2015). Chapter
17: The Breast. In Charles, F., Dena, K.,
Thmothy, R., David, L., John, G., Jeffrey, B., et
al. (Eds.), Schwartz's Principles of Surgery. (p.
497 - 564). 9th ed. USA: McGraw-Hill Education.
5. ณัฐรุส สิบหมู่. เภสัชวิทยา เนื้อหาสำคัญและแบบฝึกหัด
(Pharmacology: principles and exercises).
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง; 2559.
6. Banerji, A., Lax, T., Guyer, A., Hurwitz, S.,
Camargo, C. A. & Long, A. A. Management of
Hypersensitivity Reactions to Carboplatin
and Paclitaxel in an Outpatient Oncology
Infusion Center: A 5-Year Review. J Allergy
Clin Immunol Pract. 2014; 2(4): 428 - 433.
7. โกสินทร์ วีระสร. ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยาที่พบบ่อย.
ศรินครินทร์เวชสาร. 2558; 30(2): 200 - 11.
8. Berger, M.J., Dunlea, L.J., Rettig, A.E., Lustberg,
M.B., Phillips, G.S. & Shapiro, C.L. Feasibility
of stopping paclitaxel premedication after
two doses in patients not experiencing a
previous infusion hypersensitivity reaction.
Support Care Cancer. 2012; 20: 1991-7.
9. Joerger, M. Prevention and handling of acute
allergic and infusion reactions in oncology.
Annals of Oncology. 2012; 23(10): x313 - x9.
10. อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี. การจัดการอาการในผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรแท็กเซน.
[วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม;
2560.
11. สายฝน เติวิชัย. ระบาดวิทยาของการเกิดภาวะภูมิ
ไวเกินจากการใช้ยา paclitaxel ในโรงพยาบาล
มะเร็งลำปาง ปี 2556 - 2558. จุลสาร โรงพยาบาล
มะเร็งลำปาง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20
กันยายน 2560]; 22(62): 8. เข้าถึงได้จาก: [http://
http://www.lpch.go.th/lpch/uploads/
20161031090121957314.pdf](http://http://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20161031090121957314.pdf)
12. อรอมล มารีหวล, กชชุกร ห่วงนุ่ม, เจษฎา มณีขวงจร
และสุดสวาท เลาหวินิจ. (2559). ปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็ง
ปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel. วารสาร
กรมการแพทย์. 2559; 41(4): 105 - 117.

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

The Prevalence and Associated Factor of Anemia in Pregnancy In Roi Et hospital, Roi Et Province

นิติมา นิลผาย*

Nitima Nilphai

Corresponding author: E-mail: nittima_anc@hotmail.com

(Received: May 25, 2020; Revised: June 8, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการวิจัย : เก็บข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 จำนวน 934 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและโปรแกรม Hosxp. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวและการวิเคราะห์พหุคูณด้วยโลจิสติกส์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย : พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 22.16 (95% CI: 19.24-25.40) พบความชุกมากในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุในช่วง 20-25 ปี พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ (19.8-26.0 กก/เมตร²) ร้อยละ 92.3 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจาง ได้แก่ อายุ 20-25 ปี (AOR=0.65 95% CI 0.44 to 0.98) มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด (AOR=8.24 95% CI: 3.04 to 22.37) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ (AOR=3.21 95% CI: 2.71 to 5.36)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้พบภาวะโลหิตจางยังคงเป็นปัญหาหลักของสตรีตั้งครรภ์โดยพบว่าอายุ ประวัติเกี่ยวกับโรคเลือดและมารดาที่มีอายุครรภ์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง

คำสำคัญ : ภาวะโลหิตจาง; สตรีตั้งครรภ์; ความชุก

ABSTRACT

Purpose : To study prevalence and factors associated with anemia of first time pregnancy women at Roi Et hospital.

Design : This study was retrospective study

Materials and Methods : Data were collected from medical record of pregnant woman for the first time at Roi Et Hospital between 1 October 2015-30 September 2016. The total members were 934 patients and all data were retrieving from HOSXP. The data analyzed were used descriptive statistics, univariate analysis and multiple Logistic regressions. The statistical significant was set at p-value <.05.

Main findings : The results showed prevalence of anemia of woman pregnant was 22.16 % (95% CI:19.24-25.40) . The prevalence found age between 20-25 years. The nutritional (19.8-26.3 kg / m²) was 92.3%. The factors associated with anemia of first time pregnancy women were found age 20-25 years (AOR=0.65, 95%CI:0.44 - 0.98), history of the disease and blood (AOR=8.24, 95%CI : 3.04-22.37), gestational age for pregnant the first time is greater than or equal to 14 weeks (AOR=3.21, 95%CI : 2.71 to 5.36) .

Conclusions : The results reveled that anemia still a major problem for pregnant woman. The important factors that associated with anemia were found age 20-25 years, history of the disease and blood, gestational age for pregnant the first time is greater than or equal to 14 weeks.

Keywords : anemia; pregnant; prevalence

บทนำ

ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เพราะภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาทางโลหิตวิทยาที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของระบบเลือดและการไหลเวียนโลหิตเพื่อทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อมระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะติดเชื้อมารดา รายงานจากองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1992 ประมาณว่าอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนาอยู่ในช่วง 35% ถึง 75% (เฉลี่ย 56%) ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์ของภาวะนี้ต่ำกว่า เฉลี่ยประมาณ 18%¹ ในช่วงปี ค.ศ. 1990-1995 อุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในประเทศอินเดีย บังกลาเทศ มัลดีฟ ภูฏาน พม่า อินโดนีเซีย ศรีลังกา และประเทศไทยประมาณ 74% โดยมีอุบัติการณ์แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศเช่นประเทศ

อินเดียพบสูงถึง 87.5%¹ จากการสำรวจสถิติภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนาปี ค.ศ. 2009 พบ 56.40% และประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 11.84%² สถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี ค.ศ. 2554 พบสตรีตั้งครรภ์ทั้งประเทศมีภาวะโลหิตจาง 19.67%³ ส่วนอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกและความรุนแรงของภาวะโลหิตจางพบว่าเด็กมีภาวะโลหิตจาง 11-41% ผู้ชายโลหิตจาง 15-40% สตรีไม่ตั้งครรภ์โลหิตจาง 35-40% สตรีตั้งครรภ์โลหิตจาง 21.39%⁴ ขณะที่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องการลดให้เหลือ 10% ปัจจุบันข้อมูลที่ได้อาจแตกต่างกันไปมากเนื่องจากสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เกิดจากหลายสาเหตุได้แก่ 1) ขาดธาตุเหล็กซึ่งมีสาเหตุจากมีปริมาณธาตุเหล็กก่อนการตั้งครรภ์ต่ำ การมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้ร่างกายได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอและการขาดปัจจัยในการสร้างเม็ดเลือดแดง^{5,6} 2) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาตรของพลาสมามากกว่าเม็ดเลือดแดง

(อ่อนใจและอานาภาพ) 3) โรคเลือด ได้แก่ โรคธาลัสซีเมียหรือฮีโมโกลบินผิดปกติ^{5,7} และ 4) การเสียเลือดแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ พยาธิปากขอ การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร^{5,6,8} ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์คือภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก^{5,6} สอดคล้องกับสาเหตุการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกจากศูนย์อนามัยแม่และเด็ก 6 แห่งใน 4 ภาคของประเทศไทยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุดคือ 16% สาเหตุหลักของภาวะซีดได้แก่ จากการขาดธาตุเหล็ก โรคธาลัสซีเมียและพาหะธาลัสซีเมีย พบ 33% 25% และ 25% ตามลำดับ

จากผลการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ทั้งหมดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3 ปี งบประมาณปีพ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2559 จำนวน 9,796 ราย ฝากครรภ์รายใหม่ 922 ราย 9,846 ราย ฝากครรภ์รายใหม่ 1,051 ราย 10,560 ราย ฝากครรภ์รายใหม่ 1,059 ราย ตามลำดับ พบอัตราภาวะโลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์โดยใช้เกณฑ์ค่าฮีมาโตคริต พบ 24.68%, 21.50%, 16.66% (ปีพ.ศ. 2559 เริ่ม พ.ค. 59) ไม่นับซีดจากภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมีย) ตามลำดับ งานฝากครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบภาวะโลหิตจางเกินเกณฑ์มาเป็นเวลานานและไม่มีแนวโน้มจะลดลงส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างชัดเจนถึงสาเหตุของภาวะโลหิตจางเพื่อที่จะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและหน่วยงานฝากครรภ์ไม่เคยทำการศึกษาหาสาเหตุ/ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง จากการศึกษาของนายแพทย์ไพฑูริย์ วงษาไฮ สติแพทย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเรื่อง ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2557 พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นการเกิดภาวะโลหิตจาง OR =1.52 (95%CI: 1.24-1.88) เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติ แต่ไม่เคยมีการศึกษาวิจัยในสตรีที่มาฝากครรภ์ทุกวัย จึงเป็นประเด็นที่สนใจทำการศึกษาเพื่อทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical study) โดยมีรูปแบบ Hospital based cross-sectional study

ประชากรเป้าหมาย คือ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีเลขลำดับฝากครรภ์และบัตรอนามัยมารดาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกราย ในปี พ.ศ. 2557-2559

กลุ่มศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและมีผลตรวจฮีมาโตคริต

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่งานฝากครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผลตรวจฮีมาโตคริตตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่งานฝากครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผลตรวจฮีมาโตคริต ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่งานฝากครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ไม่มีผลตรวจฮีมาโตคริต, ผลเลือดจางธาลัสซีเมีย, ไม่มีอายุครรภ์กรณีที่ตรวจอัลตราซาวด์พบแต่ถุงการตั้งครรภ์ไม่พบทารกในครรภ์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีสัดส่วนสองกลุ่มอิสระต่อกันโดยโปรแกรมสำเร็จรูป n4Studies: For testing two independent proportions โดยพิจารณาจากความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนที่มีภาวะโลหิตจางในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดปี 2559 ร้อยละ 16.67

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

โดยแทนค่า ดังนี้

The output of the sample size calculation from n4Studies: For testing two independent proportions (two-tailed test)

Proportion in group1 (p1) = 0.160

Proportion in group2 (p2) = 0.240

ratio (r) = 1.00

Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964

Beta (β) = 0.20, Z(0.800) = 0.841621

Sample size: Group1 (n1) = 392, Group2 (n2) = 392

แล้วทำการปรับค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ดังสูตรต่อไปนี้⁹

$$n_p = \frac{n}{1-p^2 1.2.3...p}$$

โดย p คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆที่เหลือ ซึ่งในที่นี้ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระอื่นๆที่ศึกษาทั้งหมด

n คือ ขนาดตัวอย่างในขั้นต้น

n_p คือขนาดตัวอย่างทั้งหมดที่ปรับด้วยค่า p

$$\text{ดังนั้น } n_p = \frac{n^{392}}{1-p^2 1.2.3...p}$$

p	n_p
0.1	396
0.2	408
0.3	430
0.4	467
0.5	523
0.6	613
0.7	768
0.8	1088
0.9	2063

จากการทดลองแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระอื่นๆที่ศึกษาทั้งหมด ด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่างและเมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ที่ไม่ควรมีความสูงเกินไปจนเป็นปัญหา (Multicollinearity) ประกอบด้วยความเป็นไปได้ในการทำให้สำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.4 ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 467 คน รวมตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ศึกษา 934 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบคัดลอกข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทะเบียนฝากครรภ์รายใหม่ จากแบบบันทึกข้อมูลและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งแบบคัดลอกข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ และเพื่ออธิบายคุณสมบัติประชากรโดยข้อมูลจากทะเบียนฝากครรภ์รายใหม่ แบบบันทึกข้อมูลและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งการแท้ง โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัย มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และดำเนินการตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากบันทึก ดังนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้นแทนชื่อและเลขที่ตัวของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย และข้อมูล มูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ ซึ่งนำเสนอในรูปแบบของจำนวนและร้อยละสำหรับตัวแปรแจกแจง (Categorical data) และสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการติดเชื้อโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Logistic regression technique ในการวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบของค่า Odds ratio (OR) และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence interval) และค่า p-value การวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ใช้ในการ Adjusted OR เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่สนใจกับการติดเชื้อโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์

หาความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของค่า Adjusted Odds ratio (OR Adj) และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% CI (95% Confidence interval) และค่า p-value โดยการวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดนี้จะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลอัตโนมัติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก 934 คน ที่เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 -25 ปี อายุเฉลี่ย 25.24 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.67) การศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนต้น 32.9% อาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพและแม่บ้าน 48.2% ไม่มีโรคประจำตัว 88.8% มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด 2.2% นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ (19.8-26.0 กก./เมตร²) 92.3% ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n =934)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	214	22.9
20-25	313	33.5
26-30	200	21.4
มากกว่า 31	207	22.2
ค่าเฉลี่ย (±standard deviation)	25.24	±6.67
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด: สูงสุด)	24	12 : 46
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	128	13.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	307	32.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	246	26.3
ปวส. /อนุปริญญา	89	9.5
ปริญญาตรี	143	15.3
สูงกว่าปริญญาตรี	21	2.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพและแม่บ้าน	450	48.2
รับจ้างทั่วไป	172	18.4
เกษตรกรกรรม	26	2.8
ค้าขาย	79	8.5
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	102	10.9
รับราชการ	63	6.8
อื่นๆ	42	4.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	829	88.8
มี	105	12.2
มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด		
ไม่มี	913	97.8
มี	21	2.2
ภาวะโภชนาการ		
ปกติ	862	92.3
ต่ำกว่าเกณฑ์	37	4.0
เกินเกณฑ์	35	3.7

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

ลักษณะทางด้านคลินิกของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่า 14 สัปดาห์ (57.6%) อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ (42.4%) เฉลี่ยอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก 13.76 สัปดาห์ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.13) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง (95.7%) ตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง

ขึ้นไป (4.3%) เฉลี่ยจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1.98 ครั้ง (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90) ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน (39.3%) ระยะห่างน้อยกว่า 3 ปี (17.2%) ระยะห่าง 3-5 ปี (18.5%) ระยะห่างมากกว่า 5 ปี (25%) การเคยแท้งบุตร ไม่เคยแท้ง (85.1%) เคยแท้ง (15.9%) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n =934)

การตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		
น้อยกว่า 14	538	57.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 14	396	42.4
ค่าเฉลี่ย ($\pm$ standard deviation)	13.76	± 7.13
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด: สูงสุด)	12	(2:35)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครั้ง)		
น้อยกว่า 4	894	95.7
4 ครั้งขึ้นไป	40	4.3
ค่าเฉลี่ย ($\pm$ standard deviation)	1.98	± 0.90
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด: สูงสุด)	2	(1:7)
ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์		
ไม่เคยตั้งครรภ์	367	39.3
น้อยกว่า 3 ปี	161	17.2
3 – 5 ปี	173	18.5
มากกว่า 5 ปี	233	25.0
การเคยแท้งบุตร		
ไม่เคย	795	85.1
เคย	139	15.9

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจค่า Hematocrit เฉลี่ย 35.4 % (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65) ค่าHemoglobin

เฉลี่ย 11.90 g/dl (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82) ค่าMCV เฉลี่ย 79.70 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.89) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง (n =934)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าเฉลี่ย ($\pm$ SD)	ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด: สูงสุด)
การตรวจ Hematocrit (%)	35.4 (3.65)	35.9 (19.7:48)
การตรวจ Hemoglobin(g/dl)	11.90 (3.82)	11.9 (4.5:96)
การตรวจ MCV(fl)	79.70 (8.89)	81 (8.4:101)

ความชุกของภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์

พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีความชุก

ของภาวะโลหิตจาง 22.16% (95% CI: 19.24 – 25.40)
ดังแสดงในตารางที่ 4**ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของภาวะโลหิตจาง (n =934)**

ภาวะโลหิตจาง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี (Hematocrit $\geq$ 33%)	727	77.8
มี (Hematocrit <33%)	207	22.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ ทีละตัวแปร โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มี 5 ปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอายุ 20-25 ปี ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.61 95% CI: 0.42 – 0.90) กลุ่มอายุ 26-30 ปี ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.35 95% CI: 0.22 – 0.56) กลุ่มอายุมากกว่า 31 ปี ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.34 95% CI: 0.21 – 0.55) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.85 95% CI: 0.56 – 1.29) เกษตรกรรม ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.25 95% CI: 0.06 – 1.07) ค่าขาย ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

โลหิตจาง (OR=0.59 95% CI: 0.31 – 1.10) รับราชการ ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.70 95% CI: 0.36 – 1.36) พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=0.51 95% CI: 0.29 – 0.93) อื่นๆ ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (OR=1.49 95% CI: 0.76 – 2.93) เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพและแม่บ้าน การมีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด กลุ่มมีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด (OR=7.4 95% CI: 2.97 – 18.74) เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่มีประวัติโรคเลือด อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ (OR=4.19 95% CI: 3.00 – 5.83) เมื่อเทียบกับอายุครรภ์น้อยกว่า 14 สัปดาห์ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 3 ปี (OR=0.89 95% CI: 0.58 – 1.37) ระยะห่าง 3-5 ปี (OR=0.59 95% CI: 0.78 – 0.93) ระยะห่างมากกว่า 5 ปี (OR=0.51 95% CI: 0.34 – 0.78) เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่เคยตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์การวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (crude analysis) (n = 934 คน)

ปัจจัย	จำนวน	% of Anemia	crude odd ratio	95%CI of Crude OR	p-value
อายุ (ปี)					<.001
น้อยกว่า 20	214	33.6	1		
20-25	313	23.6	0.61	0.42 to 0.90	
26-30	200	15.0	0.35	0.22 to 0.56	
มากกว่า 31	207	14.8	0.34	0.21 to 0.55	
ระดับการศึกษา					.576
ประถมศึกษา	128	25.0	1		
มัธยมศึกษาตอนต้น	307	24.4	0.97	0.60 to 1.57	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	246	20.7	0.78	0.47 to 1.30	
ปวส. /อนุปริญญา	89	22.4	0.87	0.46 to 1.65	
ปริญญาตรี	143	17.4	0.64	0.35 to 1.14	
สูงกว่าปริญญาตรี	21	19.1	0.71	0.22 to 2.25	
อาชีพ					.025
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	450	25.1	1		
รับจ้างทั่วไป	172	22.1	0.85	0.56 to 1.29	
เกษตรกร	26	7.7	0.25	0.06 to 1.07	
ค้าขาย	79	16.5	0.59	0.31 to 1.10	
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	102	14.7	0.51	0.29 to 0.93	
รับราชการ	63	19.1	0.70	0.36 to 1.36	
อื่นๆ	42	33.3	1.49	0.76 to 2.93	
โรคประจำตัว					.496
ไม่มี	829	21.8	1		
มี	105	24.8	1.18	0.73 to 1.89	
มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด					<.001
ไม่มี	913	21.1	1		
มี	21	66.7	7.46	2.97 to 18.74	
ภาวะโภชนาการ					.281
ปกติ	862	22.2	1		
ต่ำกว่าเกณฑ์	37	29.7	1.49	0.72 to 3.06	
เกินเกณฑ์	35	14.3	0.59	0.22 to 1.53	
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)					<.001
น้อยกว่า 14	538	11.9	1		
มากกว่าหรือเท่ากับ 14	396	36.1	4.19	3.00 to 5.83	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	% of Anemia	crude odd ratio	95%CI of Crude OR	p-value
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครั้ง)					.663
น้อยกว่า 4	894	22.0	1		
4 ครั้งขึ้นไป	40	25.0	1.18	0.57 to 2.45	
ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์					.005
ไม่เคยตั้งครรภ์	367	27.0	1		
น้อยกว่า 3 ปี	161	24.8	0.89	0.58 to 1.37	
3 – 5 ปี	173	17.9	0.59	0.78 to 0.93	
มากกว่า 5 ปี	233	15.9	0.51	0.34 to 0.78	
การเคยแท้งบุตร					.531
ไม่เคย	795	22.5	1		
เคย	139	20.1	0.87	0.56 to 1.36	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ กรณีการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร โดยคำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีอยู่ 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ 20-25 ปี (AOR=0.65 95% CI: 0.44 - 0.98) 26-30 ปี (AOR=0.42 95% CI: 0.25 - 0.69) มากกว่า 31 ปี

(AOR=0.41 95% CI: 0.25 - 0.68) เมื่อเทียบกับอายุน้อยกว่า 20 ปี การมีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด (AOR=8.24 95% CI: 3.04 - 22.37) เมื่อเทียบกับไม่มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ (AOR=3.21 95% CI: 2.71 - 5.36) เมื่อเทียบกับอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 14 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ จากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ปัจจัย	จำนวน	% of anemia	crude odd ratio	Adjusted odd ratio	95%CI of Adjusted OR	p-value (LR test)
อายุ (ปี)						<.001
น้อยกว่า 20	214	33.6	1	1		
20-25	313	23.6	0.61	0.65	0.44 to 0.98	
26-30	200	15.0	0.35	0.42	0.25 to 0.69	
มากกว่า 31	207	14.8	0.34	0.41	0.25 to 0.68	
ประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด						<.001
ไม่มี	913	21.1	1	1		
มี	21	66.7	7.46	8.24	3.04 to 22.37	
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)						<.001
น้อยกว่า 14	538	11.9	1	1		
มากกว่าหรือเท่ากับ 14	396	36.1	4.19	3.21	2.71 to 5.36	

วิจารณ์

การศึกษาภาวะโลหิตจางครั้งนี้พบความชุกภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 22.16 (95% CI: 19.24 - 25.40) ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการรายงานการศึกษาของ ผ่องศรี แสนไชยสุริยาและคณะ (2552)¹⁰ พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 22.1 รายงานการศึกษาของรายิน อโรรา, ชัยนัทรธร, ชไมพร ทวีศรี (2551)⁸ พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.1 และรายงานการศึกษาของชบาไพร สุขกาย, จิราพร เขียวอยู่ (2555)¹¹ พบความชุกภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 26.1 (95% CI: 21.6 - 30.6) แต่แตกต่างกับรายงานการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ของ ณรงค์ชัย ผิวคำศรีเรืองบุญ (2553)¹² พบความชุกภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 10.46 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ อธิบายได้ 33.6% สามารถอธิบายผลการวิจัยในส่วนของการศึกษา “ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด” ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ อายุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง อายุ 20-25 ปี (AOR=0.65 95% CI: 0.44 to

0.98) อายุ 26-30 ปี (AOR=0.42 95% CI: 0.25 - 0.69) อายุมากกว่า 31 ปี (AOR=0.41 95% CI: 0.25 - 0.68) เมื่อเทียบกับอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่า สอดคล้องกับการรายงานการศึกษาของผ่องศรี แสนไชยสุริยาและคณะ (2552)¹⁰ พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง อายุ 20-25 ปี และรายงานของ ณรงค์ชัย ผิวคำศรีเรืองบุญ (2553)¹² พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง อายุ 20-34 ปี ร้อยละ 63.02 (OR=0.42 95% CI = 0.22-0.80) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี การมีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด การมีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด (AOR=8.24 95% CI: 3.04 - 22.37) เมื่อเทียบกับไม่มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือด พบว่า สอดคล้องกับการรายงานการศึกษาของ อุษา รัตนพันธ์และคณะ (2550)⁶ พบว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดพบร้อยละ 57.6 และ สอดคล้องกับการรายงานการศึกษาของ อุ๋นใจ กอนันตกุล และอานภาพ เลขะกุล (2549)⁵ พบว่าโรคเลือดบางชนิดมีผลทำให้เกิดการทำลายเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะโลหิตจาง ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย หรือฮีโมโกลบินผิดปกติและพาหะธาลัสซีเมียซึ่งส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์จะเป็นพาหะธาลัสซีเมียมากกว่าโรคธาลัสซีเมีย

และโรคเลือดจากการขาดธาตุเหล็ก อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ (AOR=3.21 95% CI:2.71 – 5.36) เมื่อเทียบกับอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 14 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานการศึกษาของชบาพร สุขกาย,จิราพร เขียวอยู่ (2554)¹¹ พบสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ขึ้นไป (OR=2.16 95%CI=1.39 – 3.37) และ รายงานการศึกษาของรายิน อโรรา, ชยันตธร, ชไมพร ทวีขศรี (2551)⁸ พบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางคือ การฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสสอง (OR=2.77 95% CI= 1.87 – 4.10) จะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุ 20-25 ปี กลุ่มที่มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือดและกลุ่มอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการดูแลรักษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีที่สุด ต้องให้ความสำคัญ 3 กลุ่มดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ จากผลการศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีอายุ 20-25 ปี กลุ่มที่มีประวัติเกี่ยวกับโรคเลือดและกลุ่มอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นควรมีการณรงค์ให้มีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์และฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ คัดกรองภาวะโลหิตจางเมื่อเริ่มฝากครรภ์และเฝ้าระวัง ติดตาม ภาวะโลหิตจางตามมาตรฐานตลอดการตั้งครรภ์ การให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีตั้งครรภ์ และเชื่อมโยงการดูแลสู่เครือข่ายบริการทุกระดับ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในสตรีตั้งครรภ์รายที่มีภาวะโลหิตจางและสตรีตั้งครรภ์รายปกติ

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์รายเดิมที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวัง และติดตามผลการรักษาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มสถิติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report of the UNICEF/WHO regional consultation: Prevention and control of iron deficiency anemia in woman and children. Geneva; World Health Organization. 1999.
2. Encyclopedia of the Nation. Prevalence of anemia among pregnant women (%) health nutrition and population statistics. 2009.
3. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. ข้อมูลรายงาน เฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. 2554.
4. วิชัย ต้นไพจิตร. โรคคอพอกจากการขาดธาตุไอโอดีน. ในสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 9. 2550.
5. อุ่นใจ กอนันตกุล, อานุภาพ เลชะกุล. โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์. ใน: อุ่นใจ กอนันตกุล, บรรณาธิการ. การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง: High risk pregnancy. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549. 431-450.
6. อุษารัตนพันธ์, บุญแสง บุญอำนวยการ, ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ, ภาวินี โภคสินจำรูญ. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลการป้องกันภาวะ โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิชาการเขต 12. 2550; 18(1): 87-93.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin number 95: Anemia in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2008; 112: 201-7.
8. รายิน อโรรา, ชยันตธร ปทุมมานนท์, ชไมพร ทวีขศรี. ภาวะโลหิตจางในสตรีที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล ลำปาง: ความชุก สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง. ลำปาง เวชสาร. 2552; 30(1): 28-36.

9. Hsieh, Y.F., Bloch, A. D., & Larsen, D. M. A simple method of sample size calculation for Linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*. 1998; 17: 1623-34.
10. ผ่องศรี แสนไชยสุริยา, ศรีนวล แก้วมโน, อุษา ฐสรานนท์, สุนันทา ดวงศิริทรัพย์, เสาวนิตย์ สวัสดิ์, สุวิมล สำราญภูมิ, และคนอื่นๆ. การศึกษาความชุกของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของมารดาที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2552; 15(2): 108-114.
11. ขบาไพร สุขกาย, จิราพร เขียวอยู่. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2555; 27(2): 133-138.
12. ณรงค์ชัย ผิวคำศรีเรืองบุญ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2555; 5(2): 145-150.

รูปแบบการพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Human Resource Development Model for Work Process Implement and Integrity and Transparency Assessment : ITA, Kaset Wisai Hospital, Roi-Et

ประคอง กองทุ่งมน

Prakong Kongtungmon

Corresponding author: E-mail: s.siw480@gmail.com

(Received: May 25, 2020; Revised: June 8, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

รูปแบบ : การวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานที่คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตัวแปรตัวเดียว (Univariate Analysis) และการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate Analysis) ที่ความเชื่อมั่น 95% CI ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : รูปแบบการพัฒนาบุคลากรฯ มี 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การเลือกเนื้อหาสาระ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการประเมินผล เมื่อนำรูปแบบฯ ไปใช้พบว่า หลังการพัฒนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในมีการรับรู้ด้านการปฏิบัติหน้าที่ เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.18 คะแนน (95% CI; 0.003, 0.356) มีการรับรู้ด้านการใช้อำนาจเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.70 คะแนน (95% CI; 0.070, 0.249) มีการรับรู้ด้านการใช้ทรัพยากรของทางราชการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.39 คะแนน (95% CI; 0.251, 0.534) และมีการรับรู้ด้านการแก้ปัญหาการทุจริต เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.54 คะแนน (95% CI; 0.251, 0.534) แต่มีการรับรู้ด้านการใช้งบประมาณไม่แตกต่างกัน ($p = .262$) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกมีการรับรู้การดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.37, SD = 0.08)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีการรับรู้เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรในการพัฒนางาน ITA

คำสำคัญ : การพัฒนาบุคลากร; ITA

ABSTRACT

Purposes : To study an operating conditions, model of develop, and evaluate operational model of integrity & transparency assessment.

Design : Action research

Materials and methods : 25 of sample consisted - were workers who will be include and exclude from a screening and screening criteria. Data were collected by using questionnaires. Data analysis was done by using univariate analysis and multiple a analysis at a confidence of 95% CI with a statistical significance of .05

Main findings : Four levels of new intervention model were suitable for workers. The first step was a problem analysis, content selection, organizing learning experiences, and evaluation. When using the model, it was found that after development, Internal integrity and transparency have perceived duty performance, power, government assets, and tackling corruption increased when compared with before development with statistical significance but budget was not significance. External integrity and transparency was perceived overall at the highest level (Mean = 3.37, SD. = 0.08).

Conclusion and recommendations : The operational model obtained from this research has resulted in increased perceived among workers, so it should be used in personnel development for ITA.

Keywords : Human resource development; Integrity & Transparency Assessment

บทนำ

วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่กำหนดไว้ว่า “ประเทศไทยใสสะอาดไทยทั้งชาติต้านทุจริต (Zero Tolerance & Clean Thailand)” แต่ปัจจุบันสถานการณ์การทุจริตคอร์รัปชันในประเทศไทยมีแนวโน้มที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ดังจะเห็นได้จากผลงานวิจัยเกี่ยวกับการทุจริตคอร์รัปชันในประเทศไทยของนักวิชาการที่สำคัญหลายคน ซึ่งมีข้อมูลยืนยันชัดเจนและมีความเห็นตรงกันในประเด็นนี้¹ และสะท้อนได้จากดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชันของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2555 ซึ่งคาบเกี่ยวกับรัฐบาลที่ผ่านมาหลายชุดจะเห็นได้ว่าหนึ่งทศวรรษเศษๆ ที่ผ่านมานั้น ดังรายงานขององค์การเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ ได้จัดอันดับดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน ประจำปีพ.ศ. 2554 ปรากฏว่า ประเทศไทยได้ 3.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน อยู่อันดับที่ 80 จากการจัดอันดับทั้งหมด 183 ประเทศทั่วโลก โดยปีนี้ประเทศไทย มีคะแนนเท่ากับโคลัมเบีย เอลซัลวาดอร์ กรีซ โมร็อกโก และเปรู เมื่อพิจารณา

จากผลการจัดดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน ประเทศที่มีความโปร่งใสและมีการคอร์รัปชันน้อยที่สุด คือ นิวซีแลนด์ ซึ่งได้สูงถึง 9.5 คะแนน รองลงมาอันดับสองได้แก่ เดนมาร์ก และฟินแลนด์ ได้คะแนน 9.4 และอันดับสาม ได้แก่ สิงคโปร์ ได้คะแนน 9.2 ตามลำดับ ประเทศที่มีคะแนนต่ำสุดในการจัดอันดับครั้งนี้ ได้แก่ ประเทศซิมบับเว และเกาหลีเหนือได้ 1.0 คะแนน โดยรวมผลการจัดอันดับประจำปีประเทศส่วนใหญ่ยังคงมีคะแนนต่ำกว่าครึ่ง มีเพียง 49 ประเทศเท่านั้นที่ได้คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเมื่อพิจารณาตามกลุ่มประเทศ และภูมิภาคพบว่า กลุ่มประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) และประเทศในภูมิภาคยุโรปส่วนใหญ่มีคะแนนค่อนข้างดีกว่าภูมิภาคอื่น ขณะที่กลุ่มประเทศในภูมิภาคยุโรปตะวันออก และเอเชียกลางและภูมิภาคแอฟริกา มีคะแนนค่อนข้างน้อย²

ส่วนดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชันของประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ระดับของการทุจริตคอร์รัปชันของไทยยังคงมีความ

รุนแรงอยู่ ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในประเทศไทยที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งๆ ที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสถาบันที่เกี่ยวกับการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันอย่างมาก เช่นเดียวกับผลศึกษาสถานการณ์การคอร์รัปชันของประเทศไทยจากการจัดอันดับขององค์การเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International-TI) พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2554 หรือตลอด 16 ปี ดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perceptions Index: CPI) ของประเทศไทย ได้คะแนนเฉลี่ย 3.31 (ประเทศที่มีการจัดการคอร์รัปชันดีขึ้นแล้วต้องมีคะแนนขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 5 คะแนน) ประเทศไทยได้คะแนน 36 คะแนนลดลงจาก 37 อยู่ในอันดับ 99 จาก 180 ประเทศซึ่งลดลงจากปี พ.ศ.2560 ได้คะแนน 37 คะแนนและติดอันดับที่ 96 จาก 180 ประเทศ ส่วนผลการประเมินใน พ.ศ. 2561 พบว่า ไทยได้คะแนนได้ 36 คะแนนติดอันดับ 99 ร่วงจากปีก่อน ซึ่งถือว่าสถานการณ์คอร์รัปชันของประเทศไทยยังมีแนวโน้มอยู่ในระดับสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่มีการบริหารจัดการที่ดีอาทิสិងคโปร์และฮ่องกง²

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นสำนักงาน ป.ป.ช. จึงได้พัฒนาแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน และมีการขยายขอบเขตและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2561 เห็นชอบให้หน่วยงานภาครัฐทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือและเข้าร่วมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561- 2564 โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช.กำหนด สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้ดำเนินการโดยใช้หลักการประเมิน เครื่องมือการประเมินเกณฑ์การประเมิน ระเบียบวิธีการประเมิน รวมถึงการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานรับผิดชอบการประเมินเช่นเดียวกับการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และในปี พ.ศ. 2562 – 2564 ให้ดำเนินการโดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมิน ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาของสำนักงาน ป.ป.ช. โดยจะมีการศึกษาทบทวนและปรับปรุงแนวทางการประเมิน

จากการประมวลเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐได้ถูกกำหนดเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งถือเป็นการยกระดับให้การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐให้เป็น “มาตรการป้องกันการทุจริตเชิงรุก” ที่หน่วยงานภาครัฐทั่วประเทศจะต้องดำเนินการ³ แต่บุคลากรในหน่วยปฏิบัติส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้การดำเนินงานดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้รูปแบบการพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับรู้ และนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบฯ และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ พบว่า กลยุทธ์ที่สำคัญของยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งถือเป็นการยกระดับให้การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ให้เป็น “มาตรการป้องกันการทุจริตเชิงรุก” โดยอาศัยขั้นตอนและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในการร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการ PDCA ของ Deming, W. Edwards⁴ จำนวน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) ผลสะท้อนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงแก้ไข (Act) ซึ่งวงจรนี้ต้องทำลักษณะเดียวกันอย่างต่อเนื่อง อาจจะทำหลายๆ รอบ⁵ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมและร่วมมือร่วมใจในการทำงานทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจในกิจกรรม เพื่อได้วิธีการแก้ไขปัญหา และแนวทางการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรศึกษา (Population Study) ประชากรหมายถึง ผู้ปฏิบัติงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดประชากรเข้า คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานโรงพยาบาลเกษตรวิสัยหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย และ 3) ยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดประชากรออก คือ 1) มีระยะเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 และ 2) ได้รับคำสั่งให้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่อำเภอหรือจังหวัดอื่น

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้ คือ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในคือ ผู้ปฏิบัติงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2562 จำนวน 25 คน และ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกหมายถึง มาติดต่องานที่เกี่ยวข้องกับงานคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2562 จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในจำนวน 30 ข้อ และ 2) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนา

จากแบบสอบถามของสำนักประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (2563)

ขั้นตอนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) มีการดำเนินการตามแนวคิดของ Deming, W. Edwards⁴ โดยดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 ดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning)

1.1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสำรวจสภาพการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 5 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติหน้าที่ การใช้งบประมาณ การใช้อำนาจ การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ และการแก้ปัญหาการทุจริต

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

1.3 วางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสำรวจ การสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรมโดยตรง การบันทึกความคิดเห็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติพื้นฐานร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นสรุปเพื่อนำไปออกแบบรูปแบบการพัฒนาบุคลากร

1.4 นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มารวบรวมออกแบบรูปแบบการดำเนินงานการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การเลือกเนื้อหาสาระ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการประเมินผล ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้เชิงทฤษฎี พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\mu = .025, = 0.36$)

1.5 พัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดของสำนักประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) 2 ฉบับ คือ

1.5.1 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT)³ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในที่มีต่อหน่วยงานตนเองประกอบด้วย ตัวชี้วัดการปฏิบัติหน้าที่ ตัวชี้วัดการใช้งบประมาณ ตัวชี้วัดการใช้อำนาจ ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ และตัวชี้วัดการแก้ไขปัญหาการทุจริต เป็นแบบวัดแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย น้อยมาก และมากที่สุด จำนวน 30 ข้อ

1.5.2 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment: EIT)³ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกที่มีต่อหน่วยงานที่ประเมินประกอบด้วย ตัวชี้วัดคุณภาพการดำเนินงาน ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการสื่อสาร และตัวชี้วัดการปรับปรุงระบบการทำงาน เป็นแบบวัดแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย น้อยมาก และมากที่สุด จำนวน 15 ข้อ โดยเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้ง 0.80-1.00 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่า 0.95 และ 0.92

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) และตรวจสอบ (Check) การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 การเตรียมตัวก่อนลงภาคสนาม

1) การเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย แนวคิดการมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กระบวนการ PDCA

2) การประสานงานและสำรวจการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในครั้งนี้ ประสานคณะกรรมการการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อรับทราบข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

3) เก็บข้อมูลก่อนการวิจัยในตัวอย่างที่ศึกษาผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน จำนวน 25 คน

2.2 การลงภาคสนาม ดำเนินการพัฒนาศูภากรเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 2 วัน ตั้งแต่วันที่ 15-16 พฤศจิกายน 2561 ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ คือ ความเป็นมา และแนวคิดการประเมินการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ การพัฒนาการประเมิน ITA บทบาทหน่วยงานในการประเมิน ITA วิธีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานออนไลน์ (Integrity and Transparency Assessment Online : IA Online) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 การเข้าลงชื่อเข้าใช้ (Login) ระบบการประเมินออนไลน์ การรับการประเมินสำหรับแบบ IIT การรับการประเมินสำหรับแบบ EIT การฝึกปฏิบัติการเข้าสู่ระบบการประเมินออนไลน์ฝึกปฏิบัติการทำแบบประเมิน IIT ฝึกปฏิบัติการทำแบบประเมิน EIT ฝึกปฏิบัติการตรวจสอบผลข้อมูล IIT และ EIT ฝึกปฏิบัติการประมวลผลข้อมูล IIT และ EIT โดยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Act) ขั้นตอนการตรวจสอบ คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง มีรายละเอียดดังนี้

1) เก็บข้อมูลหลังการวิจัย (Posttest) หลังจากดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment: IIT)

2) เก็บข้อมูลหลังการวิจัย (Posttest) หลังจากดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment: EIT) จากผู้มาติดต่อราชการในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 80 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม-กันยายน 2562

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0962561

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย

Characteristics	n(%)
Gender	
Male	13(52.0)
Female	12(448.0)
Age, years (mean [SD])	41.10 (7.14)
ระดับการศึกษา	
อนุปริญญา	7(28.0)
ปริญญาตรี	15(60.0)
ปริญญาโท	3(12.0)
ตำแหน่ง	
เจ้าหน้าที่พัสดุ/นักวิชาการพัสดุ	5(20.0)
นักวิชาการการเงินและบัญชี	2(8.0)
นักจัดการงานทั่วไป	1(4.0)
นักวิชาการสาธารณสุข	4(16.0)
พยาบาลวิชาชีพ	4(16.0)
เภสัชกร	4(16.0)
ทันตแพทย์	2(8.0)
นักเทคนิคการแพทย์	2(8.0)
นักกายภาพบำบัด	1(4.0)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (52 %) อายุเฉลี่ย 41 ปี (SD=7.14) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (60%) และตำแหน่งเจ้าหน้าที่พัสดุ/นักวิชาการ

พัสดุ (20%)

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้การดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาล
เกษตรวิสัย ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การรับรู้ (ด้าน)	n	Mean(SD)	Mean diff.(SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
1. การปฏิบัติหน้าที่						
ก่อนการพัฒนา	25	2.66(0.31)	0.18(0.08)	0.003	0.356	.046*
หลังการพัฒนา	25	2.84(0.38)				
2. การใช้งบประมาณ						
ก่อนการพัฒนา	25	2.64(0.45)	0.14(0.12)	-0.391	0.111	.262
หลังการพัฒนา	25	2.51(0.31)				
3. การใช้อำนาจ						
ก่อนการพัฒนา	25	2.51(0.21)	0.16(0.21)	0.070	0.249	.001*
หลังการพัฒนา	25	2.67(0.03)				
4. การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ						
ก่อนการพัฒนา	25	2.51(0.21)	0.39(0.34)	0.251	0.534	<.001*
หลังการพัฒนา	25	2.91(0.24)				
5. การแก้ปัญหาการทุจริต						
ก่อนการพัฒนา	25	2.19(0.22)	1.54(0.08)	1.374	1.705	<.001*
หลังการพัฒนา	25	3.73(0.25)				

จากตารางที่ 2 หลังการพัฒนา พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในมีการรับรู้ด้านการปฏิบัติหน้าที่ เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.18 คะแนน (95% CI; 0.003, 0.356) มีการรับรู้ด้านการใช้อำนาจเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.70 คะแนน (95% CI; 0.070, 0.249) มีการรับรู้ด้านการใช้ทรัพย์สินของทางราชการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อน

การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.39 คะแนน (95% CI; 0.251, 0.534) และมีการรับรู้ด้านการแก้ปัญหาการทุจริตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.54 คะแนน (95% CI; 0.251, 0.534) แต่มีการรับรู้ด้านการใช้งบประมาณไม่แตกต่างกัน ($p = .262$)

3. การรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การรับรู้ (ด้าน)	Mean (SD)	ระดับการรับรู้
1.คุณภาพการดำเนินงาน	3.28(0.51)	มากที่สุด
2.ประสิทธิภาพการสื่อสาร	3.62(0.12)	มากที่สุด
3.การปรับปรุงระบบการทำงาน	3.10(0.13)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.37(0.08)	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 หลังการพัฒนาพบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกมีการรับรู้การดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =3.37,SD.= 0.08) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านประสิทธิภาพการสื่อสารมีการรับรู้มากที่สุด (Mean =3.62, SD.= 0.12) รองลงมา คือ ด้านคุณภาพการดำเนินงาน (Mean =3.28, SD=0.51) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านปรับปรุงระบบการทำงานมีการรับรู้การดำเนินงานน้อยกว่าทุกด้าน (Mean = 3.10, SD = 0.13)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสำรวจ Internal Integrity and Transparency Assessment: IIT ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในที่ได้รับการพัฒนาโดยการฝึกอบรมตามหลักสูตรมีการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ การใช้อำนาจ การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ และการแก้ปัญหาการทุจริตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา เช่นเดียวกับการพัฒนาสมรรถนะครูพยาบาล พบว่า ภายหลังจากที่ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการสอนแนะสูงขึ้นสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลตำรวจภายหลังจากที่ได้รับการสอนแนะจากครูพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะตามรูปแบบการสอนแนะสูงขึ้น ทั้งนี้รูปแบบการสอนแนะ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการสอนแนะ เป็นระยะการเตรียมความพร้อมของครูพยาบาลเกี่ยวกับการสอนแนะได้แก่ความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีต่อการสอนแนะ การทำแผนการสอนแนะ 2) ระยะการสอน มี 6 ขั้นตอนได้แก่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การตั้งเป้าหมายของการสอนแนะ การร่วมกันอภิปราย การวางแผนการเผชิญปัญหา

การลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล โดยใช้ 6 เทคนิคคือ การสะท้อนการคิด การแก้ปัญหาร่วมกัน การโต้ตอบซึ่งกันและกัน การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และการตั้งคำถามเจาะหาความคิด และ 3) ระยะหลังการสอนแนะ เป็นระยะการประเมินผลการสอนแนะ และการปรับปรุงการสอนแนะ⁶ ดังการพัฒนาศักยภาพการวิจัย R2R ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนความรู้ต่ำที่สุดเท่ากับ 3 คะแนน สูงที่สุด 11 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 6.97 คะแนนและหลัง อบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ต่ำที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน สูงที่สุดเท่ากับ 15 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 8.23 ด้านทักษะเกี่ยวกับการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เคยอ่านบทความภาษาไทย เคยนำข้อมูลจากการให้บริการมาวิเคราะห์ แต่ไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการวิจัย ไม่เคยอ่านบทความภาษาอังกฤษ ไม่เคยเขียนบทความส่งเผยแพร่ ไม่เคยใช้โปรแกรม SPSS ไม่เคยเข้าร่วมประชุมนำเสนอผลงานทั้งระดับ จังหวัด และระดับประเทศ และทั้งหมดไม่เคยเข้าร่วมประชุมนำเสนอผลงานต่างประเทศ หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการวิจัย โดยสามารถเสนอโครงการวิจัยซึ่งมาจากปัญหาในการปฏิบัติงาน กำหนดวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย สถิติที่ใช้ในการทำวิจัยแบบ R2R ของ หน่วยงานตนได้ตามเป้าหมาย⁷ สอดคล้องกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานด้านการกิจสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ยในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพิ่มขึ้นหลังได้รับการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น เกิดทักษะในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพิ่มมากขึ้นด้านทัศนคติ มีทัศนคติที่ดีในการพัฒนางาน

ประจำสำนักงานวิจัยซึ่งมีการขยายผลไปจัดทำกรวิจัยจากงานประจำในเรื่องอื่นและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยการลดขั้นตอนลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาตลอดจนผู้รับบริการมีความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัย ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านการกิจสนับสนุนและทำให้กิจกรรมการดำเนินงานภายในองค์กรมีประสิทธิภาพ⁸ และผลการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรโดยการมีส่วนร่วม พบว่าหลังการเข้าโปรแกรมฯ บุคลากรที่มีความรู้ตามสมรรถนะหลัก และผลการประเมินค่าสมรรถนะหลักด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ และมีความสัมพันธ์กับการเข้าโปรแกรมฯ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า เกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลัก ยังขาดความเฉพาะเจาะจง มีความเป็นนามธรรมสูง กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรโดยการมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชามีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มสมรรถนะหลักของบุคลากรสมควรนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร แต่ควรมีการเพิ่มรายละเอียดในเกณฑ์การประเมินเพื่อให้เกิดความชัดเจน⁹

สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกนั้นมีการรับรู้การดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอปัว จังหวัดน่าน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเท่ากับ 79.79 โดยหน่วยงานที่มีคะแนนสูงสุด 5 ลำดับแรก คือ องค์การบริหารส่วนตำบลไชยวัฒนา มีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 86.65 รองลงมาคือองค์การบริหารส่วนตำบลศิลาเพชร มีค่าคะแนนเท่ากับ 85.74 อันดับที่สามคือ เทศบาลตำบลศิลาแลงมีค่าคะแนนเท่ากับ 85.35 ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลวรนคร มีค่าคะแนนเท่ากับ 84.69 และองค์การบริหารส่วนตำบลแงะ มีค่าคะแนนเท่ากับ 81.74 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐทั้ง 5 หน่วยงานนับว่ามีผลการประเมินอยู่ในระดับสูงมาก และอีก 7 หน่วยงานมีระดับผลคะแนน อยู่ในระดับสูง¹⁰ สอดคล้องกับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการ

ดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครราชสีมา ได้คะแนนร้อยละ 70.49 มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงโดยดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ได้คะแนนสูงสุดร้อยละ 91.09 รองลงมาได้แก่ ดัชนีความพร้อมรับผิดได้คะแนนร้อยละ 69.09 ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน ได้คะแนนร้อยละ 67.64 ดัชนีความโปร่งใส ได้คะแนนร้อยละ 62.60 และดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กรได้คะแนนร้อยละ 59.80 ตามลำดับ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากก่อนการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ผู้วิจัยได้สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรตามรูปแบบของทาบา (Hilden Tabá) มีลักษณะจากล่างขึ้นบน (Grassroots approach) โดยใช้วิธีอุปนัย ทาบา เสนอไว้ว่าหลักสูตรควรมาจากครูผู้สอนมากกว่าผู้บริหารระดับสูง กระบวนการพัฒนาหลักสูตรของทาบามีทั้งหมด 7 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา สำรวจความต้องการและความจำเป็นต่างๆ ของสังคม ศึกษาพัฒนาการของผู้เรียน กระบวนการเรียนรู้ และธรรมชาติของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร ขั้นที่ 2 การกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จาก ขั้นที่ 1 เป็นหลัก ควรเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้จริง และเป็นแนวทางในการเลือกและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ขั้นที่ 3 การเลือกเนื้อหาสาระ ต้องให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ เนื้อหาที่คัดเลือกบรรจุลงในหลักสูตรจะต้องมีความสำคัญและถูกต้อง ขั้นที่ 4 การจัดรวบรวมเนื้อหาสาระ พิจารณาถึงความเหมาะสมในการที่จะให้ผู้เรียนได้รับความรู้ใดก่อนหลัง ซึ่งจะต้องมีความต่อเนื่องและเป็นลำดับขั้นตอน ขั้นที่ 5 การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นการศึกษาดูถึงกระบวนการเรียนรู้ และวิธีการสอนแบบต่างๆ จะต้องวางแผนเลือกประสบการณ์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาสาระและผู้เรียน ขั้นที่ 6 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้เลือกแล้ว เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอนที่บรรลุตามจุดประสงค์ที่วางไว้ ขั้นที่ 7 การประเมินผล เป็นการพิจารณาว่าหลักสูตรประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาหรือข้อบกพร่องในขั้นตอนใด เพื่อจะได้ทำการปรับปรุงแก้ไขต่อไป¹¹ ได้เสนอว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ในด้าน

เวลาต่อเวลา และเนื้อหาต่อเนื้อหา เรียกว่าเป็นความสัมพันธ์แบบแนวตั้ง (Vertical) กับแนวนอน (Horizontal) ซึ่งมีเกณฑ์การจัดตามความต่อเนื่อง (Continuity) การจัดช่วงลำดับ (Sequence) และการบูรณาการ (Integration) การประเมินผลเพื่อตรวจสอบว่าการจัดการเรียนการสอนได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ สมควรมีการปรับแก้ในส่วนใดบ้าง ดังนั้น จึงส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกมีการรับรู้การดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุพัฒน์พงศ์ สิงห์เยบศย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้คำแนะนำและให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคณะกรรมการการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐอำเภอเกษตรวิสัย ให้ข้อมูลสำคัญจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ผาสุก พงษ์ไพจิตร และนวนน้อย ตรีรัตน์. “คอร์รัปชัน ค่าเช่า และพัฒนาการเศรษฐกิจ,”วารสารเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559. 21.
2. Transparency International. (2011). The Current Corruption Perceptions Index. [ออนไลน์], เข้าถึงได้จาก: http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi. (2020, 23 March).
3. สำนักงาน ป.ป.ช.. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. ศูนย์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ สำนักงาน ป.ป.ช.. 2561.
4. Deming, W. Edwards. Out of the Crisis. MIT Press. 1986.
5. ทิศนา ขัมมณี และนงลักษณ์ วิรัชชัย. การวิจัยปฏิบัติการระดับชั้นเรียนและระดับโรงเรียน: แนวทางการวิจัยและการสังเคราะห์งานวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). 2546.
6. นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์, ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ และรณาคลีฉายา. การพัฒนารูปแบบการสอนแนะเพื่อพัฒนาสมรรถนะครูพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ.2559; 8(1): มกราคม - มิถุนายน: 160-9.
7. นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. การพัฒนาศักยภาพการวิจัย R2R ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2559; 11(2): พฤษภาคม - สิงหาคม: 205-214.
8. แรกขวัญ สระวาสี และสงกรานต์ กัญญาสา. ผลของการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานด้านภารกิจสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2562; 28 (3): พฤษภาคม - มิถุนายน: 449-508.
9. วีรชัย บริบูรณ์. การพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากร โดยการมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(5): กันยายน - ตุลาคม: 872-7.
10. ภัทรสุดา กันใจแก้ว นิลุบล วรวิทย์ธนเลิศ พลกฤต รักจุล และศิริวิมล อินผ่อง. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. 2560; ฉบับที่10 (พิเศษ): กรกฎาคม - ตุลาคม: 106-120.
11. Taba, Hilda. Curriculum development : theory and practice. New York: Brace & World. 1962.
12. Tyler, Ralph W. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago Press. 1970.

การประเมินผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษาตามมาตรฐานการประกันคุณภาพ การพยาบาลโดยใช้รูปแบบ CIPPIEST

Evaluation of counseling services in accordance with nursing quality assurance standards using the CIPPIEST model.

ศุพรรณิ ตั้งภักดี* และมะลิวรรณ อังคณิตย**

Supanee Tangpakdee and Maliwan Ankhanit

Corresponding author: E-mail:sunresearch101@gmail.com

(Received: May 25, 2020; Revised: June 8, 2020; Accepted: June 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษาตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ CIPPIEST

รูปแบบการวิจัย : เป็นวิจัยเชิงประเมินผลโดยประยุกต์แบบจำลอง CIPPIEST MODEL ของ Stufflebeam ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลกระทบ ประสิทธิภาพ ความยั่งยืนและการถ่ายทอดความรู้

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 12 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในงานบริการให้การปรึกษา 4 คน หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน 2 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 6 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลของกองการพยาบาลจำนวน 7 หมวด 48 หัวข้อ 144 ข้อกำหนด 2) แบบสอบถามความรู้ในการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) แบบสอบถามประสิทธิภาพและประสิทธิผลการประกันคุณภาพการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และ 0.93 วิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการประกันคุณภาพการพยาบาลก่อนและหลังของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยสถิติทดสอบค่าที ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมาก (NQA Award) เมื่อพิจารณาผลการประเมินรายด้านพบว่า ด้านที่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ 1) ด้านบริบท หมวด1การนำองค์กร และหมวด2 กลยุทธ์ ภาพรวมระดับมาก 2) ด้านผลผลิต หมวด 7ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ (1) ด้านผลกระทบ (2) ด้านประสิทธิภาพประสิทธิผลภาพรวมอยู่ในระดับมาก (3) ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดความรู้ หมวด4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ 3) ด้านปัจจัยนำเข้า หมวด 3 ผู้ใช้บริการ และหมวด 5 บุคลากร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ4) ด้านกระบวนการหมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษามีแนวโน้มที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลที่กำหนด ควรหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงในประเด็นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบการประเมิน CIPPIEST ผลสัมฤทธิ์ งานบริการให้การปรึกษา การประกันคุณภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานให้คำปรึกษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : The research aimed to evaluate the achievement of consulting services according to nursing quality assurance standards by applying the CIPPIEST model.

Design : The research evaluated the application of the model CIPPIEST model of Stufflebeam; context, input, process, product, impact, effectiveness, sustainability and transportability.

Materials and Methods : The data were collected by 12 persons selection consisting of 4 professional nurses in counseling service, 2 supervisors and 6 nursing development committees. The research instruments were 1) insurance assessment form nursing quality of the Nursing Division, 7 categories, 48 topics, 144 requirements, 2) knowledge questionnaire for nursing quality assurance of professional nurses, and 3) questionnaire for efficiency and effectiveness of nursing quality assurance, the reliability was 0.98 and 0.93. The quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and compare the mean knowledge of nursing quality assurance before and after of professional nurses with the test statistics. Qualitative data used content analysis.

Main findings : The research findings were as follows: overall achievement of the consulting service was at a high level. When considering the results of each aspect of the evaluation, it was found that qualified areas are 1) context, category 1, organization implementation, and category 2, overall strategy, high level 2) productivity, category 7 nursing outcomes are (1) impact (2) effectiveness, overall effectiveness is at a high level (3) sustainability and knowledge transfer. category 4 measurement, analysis and knowledge management the overview is at the highest level. And continuous quality improvement action as for the aspect that did not pass the criteria, such as 3) the import factor category 3 users and category 5 personnel the overall picture is at a medium level, and 4) the process aspect, category 6. The overall nursing practice was at a medium level.

Conclusion and recommendations : The achievement of counseling services tends to be good in accordance with the nursing quality assurance standards. Should find opportunities to develop and improve on issues that do not yet meet the criteria and continuous quality development.

Keywords : CIPPIEST evaluation model; achievement; counseling services; quality assurance

บทนำ

การบริการพยาบาลเป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในทุกๆสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และจัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีทฤษฎีหลักการ และองค์ความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา การบริการพยาบาลจึงต้องปรับตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ทันสมัย ซึ่งนอกจากจะดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนผู้ใช้บริการให้ทุเลาเบาบางจากอาการเจ็บป่วย

อย่างครอบคลุมองค์รวมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนผู้ใช้บริการอันจะส่งผลให้ประชาชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน¹

พยาบาล คือ บุคลากรที่เป็นฐานรากของโรงพยาบาล และเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการบริการพยาบาลที่เป็นบริการสุขภาพสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ เป็นการ

ดูแลช่วยเหลือบุคคลรอบคอบทุกทั้ง 4 มิติตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย การบริการพยาบาลจึงต้องมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ไม่เกิดความผิดพลาด จากการปฏิบัติ การพยาบาล และตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล² การประเมินคุณภาพการพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องช่วยยกระดับคุณภาพบริการให้สูงขึ้นรวมทั้งส่งเสริมให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอันจะนำไปสู่เป้าหมายผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลที่พึงประสงค์สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังด้านสุขภาพของประชาชนผู้ใช้บริการ¹

สุขภาพ คือ ภาวะที่เป็นสุขทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม สุขภาพมิใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้นแต่มีความสัมพันธ์กับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย สุขภาพของคนๆ หนึ่งส่งผลกระทบต่อคนอื่น ๆ ด้วย ได้แก่ บุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน การมีสุขภาพดีมิใช่เป็นเรื่องง่ายแต่ก็ได้เป็นเรื่องยากเกินไปสำหรับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง³ ซึ่งความเจ็บป่วยทางกายทำให้เกิดภาวะเครียดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยที่นอกจากจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ ความผันผวนทางอารมณ์แล้วตัวผู้ป่วยแล้ว ยังคงความจิตใจและอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย⁴ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกเหมือนกับกำลังเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามาโดยความวิตกกังวลอาจจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นช่วงๆตามระยะของโรค⁵ ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้จะทำให้ขวัญกำลังใจของผู้ป่วยลดต่ำลง ผู้ป่วยจะต่อสู้กับโรคเรื้อรังและผลข้างเคียงจากการรักษาได้จะต้องอาศัยขวัญกำลังใจที่ดีจึงจะสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุข⁶ ผู้ป่วยแต่ละคนมีสิ่งกังวลห่วงใยต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการรอดชีวิต กลัวการลุกลามของโรค กลัวทุกขุทรมาน ไม่มั่นใจในการรักษาและกลัวภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยเฉพาะหากเป็นโรคมะเร็งภายหลังการผ่าตัดใหม่ๆ ขณะรับเคมีบำบัดหรือรังสี

รักษา ผู้ป่วยจะมีทั้งความกังวล ความเบื่อหน่ายจากการรักษาที่ยาวนาน และความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษา⁷ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และวิธีการรักษาโรคมามาก่อน⁸ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะตนเองของผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการและยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ด้วยตนเอง^{9,10} ดังนั้นการมีบริการสุขภาพเกี่ยวกับการให้บริการปรึกษาที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ² ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญในการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ เป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดและมีโอกาสดูแลผู้รับบริการมากที่สุดมีความเข้าใจในมนุษย์เพราะการพยาบาลเกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนการปฏิบัติกรพยาบาลจึงต้องบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต³ นอกจากนั้นการพยาบาลยังรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชน การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพเพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเอง รวมทั้งสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะเจ็บป่วยและข้อจำกัดได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้¹¹ ซึ่งการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย หมายถึง การใช้กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีแนวทางในการตัดสินใจ บริหารจัดการตนเองได้อย่างมีเป้าหมาย มีระบบในการวางแผนการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ใหม่ที่ต้องเผชิญ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบโดยตรงจากโรคแล้ว ยังได้รับผลกระทบจากการรักษาในรูปแบบต่างๆ เช่น การผ่าตัดที่ทำให้สูญเสียอวัยวะหรือภาพลักษณ์ ซึ่งกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยและญาติได้รับการปรึกษาเฉพาะทางเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ แต่ถึงแม้ว่าระบบของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะมีหลายวิธี ตั้งแต่การสื่อสารแบบ 2 ทาง เช่น ให้คำปรึกษาเป็นการส่วนตัว การให้สุศึกษา/ความรู้เป็นรายกลุ่ม การทำกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยหรือการสื่อสารแบบทางเดียวโดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ

เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือคู่มือ วีดิทัศน์ วิทย์ และ internet แล้วก็ตามแต่ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเพียงพอ¹²

การบริการพยาบาลด้านการรักษาสุขภาพเป็นบริการพยาบาลที่ให้แก่งานบริการและครอบครัวที่มาใช้บริการรักษาสุขภาพเพื่อให้ผู้ใช้บริการรักษาและครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหา มีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์รวมทั้งการแก้ไขปัญหาต่างๆ เนื่องจากการให้บริการรักษาทางสุขภาพเป็นกระบวนการของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้ใช้บริการรักษาสามารถเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้เทคนิคและวิธีการในการให้บริการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมการบริการให้บริการรักษาทางสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและควรมีในทุกโรงพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้ด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสุขภาพของตนเองให้สามารถแก้ปัญหาได้ มีการตัดสินใจด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ มีพฤติกรรมปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งการให้บริการรักษาทางสุขภาพนั้นส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลทั้งด้านผู้รับบริการ สถานพยาบาล และวิชาชีพการพยาบาล³ พยาบาลผู้ให้การรักษาที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการรักษาสุขภาพนอกจากจะมีสมรรถนะพื้นฐานด้านการพยาบาลแล้วจะต้องมีความรู้ ประสบการณ์ ผ่านการฝึกอบรมทักษะทางจิตวิทยาการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล จิตวิทยาการปรึกษาและศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาใช้ในกระบวนการรักษาเพื่อให้บริการรักษาอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้การรักษายังมีบทบาทในฐานะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่จะให้การปรึกษาแนะนำแก่พยาบาลในหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถนำทักษะด้านการรักษามาเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารและการดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวรวมทั้งการรับส่งต่อการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพในกรณีผู้ใช้บริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและ

ต้องการทักษะขั้นสูงในการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้ได้คุณภาพสูงสุด¹

งานบริการให้การปรึกษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เดิมเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 (อยู่ในความดูแลของงานควบคุมโรค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) ต่อมาเมื่อปี.ศ. 2540 ได้ย้ายโครงสร้างงานมาอยู่กับงานพยาบาลโดยบริหารงานขึ้นตรงกับกลุ่มการพยาบาล เมื่อสำนักงานการพยาบาลได้มีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลมาโดยได้พิมพ์เผยแพร่มาตรฐานงานพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2542 และงานให้การปรึกษาเป็น 1 ใน 10 งานของมาตรฐานการพยาบาล จากนั้นจึงมีการพัฒนามาตรฐานการให้การปรึกษาร่วมกับการพัฒนางานพยาบาลต่างๆ ทั้ง 10 งานจนถึงปัจจุบัน จากสถิติบริการ 3 ปีย้อนหลังที่ผ่านมา มีจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทุกปีคือจำนวน 54,167 59,092 61,338 คน ตามลำดับ¹³ โดย 5 อันดับโรคแรกที่เข้ารับบริการ คือ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอช ไอ วี ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วย STI ผู้ป่วยตับอักเสบ A-B-C และผู้ป่วยโรคไตตามลำดับ ซึ่งผู้มาปรึกษาที่ส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่นได้รับการปรึกษาร้อยละ 100¹⁴ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลสอดคล้องกับลักษณะงานตามโครงสร้างใหม่ของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละระดับโดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในมิติ Service Excellence และการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล¹ ทั้งนี้โดยยึดหลักความเที่ยงตรง เป็นธรรม โปร่งใส มีหลักฐานข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง มุ่งเน้นการส่งเสริมสนับสนุนและ ยกย่องการพัฒนาในลักษณะกัลยาณมิตร และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน ผู้มาใช้บริการ ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้างานบริการให้การปรึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประเมินผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ CIPPIEST สารสนเทศที่ได้จะทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการประเมินตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาล ปัญหา อุปสรรค ผลกระทบ และการนำเอาผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล งานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ CIPPIEST

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล งานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลของกองการพยาบาล¹ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 กลยุทธ์ หมวด 3 ผู้ใช้ บริการ หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการ ความรู้ หมวด 5 บุคลากรพยาบาล หมวด 6 การปฏิบัติการ พยาบาล และหมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPPIEST Model ของ Stufflebeam¹⁵ ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้าน ผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายโยงความรู้ เป็นกรอบการประเมินระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรสำหรับการ ศึกษา คือบุคลากรพยาบาลในงานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสารประเมินตนเองในการ พัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล รายงานการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพในงานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก 2) ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน หัวหน้างานบริการให้การปรึกษา จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานบริการให้การปรึกษา จำนวน 4 คน คณะกรรมการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล ผู้ป่วยนอกจำนวน 6 คน และผู้มารับบริการในงานบริการ ให้การปรึกษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) การทบทวนและวิเคราะห์เอกสาร โดยศึกษาทำความเข้าใจจากรายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ตามมาตรฐานเกณฑ์การประกันคุณภาพการ

พยาบาล

2) การสัมภาษณ์/การสนทนาในระหว่างการประเมิน ตนเอง และเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล

3) การสังเกตในระหว่างการตรวจเยี่ยมทางการ พยาบาลในพื้นที่โดยสังเกตสภาพแวดล้อม

4) ประเมินตนเองตามรูปแบบ CIPPIEST ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท (Context evaluation) เป็นการประเมินบริบทของการพัฒนาคูณภาพ บริการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในงานบริการให้การปรึกษาทั้ง 7 หมวด โดยประเมินจากความสอดคล้องของหมวด 1 การนำองค์กรประกอบด้วย 5 หัวข้อ 15 ข้อกำหนด เป็นการประเมินว่าผู้บริหารการพยาบาลบริการให้การ ปรึกษาดำเนินการหรือแสดงบทบาทอย่างไรในการกำหนด ทิศทางการนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมให้เกิดผลการ ดำเนินงานที่ดี ดำเนินการอย่างไรเพื่อให้เกิดความมั่นใจใน คูณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ใช้บริการดำเนิน การอย่างไรให้องค์กรพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน รวมถึงการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิ บาลขององค์กร จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และ ความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน และประเมินหมวด 2 กลยุทธ์ประกอบด้วย 5 หัวข้อ 15 ข้อกำหนดเป็นการ ประเมินว่างานบริการให้การปรึกษากำหนดกลยุทธ์และ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อย่างไรเพื่อให้ตอบสนองความ ท้าทายขององค์กรและสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนิน งานขององค์กรรวมถึงมีวิธีการอย่างไรในการถ่ายทอด วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและติดตามความ ก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าการดำ เนินการสามารถบรรลุ เป้าประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้วิจัยดำเนินการศึกษา เอกสารการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์ มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพในงานบริการให้การปรึกษาทั้ง 7 หมวด สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้างาน บริการให้การปรึกษา พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงาน บริการให้การปรึกษา และคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพ บริการพยาบาลผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับนโยบายของกลุ่ม งานการพยาบาลในการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลตาม เกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยทำ

การวิเคราะห์ความสอดคล้องของหมวด 1 การนำองค์กร และหมวด 2 กลยุทธ์แผนการดำเนินการพัฒนากับนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและกลุ่มการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพที่ดำเนินการอยู่ เพื่อประเมินปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินความพร้อมของบุคลากร ความเพียงพอของงบประมาณ ความเพียงพอของวัสดุ อุปกรณ์ ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพ ความสอดคล้องของการประเมินหมวด 3 ผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 7 หัวข้อ 21 ข้อกำหนดเป็นการประเมินว่างานบริการให้การศึกษาวิธีใดอย่างไรในการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังดังกล่าวรวมถึงวิธีการดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความผูกพันและพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลเป็นการประเมินเกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังในบริการงานบริการให้การศึกษาเพื่อวางแผนบริการ และประเมินหมวด 5 บุคลากรประกอบด้วย 7 หัวข้อ 21 ข้อกำหนดเป็นการประเมินว่างานบริการให้การศึกษาดำเนินการอย่างไรในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรจัดระบบการเพิ่มคุณค่าบุคลากรและแรงจูงใจเพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล บุคลากรและผู้บริหารการพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างไรเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี องค์กรมีวิธีการบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังอย่างไรเพื่อให้งานบริการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จ เสริมสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัยว่ามีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับความต้องการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดสมรรถนะในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพที่ดำเนิน

การอยู่ประเมินโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินผลกระบวนการในการดำเนินการจัดกิจกรรมต่างๆ ของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพว่าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลเพียงใด โดยประเมินจากความเหมาะสมของกระบวนการทางด้านต่างๆ ตามมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลงานบริการให้การศึกษาในหมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 12 หัวข้อ 36 ข้อกำหนดเป็นการประเมินว่างานบริการให้การศึกษาดำเนินการอย่างไรในการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร/หน่วยงาน ออกแบบระบบงานและกระบวนการสำคัญเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งมีวิธีการอย่างไรในการนำกระบวนการทำงานที่สำคัญไปปฏิบัติบริหารจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ใช้บริการและบรรลุความสำเร็จขององค์กร

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพ เพื่อประเมินผลที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้รับบริการในงานบริการให้การศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยประเมินตามแบบประเมินในหมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลประกอบด้วย 6 หัวข้อ 18 ข้อกำหนดโดยประเมิน 4 มิติ และประเมินด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืนตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งนี้การประกันคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงล้อคุณภาพ ดังนี้ 1) การกำหนดมาตรฐาน/ระบบ/แนวทาง (Plan) 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Do) 3) การวัดและประเมิน (Check/Study) และ 4) การแก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่อง (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินด้านการถ่ายทอดความรู้ โดยประเมินตามมาตรฐานในหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และ

การจัดการความรู้ ประกอบด้วย 6 หัวข้อ 18 ข้อกำหนด เป็นการประเมินว่างานบริการให้การศึกษาดำเนินการอย่างไรในด้านการวัด การวิเคราะห์ การทบทวนและการปรับปรุงผลการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ ซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ที่จำเป็นมีคุณภาพ พร้อมใช้งานสำหรับผู้ให้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานประกันคุณภาพการพยาบาลของกองการพยาบาล(2562)¹ จำนวน 7 หมวด 48 หัวข้อ 144 ข้อกำหนด กำหนดคะแนนรายหมวดและรายหัวข้อ วิธีการประเมินคิดคะแนนแยกกันทีละหัวข้อแล้วรวมคะแนนเป็นรายหมวดและภาพรวม ให้คะแนนและการวิเคราะห์ข้อมูลคำนวณคะแนนค่าเฉลี่ยและผลรวมคะแนนทั้งหมดเท่ากับ 1,000 คะแนน การตัดสินด้วยผลคะแนนรวมเทียบกับเกณฑ์ระดับ ดังนี้ > 700 คะแนน : NQA Award 550 – 699 คะแนน : NQA Class > 549 คะแนน : NQA Certificate และ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้ในการประกันคุณภาพการพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเลือกตอบแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และ (2) แบบสอบถามประสิทธิภาพและประสิทธิผลการประกันคุณภาพการพยาบาลงานบริการให้การศึกษาดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพ แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางการบริหาร การมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการประกันคุณภาพ ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการประกันคุณภาพ 5 มิติตามหมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตอนที่ 3 แนวทางการบริหารจัดการระบบประกันคุณภาพงานบริการให้การศึกษา และตอนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและผลกระทบ ความยั่งยืนและการถ่ายทอดความรู้ ในการดำเนินการประกันคุณภาพภายในงานบริการให้การศึกษากการแปลผลประสิทธิภาพและประสิทธิผลการประกันคุณภาพ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)¹⁶ ระดับคะแนน ความหมาย 4.51-5.00 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระดับ “มากที่สุด” 3.51-4.50 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลใน

ระดับ “มาก” 2.51-3.50 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระดับ “ปานกลาง” 1.51-2.50 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระดับ “น้อย” 1.00-1.50 มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระดับ “น้อยที่สุด” >1.00 ไม่มีประสิทธิภาพทุกเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อความรู้ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในงานบริการให้การปรึกษา และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการสังเกตและการประชุมสนทนากลุ่มย่อย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE 018/2562 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมตามปฎิญญาเอ็ลซิงกิ¹⁷

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพงานบริการให้การปรึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 40-50 ปีอายุเฉลี่ย 43 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 80 มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 10-15 ปี มากที่สุดร้อยละ 80 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.99 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงาน

2. ผลการประเมินงานบริการให้การศึกษาดำเนินการตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ CIPPEST 8 ด้าน

ผลการประเมินความเหมาะสมงานบริการให้การ
ปรึกษากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามประเด็นการ
ประเมินของ CIPPIEST พบว่า ผลการประเมินด้านบริบท
และด้านความยั่งยืนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

ทั้งโดยรวมและรายด้าน ส่วนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ
ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผลและด้านการ
ถ่ายทอดความรู้ทั้งโดยรวมและรายด้านมีความเหมาะสม
อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPPIEST 8 ด้าน

ลำดับ รายการประเมินตามรูปแบบ CIPPIEST	ผลการประเมิน		
	$\bar{X}$	S.D	ระดับการประเมิน
1 ด้านบริบท (Context)			
- พยาบาลงานให้การปรึกษามีความเห็นว่าบริบท โครงสร้างงานเหมาะสม	4.58	0.42	มากที่สุด
- ผู้บริหารมีแผนงาน โครงการ กลยุทธ์ดำเนินการเหมาะสม	4.58	0.43	มากที่สุด
- จำนวนพยาบาลผู้ให้บริการการปรึกษาตามระบบบริการมีความเหมาะสม	4.54	0.38	มากที่สุด
ภาพรวม	4.57	0.42	มากที่สุด
2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)			
- ผู้บริหารมีความเห็นว่าในภาพรวมปัจจัยนำเข้าของงานเหมาะสม	4.19	0.66	มาก
- พยาบาลผู้ให้บริการมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับบริการการให้การปรึกษา	4.08	0.54	มาก
- ผู้รับบริการได้รับการประเมินความต้องการบริการให้คำปรึกษาเหมาะสม	4.06	0.53	มาก
ภาพรวม	4.19	0.66	มาก
3 ด้านกระบวนการ (Process)			
- พยาบาลมีความเห็นว่ากระบวนการปฏิบัติบริการพยาบาลงานให้การปรึกษา ตามมาตรฐานประกันคุณภาพพยาบาลความเหมาะสม	4.17	0.59	มาก
- พยาบาลผู้ให้บริการมีการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้การปรึกษา ตามมาตรฐานการประกันคุณภาพพยาบาลความเหมาะสม	4.30	0.57	มาก
- ผู้มารับบริการงานให้การปรึกษาได้รับบริการที่เหมาะสมตรงความต้องการ และตามมาตรฐานการประกันคุณภาพพยาบาล	4.35	0.45	มาก
ภาพรวม	4.30	0.57	มาก
4 ด้านผลผลิต (Output)			
- ผลผลิตของบริการงานให้การปรึกษาภาพรวมมีความเหมาะสม	4.32	0.63	มาก
- พยาบาลผู้ให้การปรึกษามีความเพียงพอต่อปริมาณงานให้การปรึกษา	4.29	0.57	มาก
- ผู้มารับบริการให้การปรึกษาได้รับบริการตามมาตรฐาน การให้การปรึกษาที่เหมาะสม	4.37	0.40	มาก
ภาพรวม	4.32	0.57	มาก
5 ด้านผลกระทบ (Impact)			
- พยาบาลผู้ให้การปรึกษามีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ในระดับที่เหมาะสม	4.57	0.47	มากที่สุด
- ผู้มารับบริการได้รับบริการให้การปรึกษาตามมาตรฐานงาน ให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม	4.55	0.48	มากที่สุด
ภาพรวม	4.32	0.63	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ รายการประเมินตามรูปแบบ CIPPIEST		ผลการประเมิน		
		$\bar{X}$	S.D	ระดับการประเมิน
6	ด้านประสิทธิผล			
	- ผู้บริหารการพยาบาลของงานพัฒนาคุณภาพประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานให้การปรึกษาเหมาะสม	4.44	0.53	มาก
	- พยาบาลให้การปรึกษาประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของตนเองเหมาะสม	4.40	0.62	มาก
	- ผู้มารับบริการประเมินการให้บริการของงานให้คำปรึกษาเหมาะสม	4.33	0.49	มาก
	ภาพรวม	4.43	0.52	มาก
7	ด้านความยั่งยืน			
	- ผู้บริหารประเมินผลการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานของการให้การปรึกษามีความยั่งยืนและเหมาะสม	4.54	0.57	มากที่สุด
	- พยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาประเมินความยั่งยืนของการพัฒนางานตามมาตรฐานการประกันคุณภาพพยาบาลเหมาะสม	4.69	0.48	มากที่สุด
	- ผู้มารับบริการงานให้การปรึกษาประเมินความยั่งยืนของการพัฒนาเหมาะสมและมีความพึงพอใจ	4.52	0.55	มากที่สุด
	ภาพรวม	4.53	0.55	มากที่สุด
8	ด้านการถ่ายทอดความรู้			
	- ผู้บริหารการพยาบาลมีความเห็นว่าในภาพรวมด้านการถ่ายทอดความรู้ขยายผลมีความเหมาะสม	4.47	0.56	มาก
	- พยาบาลผู้ให้การปรึกษามีความเห็นว่าภาพรวมด้านการถ่ายทอดความรู้ขยายผลมีความเหมาะสม	4.26	0.60	มาก
	- ผู้มารับบริการประเมินภาพรวมด้านการถ่ายทอดความรู้งานบริการให้คำปรึกษาและการขยายผลเหมาะสม	4.29	0.49	มาก
	ภาพรวม	4.45	0.55	มาก

3. ผลสัมฤทธิ์ของงานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลภาพรวม (7 หมวด)

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมาก(NQA Award)เมื่อพิจารณาผลการประเมินรายด้าน พบว่าด้านที่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ 1) ด้านบริบท หมวด1 การนำองค์กร และหมวด 2 กลยุทธ์ ภาพรวมระดับมาก 2) ด้านผลผลิต หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ (1) ด้านผลกระทบ (2) ด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก (3) ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดความรู้ หมวด4 การวัด การวิเคราะห์

และการจัดการความรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ 3) ด้านปัจจัยนำเข้า หมวด3ผู้ให้บริการ และหมวด 5 บุคลากร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) ด้านกระบวนการหมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้สรุปผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดของงานบริการให้การปรึกษา พบว่า โดยภาพรวมแล้วผลการดำเนินงานในการให้บริการในระดับดีมาก เมื่อเทียบกับมาตรฐาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยของดัชนีชี้วัดทั้ง 10 ตัว เกินร้อยละ 85.00 ทุกตัว แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลงานบริการให้คำปรึกษาภาพรวม (7 หมวด)

หมวด	ประเด็นพิจารณา	ผลการประเมิน		
		คะแนนเต็ม	ประเมินตนเอง	ระดับการประเมิน
1	การนำองค์กร	60	50	มาก
2	กลยุทธ์	60	50	มาก
3	ผู้ให้บริการ	100	58	ปานกลาง
4	การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้	80	70	มากที่สุด
5	บุคลากร	100	50	ปานกลาง
6	การปฏิบัติการพยาบาล	200	100	ปานกลาง
7	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	400	300	มาก
	ภาพรวม	1,000	678	มาก

(NQA Award)

ตารางที่ 3 แสดงผลตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานประกันคุณภาพการพยาบาล 4 มิตีย้อนหลัง 3 ปี

ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานประกันคุณภาพ การพยาบาล PMQA 4 มิติ	เกณฑ์	ปีงบประมาณ		
		2560	2561	2562
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ				
- ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุตามเป้าหมาย	100%	100	100	100
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการปรึกษา				
- ร้อยละของผู้ใช้บริการมีความวิตกกังวลลดลงภายหลังรับบริการปรึกษาแต่ละครั้ง	≥80%	70.2	67.8	73.9
- ร้อยละของผู้ใช้บริการสามารถวางแผนการดำเนิน ชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมภายหลังรับบริการปรึกษาแต่ละครั้ง	≥80%	64.70	72.4	74.0
- ร้อยละของผู้ใช้บริการปรึกษามาตามนัด	≥80%	100	100	94.0
- การร้องเรียนของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล	0	0	0	0
- ร้อยละของการแก้ไขและ/หรือการตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ	100%	100	100	100
- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการปรึกษา	≥85%	98.48	87.3	89.2
- ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการปรึกษา	≥85%	-	-	96.4
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการบริการปรึกษา				
- ผลผลิตภาพ (Productivity) ของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	90-110%	98.86	90.9	99.8
- ร้อยละของผู้ใช้บริการ ใช้เวลารอคอยรับบริการปรึกษาไม่เกิน 1 ชั่วโมง	100%	100	100	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาใช้กระบวนการให้การปรึกษาขณะให้บริการปรึกษา	100%	100	100	100

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานประกันคุณภาพ การพยาบาล PMQA 4 มิติ	เกณฑ์	ปีงบประมาณ		
		2560	2561	2562
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาปฏิบัติตามแนวทาง/ มาตรฐานการบริการปรึกษา	100%	100	100	100
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร				
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาผ่านการประเมินสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥80%	92.35	100	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาได้รับการอบรมเกี่ยวข้องกับ กับงานที่รับผิดชอบ เฉลี่ยอย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี	100%	100	100	100
- ร้อยละของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี	100%	100	100	100
- จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของ พยาบาลผู้ให้การปรึกษา	0	0	0	0
- ร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศการทำงานของ พยาบาลผู้ให้การปรึกษา	≥80%	-	-	82.4%

ก่อนการพัฒนาพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพน้อย โดยมีคะแนนความรู้การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.36(S.D.=1.36) โดยการทำตามมาตรฐานการวัดและประเมินคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62, 3.61, และ 3.57 ตามลำดับ หลังการพัฒนาคุณภาพคะแนนความรู้การ

ประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.27(S.D.=1.27) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการปฏิบัติตามมาตรฐานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพได้เป็นคณะทำงานมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความต่างของคะแนนความรู้เรื่องการประกันคุณภาพของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้เรื่องการประกันคุณภาพของพยาบาล (n= 12 คน)	$\bar{X}$	S.D.	p-value
ก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	6.36	1.36	.001*
หลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	8.27	1.27	

3. ปัญหา อุปสรรค ผลกระทบ จากผลการประเมินภายในของงานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลพบว่า ความพึงพอใจคุณภาพบริการ (เกณฑ์≥80%) ในช่วง3ปีที่ผ่านมาผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อยลงแต่ไม่ต่ำ

กว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดเนื่องจากผู้มารับบริการมีภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย สถานที่มีความแออัดของผู้มารับบริการ ความเร่งรีบ เพื่อตรวจหลายแผนก การขาดการทบทวน Case conference ทบทวน 12 กิจกรรมตามกระบวนการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

4. ผลการนำเอาผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการให้การปรึกษาประเด็นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการปรึกษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดภายหลังได้รับการปรึกษาผู้มารับปรึกษาลดความวิตกกังวลรู้สึกผ่อนคลาย(เกณฑ์ $\geq 80\%$) ในช่วง3ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงจากทางที่นำผลการพัฒนาแบบสอบถามให้เข้าใจง่าย/ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น/ให้เวลากับผู้ป่วย

มากขึ้นและพัฒนาปรับปรุงคือ 1) จัดประชุมแกนนำให้คำปรึกษาประจำตึกต่างๆ ที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 2) จัดอบรมการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่เพื่อให้เกิดทักษะความรู้ตามกระบวนการให้การปรึกษาและสามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการนำเอาผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโดยเทียบเคียงแนวโน้มการพัฒนา 3 ปี

ผลการนำเอาผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ	เกณฑ์	ปีงบประมาณ		
		2560	2561	2562
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพัฒนางานบริการให้การปรึกษา				
1. ผู้ให้การปรึกษารับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจ วาจาสุภาพ ตลอดการให้บริการ	≥85%	96.7	100.0	100.0
2. ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการให้คำปรึกษา	≥85%	98.2	100.0	100.0
3. หลังได้รับคำปรึกษา รู้สึกผ่อนคลาย	≥85%	96.5	100.0	100.0
4. หลังได้รับคำปรึกษา เข้าใจความเจ็บป่วย / โรคที่เป็นอยู่	≥85%	96.8	100.0	100.0
5. หลังได้รับคำปรึกษา สามารถตัดสินใจ เลือกแนวทางในการดูแลตนเองได้	≥85%	94.7	100.0	100.0
6. หลังได้รับคำปรึกษา จะนำคำแนะนำไปปฏิบัติได้	≥85%	90.2	100.0	100.0
7. สถานที่ ห้องให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สงบ เหมาะสม	≥85%	95.6	100.0	99.8
8. ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาคครั้งนี้เหมาะสม	≥85%	92.7	100.0	100.0
9. ท่านมั่นใจว่าผู้ให้การปรึกษาสามารถรักษาความลับของท่านได้	≥85%	95.8	100.0	100.0
10. ท่านรู้สึกพึงพอใจในการให้คำปรึกษา	≥85%	98.4	100.0	100.0

วิจารณ์

จากผลการวิจัยผลสัมฤทธิ์งานบริการให้การปรึกษา มีแนวโน้มที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลที่กำหนด โดยก่อนการพัฒนาพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพน้อยโดยมีคะแนนความรู้การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าหลังการพัฒนาคุณภาพและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า งานบริการให้การปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องได้ไม่นานโดยเริ่มมีการประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลภายในอย่างจริงจังในปีพ.ศ. 2561 โดยหัวหน้างานบริการให้การปรึกษาและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานรวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลและในการดำเนินงานมักจะจัดทำโดยคณะทำงานหรือคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาลด้านบริการที่ได้รับแต่งตั้ง รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงาน (ร้อยละ 55.9) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้เป็นคณะทำงานจึงมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้อธิบายได้ว่าหากหัวหน้างานมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสูงจะสามารถทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นโดยมีความเป็นไปได้ร้อยละ 20.8 ทั้งนี้

เนื่องจากการที่หัวหน้างานเป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เป็นแบบอย่างที่ดี เข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล กระตุ้นให้ผู้ตามได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์และท้าทายในการ แก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาตนและงานให้ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ตามเกิดความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของหน่วยงานและ สามารถโน้มน้าวจิตใจพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายจน บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ สอดคล้องการศึกษา ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้นำที่สูงขึ้น สามารถพยากรณ์ความพยายามในการทำงานของผู้ตาม^{19,20} ผลสำเร็จของงาน^{20,21} และการปรับปรุงคุณภาพของงาน²² ให้เพิ่มมากขึ้นดังคำกล่าวว่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็น รูปแบบภาวะผู้นำที่ดีที่สุดกับการเปลี่ยนแปลงในสภาวะ แวดล้อมของการดูแลสุขภาพ^{23,24} การที่หัวหน้างานมี คุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกับพยาบาล วิชาชีพที่มีประสพการณ์ในการทำงานจะทำให้สามารถ ทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 24.3 โดยที่ประสพการณ์การ ทำงานจะทำให้สามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการ ประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม มากขึ้น โดยมีความเป็นไปได้ร้อยละ 3.5 อธิบายได้ว่า เนื่องจากประสพการณ์การทำงานมีส่วนช่วยให้บุคคล สามารถจินตนาการได้อย่างกว้างไกลรอบคอบมีเหตุผลและ มักจะมีโอกาสเผชิญปัญหาต่างๆมากทำให้เป็นคนกล้าคิด กล้าตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและ ถูกต้อง²⁵ สอดคล้องการศึกษาของมีเยอร์พบว่าคนที่ผู้นำ ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ตามทำให้เกิดความร่วมมือใน การปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ²⁶ รวมทั้งพบว่าภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การดำเนินงานใน 4 ขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพคือ Plan Do Check และAction ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนิกะ²⁷ และการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดของเดมมิง²⁶ 14 ประการ²⁸ ซึ่งสอดคล้องกับทุกการศึกษาพบว่า การดำเนิน งานใดๆ ในองค์กรจะให้ประสพผลสำเร็จหรือล้มเหลวใน การดำเนินงานปัจจัยสำคัญที่สุดคือภาวะผู้นำ²⁹ หัวหน้างาน จะต้องมึลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สามารถโน้มน

้าวจิตใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้กระทำตามที่ผู้นำปรารถนา หรือให้ความร่วมมือกระทำกิจกรรมให้บรรลุผลตามความ ต้องการได้ต้องมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงคือมีบาร์มี²⁹

การคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล การกระตุ้น ปัญญา การเสริมสร้างแรงบันดาลใจและการโน้มน้าวความ ร่วมมือทำผืนให้เป็นจริงโดยเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เป็นแบบอย่างที่ดี เข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล กระตุ้นให้ผู้ตามได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์และท้าทายในการ แก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาตนและงานให้ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ตามเกิดความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วม คิดร่วมทำให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของหน่วยงานซึ่ง หากหัวหน้างานมีพฤติกรรมของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จะสามารถโน้มน้าวจิตใจพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือใน การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลด้วยความเต็มใจรวมทั้งสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายจน บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ สอดคล้องผลการ ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาล ชุมชนที่ได้รับการยกฐานะ พบว่า 1) โรงพยาบาลชุมชนที่ได้ รับการยกฐานะส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาด F1 ยกฐานะ เป็น M1 และมีการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลด้วย ระบบคุณภาพ HA, QA, ISO 14001 2) ระบบบริการ พยาบาลได้ออกแบบโดยใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบ Service Plan, Six building blocks และมาตรฐานการ พยาบาลในโรงพยาบาล 3) หลังจากดำเนินการพัฒนาตาม ระบบบริการพยาบาลที่ได้ออกแบบไว้ พบว่า โรงพยาบาล ที่ทำการศึกษากทั้ง 3 แห่งมีผลการวิเคราะห์การดำเนินงาน ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 57.14 ส่วนความพึงพอใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต่อกระบวนการ พัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน ผลการ ประเมินคุณภาพบริการพยาบาล (QA) ผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 3 ครบทุกงาน จำนวน 1 โรงพยาบาล สำหรับความพึงพอใจ ของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีเพียง 1 แห่งที่มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นและมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนอีก 2 แห่ง ความพึงพอใจลดลง 4) สังเคราะห์ระบบ บริการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด Service Plan เป็นหลัก แล้วบูรณาการองค์ประกอบของ Six building blocks เข้ากับระบบคุณภาพของมาตรฐานการพยาบาลใน โรงพยาบาลจัดทำเป็นกรอบการพัฒนากระบวนการ พยาบาลสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการยกฐานะ³⁰

สอดคล้องการประเมินโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพสมรรถนะพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ภายใต้ระบบพี่เลี้ยงด้วยรูปแบบการประเมิน CIPPIEST ผลการวิจัยพบว่าด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสมระดับปานกลาง³¹

ข้อเสนอแนะ

ควรหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในประเด็นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์โดยเฉพาะด้านปัจจัยนำเข้าในหมวด 3 ผู้ใช้บริการ หมวดบุคลากร และด้านกระบวนการ ในหมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล โดยหัวหน้างานควรหาเทคนิคและวิธีการต่างๆในการทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความกระตือรือร้น อุทิศตนในการทำงาน เกิดความผูกพันต่อองค์กรและรู้สึกว่าการงานของตนเองมีความหมายและสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยการมอบหมายงานหรือโครงการที่สำคัญแก่พยาบาลวิชาชีพ และจัดให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนเป็นคณะทำงานของแต่ละมาตรฐานการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ปิยะธิดา ปัญญา และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ชี้แนะการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร. เสฐียรพงษ์ ศิวินา ที่ชี้แนะให้รายงานวิจัยมีความสมบูรณ์ขอขอบคุณผู้บริหารและองค์กรที่มอบโอกาสพัฒนางานที่มีคุณค่าในการดูแลผู้รับบริการในงานบริการให้การปรึกษาให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ กราบขอบพระคุณบิดามารดา และน้องพยาบาลที่ให้กำลังใจตลอดมา ประโยชน์ที่ได้จากวิจัยฉบับนี้ขอมอบแด่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานบริการให้การปรึกษาทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2562.

2. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2555.
3. สายสมร เฉลยกิตติ และทิพย์ฉมพร เกษโกมล. การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2558; 7(1): 253-261.
4. กรวสา คงขวัญ. ผลการดำเนินโครงการการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งรายกลุ่ม. ใน: ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 6; 6-8 กันยายน 2543; ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง. อุบลราชธานี; 2543.
5. ผ่องศรี ศรีมรดก, รุ่งนา ภาณิตรัตน์. แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญความซึมเศร้า ความรู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 2540; 1: 167-86.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
7. สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 2540; 1: 258-81.
8. นิภา ชูติฉัตรชัย. ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลรามธิบดี, โรงพยาบาลศิริราช, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ [วิทยา นิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2523.
9. Tarrant C, Sinfield P, Agarwal S, et al. Is seeing a specialist nurse associated with positive Experiences of care? The role and value of specialist nurses in prostate cancer care. BMC Health Serv Res 2008; 27;8:65.

10. Viklund P, Wengstrom Y, Lagergren J. Supportive care for patients with oesophageal and other upper gastrointestinal cancers: The role of a specialist nurse in the team. *Eur J Oncol Nursing*. 2006; 10:353-63.
11. สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพไทย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. 2554.
12. คณะกรรมการจัดทำคู่มือให้บริการปรึกษาโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ การให้บริการปรึกษาโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
13. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สารสนเทศงานบริการให้การปรึกษาปี 2560-2562.
14. งานบริการให้การปรึกษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สรุปการประเมินตนเองงานบริการให้การปรึกษาปี 2560-2562.
15. Stufflebeam, D. L., and Shinkfield, A. J.. *Evaluation: theory, models and applications*. San Francisco: Jossey-Bass. 2007.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2543.
17. Henry K. Beecher, *Ethics and Clinical Research*, New England. *Journal of Medicine* 274 (1966): 1354-60.
18. สมพรรณ ไกรสร และมาริสา ไกรฤกษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 2555; 30(2) :32-39.
19. Pongsriwat S. *Leadership: Theory and Practice*. Chiangrai: Chiangrai Rajabhat University. 2002.
20. Bennett TM. The Relationship Between The Subordinate's Perception Of The Leadership Style Of IT Managers And The Subordinate's Perceptions Of Manage's Ability To Inspire Extra Effort, To Be Effective, And Enhance Satisfaction With Management. *Proceedings of the Academy of Information and Management Sciences*. 2009; 13(1). (Internet). 2009 (cited 2009 Dec 12). Available from: <http://vpn.kku.ac.th/DanaInfo=proquest.umi.com>.
21. Rowold J, Heinitz K. Transformational and Charismatic Leadership: Assessing the convergent, divergent and criterion validity of the MLQ and the CKS. *The Leadership Quarterly* 2007; 18(2), 121- 133. (Internet). 2007(cited 2010 Jan 18). Available from <http://vpn.kku.ac.th/DanaInfo=sciencedirect.umi.com>.
22. Taylor DJ. Nurse Executive Transformational leadership Found in Participative Organizations. *Journal Organization Nursing Administration* 2000; 30(5): 241-250.
23. Laohavichien T, Fredendall LD, Cantrell RS. The Effects of Transformational and Transactional Leadership on Quality Improvement. *The Quality Management Journal* 2009; 16(2): 7-24.
24. Phouthavong O, Krairiksh M. The Relationship between Head Nurse's Leadership with Job Satisfaction of Staff Nurse in Vientiane Capital Centre Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North Eastern Division* 2010; 29(1): 51-58.
25. Rakpuangchon W. The Impact of the Law Protecting Victims of Public Health Services to the Nursing Profession. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 29(1): 5-11.

26. KanjanastienR. Relationship between Personal Factors, Motivation and Control System in Nursing Care Quality Perceived by Head Nurses in Regional Hospital, Ministry of Public Health, Thailand.(Thesis). Khonkaen: Khonkaen University; 2005.
27. Bass BM. Leadership and Performance beyond Expectation. New York: The Free Press, 1985.
28. Thipornpan K. Relationships between Head Nurse's Transformational Leadership as Percieved by Staff Nurses and Practice of Staff Nurses in Hospital Accreditation Project of Regional Medical Centers Being under the Ministry of Public Health. (Thesis). Khonkaen: Khonkaen University; 2002.
29. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์; 2551.
30. ชูติกาญจน์ หฤทัย และคณะ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการยกฐานะ. วารสารกองการพยาบาล. 2559; 43(1): 113-134.
31. ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และสุรวีร์ เพียรเพชรเลิศ. การประเมินโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพสมรรถนะพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ภายใต้ระบบพี่เลี้ยงด้วยรูปแบบการประเมิน CIPPIEST. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2560; 9(1): 358-371.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Nursing Practice Guideline for ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients Undergoing Thrombolytic Agents in Cardiac Nong Hi Healthy Network, Roi-Et

สมหมาย โคตรสีเขียว*

Sommai Khotseekhieo

Corresponding author: E-mail: sommai642291@gmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา และศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมการพัฒนากลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ จำนวน 5 คน ทีมผู้ปฏิบัติ จำนวน 8 คน และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองฮี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2561- เมษายน 2562 จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Univariate analysis

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 1) การประเมินคัดกรองอาการ (1-5 นาที) 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นและได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ (6-10 นาที) 3) ส่งต่อผู้ป่วย ลงบันทึกในแบบส่งต่อ STEMI Fast Tract (11-30 นาที) และ 4) แบบบันทึกทางการพยาบาล ผลลัพธ์ของแนวการพยาบาล จากผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 5 คน ได้รับการประเมินระดับความรุนแรง (GCS มีคะแนนที่ 13-15 คะแนน) (100%) ได้รับการดูแลแบบช่องทางด่วน จำนวน 2 คน (40%) ส่งต่อ (100%) และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายเป็น STEMI จำนวน 2 คน(40%), NSTEMI จำนวน 2 คน (40%) และ Dyspepsia จำนวน 1 คน (20%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดกำกับด้วยเวลา (time) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและส่งได้ทันเวลา

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน; เครือข่ายสุขภาพ

ABSTRACT

Purposes : To develop and investigate outcomes for nursing practice guideline for ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) patients undergoing thrombolytic agents in cardiac Nong Hi healthy network, Roi-Et.

Design : Research and development design

Materials and Methods :

Main findings : Assessments of symptoms (1-5 minutes), Patients receive basic care and diagnosed by a doctor (6-10 minutes), Refer patients Recorded in the STEMI Fast Track submission form (11-30 minutes), and nursing record. Nursing outcomes record form results of nursing practice guidelines, All of out 5 patients received a severity assessment (GCS scores 13-15 points) 5(100%), expressway care 2(40%) and referral 1(100%)b and the final diagnosis was 2 (40%) STEMI, NSTEMI 2 (40%) and Dyspepsia 1 (20%).

Conclusion and recommendations : The results of this research suggest that nursing practice guidelines for promoting care for myocardial infarction patients receiving blood-clotting medication with time (time) resulting in patients being diagnosed and delivered in time.

Keywords : Nursing Practice Guideline; STEMI; Healthy Network

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ แม้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะสามารถป้องกันได้ แต่กลับพบว่ามีความเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี อันเนื่องมาจากการดำรงชีวิตที่เน้นความสะดวกสบายและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในปัจจุบันที่มากขึ้น อาทิ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรในการรักษาภาวะนี้มากขึ้นทุกปี และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2558 พบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 2 ของประเทศ รองจากโรคมะเร็ง และจากข้อมูลในโรงพยาบาลหนองฮี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยนอนค้างคืน ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 78 กิโลเมตร ในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่ม ACS จำนวน 20-30 ราย ในกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute Myocardial Infarction ประมาณ 3-5 ราย และเสียชีวิตขณะส่งต่อ และในท้องอุบัติเหตุฉุกเฉินปีละ 1-2 คน และ

เสียชีวิตที่บ้าน จำนวน 1-2 ราย เช่นเดียวกับรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2560 คือ จำนวนผู้ป่วย STEMI 4 ราย NSTEMI 23 ราย และ Unstable Angina 3 ราย ต่อปี ตามลำดับ ต่อมาปี พ.ศ.2561 จำนวนผู้ป่วย STEMI 2 ราย (ให้ SK) NSTEMI 20 ราย และ Unstable Angina 4 รายต่อปี ตามลำดับ¹ ด้วยเหตุนี้จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลหนองฮี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเน้นย้ำให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความเร่งด่วนในการเข้าถึงระบบบริการการรักษาและการส่งเสริมให้มีการป้องกันก่อนเกิดโรค (Primary prevention) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลง อาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลง อาจมีความพิการมากขึ้นหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และทันเวลาที่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลผ่านระบบช่องทางด่วน (STEMI 'Fast Tract) ซึ่งมีการพัฒนา

และนำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีรายงานการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าระบบ STEMI 'Fast Tract' ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้อย่างชัดเจน² ผลลัพธ์และการพยากรณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 12 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดในระยะนี้ การให้การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารักษาภายใน 3 ชั่วโมงมีเพียงร้อยละ 42 มีอายุเฉลี่ย 68.6 ปี คะแนนGCS=13.8คะแนน ซึ่งได้รับการรักษาด้วย SK เพียงร้อยละ 19 เนื่องจากการตรวจพบอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยหลังจาก 4.5 ชั่วโมงไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง การรักษาล่าช้า การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างทันเวลานั้นได้มีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยได้แก่ Stroke chain survival and recovery (8D's) ประกอบด้วย Detection, Dispatch, Delivery, Door, Data, Decision, Drug และDisposition³ เช่นเดียวกับผลการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลหนองฮี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า จำนวน 20 ราย (22.72%) แบ่งเป็น 2 สาเหตุ ได้แก่ ก่อนมาถึงโรงพยาบาล(Pre-hospital)และในโรงพยาบาล (In-hospital) จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ก่อนถึงโรงพยาบาลโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติถึงสาเหตุการมาโรงพยาบาลล่าช้าพบว่า ผู้ป่วยและญาติยังไม่ตระหนักว่าเป็นโรคที่เร่งด่วนในการรักษา เนื่องจากมีอาการไม่มาก โดยรอดูอาการและไม่ทราบแนวทางการรักษาในปัจจุบัน จำนวน 10 ราย ขณะเกิดอาการไม่มีผู้พบเห็นอาการ จำนวน 2 ราย รอรถมาโรงพยาบาล จำนวน 3 ราย และเกิดความล่าช้าในโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wester, odberg & Lundgren, Peltonen⁴ พบว่าปัจจัยที่ทำให้การมารับการ รักษาล่าช้านั้นเกิดจากความห่างไกลจากโรงพยาบาล ขณะเกิดอาการมีอาการทางระบบประสาท

เล็กน้อยถึงปานกลางและความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคที่แผนกฉุกเฉิน ส่วนการประเมินระยะเวลาในการจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ระยะเวลารวมเฉลี่ย 40 นาที จากมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยใช้เวลาในการคัดกรองภายใน 3 นาที ได้รับการตรวจจากแพทย์ภายใน 10 นาที และได้รับการส่ง CT Scan ภายใน 25 นาที และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ซึ่งโรงพยาบาลหนองฮีไม่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจำเป็นจะส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในการดูแลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองฮี จึงอ้างอิงกับเวลามาตรฐาน ดังนั้น จึงตั้งเป้าหมายในการใช้เวลาในการจัดการดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล

กล่าวได้ว่ากรณีมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งน่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองฮี โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องอาศัยความรู้จากหลักวิทยาศาสตร์หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการบูรณาการอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบความเชื่อถือมีการออกแบบอย่างดีและมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบร่วมกับความเชี่ยวชาญด้านคลินิกโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ค่านิยม บุคคล และความพึงพอใจเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดคุณภาพซึ่งผู้วิจัยจึงสนใจนำผลงานจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นใช้กรอบแนวคิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงรัฐเนบราสกาสหรัฐอเมริกา⁵ นั้นเหมาะสมสำหรับหน่วยงานที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติ ซึ่งการพัฒนาอาศัยทีมช่วยกันพัฒนาโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือหลายระดับ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองฮี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับ

การดูแลที่ถูกต้อง และส่งต่อไม่ล่าช้าสามารถเข้าถึงการรักษาที่เฉพาะได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ยาและข้อจำกัดที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา คือ การที่ผู้ป่วยมาช้ากว่า 3 ชั่วโมง มีอาการเพียงเล็กน้อยและมีอาการดีขึ้นก่อนรับยาหากผู้ป่วยได้รับยาควรได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดในช่วง 1-2 วันแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณภาพตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีแนวปฏิบัติด้านการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้มีการพัฒนาเชิงวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเวลาและเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีความปลอดภัยในชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Sister Maurita Soukup⁵ โดยมีรายละเอียดของวิธีการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ร่วมการพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดใน

เครือข่ายสุขภาพครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) แพทย์ จำนวน 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน และ 3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 1 คน 2) ทีมผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จำนวน 8 คน และ 3) กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวดี ไม่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีกลุ่มอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ปากเบี้ยว แขน ขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ออก เกิดอาการภายใน 2 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฮี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2561- เมษายน 2562 จำนวน 10 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลและเครื่องมือในการดำเนินการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนา ได้แก่

1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านข้อมูลทั่วไป และด้านความคิดเห็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้ให้บริการผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็น แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์⁶ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ความยากง่ายในการนำไปใช้งาน 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความสามารถ

ใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 4) การประหยัดค่าใช้จ่าย 5) ความพึงพอใจในการใช้ และ 6) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้ ประยุกต์ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารได้ง่าย ชัดเจน 2) แนวปฏิบัติสั้น กระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติงานจริง 3) สะดวกในการใช้งาน 4) เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 5) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติและ 6) ความพึงพอใจในภาพรวมการใช้แนวปฏิบัติ

2.3 แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา ความสอดคล้องและครอบคลุม วัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข วิธีการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของบุญใจ ศรีสถิตนรากุล⁷ มีดังนี้

ขั้นที่ 1 นำแนวปฏิบัติไปให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความสอดคล้องตามที่กำหนดเกณฑ์ เพื่อแสดงความคิดเห็น คือ 1) เมื่อพิจารณาว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาสาระโครงสร้าง 2) เมื่อพิจารณาว่าจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก และ 3) เมื่อพิจารณาว่าจะต้องได้รับแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย 4) เมื่อพิจารณาว่า มีความสอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาแจกแจงเป็นตาราง

ขั้นที่ 3 รวมจำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 นำมาวิเคราะห์โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่ใช้ได้ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป และควรรำข้อที่ 1 และ 2 ไปปรับปรุงแก้ไข

ผลการตรวจสอบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน อายุรกรรมมีความเชี่ยวชาญในการดูแล

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 1 ท่าน โดยนำมาปรับปรุงเนื้อหาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยใช้ AGREE (Appraisal of guide research and Evaluation Instrument) จากผลการประเมินพบว่า โดยทั่วไปคือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป นำแนวปฏิบัติทำการแก้ไขปรับปรุง และนำเข้า ที่ประชุมได้ผลสรุปแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลหนองฮี จากนั้นทีมพัฒนาประชุมเพื่อประเมินความเข้าใจของภาษา เนื้อหา แล้วจึงนำไปศึกษา นำร่องกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนา ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามขั้นตอน ของซูกัปโมเดล (The Soukup Model) เป็นโมเดลของศูนย์ปฏิบัติการขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจนและครอบคลุม มีความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการคิดการสังเคราะห์เน้นการพัฒนาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรและมีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ

ระยะที่ 1 Evidence trigger phases เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาทางคลินิกโดยตัวกระตุ้นนี้ อาจเกิดจากปฏิบัติ(Practice triggers) หรือความรู้จากการค้นคว้า (Knowledge triggers) มีการ ค้นหาปัญหาและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยทีมพัฒนาคือแพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน มีการประชุมและทบทวนการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุมครั้งที่ 1 ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการเข้าถึงการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยทำการทบทวนเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยและการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติ (Practice triggers)

1) จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการล่าช้าพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ปี คือในปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวน 65, 88 และ 95 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.72 แบ่งได้เป็น 2 สาเหตุได้แก่ ก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) และในโรงพยาบาล (In-hospital) วิเคราะห์สาเหตุจากการที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติถึงสาเหตุการมาโรงพยาบาลล่าช้า พบว่า 1) ผู้ป่วยและญาติยังไม่ตระหนักว่าเป็นโรคที่เร่งด่วน ในการรักษาเนื่องจากมีอาการไม่มาก โดยรอดูอาการ และไม่ทราบแนวทางการรักษาในปัจจุบัน จำนวน 10 ราย ขณะเกิดอาการไม่มีผู้พบเห็นอาการ จำนวน 2 ราย รอดมาโรงพยาบาล จำนวน 3 ราย และเกิดความล่าช้าในการดูแลที่โรงพยาบาล จำนวน 5 ราย พบว่า 1) ด้านการคัดกรองผู้ป่วย ล่าช้าเนื่องจากอาการผู้ป่วยไม่ชัดเจน 2) จากการซักประวัติเวลาที่เกิดอาการไม่ได้เวลาที่เกิดอาการ จริง 3) การตรวจร่างกายไม่ครอบคลุมทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง 4) เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจรายงานแพทย์เนื่องจากจัดลำดับความเร่งด่วนไม่เหมาะสม 5) การ ประสานรถส่งต่อ ทำหลังจากแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเข้าข่าย stroke fast track ทำให้ต้องรอรถส่งต่อโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย 2) จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานและการสอบถามของพยาบาลวิชาชีพในทีม ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 คน ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้เป็นปัจจัยเกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยโดยมีปัญหาดังแต่การคัดกรองอาการไม่ได้ทำตาม FAST การซักประวัติเวลาที่เกิดอาการไม่ได้เวลาที่เกิดอาการจริง การตรวจร่างกายทางระบบประสาทไม่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจัดระดับความรุนแรงผู้ป่วยไม่เหมาะสมทำให้ไม่รีบเร่งในการดูแลผู้ป่วยและรับรายงานแพทย์ ประสานรถส่งต่อและพยาบาลส่งต่อหลังเตรียมเอกสาร ซึ่งทำให้ต้องรอรถ

พยาบาล และ3)จากการตามรอยการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่การเข้าถึงการรับบริการ การคัดกรอง การประเมินอาการเบื้องต้น การให้การดูแลและการส่ง ต่อผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจะทำการคัดกรอง การซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญระยะเวลาในการ เกิดอาการ ประเมินการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและรายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น ได้แก่ CBC, Electrolyte ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาทีทำให้เกิดการล่าช้าในการรอคอยผลเลือดส่งผลให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2. ศึกษาตัวกระตุ้นจากความรู้ค้นคว้า (Knowledge triggered) ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาได้ศึกษา และทบทวนงานวิจัย ตำรา บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย แล้วนำมา สรุปประเด็นที่ได้จากข้อค้นพบ ถึงวิธีการจัดการและการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK) ได้แต่จะต้องมาให้ทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง เวลาที่มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา เช่นเดียวกับAdams³ ซึ่งพบว่าการให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะต้องมีแบบคัดกรองอาการเบื้องต้นที่สงสัย เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ภายใน 10 นาที พบปัญหาว่ายังไม่ได้นำเวลามาใช้ในการ กำหนดกรอบการทำงานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ในการดำเนินงานตามขั้นตอนระยะที่ 1 มีการประชุมร่วมกัน ทั้งหมด 2 ครั้ง ได้ประเด็นดังนี้ ครั้งที่ 1 ทราบถึงสถิติข้อมูล ปัญหาการเกิดความล่าช้าในการดูแลครั้งที่ 2 การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา และตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาคัดกรองภายใน 5 นาที การตรวจโดยแพทย์ ภายใน 10 นาที เวลาตั้งแต่กรับจนกระทั่งส่งต่อ ภายใน 30 นาที

ระยะที่ 2 Evidence Support Phase หลังจากได้ประเด็นปัญหา ทีมพัฒนาร่วมกัน ทำการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นระบบที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก มาสรุปเป็นองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหา โดย 1) กำหนดคำถามจากทบทวน เพื่อนำไปสู่การสืบค้นและคัดเลือกรายงาน

วิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้คำถามว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร 2) การสกัดข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบบันทึกในการสกัดงานวิจัยของ The Joanna Briggs Institute for Evidence-Base Nursing & Midwifery⁸ ดังรายละเอียดของข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของรายงานวิจัย ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ ชื่อวารสาร ประเภทของงานวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง สารงานวิจัย ได้แก่ การจัดการกับกลุ่มอาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและผลการวิจัยนำมาพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป และ 3) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ นำข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยทีมพัฒนา

ระยะที่ 3 Evidence-observed phase โดย 1) นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนแก้ไขเนื้อหาเหมาะสมจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจัดทำหนังสือ/โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปใช้ในหน่วยงาน 2) นำแนวปฏิบัติเสนอต่อที่ประชุมผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฮี ชี้แจงแนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตลอดจนเครื่องมือ ประกอบแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้น มีการอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการศึกษา นำร่องกับผู้ป่วย 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปศึกษานำร่องใช้ในผู้ให้บริการและผู้รับบริการประกอบด้วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน และผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสงสัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามเกณฑ์ที่กำหนด 2 ราย และ 4) ประเมินผลลัพธ์การนำไปศึกษามีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ระยะที่ 4 Evidence-based phase การวิเคราะห์

ผลลัพธ์หลังทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไข จนสามารถเป็นแนวปฏิบัติ ที่เหมาะสมนำไปสู่การปฏิบัติกับงานประจำได้จริง จัดทำเป็นแนวปฏิบัติให้ผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาลลงนามประกาศใช้ในหน่วยงานได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินของลิกขณา ผ่องพทธร⁹ ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนภลัย โดยการใช้แนวคิดของการจัดการความรู้เป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย จำนวน 14 ข้อของ Best¹⁰

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยของการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 059/2561 ก่อนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเข้าร่วม พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถยุติการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้นและข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและนามสกุล ประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับรายละเอียดลึ้มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี มีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.77

2. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับรายละเอียดลึ้มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี จากผู้ป่วย

ทั้งหมด จำนวน 5 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย 4 คน (80%) อายุเฉลี่ย 60 ปี (SD=10.87) มาโรงพยาบาลมาเอง (100%) มีระดับความรุนแรงประเมินจาก GCS มีคะแนนที่ 13-15 คะแนน (100%) กลุ่มอาการที่มาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง จำนวน 3 คน (60%) ปัสสาวะเป็นโรค

ความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน (60%) การดูแลส่วนใหญ่ พบว่าเป็นแบบช่องทางด่วน จำนวน 2 คน (40%) และผลการรักษามีการส่งต่อ (100%) และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย เป็น STEMI จำนวน 2 คน NSTEMI จำนวน 2 คน (40%) และDyspepsiaจำนวน 1 คน(20%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 5 ราย)

ลักษณะทางประชากร		n(%)
เพศ	ชาย	4(80)
	หญิง	1(20)
อายุ (ปี)	41- 50 ปี	1(20)
	51- 60 ปี	1(20)
	61-70 ปี	3(60)
	$\mu = 60.2$, $\sigma = 10.87$, Min = 45 , Max = 72	
มาโรงพยาบาลโดย	มาเอง	5(100)
Glasgow coma score	GCS 13-15 คะแนน (ระดับความรู้สึกตัว)	5(100)
กลุ่มอาการที่มาโรงพยาบาล	- อาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง	3(60)
	-อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ชีพจรเต้นเร็ว	1(20)
	-อาการอื่นๆ เช่น ปวดท้อง	1(20)
ปัจจัยเสี่ยง	ความดันโลหิตสูง	3(60)
	เบาหวาน	1(20)
	เก๊าต์	1(20)
	ไม่มีโรคประจำตัว	1(20)
การบริการ STEMI Fast Track	ใช่	2(40)
	ไม่ใช่	3(60)
ผลการรักษา	ส่งต่อ	5(100)
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	STEMI	2(40)
	NSTEMI	2(40)
	Dyspepsia	1(20)

วิจารณ์

1. ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางพยาบาลของผู้ทรงคุณวุฒิผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮีมีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.77 มากกว่างานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งวรารณ สิงห์ศรี¹¹ พบว่า แนวคิดปฏิบัติใหม่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก จากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ ขั้นที่ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับ ปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นที่ 3) นำแนวปฏิบัติไปศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยและพยาบาล ขั้นที่ 4) ปรับปรุงแนวปฏิบัติและประกาศใช้ในหน่วยงาน ผลลัพธ์ด้านพยาบาลซึ่งประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า แนวปฏิบัติสั้นกระชับและ ครอบคลุมกับการปฏิบัติงานจริงในระดับมาก ร้อยละ 75 มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล ในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีความสะดวกในการใช้งาน ในระดับมาก ร้อยละ 75 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 75 เช่นเดียวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่¹² เป็นแนวปฏิบัติเริ่มตั้งแต่การรับใหม่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ การพยาบาลระหว่างการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การดูแลป้องกันแผลกดทับ การดูแลครอบครัวและญาติ ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เนื่องจากมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมแนวปฏิบัติมีความครอบคลุมในการปฏิบัติ และ ศิริวรรณ กฤษณพันธ์¹³ ระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย และผู้ดูแล 2) การวางแผนและกำหนดเป้าหมาย 3) การปฏิบัติการพยาบาลตาม Clinical

pathway 4) การติดตามความก้าวหน้า 5) การประเมินผล และ 6) การวางแผนเพื่อกลับสู่ชุมชน

เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงจากผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 5 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 60 ปี มาโรงพยาบาลมาเอง ระดับความรุนแรงประเมินจาก GCS มีคะแนนที่ 13-15 คะแนน (100%) มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง ปัจจัยเสี่ยงคือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดูแลส่วนใหญ่เป็นแบบช่องทางด่วนและส่งต่อ (100%) และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายเป็น STEMI จำนวน 2 คน NSTEMI จำนวน 2 คน (40%) และ Dyspepsia จำนวน 1 คน (20%) เช่นเดียวกับการศึกษาโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่¹² พบว่า ผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์ในระยะยาว และการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยอาศัยข้อมูลจากงานวิจัยที่น่าเชื่อถือจะช่วยให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ; วรารณ สิงห์ศรี¹¹ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อออกจากโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 29 นาที จากเดิมเวลาเฉลี่ย 40 นาที กล่าวได้ว่า แนวปฏิบัติมีแนวโน้มในการลดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (SK) และ พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ส่วนในด้านผู้ป่วย 10 ราย สามารถลดระยะเวลาในการดูแลจากเวลาเฉลี่ย 40 นาทีเหลือเวลาเฉลี่ย 29 นาทีสรุปได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนามีแนวโน้มที่ดีในช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (SK) ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาทักษะของพยาบาลในการซักประวัติและตรวจร่างกายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่เร็วขึ้นและการทำวิจัยเชิง ผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ; ศิริวรรณ กฤษณพันธ์¹³ การศึกษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์พบว่า ผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการพัฒนาทำให้คุณภาพการดูแลตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดภายใน 48 ชั่วโมง ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกรับ ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย CT scan และภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบลดลง เกิดแผลกดทับลดลง อัตราการ

ตายลดลงจากเดิม 33.3 คนต่อ 1,000 คนเหลือ 16.1 คนต่อ 1,000 คน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลจาก 4.9 วันเหลือ 4.2 วัน ค่าใช้จ่ายลดลงจากเดิม 8,761 บาท เหลือ 7,621 บาท การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 28 วันหลังจำหน่าย จากเดิม 34.5 ครั้งต่อ 1,000 ครั้ง ลดเหลือ 0 ครั้งต่อ 1,000 ครั้ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในคุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.7 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความพึงพอใจร้อยละ 85.6 จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องมีการประเมิน และการดูแลที่ถูกต้องครบถ้วนภายในเวลาอันรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาด้วย ; จำเนียร คุรุสุวรรณ, วณิดา หาญคุณากุล และศศิธร ศิริกุล¹⁴ ผลการศึกษาหลังการนำไปใช้ พบว่า 1) ด้านผู้ป่วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นระบบมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้เร็วขึ้น ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ รวมทั้งญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังใช้ พบว่าระดับความพึงพอใจดีขึ้น 2) ด้านระบบการพยาบาล ทำให้เกิดความชัดเจนในการนำรูปแบบการจัดการทำงานการพยาบาลที่เน้นการมองผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ทำให้เห็นแนวทางในการวัดผลลัพธ์ในทางปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากผลการวิจัยจะเห็นว่ากรณีแนวปฏิบัติจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ; จิตติมา ฤทธิ์ทัตกุล¹⁵ พบว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการดูแลแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาที่รวดเร็วขึ้น จากผลการศึกษาเห็นว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรคล้วนต้องการความรวดเร็วในการให้บริการ เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาแก่ผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการนำแนวคิดระบบบริการทางด่วนไปพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาแบบส่งต่อในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ; Considine and McGillivray¹⁶ พบผลลัพธ์จากการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติส่งผลให้ 1) ช่วยการ

ตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นสิ่งที่คอยเตือนให้นึกถึงความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลฉุกเฉินเนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน 2) เพิ่มความถี่ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพิ่มการควบคุมดูแลเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การเฝ้าติดตามปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดเป็นต้น รวมถึงการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะที่ผิดปกติเหล่านั้น 3) เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การประเมินภาวะท้องอืด การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับเป็นต้น จากผลการศึกษาแสดงถึงการใช้แนวทางปฏิบัติตามแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นด้วย การจัดการการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ดี (การประเมินและการคัดแยกที่ถูกต้องแม่นยำ การประเมินอาการอย่างถูกต้อง เคร่งครัด การจัดการอาการผิดปกติ และการจัดการภาวะเสี่ยง) ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วย เช่นเดียวกับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เริ่มจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตามแนวทางปฏิบัติต้องรวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งหมด

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน Utah Hospital¹⁷ พบว่า ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลที่ศึกษามีการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้จำนวนการรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK) เพิ่มขึ้นใน Utah จากผลการสำรวจแสดงให้เห็นถึงความต้องการในการประสานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ตามแนวชายแดน และทำให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยิ่งขึ้น ในทำนองเดียวกับการพัฒนาระบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีการศึกษา¹⁸ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญคือ ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับ

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK) ลดลงมาจาก 102 นาที่เป็น 66 นาที่ มีผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ทันเวลา 60นาที่ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53 ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนรักษาใน โรงพยาบาล ลดลงจาก 7 วัน เป็น 4 วัน ภาวะเลือดออกในสมองเนื่องจากการได้รับยา rt-PA ลดลงจากร้อยละ 16 เป็น ร้อยละ 53 ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพลดลง/คงที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67 เป็นร้อยละ 93 และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ จากการสำลักอาหารจากร้อยละ16 ลดลงเป็น 0 การเกิดแผลกดทับ ลดลงจากร้อยละ 8 เป็น 0 การเกิดแผลตดกหกล้ม เท่ากับ 0 และปัจจัยความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้คือ ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประสานงานความร่วมมือของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันและประสานงานการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การประเมินและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผลลัพธ์จากการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 2 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลลดลงจากเดิมเฉลี่ย 7 วันลดเหลือ 5.8 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 11,074 บาท ลดลงเฉลี่ย 9,271 บาท และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 28 วันหลังจำหน่าย จากเดิมร้อยละ 6 ลดลงเหลือร้อยละ 4 ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่า ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกัน ($p<.05$) ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 28 วันหลังจำหน่ายของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีส่วนช่วยลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ญาติสามารถดูแลผู้ป่วย¹⁹

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามขั้นตอน ของซูกัฟโมเดล (The Soukup Model) เป็นโมเดลของศูนย์ปฏิบัติการขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจนและครอบคลุม มีความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการคิด

การสังเคราะห์เน้นการพัฒนาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และมีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง ประกอบกิจกรรมการค้นหาค้นหาทางคลินิกจากตัวกระตุ้น เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาทางคลินิกโดยตัวกระตุ้นนี้ อาจเกิดจากปฏิบัติหรือความรู้มาจากการค้นคว้า มีการค้นหาค้นหาและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยทีมพัฒนาคือแพทย์จำนวน 1 คน และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน มีการประชุมและทบทวนการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุมครั้งที่ 1 ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการเข้าถึงการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยทำการทบทวนเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยและการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากได้ประเด็นปัญหา ทีมพัฒนาร่วมกัน ทำการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกมาสรุปเป็นองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหา การนำแนวปฏิบัติไปศึกษานำร่องและการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การวิเคราะห์ผลลัพธ์หลังทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขจนสามารถเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมนำไปสู่การปฏิบัติกับงานประจำได้จริง จัดทำเป็นแนวปฏิบัติให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามประกาศใช้ในหน่วยงานได้5

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ปฏิบัติบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI โดยการส่งเสริมให้พยาบาลในทุกหน่วยบริการ ได้เข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ที่กำกับด้วยเวลา (Time) ฉบับนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อมีการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติจะต้องทำความเข้าใจ และฝึกทักษะตามขั้นตอนต่างๆ ให้ถูกต้อง

3. ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ ควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย STEMI มาใช้ และควรนิเทศการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

4. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยมาเองทั้ง 5 คน (100%) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรแสวงหาความร่วมมือจากเครือข่ายเพื่อจัดหายานพาหนะ วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์มาดำเนินการอย่างเร่งด่วน

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อติดตามผลการพัฒนาระบบเพื่อลดความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาล (Patient delay) และความล่าช้าที่เกิดจากระบบ (System delay)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮีที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮีทุกคนที่ให้ความร่วมมือและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในจัดเก็บข้อมูลจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลหนองฮี. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ.2561. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ โรงพยาบาลหนองฮี. 2561.
2. Parsons, M. W., Barber, A., Desmond, P. M., Baird, T. A., Darby, D. G., Byrnes, G., et al. Acute hyperglycemia adversely affects stroke outcome: A magnetic resonance imaging and spectroscopy study. *Annals of Neurology*. 2002; 52: 20-28.

3. Adam, H. P., Jr del Zoppo, G., Alberts, M. J., Furlan, A., Higashida, R. T., Kidwell, C., et al. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke A Guideline From the American Heart association association. The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an education tool for neurologists. 2007; 4(1-5): 478-492.
4. Wester, P., Radberg, J., Lundgren, B., et al. Factors associated with delayed admission to hospital and in-hospital outcomes in stroke and TIA: a prospective, multicenter study. *Stroke*, 30,1999: 40-8.
5. Soukup, M. The Center for advance nursing practice evidence base practice model. *Nursing Clinics of North American*. 2000; 35(2): 301-9.
6. ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2548; 20(2): 63-74.
7. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย, 2550.
8. Johanna Briggs Institute. Systemic review: The review process [Electronic version]. Retrieved from <http://www.johannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>. 2019.
9. ลักขณา ผ่องพุท. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลนภลัย โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้. [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.
10. Best, John W. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc., 1977.

11. วราภรณ์ สิงห์ศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. [การศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
12. กันยา อ้อยลี. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
13. ศิริวรรณ กฤษณพันธ์. พัฒนาระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2551; 5(1): 756-65.
14. จำเนียร คู่สุวรรณ, วนิดา หาญคุณากุล, และ ศศิธร ศิริกุล. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ใน: ประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์; 2-4 มิถุนายน 2553; ณ ห้องประชุมสุธรรม อารีกุล อาคาร 50 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ; 2553.
15. จิตติมา ภูริทัตกุล. การดูแลแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. ใน:ประชุมการพัฒนาเครือข่ายโรคหัวใจ; 13 มกราคม 2552; ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น. ขอนแก่น; 2552.
16. Considine J. & McGillivray B. An evidence – based practice approach to improve nursing care of acute stroke in an Australian Emergency Department. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19: 138-144.
17. Utah Department of Health. Acute Stroke Care in Utah Hospitals: Progress and Opportunities, Salt Lake City, UT: Utah Department of Health, 2007.
18. ไพรวลัย พรหมที. การพัฒนาระบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้รูปแบบการจัดการ รายกรณี โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557; 23(2): 313.
19. อูมา จันทวิเศษ และคณะ. การศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2551; 27(2): 118-128.

**การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชน
กลุ่มเสี่ยงสูง ในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด**
**Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke on High
Risk In Bueng Ngam Community, Tung Khao Luang District, Roi-Et**

สุวรรณา เวียงนนท์*

Suwanna Wiangnon

Corresponding author: E-mail: suwanna.pawan@gmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์การเข้าถึงบริการช่องทางด่วน ของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง
ในชุมชนตำบลบึงงาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า
และคัดออกตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 ถึงเดือนเมษายน 2563 และกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จำนวน 13 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน จำนวน 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย : รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนตำบล
บึงงาม ประกอบด้วยขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (Training) การประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง (Public relation)
การใช้บัตรช่วยจำ (Memory card) และ เยี่ยมบ้าน (Home visit) หรือ TU-MIT Model ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า กลุ่ม
เสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่ม (9.16%) ความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก 75%
และพบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน เข้ารับบริการทันเวลาช่องทางด่วน(Fast Track)ตาม
เกณฑ์ จำนวน 1 คนและเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลาช่องทางด่วน จำนวน 1 คน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่
พัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน

คำสำคัญ :

ABSTRACT

Purposes : To develop a model and investigate the results of fast track service access of high-risk groups (CVD Risk) stroke in Bueng Ngam Community.

Design : Action Research

Materials and Methods : CVD risk groups were participants, which were a high risk group that met a criteria for inclusion and exclusion, from January, 2019 to April, 2020 and 13 of village health volunteers were a group of participants, directors of Tambon Health Promoting Hospital (N=1), all personnel in the accident and emergency departments (N=6). Data were collected by using questionnaires, and data were analyzed by using frequency and percentage.

Main findings : A Training, Public relations, Using of memory cards and a Home visit or TU-MIT model were component a fast track service system for patients with stroke on high risk in Bueng Ngam community model. The results showed that the risk group had an increased knowledge about cerebral arteries (9.16%). The overall satisfaction of high risk groups was at a high level (75%), and found that two high risk groups with stroke were admitted in time for expressway channels (Fast Track) according to the criteria, (N=1) and not received timely treatment from fast track (N=1).

Conclusion and recommendations : The results of this study suggest that: the improved form of access to fast track service for stroke has resulted in the risk group receiving in time and standardized care.

Keywords :

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคอันตรายที่เป็นสาเหตุการตายมากในอันดับต้นๆ ของโลก ส่วนใหญ่ฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำถึงปานกลาง สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง เป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบประสาท โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 4 ล้านราย และในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 750,000 ราย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นหนึ่งในสี่สาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกาอีกด้วย¹ กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญของการคัดกรอง การป้องกัน การควบคุมโรควิถีชีวิต จึงผลักดันให้เกิดความร่วมมือกันบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายใต้การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป้าหมาย คือ การลดปัจจัยเสี่ยง และลดโรคจากวิถีชีวิตกลวิธีสำคัญคือ การคัดกรองประชาชนเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อน²

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง 4 โรคสำคัญ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนของโรค เน้นความสำคัญและประโยชน์ของการเข้ารับการรักษาทันทีที่จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 50 ของการเกิดโรค³ การป้องกันควบคุมโรคได้แก่ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การสื่อสารเตือนภัยให้ชุมชนมีส่วนร่วม การป้องกันระดับบุคคลเน้นคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและรักษา⁴ การป้องกันเพื่อลดความรุนแรงของโรค การให้ความรู้สัญญาณเตือนภัย สามารถจัดการตนเอง⁵ พฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคเช่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดการบริโภคเกลือเพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก⁶ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยลดอัตราการบาดเจ็บการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต กลุ่มเสี่ยงต้องตระหนักรู้⁷ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับโปรแกรมพัฒนาโดย

การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิต ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกเอกสารคู่มือ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในด้านความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ^{8, 9, 10}

ในทำนองเดียวกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ตระหนักถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองได้คัดกรองโรคกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2550 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ในปีพ.ศ. 2555 อบรมให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย ลดพุง ลดโรค ลดเกลือ การจัดการความเครียด ลดสูบบุหรี่ ลดดื่มแอลกอฮอล์ ติดตามผล 6 เดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ¹¹ ในปี พ.ศ.2557 เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งชุมชนเป็นจุดสำคัญในการจัดการ¹² โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงเป็นระดับ F3 มีพื้นที่รับผิดชอบ 5 ตำบล บริบทของพื้นที่ตำบลบึงงาม อำเภอกู่เขาหลวง เป็นพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล 10-20 กิโลเมตร มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาและส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดโรค ในปีพ.ศ.2559-2561 จำนวน 32,24, และ 41คน ตามลำดับ ข้อมูลปีพ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในระบบช่องทางด่วน 12 คน จากทั้งหมด 41 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ตำบลบึงงามมีทั้งหมด 185คน ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรอง(CVD Risk) พบกลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 20-40 จำนวน 40 คน สถิติข้อมูลปีพ.ศ.2559-2561 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6, 5 และ 4 คน และเข้าถึงบริการช่องทางด่วนจำนวน 2,1 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 33, 20 และ 25 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของ

การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis & Mc Targart¹³ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่รับรู้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยกันวางแผน ออกแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามแผน และประเมินผล เป็นแนวทางหนึ่งที่จะพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอกู่เขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด เช่นเดียวกับการศึกษา¹⁰ กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน มีความรู้ความเข้าใจอาการเตือนโรค การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระบบบริการช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน¹⁴ การศึกษากลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คัดกรองตามเกณฑ์ โดยได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบบันทึกภายใต้โครงการณรงค์ป้องกันอัมพฤกษ์อัมพาตกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก(สปสข, 2550) ผู้วิจัยเชื่อว่าปัญหานี้จะแก้ไขได้ โดยการร่วมมือกันของชุมชนทุกภาคส่วน ร่วมกันวางแผนคิดแนวทางแก้ไข การลงมือปฏิบัติ มีการสะท้อนคิด ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงจนเกิดผลการดำเนินงานที่พอใจในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ร่วมกันของทุกภาคส่วน ซึ่งวิธีการวิจัยที่ตอบความเชื่อดังกล่าว คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ถ้าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำ มีแนวทางการป้องกันโรค เกิดความตระหนักมากขึ้นและการเข้าถึงช่องทางด่วนเมื่อเกิดอาการเตือนของโรค ก็จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สามารถช่วยชะลอความเสี่ยงของการเกิดภาวะพิการ ลดการเกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษามลัทธิการเข้าถึงบริการ

ช่องทางด่วน (Fast Track) ของกลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Targart¹³ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยความร่วมมือ ซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบ วิธีการปฏิบัติที่เป็น การสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบต่อเนื่อง (Spiral of Self-Reflection) เป็นวงจรจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นที่การวางแผน ปฏิบัติการ การสังเกตการณ์และบันทึกผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

กลุ่มเสี่ยง ประชากรศึกษา ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง ที่ผ่านการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก คือ เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) กลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง 2) อาศัยอยู่ในตำบลบึงงาม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดร้อยเอ็ด และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายภูมิลำเนาขณะดำเนินการวิจัย และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 ถึงเดือนเมษายน 2563

กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลลำทะเมนชัยจำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากนันทวรรณ พิทยเนตรและวชิร ชนบุตร⁸ และสุริยา หล้าคำ¹⁰ มีเครื่องมือหลักในการประเมิน 4 ฉบับ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คำถามที่ใช้สัมภาษณ์แบบปลายเปิดมีทั้งหมด จำนวน 4 ข้อ ซึ่งใช้ในระยเตรียมการวิจัย

3) แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4) แบบสอบถามการประเมินรูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำทะเมนชัย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

กระบวนการดำเนินการวิจัย การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดร้อยเอ็ดแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเตรียมการวิจัย ดำเนินการโดย 1) ระยะศึกษาบริบทสภาพปัญหาและสถานการณ์การเกิดโรคสมองขาดเลือดในชุมชน ความรุนแรง ความพิการ และความรู้ความสามารถของเครือข่ายด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนกลุ่มป่วยโรคสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยง 2) ติดต่อประสานงานและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษากับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเดือนมกราคม 2562 ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทะเมนชัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงงาม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายด้านสุขภาพ 3) ขอความสมัครใจในการร่วมกระบวนการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ด้วยการพิจารณาตามคุณสมบัติ ยินดีเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อซักซ้อมความเข้าใจร่วมกัน 4) สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัย แจ้งกำหนดการและวิธีการดำเนินการศึกษา และ

อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาโดยไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจ จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ 5) จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ได้แก่ แผนงานโครงการฯ ที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากสุริยา หล้าก่า 10 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ระยะดำเนินการวิจัย การดำเนินการจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางที่นำไปสู่การแก้ปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองไปใช้จริงในพื้นที่ เพื่อเก็บข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

1) ขั้นการวางแผน (Plan) เป็นการค้นหาปัญหากลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม โดยศึกษาบริบท สถานการณ์ สัมภาษณ์แบบเชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงงาม ผู้นำชุมชน โดยวิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง จากผลงานวิจัยตำรา เอกสารวิชาการ ใช้วิธีการคือ 1) กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นตาม PICO framework และ 2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น โรคหลอดเลือดสมอง ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ และเอกสารปีช่วง พ.ศ. 2555-2562

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นจัดกิจกรรมการพัฒนารูปแบบเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูง

โรคหลอดเลือดสมอง 1) โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยมีแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองตามบริบทของพื้นที่ให้แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3)อบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงสูงเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงช่องทางด่วน 4) ติดโปสเตอร์ขนาดใหญ่เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ใช้บัตรคำช่วยจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงและให้เบอร์โทรศัพท์ สายด่วน 1669 และ 6) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสี่ยงสูง โดย อสม.ทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือน (เดือนเมษายน-กันยายน2562) แล้วนำข้อมูลการเยี่ยมบ้านมาสนทนากลุ่มวิเคราะห์ค้นหาปัญหาพร้อมกับทีมวิจัย (อสม.) จัดเก็บข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงาน

3) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) เป็นขั้นตอนการสังเกตและร่วมประชุมผลการปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง การบันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk)โรคหลอดเลือดสมอง ในวงรอบการสนทนากลุ่มย่อย(Focus group)เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่ต้องปรับปรุงแก้ไขพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกันให้สอดคล้องกับบริบท ในการนำไปปฏิบัติได้จริง

ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย(Evaluation) ทำการสรุปติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูง(High Risk)ที่เข้ารับบริการช่องทางด่วนทันเวลาตามที่โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงกำหนดคือภายใน 3 ชั่วโมง รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงและเครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อสะท้อนเป็นวงจรแบบต่อเนื่องของการพัฒนา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 0902562 รับรองวันที่ 22 พฤศจิกายน 2562 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาให้รับทราบ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณ ค่าเฉลี่ยร้อยละ เปรียบเทียบผลต่างของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน การเข้าถึงช่องทางด่วน ก่อนและหลังโดยใช้ความถี่ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม พบว่า

วงรอบที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์

1. ด้านการดำเนินงานเชิงรุก ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชนและสนทนากลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) พบว่าการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) ด้านการเข้าถึงบริการ ช่องทางด่วนที่หมายเลขโทรศัพท์1669 มีน้อย เนื่องจากตำบลบึงงามปัจจุบันไม่มีหน่วยกู้ชีพ การประชาสัมพันธ์ขาดความต่อเนื่อง ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค กลุ่มเสี่ยงสูงไม่ทราบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร เมื่อมีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง พูดไม่ชัดคิดว่าอาการไม่สำคัญไม่

เร่งรีบที่จะมาโรงพยาบาล มีการดูแลกันเบื้องต้นที่บ้านก่อน ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาลเอง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความมั่นใจและทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นก่อนนำส่ง มีข้อจำกัดของบุคลากรผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ บางครั้งแนะนำให้ญาตินำส่งเองขาดการเฝ้าระวังอาการและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. ด้านระบบบริการ พบมีหลายช่องทาง มีปัญหาล่าช้าในการประสานงานออกรับผู้ป่วย ผู้พบเห็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะประสานขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเจ้าหน้าที่อื่น ไม่โทรสายด่วน 1669 ทำให้มีความสับสนและยุ่งยากในการขอรับบริการ

วงรอบที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม (เดือนเมษายน-ธันวาคม 2562) กิจกรรมการพัฒนามีดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและทีมร่วมวิจัยจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องและประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนัคกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นปฏิบัติการ (Action) โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยความร่วมมือ ซึ่งกันและกันเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบ วิธีการปฏิบัติที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบต่อเนื่องเป็นวงรอบ จนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กิจกรรมการพัฒนาคือ 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองตามบริบทของพื้นที่ให้แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) อบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงสูงเรื่อง โรคหลอดเลือดสมองอาการเตือนและการเข้าถึงช่องทางด่วน 3) ติดโปสเตอร์ขนาดใหญ่เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ใช้บัตรคำช่วยจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงและเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสี่ยงสูงโดย อสม.ตามแบบฟอร์มทุกเดือน

เป็นเวลา 9 เดือน(เมษายน-ธันวาคม 2562) และนำข้อมูลการเยี่ยมบ้าน มาสนทนากลุ่มวิเคราะห์ค้นหาปัญหาร่วมกับทีมวิจัย จัดเก็บข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงาน

ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอยางตลาด จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการดำเนิน 9 เดือนพบมีกลุ่มเสี่ยงสูงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาทันเวลาช่องทางด่วนจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลาช่องทางด่วน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 นำผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม เข้าร่วมประชุมและสนทนากลุ่มย่อยค้นหาปัญหา อุปสรรคและหาแนวทางสู่การวางแผนและพัฒนาในวงรอบต่อไป จากการสนทนากลุ่มย่อยพบว่าปัญหาการเข้ารับบริการไม่ทันเวลาเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงสูงและญาติมีอาชีพเกษตรกร ญาติออกไปประกอบอาชีพ กลับมาพบว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง และไม่โทรเรียกรถพยาบาลทำให้เข้าถึงบริการนานกว่า 3 ชั่วโมง และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดความมั่นใจในการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการนำส่งต่อผู้ป่วย

วงรอบที่ 3 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน ของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบึงงาม (เดือนมกราคม-มีนาคม 2563) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นการวางแผน(Plan) ผู้วิจัยและทีมร่วมวิจัย จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องและประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนันทมาลัยกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นปฏิบัติการ (Action) โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาปรับปรุงในกระบวนการพัฒนารูปแบบวิธีการปฏิบัติที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบต่อเนื่อง

เป็นวง รออนุมัติจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กิจกรรมการพัฒนามีดังนี้ คือ จัดกิจกรรมการพัฒนารูปแบบเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองตามบริบทของพื้นที่ให้แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเน้นศักยภาพการประเมินอาการเตือนโรคและการส่งต่อรักษา ผ่านสายด่วน 1669 2) อบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนและการเข้าถึงช่องทางด่วน 3) ติดโปสเตอร์ขนาดใหญ่เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ใช้บัตรคำช่วยจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงและเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสี่ยงสูงโดยอสม.ทุกเดือนเป็นเวลา 3 เดือน จัดเก็บข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนตำบลบึงงามผลการดำเนิน 3 เดือน (ม.ค.-มี.ค.2563) กลุ่มเสี่ยงสูงไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

วงรอบที่ 4 สรุปและประเมินผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน (72%) อายุ 66-70 ปี (42%) สถานภาพสมรสคู่ (65%) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (92%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (66%) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (85%) และการสูบบุหรี่ในเพศชายปัจจุบันเลิกแล้ว(100%)

2) กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่ม (9.16%) โดยมีการรับรู้การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากที่สุด (20%) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา รองลงมาคือ การรับรู้ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (13.06%) และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (12.23%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ข้อคำถาม	ร้อยละของความรู้		% Difference
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	82.90	93.70	12.23
2. อาการเตือนหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	85.30	92.50	8.89
3. การรับรู้ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง	80.60	91.87	13.06
4. การรับรู้การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	72.92	90.00	20.98
เฉลี่ยโดยรวม	80.43	90.01	9.16

กลุ่มเสี่ยงสูงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (75%) รองลงมา คือ พอใจอย่างยิ่ง (24%) และปานกลาง (1%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง (n=40)

ข้อคำถาม	คะแนนความพึงพอใจ				
	อย่างยิ่ง	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่
1. ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน(Fast track)โรคหลอดเลือดสมอง	5(12.5)	35(87.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2. รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองมีความยุ่งยาก	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	16(40)	24(60)
3. ยอมรับรูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง	2(5)	36(90)	2(5)	0(0.0)	0(0.0)
4. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทันเวลามากขึ้น	9(22.5)	31(77.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5. รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง	8(20)	32(80)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
เฉลี่ยโดยรวม	24.0	75.0	1.0	0.0	0.0

3) ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน (Fast Track) ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk)โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ผลการดำเนินงาน 12 เดือน พบมีกลุ่มเสี่ยงสูงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย เข้ารับบริการทันเวลาช่องทางด่วน (Fast Track) ตามเกณฑ์โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง(3 ชม.) จำนวน 1 คน (50%) และเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลาช่องทางด่วนจำนวน 1 คน (50%)

วิจารณ์

จากผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในชุมชนตำบลบึงงามในครั้งนี้ เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์มาประชุมระดมสมองโดยการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจร่วมคิด ตัดสินใจ และลงมือ

ปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อกลุ่มเสี่ยงสูง วงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มตั้งแต่นำเสนอประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์มาประชุมระดมสมองโดยการสนทนากลุ่มย่อย หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหาต่อไป ในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองนี้ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน ทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงรอบการพัฒนาต่อไป

การดำเนินงานทั้ง 4 วงรอบ พบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนตำบลบึงงาม ประกอบด้วย กระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (Training) 2) การประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง (Public relation) 3) การใช้บัตรช่วยจำ (Using a memory card) และ 4) เยี่ยมบ้าน (Home visit) หรือ TU-MIT Model เช่นเดียวกับการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ พบว่ามีขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะพัฒนาระบบบริการได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจรคุณภาพเกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย¹⁴ ; การวิจัย-ระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ระยะ พัฒนาระบบบริการได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจร เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การให้คำปรึกษา 5) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย

แนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือการส่งต่อ และ 6) การติดตามผู้ป่วยและประเมิน¹⁵ และการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกันคือ ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ระยะในโรงพยาบาลและระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ การจัดบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยในรูปแบบของการควบคุมเวลาและการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี¹⁶

ผลการประเมินผลลัพธ์การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

1) กลุ่มเสี่ยงสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาเช่นเดียวกับการศึกษาความรู้ทางสุขภาพ เรื่อง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง และญาติในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ความรู้ทางสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงและระบบบริการทางด่วนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ¹⁷

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นยืนยันว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ รวมถึงการจัดการตนเองเมื่อมีอาการเตือนโดยเรียกใช้บริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีน้อย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงจำเป็นต้องพัฒนาในประเด็นช่องทางประชาสัมพันธ์ที่ส่งเสริมความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนและการเข้าถึงบริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน (Fast Track) ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (CVD Risk)โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ผลการดำเนิน 12 เดือน พบมีกลุ่มเสี่ยงสูงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย เข้ารับบริการทันเวลาช่องทางด่วน (Fast Track) ตามเกณฑ์โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง(3 ชม.) จำนวน 1 คน (50%) และเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลาช่องทางด่วนจำนวน 1 คน (50%)

สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการ มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 72.22 นาที การประเมินแรกรับเฉลี่ย 4.39 นาที การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 3.67 นาที การเตรียมเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายหลังได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเฉลี่ย 5.42 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อเฉลี่ย 13.47 นาที และจากการติดตามผลหลังส่งต่อ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต¹⁴ ผลลัพธ์ระยะประเมินผลพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 100 ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ลดลงจาก 67.17 นาที เป็น 46.79 นาที จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้นจาก 9.26% เป็น 30.63% และไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ และการปลัดตกหกล้มเกิดขึ้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ 70.5¹⁵ 3) ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาตั้งแต่ปีพ.ศ.2557 ถึง ปีพ.ศ.2560 พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลดลงจนได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (<90 นาที) ในปีพ.ศ. 2560 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (< 5 นาที) ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีแนวโน้มลดลงจาก 71 นาทีเป็น 62 นาที 47 นาที และ 46 นาทีตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 27.2 ในปีพ.ศ. 2559 และ 16.1 ในปีพ.ศ. 2560 และความพึงพอใจของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น¹⁶

ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงนี้เกิดจากการมองเห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกัน นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและถ่ายทอดลงมาตั้งแต่โรงพยาบาลแม่ข่ายสู่โรงพยาบาลลูกข่าย การร่วมกันในการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายบริการ การให้คุณค่าและกำลังใจในทีมพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสารระหว่างเครือข่ายบริการทุกระดับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาญชัย วันทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงที่ให้คำแนะนำ และให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบึงงามให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลสำคัญจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงการบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายในแต่ละขั้นตอนการบริการเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการดำเนินการด้านสุขภาพ (Health Action) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความตระหนักในอาการเตือน และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วน ที่คำนึงถึงความน่าสนใจของกิจกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและยั่งยืนคงอยู่และยาวนานขึ้น (Sustainability)
3. ควรมีการวิเคราะห์คุณภาพการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยและชุมชนกับบริการที่ได้รับจริง การสนับสนุนและความร่วมมือจากผู้บริหารในชุมชน และการควบคุมคุณภาพปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างจริงจัง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาการเข้าถึงบริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease : guideline for Assessment and Management of total Cardiovascular risk. Geneva. 2014.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ รายงานประจำปี .(2555). จำนวน และอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ ปี 2552 - 2555. ค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2562.

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติสุขภาพผู้ป่วยใน. 2555.
4. หัสยาพร มะโน. การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลลองจังหวัดแพร่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
5. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติสุขภาพผู้ป่วยใน. 2554.
7. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. คู่มือความรู้ เรื่อง อัมพาตสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
8. นันทวรรณ ทิพนเนตร, วชิร ชนะบุตร.(2559). ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง:กรณีศึกษาโรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. สาขาเวชกิจฉุกเฉินคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
9. กิรณานันท์ สนธิธรรม. การพัฒนากิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงก่อนความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
10. สุริยา หล้าก้า. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2555. [เอกสารอัดสำเนา]. ร้อยเอ็ด: สำนักงาน. 2556.
12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่ออำเภอเมืองร้อยเอ็ด ปี 2556. [เอกสารอัดสำเนา]. ร้อยเอ็ด: สำนักงาน. 2557.
13. Kemmis,S.&Mc Taggart,M.(1992).The Action research Planner. [Internet]. [cited 2014 March 2]. Available from: <http://academia.uat.edu.mx/pariente/DO/Lecturas/The%20action%20research%20planner.pdf>
14. สงบ บุญทองโท, นิสากกร วิบูลชัย, อนุ่ง บุตรบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560; 14 (3): 100-113.
15. รัตนารณณ์ ยนต์ตระกูล, นิสากกร วิบูลชัย,วิไลพร พิณนาคิเลย์,จุลินทร ศรีโพนทันและเบญจพร เองวานิช, การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27(2): 80-95.
16. พรทิพย์ อัครนิจ และประมวรัตน์ พงนา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในงาน ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561; 21(1): 99-112.
17. อรทัย มานะธรร. ผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ เรื่อง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง และญาติ ตำบลจักราช อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2562; 13(32): 206-222.

กระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

A Learning Process of Healthy Strategic Implementation Model at Kaset Wisai Healthy Network, Roi-Et

ประคอง กองทุ่งมน* และเสฐียรพงษ์ ศิวินา**

Prakong Kongtungmon and Satianpong Siwina

Corresponding author: E-mail: S.siw480@gmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการเรียนรู้และประเมินผลกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำ กลยุทธ์ด้านสุขภาพไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจสภาพปัญหา วิเคราะห์เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี ความเป็นไปได้ และแบบรายงานผลการประเมินปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1)สภาพการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=2.47,SD=0.41)2) กระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพไปปฏิบัติประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ (1) การค้นหาปัญหาและเรียนรู้ปัญหาร่วมกันเป็นทีม (2) การตั้งคำถามและการไตร่ตรองครุ่นคิด (3) การเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา (4) การดำเนินการแก้ไข และ (5) การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล โดยกระบวนการเรียนรู้ มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.60, \sigma = 0.29$) 2) ผลการปฏิบัติราชการ พบว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และดี (91%) (43 ตัวชี้วัด) เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย (71%) การบริการ (90%) บุคลากร (100%) และการบริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล (100)% ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการที่อยู่ในระดับต่ำ (9%) (4 ตัวชี้วัด) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สรุป : กระบวนการเรียนรู้ฯ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพไปปฏิบัติบรรลุเป้าหมายเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการเรียนรู้ไปดำเนินการในหน่วยงาน

คำสำคัญ : รูปแบบ; การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์; เครือข่ายสุขภาพ

*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

ABSTRACT

Purposes : To investigate and assessment learning process of healthy strategic implementation model at Kaset Wisai healthy network, Roi-Et .

Design : Research and development study

Material and Methods : 60 of subjects were strategic plan practitioners with inclusion criteria and exclusion criteria. Data were collected by using problem survey, document analysis and related research theoretical reasoning evaluation form, and annual report, 2017. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : 1) Overall implementation of strategy was at a low level. (Mean = 2.47, SD = 0.41). 2) Five steps of a learning process to promote implementation of health strategies were consisted : (1) Finding the problem and learning the problem together as a team (2) Questioning and reflection (3) Choosing a solution (4) Corrective action and (5) Control, supervision, monitoring and evaluation by the learning process theoretically reasonable and possibility was at highest level ($\mu = 4.60$, $\sigma = 0.29$). 3) The results of the civil service operation showed that success of strategic management Overall, levels were very good and good (91%) (43 indicators). When considering each strategy, it was found that health promotion and disease prevention by age group (71%) services (90%) personnel (100%) and administration with good governance principles (100)%, respectively. Whereas were low performance indicators (9%) (4 indicators), including new hypertension patients, new diabetes patients reduced diabetic patients and controlled hypertension and suicide.

Conclusion and recommendations : The result of this research has led to implementation of health strategies to achieve more goals, therefore, relevant agencies should implement this learning process in department.

Keywords : Learning process; Healthy strategic

บทนำ

ความสำเร็จของการนำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัตินั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการ ประกอบด้วย ความชัดเจนของแผนพัฒนา การรับรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความตระหนักถึงภารกิจและความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน¹ ภายใต้ทิศทางที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ระบบและกลไกการบริหารจัดการจากแผนสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับต่างๆ² ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการ การบริหารบุคลากร และการบริหารด้วยธรรมาภิบาล เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน³

การพัฒนางานองค์กรให้มีรูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์แบบบูรณาการจะดีที่สุด และมีความเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประโยชน์ในดำเนินการด้านยุทธศาสตร์ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการป้องกัน ปัญหาสร้างทางเลือกที่เป็นประโยชน์ มีการตัดสินใจที่ดี ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจแนวทางการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน เพิ่มการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหาร ตั้งแต่การวางแผนยุทธศาสตร์ การนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และการประเมินผลตลอดจนการเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารยุทธศาสตร์ ที่ช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่ง Kaplan and Norton¹ มีบทสรุปจากหนังสือเรื่อง The Strategy-focused Organization ว่าการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติเพื่อ

ให้บรรลุผลสำเร็จนั้น จะต้องใช้เวลาและความสามารถมากกว่าการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างมีคุณภาพ จึงมีข้อเสนอให้ยุทธศาสตร์เป็นศูนย์กลางของระบบการบริหารและกระบวนการปฏิบัติงาน รวมถึงอธิบายวิธีการหรือแนวทางการพัฒนาขับเคลื่อนองค์การไปสู่องค์กรที่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์รวม 5 ประการคือ 1) เริ่มการเปลี่ยนแปลงจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กร 2) นำยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้แปลงเป็นแผนงาน โครงการที่สามารถปฏิบัติให้เกิดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม 3) ปรับสร้างความเชื่อมโยงบูรณาการการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ในองค์กรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่วางแผนไว้ 4) สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรในองค์กรมีความรับผิดชอบ ในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการและยุทธศาสตร์ขององค์กร และ 5) จัดวางระบบและระเบียบให้มีการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นกระบวนการและมีความต่อเนื่อง

ขณะเดียวกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สาธารณสุขในพื้นที่โดยใช้แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ ทั้งนี้ได้ถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขทุกปี สอดคล้องกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยได้นำแนวคิดการบริหารเชิงยุทธศาสตร์มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยใช้แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ประกอบด้วยสามขั้นตอน คือ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ที่ได้รับการมอบหมายให้ในการดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผล ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอในระดับหนึ่ง แต่ข้อมูลยังไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องหาข้อมูลเพิ่มเติม⁴ เพื่อจะได้ทราบถึงกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญจากผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ บทบาทของผู้บังคับการมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย และมาตรการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ และวัฒนธรรมองค์กรที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ พบว่า ปัญหาการดำเนินงานด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจในแผนฯ การจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่างๆ ที่ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกัน และแผนไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติ การมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านไม่ชัดเจน ขาดขวัญกำลังใจ

ตลอดจนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ขอบประมาณไม่เพียงพอ ยังไม่มีระบบการทำงานเป็นทีมและพัฒนาทีมเท่าที่ควร รวมถึงด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผลมีขั้นตอนที่ไม่ชัดเจน และไม่ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด⁶

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์จึงเป็นทางออกสำหรับการแก้ปัญหาข้างนี้ ทั้งนี้ David Kolb เชื่อว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เราเรียกว่า Experiential Learning หรือ Learning cycle ไว้ว่าการเรียนรู้แบบนี้จะเน้นที่การมีประสบการณ์ในสิ่งนั้นๆ โดยตรง เช่น การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง เช่น การอ่านหนังสือ การดูวิดีโอ การสนทนาพูดคุย การทดลอง การทบทวน ไตร่ตรอง คือการนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาครุ่นคิดใคร่ครวญ เช่น เขียนบันทึกสิ่งที่เรียนรู้การสนทนา หรือ Discussion สรุปหลักการหรือทฤษฎี ผู้เรียนจะนำสิ่งที่ได้จากขั้นที่ 1 และ 2 มาสรุปออกมาเป็นทฤษฎีส่วนตัวด้วยวิธีการ เช่น การเขียน Mind mapping การสรุปการเรียนรู้ออกมาเป็น Model การนำเสนอผลการเรียนรู้ และการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติจริงเพื่อเรียนรู้ว่าสิ่งไหนใช้ได้ สิ่งไหนต้องปรับปรุง จากนั้นจะกลับเข้าสู่ขั้นตอนที่ 1 อีกครั้ง⁷

นอกจากนี้การเรียนรู้ยังต้องมีสิ่งเร้า (Stimulus) เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบออกมาและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมว่าจะแสดงออกมาในลักษณะใด สิ่งเร้าอาจเป็นเหตุการณ์หรือวัตถุและอาจเกิดภายในหรือภายนอกร่างกายก็ได้ เช่น เสียงนาฬิกาปลุกให้ตื่น กำหนดวันสอบเร้าให้เตรียมสอบ แรงขับ (Drive) มี 2 ประเภทคือ แรงขับปฐมภูมิ (Primary Drive) เช่น ความหิว ความกระหาย การต้องการพักผ่อน เป็นต้น และแรงขับทุติยภูมิ (Secondary Drive) เป็นเรื่องของความต้องการทางจิตและทางสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความต้องการความรัก ความปลอดภัย เป็นต้น แรงขับทั้งสองประเภทเป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาอันจะนำไปสู่การเรียนรู้ การตอบสนอง (Response) เป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่างๆ เช่น คน สัตว์ สิ่งของ หรือสถานการณ์ อาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่รอบตัวเรานั้นเอง และแรงเสริม (Reinforcement) สิ่งที่มาเพิ่มกำลังให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับ การตอบสนอง เช่น รางวัล การตำหนิ การลงโทษ การชมเชย เงินของขวัญ⁸ เป็นต้น เช่นเดียวกับการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดลพบุรี พบว่า

(1) ยุทธศาสตร์สุขภาพปี 2559 มีความสอดคล้องและตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ แผนยุทธศาสตร์ไม่เห็นทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ขาดการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่เป็นระบบ (2) ยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี2560 มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากทุกระดับ ทุกมิติและเลือกนำปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจัดทำยุทธศาสตร์ มีการบูรณาการแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน มีการนิเทศติดตามงานที่หลากหลายรูปแบบและครบทุกพื้นที่ (3) ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดตอบสนองต่อปัญหาและบริบทของพื้นที่ มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขรวมทั้งแผนพัฒนาจังหวัด สอดคล้องและเชื่อมโยงกันตั้งแต่วิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์กลยุทธกิจกรรมหลักจนถึงกิจกรรมในแผนปฏิบัติการ แต่ด้านการกำกับและประเมินผล กลับให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดมากกว่า การประเมินผลงานตามยุทธศาสตร์และสภาพปัญหาจริงของพื้นที่ การบริหารยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะกระบวนการจัดทำแผนฯ เท่านั้น ควรให้ความสำคัญในทุกขั้นตอนตั้งแต่การจัดทำแผนฯ การถ่ายทอดแผนฯ การแปลงแผนสู่การปฏิบัติการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการนิเทศติดตามการดำเนินงานตามแผน จึงจะทำให้การบริหารยุทธศาสตร์มีความสมบูรณ์เกิดประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์⁹

กระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่นั้นเป็นการจัดการศึกษาสำหรับกลุ่มผู้พ้นวัยเรียนที่กลับเข้ามาสู่กระบวนการทางศึกษาใหม่ที่มีความแตกต่างจากการจัดการศึกษาทั่วไป โดยเฉพาะเรื่องของการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยปกติการสอนทั่วไปหรือที่เรียกว่าการสอนเด็ก (Pedagogy) ผู้สอนจะมีวิธีการและกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นความสำคัญในด้านความรู้ทักษะและเจตคติตามลำดับ และครูจะเป็นผู้ที่กำหนดความรู้ให้แก่ผู้เรียนว่าใครควรจะเรียนรู้เรื่องอะไรเรียนมากน้อยแค่ไหน ครูผู้สอนจะเป็นผู้คิด ผู้พูด ผู้กวัดข้อนบรมสั่งสอนและเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้เรียน¹⁰ ซึ่งตรงกันข้ามกับการสอนกลุ่มผู้เรียนที่กลับเข้ามาสู่กระบวนการทางศึกษาใหม่ซึ่งเป็นผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีกระบวนการสอนเน้นความสำคัญในด้านทัศนคติทักษะและความรู้ตามลำดับ และผู้เรียนจะเรียนรู้ตามความต้องการของตน ผู้สอน

จะทำหน้าที่จัดสถานการณ์หรือมวลประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วและมากที่สุด ไม่ใช่ผู้สั่งการแต่เป็นผู้ร่วมในการเรียนรู้การเรียนรู้ทั้งผู้สอนและผู้เรียนจะมีส่วนร่วมกัน และไม่มีใครมีอำนาจในการครอบงำความคิดของใคร ซึ่งเป็นการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้สอนที่ทำหน้าที่สอนผู้ใหญ่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์และศิลป์ของการสอนผู้ใหญ่อย่างถ่องแท้ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายในการพัฒนาผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่ให้มีคุณภาพสูงสุด ตามความต้องการของผู้เรียนและสังคมต่อไป¹¹

จากแนวคิดของ Knowles¹⁰ การเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง มีความเป็นตัวตนของตนเอง รู้จักแก้ปัญหา เลือกและตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง มีศักยภาพพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง จะเห็นถึงความแตกต่างที่สำคัญและเด่นชัดระหว่างการสอนเด็กและการสอนผู้ใหญ่ในการสอนเด็กนั้นหากจะว่าไปแล้วเป็นการสอนที่มีครูเป็นผู้ที่มีอำนาจสูงสุดคอยควบคุมความคิดของผู้เรียนโดยครูมีบทบาทที่สำคัญคอยสั่งการว่าผู้เรียนควรจะเรียนอะไรควรเรียนอย่างไรควรคิดอย่างไรและควรประพฤติตนอย่างไร เป็นการสอนที่ผู้เรียนจะเป็นผู้รับอย่างเดียวครูผู้สอนเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้โดยครูเป็นผู้คิด ผู้พูด ผู้รู้ผู้บรมสั่งสอน ซึ่งมีความแตกต่างจากการสอนผู้ใหญ่ ที่ผู้เรียนและครูผู้สอนเรียนรู้ร่วมกันมีอิสระในความคิดตามความต้องการของผู้เรียนเป็นสำคัญ¹²

จากการประมวลเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้สังเคราะห์กระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย โดยมีกระบวนการดำเนินงานการค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติ การนำแผนปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้ไปปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล โดยประเมินตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์และการปรับปรุงและสะท้อนผล โดยการสะท้อนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพเกิดการพัฒนายุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

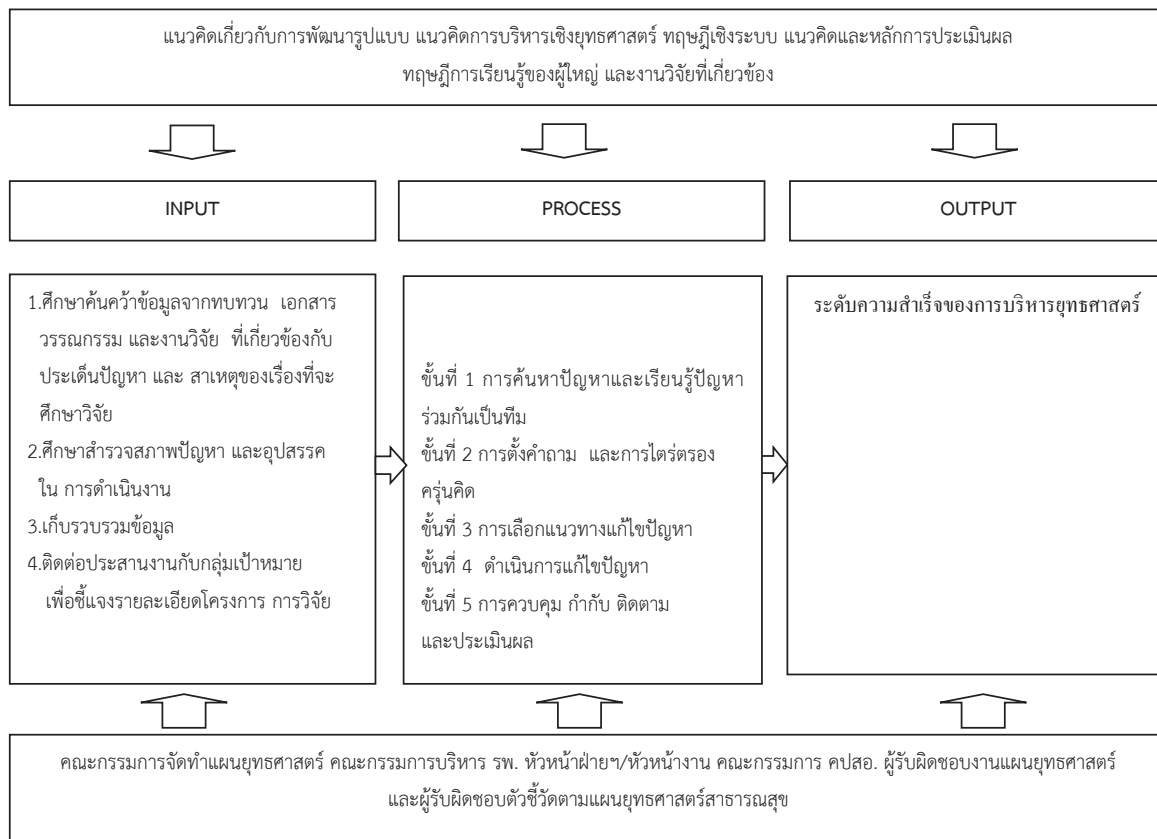
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อประเมินผลกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริม

การนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษากระบวนการเรียนรู้และประเมินผลกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 ดังนี้

1. การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Research :R1): Analysis ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่สภาพปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และบททวน

เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

1.1 ประชากรศึกษา เป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสำรวจการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ดำเนินการสำรวจในเดือนกันยายน 2559 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

1.2 การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (Development: D1: Design and Development) เป็นการร่างรูปแบบด้วยวิธีการเชิงระบบ แล้วนำกระบวนการเรียนรู้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน จำแนกเป็นผู้คุณวุฒิด้านการบริหารสาธารณสุข จำนวน 2 คน ด้านการพยาบาลและเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 คน และด้านการวิจัยและประเมินผล จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา พบว่า ความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.60, = 0.29$)

1.3 การนำกระบวนการเรียนรู้ไปปฏิบัติ (Research: R2; Implementation) เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One group pretest posttest design) โดยกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเกษตรวิสัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์ในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสำรวจการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ จำนวน 7 ด้าน และแบบรายงานผลการประเมินปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 (ตุลาคม 2559-กันยายน 2560) ทั้งหมด 43 ตัวชี้วัด ภายใต้อำนาจหน้าที่ 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 7 ตัวชี้วัด ด้านบริการเป็นเลิศ 20 ตัวชี้วัด ด้านบุคลากรเป็นเลิศ 5 ตัวชี้วัด และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล 11 ตัวชี้วัด

โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผลให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการบริหารเครือข่าย บริการปฐมภูมิเกษตรวิสัยและผู้ปฏิบัติงานในโรง

พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนิเทศติดตาม 3 เดือน/ครั้ง เพื่อตรวจสอบการขับเคลื่อนกลยุทธ์การนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ประกอบด้วย 1) กระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพไปปฏิบัติประกอบด้วย การดำเนินงาน 5 ขั้นตอน (EPADE) คือ การค้นหาปัญหาและเรียนรู้ปัญหา ร่วมกันเป็นทีม (E-exploring and learning by group) การตั้งคำถามและการไตร่ตรองครุ่นคิด (P-setting of problem and reflectiveness) เลือกแนวทางแก้ไขปัญหา (A-Alternative of solve) ดำเนินการแก้ไขปัญหา (D-doing) และควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล (E-evaluation monitoring and control) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา

1.4 ขั้นตอนการปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย แผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่ปฏิบัติ (Development: D2; Evaluation) เป็นการทบทวนและปรับปรุงรูปแบบนำแผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่ปฏิบัติก่อนนำไปเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0032560

ผลการวิจัย

1. สภาพการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($Mean = 2.47, SD=0.41$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินงานมากที่สุด รองลงมาคือการปฏิบัติตามแผน ($Mean = 2.53, SD=0.82$) แต่เป็นที่น่าสนใจว่าการทบทวนกลยุทธ์ ($Mean = 2.35, SD=0.69$) และการจัดทำแผนงานโครงการ ($Mean = 2.41, SD = 0.76$) มีการดำเนินการน้อยที่สุด ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

ขั้นตอนการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	Mean(SD)	ระดับการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
1. การมอบหมายผู้รับผิดชอบ	2.44(0.60)	น้อย
2. การเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา	2.54(0.62)	ปานกลาง
3. การทำความเข้าใจกลยุทธ์	2.51(0.90)	ปานกลาง
4. การทบทวนกลยุทธ์	2.35(0.69)	น้อย
5. การจัดทำแผนงาน/โครงการ	2.41(0.76)	น้อย
6. การปฏิบัติตามแผน	2.53(0.82)	ปานกลาง
7. การประเมินผลการดำเนินงาน	2.52(0.58)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	2.47(0.41)	น้อย

2. กระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการนำกลยุทธ์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหาและเรียนรู้ปัญหาร่วมกันเป็นทีม การตั้งคำถามและการไตร่ตรองครุ่นคิด การเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไข และการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล

3. ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย โดยรวมอยู่ในระดับดีมากและดี (91%) (43 ตัวชี้วัด) เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์พบว่า ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (100.0%) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (100%) และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (100%) รองลงมา คือ ด้านบริการเป็นเลิศ (90%) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการที่อยู่ในระดับต่ำ (9%) (4 ตัวชี้วัด) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย โดยการค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำ การนำแผนโดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อให้การนำไปปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดประสิทธิผล การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล โดยประเมินตัวชี้วัด

ที่เป็นผลลัพธ์ และการปรับปรุงและสะท้อนผล ทั้งอาจเป็นเพราะกระบวนการขับเคลื่อนครั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้บริหารได้เข้าใจถึงวิสัยทัศน์ของการกำหนดนโยบายเป็นอย่างดี สามารถถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องชัดเจน มีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย สามารถชี้ถึงข้อดีข้อเสียขององค์การได้ มีศักยภาพในการกระตุ้น จูงใจให้บุคลากรเกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดทัศนคติที่ดี สนับสนุนทรัพยากรในการบริหารจัดการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์และสร้างขวัญกำลังใจ ความร่วมมือของบุคลากรในองค์การ ทั้งการเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ อีกทั้งกระบวนการทำงาน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการวางแผน ปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะในการทำงาน และการบริหารจัดการที่ดี โดยมีทักษะด้านการวางแผน การจัดการองค์การมีทักษะในการจัดผู้รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม มีศิลปะการนำที่กระตุ้น และจูงใจ สื่อสารประสานงานเพื่อให้เกิดการเข้าใจที่ดีและเกิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน และการประเมินผล มีเทคนิคในการติดตามควบคุมประเมินผลและรายงานผลต่อที่ประชุมและประชาสัมพันธ์ไปยังบุคลากรและบุคคลทั่วไปได้ทราบความคืบหน้าการดำเนินงาน สอดคล้องกับกระบวนการนำนโยบายคนไทยไร้พุงไปปฏิบัติ ที่จังหวัดสตูล พบว่า การถ่ายทอดนโยบายปฏิบัติตามระดับการบังคับบัญชาไม่มีการจัดการองค์การใหม่แต่จะมอบหมายงานตามภาระงานประจำ และมอบหมายงานตามศักยภาพของผู้รับผิดชอบงาน การจัดทำข้อมูลมีการสำรวจข้อมูลและจัดเก็บโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การจัดทำแผนงานโครงการโดยบูรณาการเข้า

กับแผนงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ แผนงานโครงการเน้นเฉพาะบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กระบวนการดำเนินงานปรับกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เน้นกิจกรรมการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹³

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการนำนโยบายกระจายอำนาจการบริหารงานบุคคล ในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา พบปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการนำนโยบายกระจายอำนาจการบริหารงานบุคคลไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยความชัดเจนในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การกิจและการมอบหมายงาน มาตรการกำกับตรวจสอบ ประเมินผล และการกระตุ้นเสริมแรง สมรรถนะขององค์กร ภาวะผู้นำของผู้บริหารและความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ การสนับสนุนจากส่วนกลาง และท้องถิ่น¹⁴ เช่นเดียวกับการนำนโยบายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไปสู่การปฏิบัติในประเทศไทย พบว่า การนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่ได้ผลดีนั้น ขึ้นอยู่กับทักษะในการบริหารภายในหน่วยงานของ กระทรวงเอง และความสามารถในการร่วมมือประสานงานกับกระทรวง ทบวง กรม อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกับองค์การภาคเอกชนและตัวคนพิการ และกลไกของระบบราชการให้ความสำคัญกับสายการบังคับบัญชา และระเบียบ กฎเกณฑ์ละเอียด ผู้รับผิดชอบในด้านการปฏิบัติจึงมักต้องใช้ดุลยพินิจในการหาทางแก้ไขปัญห เฉพาะหน้าให้ลุล่วงไปได้ ภายในขอบเขตที่ไม่ละเมิดกฎหมาย¹⁵

ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย โดยรวมอยู่ในระดับดีมากและดี เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ และยุทธศาสตร์ด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการที่อยู่ในระดับต่ำได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้และระดับความสำเร็จของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมา

จากแผนปฏิบัติการเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยจะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากปีงบประมาณก่อนหน้านี้ โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยได้จัด กระบวนการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) มีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประเมินผลในทุกกระบวนการ เช่น การประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน และแผนปฏิบัติการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด การจัดประชุมเตรียมการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อแจ้งสมาชิกให้ทราบกำหนดการในการจัดทำแผนการจัดเตรียมข้อมูลในการวางแผน และประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง รวมทั้งการ ประเมินผลภาพรวมของการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ปีงบประมาณที่ผ่านมา ตลอดจนแนวทางการพัฒนา คุณภาพงาน อันจะนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ในปีต่อไป การประชุมการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อชี้แจงแนวทางการจัดทำแผน อธิบายและทำความเข้าใจแบบฟอร์ม และกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก/รองในการจัดทำแผนในแต่ละผลผลิต การประชุมการตรวจสอบร่างแผนปฏิบัติการฯ เพื่อการพัฒนาคุณภาพแผนโดยได้เพิ่มมิติในการตรวจสอบ 3 มิติ คือตรวจสอบในภาพของหน่วยงาน ตรวจสอบในภาพของผลผลิต และตรวจสอบภาพรวมของแผนทั้งเล่ม เพื่อปรับปรุงแผนให้มีความสมบูรณ์มากเท่าที่จะทำได้ในเวลาจำกัด การตรวจสอบแผนปฏิบัติการฯ ฉบับสมบูรณ์ที่เผยแพร่ใช้ประโยชน์แล้ว เพื่อให้ผู้ใช้ประโยชน์มีส่วนร่วมในการประเมินผลตลอดจนเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่างๆ โดยใช้แบบฟอร์มแก้ไข/เสนอแนะ/ประเมินผลที่แนบท้ายเล่ม และการประเมินผลภาพรวมการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและการจัดทำมาตรฐาน

เช่นเดียวกับนโยบายเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การประเมินผลกระบวนการในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่สำเร็จ ได้แก่ 1) ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ให้ผู้ต้องขังทุกรายในเรือนจำได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกร่วมกับการตรวจเสมหะและการตรวจทางอณูชีววิทยา 2) สภาพเศรษฐกิจและสังคมโดย สำนักัณโรคสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก 3) ความ

ร่วมมือสนับสนุนของผู้นำนโยบาย ไปปฏิบัติอันได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมดำเนินงานตามภารกิจที่รับผิดชอบ 4) การติดตามผลและผลสำเร็จที่ผู้ต้องซังทุกรายได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกครบ ร้อยละ 100 ซึ่งยืนยัน ด้วยผลการตรวจเสมหะครบทุกรายจนสามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 64 รายในอัตราร้อยละ 8.7 5) ผู้ต้องซังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคถูกต้อง ร้อยละ 94.1 และผู้ต้องซังและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีความพึงพอใจต่อนโยบายเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ร้อยละ 82.2 และ 88.2 ตามลำดับ ส่วนนโยบายที่ยังนำไปปฏิบัติไม่สำเร็จ ได้แก่ ปัญหาการติดต่อสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติและการสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งปัญหาผู้ต้องซังที่ผลการตรวจเสมหะจนได้รับการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยา ด้วยเครื่องตรวจ Expert MTB/RIF ได้เพียงร้อยละ 11.5 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ร้อยละ 100 ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติด้านต่างๆ เพื่อให้ นโยบายได้รับการถ่ายทอดสื่อสารและปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามมาตรฐานและเป้าหมายดียิ่งขึ้น^{16,17} และสอดคล้องกับการนำนโยบาย ส6 ที่มีกระบวนการตัดสินใจ/สร้างสรรค์นวัตกรรม ได้แก่ 1) ขั้นความรู้พบว่า มีการแสวงหาความรู้มีหลากหลายวิธีได้แก่ ฐานจากหน่วยงานอื่นแล้วนำมาประยุกต์ใช้ ศึกษาแบบจากเวที ส6 เข้ารับการอบรม พบปัญหาจากการทำงานแล้วทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา ปรัชญาและขอคำแนะนำจากผู้บังคับบัญชาที่มีความรู้และมีความคิดสร้างสรรค์ ส่วนด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับสร้างสรรค์นวัตกรรมและนโยบาย ส6 ได้แก่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ฐานจากหน่วยงานอื่น การจัดอบรมความรู้ผู้บังคับบัญชาที่มีความรู้และความคิดสร้างสรรค์ถ่ายทอดสู่ผู้ได้บังคับบัญชา คณะกรรมการ ส 6 จัดเวทีเพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน 2) ขั้นการมุ่งใจพบว่า ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ริเริ่มหรือกระตุ้นและสนับสนุนในการสร้างผลงาน หน่วยงานเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความคิดเห็นและรับฟังข้อเสนอแนะอย่างเต็มที่ พบเห็นประโยชน์ของผลงาน สร้างสรรค์นวัตกรรมจากหน่วยงานอื่นจึงเกิดความต้องการที่จะสร้างผลงานเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในหน่วยงานความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมสร้าง

ผลงานให้บรรลุผล เกิดจากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ของคณะกรรมการ ส 6 3) ขั้นการตัดสินใจ พบว่า บุคลากรในหน่วยงานร่วมกันตัดสินใจในงานสร้างสรรค์นวัตกรรมตามนโยบาย ส6 เพราะเห็นว่ามีความประโยชน์ต่อหน่วยงาน พบเห็นผลงานของหน่วยงานอื่น การสร้างผลงานมีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ ทดลองใช้แล้วเห็นว่ามีความประโยชน์และช่วยแก้ปัญหาให้กับหน่วยงานได้จริง ความรู้และแรงจูงใจมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจยอมรับนโยบาย ส6 4) ขั้นการนำไปใช้ พบว่า นำไปใช้ตามหลักการของเดมมิ่ง (PDCA) มีการกำหนดวิธีการแก้ไข เมื่อนำนวัตกรรมไปใช้แล้วประสบกับปัญหาเมื่อมีการประกาศให้นำนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติ และประสบกับปัญหาความขัดแย้งในกลุ่มงานจะมีการปรึกษากันหาทางแก้ไขกันภายในหน่วยงาน 5) ขั้นการยืนยัน พบว่า หลายหน่วยงานยังคงดำเนินการด้านงานสร้างสรรค์นวัตกรรมและทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลสำเร็จที่เกิดจากผลงานมุ่งใจให้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการสร้างผลงานสร้างสรรค์นวัตกรรมต่อไป ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสร้างสรรค์นวัตกรรม ตั้งใจสร้างผลงานใหม่ๆ เพิ่มขึ้นและจะนำนโยบาย ส6 ไปปฏิบัติจนเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน¹⁸

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สำเริง โปตาพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตราสัย สาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลทุกแห่ง เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป และกลุ่มหลักประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ทุกคนที่เข้าร่วมวิจัย และอำนวยความสะดวกงานโครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ข้อเสนอแนะ

เงื่อนไขและแนวทางในการนำกระบวนการเรียนรู้ฯ ไปใช้

1. เงื่อนไขของกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในครั้งนี้เป็นรูปแบบสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ หากจะนำไปใช้กับหน่วยบริการระดับอื่นๆ ควรต้องมีการปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและการนำ รูปแบบนี้ไปใช้ผู้ใช้ต้องศึกษารายละเอียดของแต่ละ องค์ประกอบให้ชัดเจน เนื่องจากองค์ประกอบแต่ละ ส่วนมีความสัมพันธ์กันในมิติเชิงลึก

2. แนวทางการนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ มีความประสงค์ที่จะใช้กระบวนการเรียนรู้ควรจะได้มีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

2.1 คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ให้ชัดเจนเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันก่อนที่จะนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้โดยการศึกษาทำความเข้าใจร่วมกัน ในทุกองค์ประกอบ ซึ่งอาจจะศึกษาจากเอกสารอ่านเพิ่มเติม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการความรู้ใน องค์การเป็นต้น

2.2 ควรนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขอย่างสมบูรณ์ และใช้ตลอดกระบวนการ เริ่มต้นด้วย การศึกษากระบวนการเรียนรู้ให้เข้าใจอย่างละเอียด ใน ทุกขั้นตอนและองค์ประกอบ จากนั้นก็นำกระบวนการเรียนรู้ ทั้งชุด ไปใช้อย่างสมบูรณ์และใช้ตลอดกระบวนการ หมายถึง การนำกระบวนการเรียนรู้และองค์ประกอบทุกส่วนทุกขั้นตอนไป ใช้ในการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ต้นจนจบ ไม่ควรเลือกเฉพาะองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งหรือขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเพื่อที่จะได้ประโยชน์จากกระบวนการเรียนรู้อย่างเต็มที่

2.3 สถานบริการสาธารณสุขควรมี การบูรณาการการใช้กระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับงานหรือภารกิจประจำของหน่วยงานเพื่อที่จะไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรเนื่องจากบุคลากรในหน่วยงาน มีภารกิจค่อนข้างหลากหลายทั้งภาระงานประจำ และงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อีกมากมาย หากมีการนำ รูปแบบนี้ไปใช้ควรมีการบูรณาการให้สอดคล้องกับงาน หรือภารกิจประจำของสถานบริการ เช่นสถานบริการ ที่มีการวิเคราะห์องค์การเพื่อวางแผนกลยุทธ์ของ หน่วยงาน ก็สามารถนำ ประเด็นเรื่องการวิเคราะห์ องค์การเพื่อการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติมาบูรณาการ เป็นกิจกรรมเดียวกันได้

2.4 สถานบริการสาธารณสุขควรมีการกำกับ ติดตามตรวจสอบการนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยอาจจะมีฝ่ายที่ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ โดยเฉพาะหรือแต่งตั้งคณะกรรมการที่มาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายๆ ฝ่ายทำ หน้าที่กำกับ ติดตาม ตรวจสอบก็ได้

2.5 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการเริ่มต้นของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นจุดสำคัญที่นักบริหาร

สาธารณสุข ควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะการให้ทุกคนมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ผลเป็นอย่างไรจะต้องมีการประเมินผลในก้าวที่สองในระหว่างดำเนินการ และก้าวที่สาม การประเมินผลหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติหากมีผลการดำเนินการไม่ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้จะต้องดำเนินการศึกษาระบบอีกครั้ง และจะเป็นวงรอบเช่นนี้อย่างต่อเนื่องไปไม่มีที่สิ้นสุด จนกว่าจะร่วมกันวิเคราะห์ได้ว่าดำเนินการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ผลสนองต่อนโยบายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลดีแล้ว

2.6 เพื่อให้มั่นใจว่าโครงการต่างๆ ถูกนำ ไปปฏิบัติตามวัตถุประสงค์จึงต้องมีการประเมินผลโครงการ การกำหนดเป้าประสงค์และการพิจารณาเรื่อง ปัจจัยกระตุ้นและสิ่งจูงใจของผู้นำ นโยบายไปปฏิบัติ

2.7 ประเด็นนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการ ทำงานและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมุ่งมั่น ที่จะทำ งานให้สำเร็จ

2.8 ผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องตระหนักถึงประโยชน์หรือต้นทุนที่ไม่ ได้คาดไว้หรือที่เรียกว่า “ผลกระทบภายนอก” ด้วยสิ่ง ที่ควรระมัดระวังในการนำ นโยบายไปปฏิบัติคือการ สื่อข้อความต้องมีความชัดเจน เทียงตรงและมีความ คงเส้นคงวา ทรัพยากรต้องมีอย่างพอเพียง ทศนคติของผู้ปฏิบัติเพราะถ้านโยบายที่ผู้ปฏิบัติได้รับมาไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้ดุลยพินิจของตนในการ ปฏิบัติงานได้มากขึ้น ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย โครงสร้างระบบราชการที่ซับซ้อนจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามนโยบาย แต่ถ้ามีหลักการพื้นฐานอันได้แก่ระเบียบการปฏิบัติขององค์การจะสามารถทำให้การปฏิบัติงานมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kaplan, R. and Norton, D. The Office of Strategy Management. Harvard Business Review 10 (October 2005) : 83.
2. Michael, C. et al. (2003). The Strategic Gap. Danvers, United States: Wiley. 2003.

3. Daft, R.L. (2008). Management, (^{9th}ed.). [Internet]. [cited 2019 August 10]. Available from: http://www.bms.lk/download/GDM_Tutorials/e-books/Management.pdf.
4. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์. 2560.
5. เกริกยศ ชลายนเดชะ. การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2553.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. 2559.
7. Kolb, D.A. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1984.
8. Kolb, D.A., Rubin, I.M. & Osliand, J. Organization behavior reader. Englewood Cliffs, NJ: Practice-Hall. 1991.
9. ศศิธร ศรีแก้ว และสุรัตน์ ลิขิตภูมิ. การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(2): 3-12.
10. Knowles, M.S. (1980). The modern practice of adult education : From pedagogy to andragogy. New York: Cambridge, The Adult Education Company. 1980.
11. ศักรินทร์ ชนประชา. ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ : สิ่งที่ครูสอนผู้ใหญ่ต้องเรียนรู้. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 2557; 14 (25): 13-23.
12. Tough, Allen. The Adult's Learning Projects. Toronto Ontario: The Ontario Institute for Studies in Education. 1979; 95-96.
13. สุทธิชาติ เมืองปาน. กระบวนการนํานโยบายคนไทยไร้พุงไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาอำเภอควนโดนจังหวัดสตูล. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
14. เคนหวัง บุญเทศ. รูปแบบการนํานโยบายกระจายอำนาจการบริหารงานบุคคลไปสู่การปฏิบัติ ในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 2551; 11(1): 79-90.
15. สุภาพ ชุมรัมย์. การนํานโยบายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไปสู่การปฏิบัติในประเทศไทย. วารสารดุสิตทางสังคมศาสตร์(ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2556; 3(2): 51-65.
16. ชรินทร์ ห่วงมิตร, พงศ์ปณต ทองอ่อน และฐิติภัทร จันเกษม. การประเมินผลการนํานโยบายเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำสู่การปฏิบัติในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 พ.ศ. 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561; 8 (1): 37-48.
17. Prapas Ananta and Satianpong Siwina. Model of Implementing a Strategic Plan into practice of primary care units Kaset Wisai Roi-Et. Journal of the Office of DPC 6 KHON KAEN. 2013; 20 (1): 43-51.
18. อัมพา อารณทิพย์ และอุษณีย์ ธรรมวรรณ. การนํานโยบาย ส6 สร้างสรรค์นวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2556; 19(1): 201-224.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
Factors Associated with Pulmonary Tuberculosis among Diabetes Mellitus
Patients In Nonghan Hospital, Udon Thani

ธำรง งามอรุณเลิศ*

Tumrong Ngamuruerit

โรงพยาบาลหนองหาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Corresponding author: E-mail: udonpit2000@yahoo.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาขึ้นทะเบียนรับรักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลหนองหาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561) จำนวน 91 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนรายงานของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน สำหรับการหาความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test และ Fisher exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย : พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 91 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 47 ราย (52.7%) อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 50 ราย (54.9%) เฉลี่ย 61 ปี (SD = 11.53) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 74 ราย (81.1%) ระดับ HbA1c (%) ≥ 7 จำนวน 61 ราย (67.0%) ผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ (AFB Positive Sputum) จำนวน 29 ราย (68.1%) ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด (Cavitary lesion) จำนวน 67 ราย (73.1%) และผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือนไม่พบเชื้อ จำนวน 88 ราย (96.7%) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ และประวัติการสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ, ลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด และผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน แต่พบว่า ระดับ HbA1c (%) มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .034$) และไม่พบความสัมพันธ์กับการเป็นแผลโพรงในปอด และ ผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะหลังจากการรักษา 2 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอดที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หรือมีระดับ Hb A1c $> 7\%$ มีความเสี่ยงที่จะตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ซึ่งมีโอกาสแพร่กระจายโรคสู่ชุมชนได้ ดังนั้น การคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความสำคัญในแง่ของการลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอีกด้วย

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; วัณโรคปอด; ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

Purpose : To investigate factors associated with pulmonary tuberculosis among diabetes mellitus patients who come to registered at Nonghan Hospital.

Design : Cross-sectional study

Materials and Methods : Investigate the data of pulmonary tuberculosis among diabetes mellitus patients were admitted in Nong Han Hospital, financial year, 2016 to 2018 (1 October, 2016 to 30 September, 2019). The cases were 91 pulmonary tuberculosis among diabetes mellitus patients among patients registered at Nonghan Hospital who were treated during the period 1 January 2016 to 30 December 2019. The data were collected by using from patient's medical records 506 and 507. Descriptive statistics was applied to identify the values of: mean, standard deviation, frequency and percentage. Thereafter, the factors associated with values of single variables were determined through univariate analyses: the Chi-square test. Statistical significance was set at p-value .05.

Main findings : There were 91 patients registered at Nonghan hospital in Udon Thani province. Most of patients were men, 47(52.7%) age >60 years old 50(54.9%) mean age 52 years (SD. = 11.53) no smoke 74 (81.1%) HbA1c level ≥ 7 mg% 61(67.0%) sputum exam 29 (68.1%) no cavitory lesion 67(73.1%) no sputum exam after 2 months 88(96.7%). Notwithstanding, no significant (p-value>0.05) were gender, age, and sputum exam after 2 months, respectively, but the univariate analysis showed that the associated with pulmonary tuberculosis among diabetes mellitus patients with a significant (p-value = .034) were having a level of hemoglobin A1c (HbA1c) ≥ 7.0 mg% and no significant (p-value > 0.05) were cavitory lesion and sputum exam after 2 months.

Conclusion and recommendations : From the results of this study indicate that the annual tuberculosis screening of DM patients should do in every year, especially in having a level of hemoglobin A1c (HbA1c) exceeding 7.0 had household living in the same house with TB patient. We should be instructive more about preventing disease and appropriate health care. There should be a system of surveillance and screening for new TB cases so that those with the disease can be registered for treatment and the spread of TB within the community reduced.

Keywords : Factors Associated with; Pulmonary Tuberculosis; Diabetes Mellitus

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น องค์การอนามัยโลก

ประกาศให้วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขของโลก (TB As A Global Public Health Emergency) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เนื่องจากมีผู้ที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกยังพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 10.4 ล้านคนหรือคิดเป็น 142 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตด้วยวัณโรค 1.4 ล้านคน¹

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีการระบาดของวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และ

วัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 ราย สำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ.2559 พบว่ามี ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9 จึงมีการจัดทำมาตรการสำคัญและกิจกรรมการดำเนินงานตามจุดเน้นวัณโรค ปี พ.ศ. 2557-2560 คือ “ค้นให้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่า 5 และขาดยาเป็น 0”²

การควบคุมวัณโรคมีเป้าประสงค์เพื่อลดการป่วย (Morbidity) และลดการตาย (Mortality) ของประชาชน และจากการที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภาวะวัณโรคสูง (High TB burden country) การดำเนินงานควบคุมวัณโรค จึงเน้นที่การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก (Early detection) และให้การรักษากลับมาให้หายตามกำหนดให้มากที่สุดตามสโลแกน “Detection and cure is the best prevention” โดยแผนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคสากลมีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ 90 ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการวินิจฉัย และรักษาร้อยละ 90 และการรักษาผู้ป่วยให้สำเร็จอย่างน้อยร้อยละ 90³ เช่นเดียวกับสถานการณ์วัณโรคในอำเภอหนองหาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วย 140.22, 130.08, 124.68, 120.78 และ 120.90 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับโดยมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศถึง 3 เท่าและพบการป่วยเป็นวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไตวาย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นในทำนองเดียวกันสถานการณ์โรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2562 พบว่า มีอัตราป่วยเบาหวานเท่ากับ 817.95, 905.11, 1,019.68, 1,080.71 และ 1,187.70 ต่อประชากรแสนคน และจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2554-2561 พบว่า 22, 20, 26,

17, 28, 24, 37 และ 20 ราย ตามลำดับและมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี⁴

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการคัดกรอง (Screening pathway) เป็นการค้นหาผู้ป่วยแบบเข้มข้น (Intensified case finding: ICF) โดยการตั้งรับที่สถานบริการสาธารณสุข (Patient-initiated pathway) หรือกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสและป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่เฉพาะ หรือกลุ่มประชากรที่เข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก ซึ่งทั้งหมดเป็นประชากรสำคัญที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค กลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยที่ควรได้รับการคัดกรองด้วยช่องทาง Screening pathway แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ผู้สัมผัสวัณโรค (Contacts of TB case) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (Household contact) และผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) ผู้สัมผัสวัณโรคที่เป็นเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสสูงที่จะติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรค เช่นเดียวกับผลการศึกษาของดาร์ณี อินทรลาวัณย์ และภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์⁵ (2562) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอด ได้แก่ เพศชาย ค่าดัชนีมวลกาย <18.4 กก./ม² และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่มากกว่า 7% โดยระดับของ HbA1c ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับอัตราการเป็นวัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (Clinical risk groups) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ถ้าติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นวัณโรคสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 3 เท่า นอกจากนั้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและวัณโรคปอดพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสพบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกได้มากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ยังพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์กับลักษณะภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Radiographic manifestations) โดยผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จะพบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอดได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสพบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอดมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง และการเกิดลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด มีโอกาสพบในผู้ป่วยอายุน้อย มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ⁶ แต่มีการศึกษาที่

พบว่าลักษณะเป็นแผลโพรงในปอดที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรค ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกช่วงอายุ⁷

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน⁸ ซึ่งมีความสำคัญในแง่ของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค ผู้สัมผัสวัณโรคที่บ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างกันของผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือนในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นโรคเบาหวาน และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน มีการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อผลการรักษาวัณโรคปอด เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้ความรุนแรงของวัณโรคมากขึ้น โดยพบโอกาสเกิดลักษณะเป็นแผลโพรงในปอดมากขึ้น การตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะมากขึ้น และการที่ยังพบเชื้อในเสมหะหลังการรักษา 1 เดือนมากขึ้น⁹

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของวัณโรคปอด และความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน เพื่อที่จะทบทวนมาตรการการคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Study design) การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน

2. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด ที่มารักษาในโรงพยาบาลหนองหาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก โดยมีเกณฑ์ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน

2.2 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอดที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาจากระบบเวชระเบียนได้ มีการเปลี่ยนวินิจฉัยไม่ป่วยเป็นวัณโรคในภายหลัง ขาดการติดตามรักษา และมีการโอนออกหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น

2.3 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด ที่มารักษาในโรงพยาบาลหนองหาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 91 ราย

2.4 ขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ยึดถือจากจำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลหนองหานทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 จึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

3. เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในการตรวจสอบความถูกต้อง โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้านภาษาอย่างน้อย 2 ใน 3 ถือว่าใช้ได้มีความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใน 4 ปัจจัย จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2559 ถึงปีงบประมาณ 2561 (1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561)

4.3 ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค และงานระบาดวิทยาระดับโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย

4.4 คัดลอกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด และผู้ป่วยโรคอื่นตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลเป้าหมาย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางคลินิกโดยการนำข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยมาทำการศึกษา ผู้วิจัยไม่ได้กระทำการกิจกรรมโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่างอันที่จะทำให้เกิด ความเสี่ยงในขณะดำเนินการวิจัย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ขออนุมัติเพื่อศึกษาข้อมูลนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเผยแพร่เป็นภาพรวมของการวิจัย โดยไม่ได้ประสงค์ที่จะระบุชื่อผู้ป่วยเป็นรายกรณี และดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยภายหลังที่ได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 14.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยกรณีข้อมูลแจกแจง เช่น เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับ HbA1c (%) ผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ, ลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด, และ ผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน ใช้ความถี่ และค่าร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง เช่น อายุ (ปี) ที่มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบไม่เบ้(ปกติ) ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ถ้าการกระจายของข้อมูลเป็นแบบเบ้ (ไม่ใช้การแจกแจงแบบปกติ) ใช้ค่าพิสัยและค่ามัธยฐาน
2. ลักษณะทางประชากร ใช้การวิเคราะห์ และนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะทางประชากรกับ (%) ผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ, ลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด, ผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน โดยพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว ด้วยสถิติไค-สแควร์ (χ^2 -test) หรือ Fisher's exact test ในกรณีที่เซลล์ที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่า 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด

ผลการวิจัย

จากเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองหาน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน รักษาโรควัณโรคปอดทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 91 ราย ผลการวิเคราะห์พบ ข้อมูลอัตราความชุกของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานจากข้อมูลลักษณะทางประชากรตามตารางที่ 1 ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 91 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 47 ราย (52.7%) อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 50 ราย (54.9%) เฉลี่ย 61 ปี (SD= 11.53) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 74 ราย (81.1%) ระดับ HbA1c (%) ≥ 7 จำนวน 61 ราย (67.0%) ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ จำนวน 29 ราย (68.1%) Cavitory ไม่พบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด จำนวน 67 ราย (73.1%) และการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือนไม่พบเชื้อ จำนวน 88 ราย (96.7%) ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน

Characteristics		n(%)
เพศ	ชาย	47(52.7)
	หญิง	43(47.3)
อายุ (ปี)	< 60 ปี	41(45.1)
	≥ 60 ปี	50(54.9)
	Mean (SD), Maximum, Minimum	60.67(11.53) ,84.6,19.0
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบ	17(18.7)
	ไม่สูบ	74(81.3)
ระดับ HbA1c (%)	< 7	30(33.0)
	≥ 7	61(67.0)
ผลการตรวจเสมหะ	พบเชื้อ	62(68.1)
	ไม่พบเชื้อ	29(31.9)
Cavitary	พบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด	24(26.4)
	ไม่พบลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด	67(73.1)
การตรวจเสมหะหลัง 2 เดือน	พบเชื้อ	3(3.3)
	ไม่พบเชื้อ	88(96.7)

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับความรุนแรงของวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าระดับ HbA1c (%) มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .034$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์

กับการเป็นแผลโพรงในปอด และ ผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะหลังจากรักษา 2 เดือน ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ อายุ และประวัติการสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความรุนแรงของวัณโรคปอด (การตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด และ ผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับผลการตรวจเสมหะ (n =91)

	ตัวแปร	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	p-value
เพศ	ชาย	16(13.7)	27(29.3)	.301
	หญิง	13(15.3)	35(32.7)	
อายุ (ปี)	< 60 ปี	14(13.1)	27(27.9)	.673
	≥ 60 ปี	15(15.9)	35(34.1)	
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบ	23(23.6)	51(50.4)	.737
	ไม่สูบ	6(5.4)	11(11.6)	
ระดับ HbA1c (%)	< 7	14(9.6)	16(20.4)	.034*
	≥ 7	15(19.4)	46(41.6)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด (Cavitary Lesion) (n =91)

	ตัวแปร	พบ Cavitary Lesion	ไม่พบ Cavitary Lesion	p-value
เพศ	ชาย	35(35.3)	13(12.7)	.871
	หญิง	32(31.7)	11(11.3)	
อายุ (ปี)	< 60 ปี	31(30.2)	10(10.8)	.697
	≥ 60 ปี	36(36.8)	14(13.2)	
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบ	55(54.5)	19(19.5)	.753
	ไม่สูบ	12(12.5)	5(4.5)	
ระดับ HbA1c (%)	< 7	24(22.1)	6(7.6)	.333
	≥ 7	43(44.9)	18(16.1)	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับการตรวจเสมหะหลัง 2 เดือน (n =91)

	ตัวแปร	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	p-value
เพศ	ชาย	45(46.4)	3(1.6)	.096
	หญิง	43(41.6)	0(1.4)	
อายุ (ปี)	< 60 ปี	39(39.6)	2(1.4)	.444
	≥ 60 ปี	49(48.4)	1(1.6)	
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบ	71(71.6)	3(2.4)	.399
	ไม่สูบ	17(16.4)	0(0.6)	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	p-value
ระดับ HbA1c (%)			
< 7	30(29.0)	0(1.0)	.217
≥ 7	58(59.0)	3(2.0)	

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด ที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 91 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หรือมีระดับ HbA1c $\geq 7.0\%$ มีโอกาสตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะได้มากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หรือมีระดับ HbA1c $< 7\%$ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ P. Prasad และคณะ⁸ และกิตติราวุฒิ ขวัญขริ และคณะ⁹ ที่พบว่าระดับ HbA1c $> 7.0\%$ มีความสัมพันธ์กับวัณโรคปอดที่พบเชื้อในเสมหะในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1c กับลักษณะเป็นแผลโพรงในปอด และผลการตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ P. Prasad และคณะ⁸ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนขนาดตัวอย่างที่เล็กกว่า ในส่วนตัวแปรเรื่องเพศ อายุ และการสูบบุหรี่ก็ไม่พบความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน

การที่ระดับ HbA1c มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะเนื่องมาจากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลงจึงทำให้ความสามารถในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียลดลง¹⁰ ซึ่งการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีนั้น มีความสำคัญในแง่การแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

นอกจากนั้น การเป็นวัณโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีโอกาสพบความล้มเหลวในการรักษาสูงถึง 1.8 เท่า รวมถึงมีโอกาสพบความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา 1.5 เท่า และ มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของวัณโรคสูงถึง 1.8- 3.9 เท่า¹¹ และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6 ถึง 7 เท่า¹² ดังนั้น ควรให้ความสำคัญในการคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดี เพื่อผลสำเร็จในการรักษาโรค และลดภาวะแทรกซ้อนของวัณโรคปอดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษานี้ พบว่า ระดับ HbA1c $> 7 \text{ mg\%}$ มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด ดังนั้น การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดำเนินการทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c $> 7 \text{ mg\%}$ และกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Close contacts) เช่น เด็ก และผู้สูงอายุ

2. จากผลการศึกษานี้ พบว่า การตรวจเสมหะหลังการรักษา 2 เดือน ยังตรวจพบเชื้อ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3 ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงภาวะการดื้อยาของยา Rifampicin หรือผู้ป่วยรับประทานยาครบ หรือไม่ เนื่องจากอาการข้างเคียงของยา ซึ่งผู้เกี่ยวข้องต้องวิเคราะห์ถึงสาเหตุและรีบดำเนินการแก้ไขทันที เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อในชุมชนต่อไป หรือถ้ายังพบเชื้อวัณโรคแนะนำให้ตรวจทางอณูชีววิทยาวิธี Xpert MTB/RIF หรือ Line probe assay ได้ทันที

3. เนื่องจากพบความสัมพันธ์ระหว่างวัณโรคปอด และโรคเบาหวาน ดังนั้น บุคลากรที่ทำหน้าที่ตรวจคัดกรอง และสัมผัสกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย สุ่มบุคลากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ธงภักดิ์ มีเพียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหานที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่เวชสถิติทุกคนที่ได้ค้นเวชระเบียนและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในจัดเก็บข้อมูล จนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Department of Disease Control. The important measure and activities to control tuberculosis 2014-2018. Bangkok: Department of Disease Control; 2556.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Systematic screening for active TB and drug-resistant TB). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
4. โรงพยาบาลหนองหาน. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561. กลุ่มหลักประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์. 2561.
5. ดารณี อินทราวัฒน์ และภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร. 2562; 11 (1): 9-18.
6. Chiang C-Y, Lee J-J, Chien S-T, Enarson DA, Chang Y-C, Chen Y-T, et al. (2014) Glycemic Control and Radiographic Manifestations of Tuberculosis in Diabetic Patients. PLoS ONE 9(4): e93397. doi:10.1371/journal.pone.0093397
7. C Pérez-Guzman, A Torres-Cruz, H Villarreal-Velarde, M A Salazar-Lezama, M H Vargas. Atypical Radiological Images of Pulmonary Tuberculosis in 192 Diabetic Patients: A Comparative Study. Int J Tuberc Lung Dis. 2001; 5(5): 455-461.
8. P. Prasad, corresponding author¹ S. Gounder,² S. Varman,¹ and K. Viney^{3,4} Sputum smear conversion and treatment outcomes for tuberculosis patients with and without diabetes in Fiji Public Health Action. 2014; 4(3): 159–163.
9. Vinay Mahishale, corresponding author Bhagyashri Patil, Mitchell Lolly, Ajith Eti, and Sujeer Khan. Prevalence of Smoking and Its Impact on Treatment Outcomes in Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients: A Hospital-Based Prospective Study. 2015 Aug 17. doi: 10.4068/cmj.2015.51.2.86
10. กิตติราวุฒิ ขวัญชาธิ, พรนภา ศุภระเวทย์ศิริ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดผสมหอบหืดในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย: การวิเคราะห์เมตา. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23(3): 1-11.
11. Alba-Loureiro TC, Munhoz CD, Martins JO, Cerchiaro GA, Scavone C, Curi R, et al. Neutrophil function and metabolism in individuals with diabetes mellitus. Braz J Med Biol Res. 2007; 40(8): 1037-44.
12. Jimenez-Corona ME, Cruz-Hervert LP, Garcla-Garcla L, Ferreyra-Reyes L, Delgado-Sanchez G, Bobadilla-Del-Valle M, et al. Association of diabetes and tuberculosis: impact on and post-treatment outcomes. Thorax. 2013; 68(3): 214-20
13. Dooley KE, Tang T, Golub JE, Dorman SE, Cronin W. Impact of diabetes mellitus on treatment outcomes of patients with active tuberculosis. Am J Trop Med Hyg. 2009; 80: 634–9.

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พีรณตรี ศรีชัยเลิศสกุล*

Peeranuch Sornchailertsakul

Corresponding author: E-mail:peeranuch55@gmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ

รูปแบบการวิจัย : Qua-si experimental แบบ One group pre-test posttest design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอ้างอิง Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเชื่อมั่นที่ 95% Confidence Interval difference

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.00 คะแนน (95% CI; 2.387, 3.612)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การกระตุ้นการทำงานสมอง; สมรรถนะสมอง; ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Purpose : To compare the effect of cognitive stimulation on elderly in Suwannaphum subdistrict municipality.

Design : Qua-si experimental study.

Materials and Methods : 30 of subjects were aged 60 year old and older who met a inclusion and exclusion criteria. Data were collected by using questionnaires, and basic brain condition a tests, Thai version: MMSE –Thai 2002). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test, set the statistical significance at .05 level and 95% confidence interval difference. Main findings: After intervention, it was found that the elderly had significantly higher cognitive stimulation mean scores than when was compared with before intervention ($p < .001$), with an cognitive stimulation mean scores increased as 3.00 scores (95% CI; 2.387, 3.612)

Conclusion and recommendations : This research suggests that a cognitive stimulation activate program is a result in elderly having increased cognitive stimulation.

Keywords : cognitive stimulation activate; Cognitive stimulation; Elderly

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการสำรวจและคาดคะเนแนวโน้มประชากร ปี พ.ศ. 2533 - 2568 คาดว่าปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.2 (6.6 ล้านคน) ปี พ.ศ.2553 ร้อยละ 11.47 ปี 2558 ร้อยละ 13.21 และ ปี 2563 ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคต และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว หมายถึง การมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นถึงร้อยละ 14.5 ของประชากร หรือจำนวน 9.4 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 5 แสนคน คาดว่าภายในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์(Aged Society) โดยจะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 14.4 ล้านคนหรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด กล่าวคือจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในประชากรทุกๆ 5 คน¹

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 90 ยังสามารถพึ่งตนเองได้ มีประมาณร้อยละ 9 เท่านั้น ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วนและประมาณร้อยละ 1 ที่ต้องป่วยนอนติดเตียง โรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วนลงพุง และโรคข้อเสื่อม ในขณะที่โรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย พิการ และการเสียชีวิตของผู้ที่มีอายุ

60 ปีขึ้นไปเป็นอันดับ 5 นอกจากนี้ ผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2542 - 2544 โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ในผู้สูงอายุ 23 จังหวัด จำนวน 37,157 คน พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4 อัตราการเกิดโรคในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ประมาณร้อยละ 8.8 และอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.4 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี และยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายคือ ร้อยละ 13.9 เช่นเดียวกับการสำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี เป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 3.34 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-64 ปี ถึงร้อยละ 31.3 และในผู้สูงอายุช่วงอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป เป็นโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 70²

จากการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,147 คน เมื่อแบ่งตามศักยภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 12,378 คน คิดเป็นร้อยละ 94.15 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ทำกิจวัตรประจำวันได้ จำนวน

589 คน คิดเป็นร้อยละ 4.48 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 1.37 ผลการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น พบภาวะสมองเสื่อม 355 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 ในขณะที่ผลการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลสระคู จำนวน 3,147 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 3,036 คน คิดเป็นร้อยละ 96.47 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ทำการกิจวัตรประจำวันได้ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 3.88 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 1.61 พบความดันโลหิตสูง 542 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.22 รองลงมาคือสุขภาพช่องปาก 245 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 โรคเบาหวาน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 8.07 และภาวะซึมเศร้า 68 คน คิดเป็นร้อยละ 2.16³

สภาพปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากโรคทางสมองมีลักษณะเรื้อรัง การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป รบกวนการทำงานของสมอง เช่น ความคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจเกิดความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม^{4,5} เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้นกับภาวะสมองเสื่อมในประชากรอายุเท่ากับหรือมากกว่า 50 ปี ที่มีการรู้คิดลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ระบบประสาทตั้งแต่เริ่มต้น และ 1 ปี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 คน เริ่มต้นร้อยละ 46 มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ร้อยละ 10.2 มีภาวะสมองเสื่อม เวลาผ่านไป 1 ปี ผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ร้อยละ 9.9 เกิดภาวะสมองเสื่อม และร้อยละ 59.3 กลับสู่ภาวะปกติ ผลการศึกษาบอกถึงแนวโน้มผู้ที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น ร้อยละ 9.9 จะเปลี่ยนเป็นภาวะสมองเสื่อม ในเวลา 1 ปี⁽⁶⁾

ภาวะสมองบกพร่องระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นภาวะที่สมองเริ่มมีการเสื่อมครอบคลุมหลายด้าน เกินกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับคนที่อายุและระดับการศึกษานั้นๆ แต่อาการมักจะไม่เป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปัญหาที่พบบ่อยของภาวะสมองบกพร่องระยะต้น คือ การจำชื่อคนไม่ได้ สัมผัสของไม่มีสมาธิ พุดสับสน/วุ่น หลงลืมวัน เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก

ไม่มีสมาธิจดจ่อ หลงทิศทาง ความคิดการแก้ไขปัญหาช้าลง หรือผิดพลาด⁶ ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive function) ด้านความจำ (Memory) ความใส่ใจ (Attention) มิติทัศน์ (Visuo-spatial function) และการดำเนินการปฏิบัติ (Execution function) การป้องกันและการชะลอความจำเสื่อมโดยการฝึกความจำอย่างสม่ำเสมอเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความจำที่ดีขึ้นและการชะลอความจำเสื่อม⁷

การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองดังกล่าวส่วนใหญ่จะใช้กิจกรรมฝึกสมองแบบฝึกการรู้คิด (Cognitive training) ออกแบบมาเพื่อกระตุ้นการทำหน้าที่รู้คิด คือการฝึกสมองที่มีระเบียบแบบแผน (Structured practice) ที่เฉพาะเจาะจงกับด้านต่างๆ ของสมอง เช่น ความจำ ความใส่ใจ และภาษา เป็นต้น ได้รับพัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ อายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยานักกิจกรรมบำบัด การพัฒนารูปแบบได้อ้างอิงปัญหาที่พบบ่อยในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ เช่น การจำชื่อคนไม่ได้ หาของไม่พบ การหลงทิศทาง มีความลำบากในการตัดสินใจ เชื่อมโยงกับความสามารถของสมองด้านที่สำคัญในการรับรู้ข้อมูล และประมวลผล คือความใส่ใจ มิติสัมพันธ์ ความจำ และทักษะการจัดการรูปแบบกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ และได้ศึกษานำร่องที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า กิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความสามารถของสมองช่วยให้ผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านการใช้ภาษาดีขึ้น⁸

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนอกจากจะนำมาซึ่งภาระพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานแล้ว ยังเป็นวัยที่นำพาความเสื่อมถอยของสุขภาพมาด้วย อายุที่ยืนยาวยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ และสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในภาวะเช่นนี้ก็คือ การเตรียมพร้อมเพื่อการป้องกันบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งจะตามมาพร้อมๆ กับอายุที่ยืดยาวขึ้น และหนึ่งในโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในอันดับต้นๆ ก็คือ โรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นโรคที่มี

ความเกี่ยวข้องโดยตรงกับอายุที่มากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมหรือโรคสมองเสื่อม เป็นภาวะที่การทำงานของสมองเสื่อมถอยลงจากเดิม (Cognitive decline) จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ทำให้ความรอบรู้ ความเฉลียวฉลาด ความคิด การตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง โดยมีการทำงานของสมองเสื่อมลงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ด้าน ได้แก่ ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ (Learning and memory) ภาษา (Language) การประมวลผล (Executive function) สมาธิ (Attention) Perceptual-motor และ Social cognition มักพบปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสมองเสื่อม 2 ประการ คือ ปัญหาความจำ และ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเสื่อมลงของการทำงานของสมองจะแย่งชิงเรื่อยๆ จนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้นก่อนแล้วจึงสูญเสียความจำระยะยาว ซึ่งในเรื่องความจำนั้นจะเป็นปัญหาต่อการดูแลและมักทำให้เกิดการทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างยิ่งที่ต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อหาวิธีในการพัฒนาศักยภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสมรรถภาพสมองโดยการเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นสมองตามโปรแกรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 10 เมษายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study population) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่มีปัญหาการทรงตัว
4. ยินดี เต็มใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมการกระตุ้นสมองทั้ง 5 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายภูมิลำเนาขณะศึกษาวิจัย
2. เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 80%

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 คน จาก 9 ชุมชนๆ ละ 2 คน เท่ากับ 18 คน และชุมชนขนาดใหญ่ จำนวน 3 ชุมชนๆ ละ 4 คน เท่ากับ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการโครงสร้างความจำของแอดคินสัน และชิฟฟริน⁹ ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของเคลนแมน (Kleinman)¹⁰ โดยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการจำของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย โดยจัดทำเป็นคู่มือให้แก่กลุ่มทดลองทุกราย โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องสมองและฝึกกิจกรรมทางความคิด : ให้เห็นความสำคัญในการฝึกความจำชื่อ โดยการตั้งสติ (ฝึกจำชื่อสมาชิกในกลุ่ม) การใส่ใจกับภาพ (ฝึกการจดจำ

รูปภาพ) และตัวอักษร (ฝึกการต่อคำ) การบ้าน : ทบทวนความจำระยะยาวด้วยการทำอัตชีวประวัติ เรื่องที่เป็นความภาคภูมิใจ ความรู้สึกดีกับตนเอง อะไรก็ได้ที่อยากเขียน อาจมีภาพถ่ายหรืออยากเล่าเป็นภาพ ทำได้ตามอัธยาศัย โดยกิจกรรมส่วนนี้ใช้กระตุ้นความจำ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล [Memory : ส่วนของความใส่ใจอย่างต่อเนื่อง (Sustained attention)] ครั้งที่ 2 ฝึกความจำระยะยาวและกระตุ้นการรับรู้ (กิจกรรมทางความคิด) และฝึกกิจกรรมตาราง 9 ช่อง (กิจกรรมทางกาย): การเล่าเรื่องราวในอดีต อาจเป็นความภาคภูมิใจ และความรู้สึกดีกับตนเอง ครอบครัวหรือสิ่งที่อยากเล่า (นำสิ่งที่เขียนหรือภาพมาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง) ร่วมกับการฝึกตาราง 9 ช่อง การบ้าน : เลือกฟัง/ดูสิ่งที่สนใจ (เพลง ธรรมชาติ หรือรายการโทรทัศน์ วันละ 15 นาที) สรุปประเด็นที่ได้ฟังหรือดูในสมุดบันทึกทุกวัน ร่วมกับการฝึกตาราง 9 ช่อง โดยกิจกรรมส่วนนี้ใช้กระตุ้นความจำ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำๆ (Memory) และความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูลการทบทวนซ้ำๆ [Memory: ส่วนของความใส่ใจในสิ่งที่สนใจ (Selective attention)] ครั้งที่ 3 ฝึกมิติสัมพันธ์ กิจกรรมต่อบล็อกไม้ ร่วมกับการนำการบ้านครั้งที่แล้วมาเล่าให้สมาชิกฟัง การบ้าน: ฝึกต่อบล็อกไม้ตามภาพที่กำหนดให้ทุกวันโดยสมาชิกในครอบครัว/ชุมชนมีส่วนร่วม (ทุกคนจะได้ต่อบล็อกไม้คนละ 10 ก้อนพร้อมภาพที่กำหนด จำนวน 10 ภาพ) โดยกิจกรรมส่วนนี้ ฝึกการมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ กระยะได้ (Visuo-spatial function) Memory และ Executive function ครั้งที่ 4 จินตนาการจำภาพและตัวเลข : ฝึกจดจำตัวเลขในตาราง 9 ช่อง หรือหมายเลขโทรศัพท์ ให้จำตาราง 9 ช่อง หรือหมายเลขโทรศัพท์ โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึกให้ความใส่ใจในด้านต่างๆ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำๆ และการดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้ (Attention) ความจำ (Memory) และ Executive function ครั้งที่ 5 ทบทวนกิจกรรมตาราง 9 ช่อง และการต่อบล็อกและทดสอบ Post-test หลังกิจกรรมกระตุ้นสมองครบ 5 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมองและคู่มือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องเล็กน้อยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง

กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงและแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาศัยอยู่กับ การศึกษาอาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ

2.2 แบบสอบถามสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว รอบสะโพก ชีพจร ความดันโลหิต ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน โรคและการเจ็บป่วย

2.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE –Thai 2002)

การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

2. การรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยยินดียินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง

3. การดำเนินการวิจัย สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายกลุ่ม 30 ราย ตามโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมอง จำนวน 5 กิจกรรมๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที ทำทุกสัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี รวม 5 สัปดาห์ ณ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบไปด้วยกิจกรรม

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องสมองและฝึกกิจกรรมทางความคิด : ให้ความสำคัญในการฝึกความจำชื่อ โดยการตั้งสติ (ฝึกจำชื่อสมาชิกในกลุ่ม) การใส่ใจกับภาพ (ฝึกการจดจำรูปภาพ) และตัวอักษร (ฝึกการต่อคำ)

ครั้งที่ 2 ฝึกความจำระยะยาวและกระตุ้นการรับรู้ (กิจกรรมทางความคิด) และฝึกกิจกรรมตาราง 9 ช่อง

(กิจกรรมทางกาย): การเล่าเรื่องราวในอดีตอาจเป็นความภาคภูมิใจและความรู้สึกดี ๆ กับตนเอง ครอบครัวหรือสิ่งที่ยอยากเล่า (นำสิ่งที่เขียนหรือภาพมาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง) ร่วมกับการฝึกตาราง 9 ช่อง

ครั้งที่ 3 ฝึกมิติสัมพันธ์ กิจกรรมต่อบล็อกไม้ร่วมกับการนำการบ้านครั้งที่แล้วมาเล่าให้สมาชิกคนอื่น ๆ ฟัง

ครั้งที่ 4 จินตนาการจำภาพและตัวเลข : ฝึกจดจำตัวเลขในตาราง 9 ช่อง หรือหมายเลขโทรศัพท์ ให้จำตาราง 9 ช่อง หรือหมายเลขโทรศัพท์ โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึกให้ความใส่ใจในด้านต่าง ๆ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำ ๆ และการดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้ (Attention) ความจำ (Memory) และ Executive function

ครั้งที่ 5 ทบทวนกิจกรรมตาราง 9 ช่อง และการต่อบล็อกไม้ และการประเมินผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองโดยการประเมินความสามารถในการจำด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยหลังการทดลองทันที

4. การสรุป วิเคราะห์ผล ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการทดลองจากผลคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่อจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p = .344$) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติพารามตริกมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

(Dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0762561 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย รวมทั้งการรักษาความลับ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร จากผู้สูงอายุทั้งหมด 30 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง (63%) อายุเฉลี่ย 78 ปี ($SD = 8.96$) อายุตั้งแต่ 70 - 79 ปี (40.0%) เป็นหม้าย (53%) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (43.%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (80%) ไม่ได้ทำงาน (77%) รายได้เฉลี่ย 2,253 บาทต่อปี ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (93%) รายได้ต่อเดือนน้อยที่สุดคือ 600 บาท และมากที่สุดคือ 20,000 บาท และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร ชุมชน หรือกลุ่มต่างๆ ในชุมชนของผู้สูงอายุ (60%)

2. สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีน้ำหนักปกติมากที่สุด (40%) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.8 กิโลกรัม/เมตร² มองเห็นไม่ชัดและตามัว (97%) ได้ยินไม่ชัด (77%) มีโรคประจำตัว (60%) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคหัวใจและโรคข้อเข่าเสื่อม

3. หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนค่าเฉลี่ยของสมรรถนะสมองมากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสมองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.00 คะแนน (95% CI; 2.387, 3.612) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

คะแนนสมรรถนะสมอง	n	M(SD)	Mean diff.(SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ก่อนการพัฒนา	30	15.03(3.34)	3.00(0.29)	2.387	3.612	<.001*
หลังการพัฒนา	30	18.03(2.95)				

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนค่าเฉลี่ยของสมรรถนะสมองมากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสมองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.00 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมองที่พัฒนาขึ้นมาได้นำแนวคิดของกระบวนการโครงสร้างความจำของแอดคินสันและซิฟฟริน¹¹ มาใช้ร่วมกับการบูรณาการการนำแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของเคลนแมน (Kleinman)¹⁰ โดยประยุกต์มาใช้ในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการจำของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย สามารถฟื้นฟูความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย เพราะการฝึกความจำช่วยกระตุ้นให้เซลล์ประสาทสมองทุกส่วนเกิดการตื่นตัว แดกกังก้านสาขา มีการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทสมองส่วนต่างๆ มากขึ้นและแข็งแรงขึ้น และทำงานประสานกันมากขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูความจำระยะสั้นถือเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องด้านการรู้คิด มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดด้านต่างๆ และความสามารถในการจำของสมองดีขึ้น¹² และเมื่อมีกิจกรรมซ้ำๆ ทั้งจากการรื้อมาบริหารสมองและการรำไม้พลอง การทายสุภาษิตคำพังเพย ฝึกคิดเลขเร็ว เล่นหมากรุก สามารถส่งเสริมทักษะด้านความสนใจจดจ่อ ความจำ และการบริหารจัดการ ส่วนการทายชนิดของสมุนไพร และการทำอาหารไทย จะส่งเสริมความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมีสัมผัส และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว

ในทำนองเดียวกับผลการวิจัยของรัชนิ ศรีเจียคำ¹³ ค้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกที่ได้รับโปรแกรมฝึกความจำ จำนวน 13 ใน 15 ราย (86.61%) มีความสามารถในการจำเพิ่มขึ้นใน 2 สัปดาห์ภายหลังได้รับ

โปรแกรม และเมื่อได้มีการทบทวนการปฏิบัติซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการทบทวนก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมใหม่จะทำให้การทำงานของระบบกระตุ้น (Arousal system) ซึ่งเป็นระบบแรกที่ได้รับข้อมูลและข้อมูลที่มีการทบทวนหรือรับข้อมูลนั้นซ้ำอีก ข้อมูลจะผ่านไปสู่ระบบลิมบิก (Limbic system) แล้วเกิดเป็นความจำสัมผัส ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเก็บข้อมูลที่ได้รับและเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น (Short-term memory) ความจำจะสามารถคงอยู่เป็นวันหรือ 2-3 วัน ส่งผลให้ความจำระยะสั้นเปลี่ยนเป็นความจำระยะยาว (Long-term memory) ที่ทำให้ความจำคงอยู่ตลอดไป สอดคล้องกับงานวิจัยของกรีนเวย์ ดันแคนและสมิธ (Greenaway, Duncan & Smith)¹⁴ ที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านความจำที่มีองค์ประกอบด้านการทดแทนจะมีการเรียนรู้ ความจำ การวางแผน การจัดระบบระเบียบและความสามารถในการทำงานของสมองขั้นสูงดีขึ้น และยังส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของวูด อากูร์ สเปคเตอร์ และโอเรล (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell)¹⁵ ที่ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาถึงการกระตุ้นความสามารถในการจดจำของสมอง พบว่า การฝึกสมอง มีประโยชน์ต่อความสามารถในการจดจำและความคิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ทำให้เกิดการเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่เซลล์ประสาทสมองส่วนเดนไดรต์ (Dendrite) ทำให้เกิดการแตกแขนงและเชื่อมต่อเซลล์ประสาทสมองมากขึ้น และยังส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ได้มากยิ่งขึ้น¹⁶ ส่งผลให้การทำงานของสมองด้านความจำมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ทำให้ความสามารถในด้านความรู้ ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจโดยใช้เหตุผล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นด้วย

นอกจากนั้นผลการวิจัยข้างต้นยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก¹⁷ ค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะ และค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 เพิ่มขึ้น ดังนั้นโปรแกรมกิจกรรมศิลปะเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกได้ ; หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁸ ; ค่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁹ ; ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจำของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกความจำด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นสูงกว่าก่อนทดลองและผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจำของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม²⁰ ; ภายหลังการทดลอง 3 เดือนและระยะติดตามผลเดือนที่ 6 และ 9 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม²¹ ; คะแนนเฉลี่ยของความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม²² และ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม²³ ; คะแนนเฉลี่ยพุทธิปัญญาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและคะแนนเฉลี่ยพุทธิปัญญาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่ากลุ่มควบคุม²⁴ กล่าวโดยสรุปได้ว่า ในปัจจุบันวิธีที่ดีที่สุดคือ การมุ่งเน้นการชะลอภาวะสมองเสื่อมเนื่อหาบทความนี้ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นโดยเน้นแนวคิดหลักการดูแลรักษาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นโดยเน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลาง และบทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยมีเนื้อหาสำคัญอาทิ การประเมินความ

พร้อมของครอบครัวและผู้สูงอายุการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นร่วมกับครอบครัว โดยการใช้เทคนิคโคซซิง ซึ่งประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ได้แก่ เทรนนิ่ง โกด์ดิง การให้คำปรึกษา และการจัดโครงการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมให้การส่งเสริมครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการประเมินผลการส่งเสริมครอบครัวที่เป็นผลลัพธ์การพยาบาล²⁵

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

การนำโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุไปใช้ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนของแต่ละกิจกรรมในคู่มือ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ และมีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ที่จะนำโปรแกรมฯ ไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายกเทศมนตรีและผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการและขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านเป็นอย่างสูงที่เป็นส่วนสำคัญให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 5 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/11319/15636.pdf
2. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เดอะ กราฟิक्सเต็มส์, 2557.
3. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. ผลการปฏิบัติงานยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ. จังหวัดร้อยเอ็ด, 2559.

4. รินทร์ ฉันทศิริกาญจน. รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะสมองเสื่อม” ในคู่มือ แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถาน บริการสุขภาพ. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2558.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมอง ของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น พ.ศ. 2557-2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2559.
6. Olazaran, J. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Family Practice*. 2011; 28: 385-392.
7. Wilson, R., Scherr, P., Scheider, J., et al. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*. 2007;69:1991-1920.
8. ดาวชมพู นาคะวิโร, สิริทรรณ ฉันทศิริกาญจน,พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อรพรรณ แอบไธสง, ภัทรา สุดสาคร, จารุณี วิทยาจักร และภัทรพร วิสาจันทร์. การกระตุ้น ความสามารถของสมองด้านทักษะการจัดการความ ใส่ใจ ความจำและมิติสัมพันธ์ในผู้ที่มีสมรรถภาพ สมองบกพร่องระยะต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*. 2560; 62:337-348.
9. Atkinson, R. C, & Shiffin, R. M. *Psychology : Principles and application* (2nded). New Jersey: Prentice Hall, 1997.
10. Kleinman. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology Medicine and Psychiatry*, Berkley. London: University of California Press, 1980.
11. Reijnders, J., Heugten, C. V., & Boxtel, M. V. Cognitive interventions in healthy older Adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1): 2013: 263-75.
12. รัชณี ศรีเจียงคำ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม ฝึกความจำ ในผู้สูง อายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมระยะ แรกในคลินิกความจำโรงพยาบาลลำปาง (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557.
13. Greenway, M. C., Duncan, N. L., Smith, G.E. The memory support system for mild Cognitive impairment: Randomized trial of a cognitive rehabilitation intervention. *International Journal of geriatric psychiatry*, 28(4): 2013; 402-409.
14. Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve Cognitive functioning in people with dementia. Retried from <http://www.Thecochranelibrary.com/details/file/.../CD005562.html>
15. Fahimi, A., & et al. Physical exercise induces structural alterations in the hippocampal astrocytes: Exploring the role of BDNF-TrkB signaling. *Brain Structure and Function*, 222(4):2017; 1797-1808.
16. นปภัช กันแพงศรี และจิราพร เกศพิชญพัฒนา. ผลของ โปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก. 2557: 164-177.
17. ไพรัช มโนสารโสภณ. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพ ที่มีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยและ พัฒนาลอยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 15 (1): มกราคม - เมษายน 2563; 13-23.
18. จุฑามาศ วงจันทร์, มยุรี ถีทองอิน และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*. 35(2): เมษายน-มิถุนายน 2563 ; 71-84.

19. จารุวรรณ ก้านศรี, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, นภัสสร ยอดทองดี และเกรียงศักดิ์ ยศพิมพ์. ผลของโปรแกรมการฝึกความจำด้วย ภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อความสามารถในการจำของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย. พยาบาลสาร. 44 (พิเศษ): ธันวาคม 2560; 12-21.
20. วิณา ลิมสกุล, บุรินทร์ เอี่ยมขำ และปณณช คงเสนห์. การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 32 (3): กรกฎาคม-กันยายน 2561; 1143-1145.
21. จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จงพานิช, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของ โปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย. วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข. 27(3): กันยายน-ธันวาคม 2560: 176-187.
22. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตยา สุวรรณ. ผลของ โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร พยาบาลสภาวิชาชีพ. 9 (ฉบับพิเศษ 2); กรกฎาคม-ธันวาคม 2559: 145-157.
23. ลุดฟี สะมะแอ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และวิภาวี คงอินทร์. ผลของโปรแกรมฝึกสมองตามหลักปรัชญา มอนเตสซอรีบนฐานวิถีชีวิตมุสลิมต่อการเสริมสร้าง พหุปัญญาในผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ สมองเสื่อม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 8(2): พฤษภาคม-สิงหาคม 2559: 16-27.
24. ชัชวาล วงศ์สารี. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริม ครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ในผู้สูงอายุ. ว. วิทย์. เทคโนโลยี. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 4 (2); กรกฎาคม - ธันวาคม 2561; 102-111.

การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of public relations model for using Emergency Medical Services systems in Ban Muang Noi area Tha Hat Yao subdistrict, Phonsai District, Roi Et Province.

พุทธรักษ์ อินทร์ห้างหัว*, พรสุตา กาญจนลาภ**, ชนกเนตร ไกรยบุตร**

Putthavak Inhangwa, Pornsuda Kanjanalab, Chanocnate Graiyaboot

Corresponding author: E-mail: emt8nong@hotmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างและศึกษาผลการใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชากร บ้านม่วงน้อยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 112 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีคุณภาพและได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : พบว่าตามวัตถุประสงค์ มี 2 แบบ

1. รูปแบบการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) ประชุมแผน 2) กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ 3) พัฒนาผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความมั่นใจในการประชาสัมพันธ์ด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการสนทนากลุ่ม 4) จัดทำคู่มือและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น หอกระจายข่าว ติดป้ายไว้นิล ร้านค้าชุมชน ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน 5) การประเมินผล

2. ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 79.61% มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 88.73%

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้หน่วยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับควรให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การให้ข้อมูลด้านการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งควรมีการจัดตั้งหน่วยบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของกู้ชีพให้ครบทุกตำบล

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาประชาสัมพันธ์; การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ** เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลโพธาราม

ABSTRACT

Purpose : This action research aims to develop an emergency medical services system and study the use of the public relations model of emergency medical services in Muang Noi area. Tha Hat Yao subdistrict, Phonsai District, Roi Et province.

Design : Action Research

Materials and Methods : Using the predisposing factors of characteristics, Enabling factors (ease of access to emergency medical services) to know the outcome of the public relations model, A sample group consists of health officer. The lead core, A community health volunteer. and Muang Noi populations of the age of 15 years up. 112 people Select the accidentally sample group Data were collected using a questionnaire, whose reliability the CVI value 0.85

Main findings : The majority of the volunteers are male (58.04%). With an Average of 47 year old, They were a single (59.82%). and were mostly graduated (61.61%) sale profession, trading (31.25%), average revenues 14,750 baht, the rights UC (55.36%), with a diabetic treatment of diabetes (38.40%)

The awareness of emergency medical services is recognized by the 1669 hotline as a notification number, recognized that the 1669 hotline number can be toll free in all networks, recognized that the emergency ambulance Service is available at any time. 24 hours, awareness of the notice and must be in place where the ambulance makes the nursing unit quickly access and Correct. The opinions about emergency medical services are found to be convenient if you have to run the emergency medical services of the District and the PhonSai Hospital.

Conclusion and recommendations : This research finding could be used for all level of emergency medical operations units should be provided information on the recognition of Emergency medical Services to the public, especially in patients with underlying diseases. Coordinate with local administrative organizations in establishing an emergency rescue unit in each and every subdistrict.

Keywords : public relations development model; Access to emergency medical system

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคต่างๆ รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติ และการได้รับสารพิษ การเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงและการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อให้เกิดความสูญเสียจากการบาดเจ็บและการตายอย่างมากมาย¹ การให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีความสำคัญยิ่งที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและเร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รุนแรงร้อยละ 60-80 ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บเกิดขึ้นก่อน

ถึงโรงพยาบาล และมีความแตกต่าง²ของการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บในประเทศที่กำลังพัฒนากับประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังพบว่าการนำผู้บาดเจ็บมายังโรงพยาบาลในประเทศล้าหลังใช้เวลานาน ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 มา โรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง ในขณะที่ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนา เช่น สหรัฐอเมริกา ถูกนำส่งมาโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต 2 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบท ทั้งที่ความรุนแรงของการบาดเจ็บในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ในเขตเมืองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเวลาของการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที โอกาสการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจะสูงกว่าและพบว่า ร้อยละ 15-20 ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในประเทศด้อยพัฒนา

สามารถป้องกันได้¹ ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถลดความสูญเสียและการเสียชีวิตก่อนถึง โรงพยาบาล

แต่จากรายงาน³ พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 23,539 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้มารับบริการโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหน่วยขององค์การบริหารส่วนตำบล (กู้ชีพ ตำบล) และหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลโพธารายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,041 คน ส่วนคนที่ไม่ได้ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 22,498 คน เมื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า การรับรู้และความเข้าใจในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ทั่วถึง (สำรวจนักรอง (Pilot survey) ซึ่งรูปแบบการประชาสัมพันธ์แบบเดิม คือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเห็นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารายขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินการดังนี้

ประชากร ได้แก่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชากรบ้านม่วงน้อยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน อาสาสมัคร

สาธารณสุข และประชากรบ้านม่วงน้อยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 112 คน ที่มีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก

1. ต้องเป็นประชาชนบ้านม่วงน้อย
2. ต้องอาศัยอยู่บ้านม่วงน้อย อย่างน้อย 1 ปี
3. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

คุณสมบัติเกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายภูมิลำเนาขณะดำเนินการวิจัย
2. เข้าร่วมประชุมกิจกรรมน้อยกว่า 80 %

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. คุณภาพเครื่องมือ โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

กระบวนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

บริบทสภาพปัญหาและสถานการณ์ในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรบ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด และทบทวนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของบ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของบ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ติดต่อประสานงานและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในเดือนเมษายน 2562 ได้แก่ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปของบ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการร่วมพัฒนาในครั้งนี้

3. ขอความสมัครใจในการร่วมกระบวนการวิจัยในเดือนพฤษภาคม 2562 ด้วยการพิจารณาคุณสมบัติและยินดีเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งประชุมคณะกรรมการเพื่อซักซ้อมความเข้าใจร่วมกัน

4. สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัย แจ้งกำหนดการและวิธีดำเนินการศึกษาและอธิบายให้ผู้เข้าร่วม

5. จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเดือนพฤษภาคม 2562 ได้แก่ แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามความเข้าใจของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เข้าสู่กระบวนการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) การวางแผนพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการออกแบบเพื่อพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกิจกรรมการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่สำคัญ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อนำสู่การพัฒนาพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเลือกประเด็นปัญหาที่พบเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ เลือกแหล่งหลักฐานการวิจัยของการสืบค้น เมื่อสืบค้นได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาทบทวนวิเคราะห์ ประเมินงานวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือแล้วกำหนดแผนการดำเนินงานโดยได้จัดทำโครงการและกำหนดกิจกรรมในเดือนพฤษภาคม 2562 ถึงเดือนมิถุนายน 2562

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผนดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบแก่สมาชิกเครือข่ายสุขภาพร่วมกัน
3. พัฒนาผู้นำชุมชน/อสม.ให้มีความมั่นใจในการประชาสัมพันธ์ด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการสนทนากลุ่ม

4. จัดทำคู่มือและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ด้วยเนื้อหาที่กระชับอ่านเข้าใจง่าย เช่นหอกระจายข่าว ติดป้ายไวนิลร้านค้าชุมชน ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน

5. ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) โดยการสังเกตการณ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำเข้าสู่ผลการสะท้อนการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษาประเมินผล วิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยประเมินผลการพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสะท้อนสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทนโยบาย สภาพปัญหาเพื่อให้ได้รูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งประชาชนเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย

ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) ทำการสรุปติดตามและประเมินผลรูปแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0702562

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่างๆ ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

การเสนอข้อมูลงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการ
ประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน
พื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอนาทาย

จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดโดยใช้
แบบสอบถามจำนวน ทั้งหมด 112 ฉบับ ซึ่งผลการวิจัย
นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้
1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา
โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว (n = 112)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	n(%)
เพศ	
ชาย	65(58.04)
หญิง	47(41.96)
อายุ	
อายุ 15-30 ปี	28(25.00)
อายุ 31-45 ปี	43(38.40)
อายุ 46-60 ปี	37(33.04)
> 60 ปี	4(3.56)
อายุเฉลี่ย ($M = 47$ ปี $SD = 0.49$ ปี)	
สถานภาพ	
โสด	33(29.47)
คู่	45(40.18)
หม้าย	10(8.93)
แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง	24(24.43)
การศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	29(25.90)
มัธยมศึกษา	69(61.61)
ปริญญาตรี	7(6.25)
ปริญญาโท	2(1.79)
ไม่ได้ศึกษา	5(4.47)
อาชีพ	
ค้าขาย	35(31.25)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	15(13.40)
นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต	30(26.79)
เกษตรกร	30(26.79)
ไม่มีอาชีพ	5(4.47)
รายได้	
ต่ำกว่า 5,000 บาท	29(25.90)
5,000-10,000 บาท	38(33.93)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	n(%)
10,001 ขึ้นไป	45(40.18)
ค่าเฉลี่ย ($M = 14,750$ บาท $SD = 1,208$ บาท)	
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	62(55.36)
ข้าราชการ	19(16.97)
ประกันสังคม	31(27.68)
โรคประจำตัว	
เบาหวาน	43(38.40)
ความดันโลหิตสูง	32(28.58)
ไม่มีโรคประจำตัว	30(26.79)
อื่นๆ.....	7(6.25)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (58.04%) อายุเฉลี่ย 47 ปี อายุ 46-60 ปี (33.04%) สถานภาพคู่ (40.18%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (25.90%) อาชีพค้าขาย (37.25%) รายได้ เฉลี่ย = 14,750 บาท

สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (55.36%) โรคประจำตัวเบาหวาน (38.40%)

1.2 การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 112)

การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	n(%)
ด้านการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินทางโทรศัพท์	
1. หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 เป็นหมายเลขที่แจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน	
ใช่	102(91.08)
2. หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 สามารถฟรีทุกเครือข่าย	
ใช่	90(80.36)
3. ข้อมูลในการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินผู้แจ้งเหตุต้องอยู่ในสถานที่เกิดเหตุ	
ใช่	95(84.83)
4. ท่านสามารถเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง	
ใช่	101(90.18)
5. ข้อมูลการแจ้งเหตุ ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่สมมุติขึ้น อาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบ และไม่จำเป็นต้องระบุสถานที่เกิดเหตุ	
ใช่	58(51.79)
6. การแจ้งเหตุของผู้พบเหตุที่ชัดเจน ทำให้หน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินเข้าถึงและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	
ใช่	89(79.47)
โดยเฉลี่ยรวม	79.61%

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 เป็นหมายเลขที่แจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน (91.08) รองลงมาคือ หมายเลขโทรศัพท์สายด่วน 1669 สามารถฟรีทุกเครือข่าย (80.36%) ข้อมูลในการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินผู้แจ้งเหตุต้องอยู่ในสถานที่เกิดเหตุ (84.83%) ท่านสามารถเรียกใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง (90.18%) ข้อมูลการแจ้งเหตุประกอบด้วย

เหตุการณ์ที่สมมุติขึ้น อาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบและไม่จำเป็นต้องระบุสถานที่เกิดเหตุ (51.79%) การแจ้งเหตุของผู้พบเหตุที่ชัดเจนและให้หน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินเข้าถึงและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว (79.47%)

1.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 112)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	n(%)
1. ท่านคิดว่าจะได้รับความสะดวกหากต้องเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของกู้ชีพตำบล (ถ้ามี) ใช่หรือไม่	
ใช่	106 (94.65%)
2. ท่านคิดว่าจะได้รับความสะดวกหากต้องเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลโพธาราย ใช่หรือไม่	
ใช่	99(87.50%)
โดยเฉลี่ยรวม	88.73%

พบว่าการได้รับความสะดวกหากต้องเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของกู้ชีพตำบล (ถ้ามี) ใช่หรือไม่ (94.65%) และการได้รับความสะดวกหากต้องเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลโพธาราย ใช่หรือไม่ (87.50%)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ารูปแบบการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ประชุมแผน 2. กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ 3. พัฒนาผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความมั่นใจในการประชาสัมพันธ์ด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการสนทนากลุ่ม 4. จัดทำคู่มือและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น หอกระจายข่าว ติดป้ายไวนิลร้านค้าชุมชน ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน 5. การประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย^{1,4} พบว่ามีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นกว่าเดิม

ผลการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 79.61% ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย^{1,3,5} ซึ่งพบว่าการรับรู้มีส่วนสำคัญในการกำหนดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

ผลการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเรียกใช้เฉลี่ยรวม 88.73% ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย นิสิต บุญอะริณ ที่พบว่าประสบการณ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนงานวิจัยอื่นๆ ที่ให้ผลสอดคล้องแต่เป็นการจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพก็พบว่าประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพมีส่วนกำหนดพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเช่นกัน²

ผลการประเมินครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25% เป็นร้อยละ 90% ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁶ พบว่าประสบการณ์การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนบ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด รับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความคิดเห็นต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แสดงว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจรูปแบบการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธาราย เพื่อส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรเพิ่มรูปแบบการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น เว็บไซต์โรงพยาบาลโพธาราย, Face book โรงพยาบาลโพธารายเพื่อการประชาสัมพันธ์, Line กลุ่มต่างๆ(กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข /กลุ่มกู้ชีพ/กลุ่มผู้นำชุมชน/หัวหน้าส่วนราชการ/หน่วยงานต่างๆ/กลุ่มแม่บ้านสตรี) ป้ายประชาสัมพันธ์/คัดเอาหน้าหน่วยงานต่างๆ/หอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน/แผ่นพับ/รณรงค์เทศกาลต่างๆ
2. ให้ความรู้ประชาชน/ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลตามคลินิกต่างๆ
3. สอนในกลุ่มนักเรียน/ครูในโรงเรียนอำเภอโพธาราย
4. จัดอบรมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
5. จัดระบบโทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง /ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สะดวกต่อการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
6. มอบหมาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ให้รับผิดชอบหลังคาเรือนและมีการประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ 1669

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่บ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราย นายแพทย์นิสิต บุญอะริย์ หัวหน้าพยาบาล นางสุมาลี หงษ์วงศ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้รายงานวิจัยฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ สำหรับการเก็บข้อมูลได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข ประชากรบ้านม่วงน้อย ตำบลท่าหาดยาว

อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่มีส่วนร่วมทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1. นิสิต บุญอะริย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด; 2558.
2. นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์, รัชชานา สิ้นธวาลัย, นภิสพร มีมิ่งคล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
3. รัชชนันรินทร์ แก้วมีศรี, ธรรมพร หาญผจญศึก, นันทน์ภัทสุจิมา, วรุตติรี พันคำอ้าย, สุปราณี ใจตา, ปณณพัฒน์ คำตุ้ย, เปรมรวิทย์ เสนาฤทธิ์, นิตยา บุญมูล. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.); 2560.
4. เรืออากาศเอก นพ.อรรถวิระ แพงมา. พัฒนารูปแบบการประจำก้วนำศูนย์นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.); 2560.
5. กัญญา ธรรมสุณา. การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของประชาชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ปี2559. งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพรเจริญ; 2559.
6. กรกฎ อภิรัตน์วรากุล. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

รูปแบบการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด

The behavior modification management model to reduce sodium intake
in patients with risk of hypertension. Roi Et Province

สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์

Supaporn Thasanapong

Corresponding author: E-mail:

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาการจัดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,000 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (Multi - Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1. ชุดความรู้การป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง 2. กิจกรรมกลุ่ม 5 ฐาน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ t (t - test)

ผลการวิจัย : หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมเพิ่มขึ้น มีค่าความดันโลหิตในระดับปกติเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรผลักดันเป็นนโยบายทั้งจังหวัด ควบคู่ไปกับการสนับสนุนเครื่องวัดความเค็มดิจิทัลแบบพกพา (Salt Meter) และควรดำเนินการวิจัยในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม และขยายระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภคโซเดียมในระยะยาวและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; การบริโภคโซเดียม; โรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

Purpose : This research is to study the behavior modification model to reduce sodium

Design : participatory action research

Materials and Methods : This research is to study the behavior modification model to reduce sodium consumption in the population at risk of hypertension of 1,000 people by using Multi - Stage Random Sampling. The research were 1. Knowledge set for prevention of chronic kidney disease in high blood pressure risk group. 2. Group 5 base activities and questionnaires were analyzed using descriptive statistics. And inferential statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, t-test statistic

Main findings : After the operation, most of the samples had knowledge about sodium intake. Have an increase in normal blood pressure

Conclusion and recommendations Should push into the policy of the whole province Along with supporting a portable digital salinity meter (Salt Meter) and research should be conducted in other risk groups for chronic kidney disease, such as at risk for diabetes. To compare the research results in each group And extending the duration of the research process to at least 6 months to study long-term sodium consumption behavior and promote sustainable practices

Keywords : Behavior modification; Management model; Sodium consumption; High blood pressure

บทนำ

โรคไตเรื้อรังมักเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่มีความชุกค่อนข้างสูงในปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไตคิดเป็นร้อยละ 15.7 และรองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็นร้อยละ 5.4 การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹ หรือผู้มีปัจจัยเสี่ยงเฉพาะต่อโรคไตเรื้อรังในสถานบริการเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของไต และจัดการผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สถานบริการควรดำเนินการเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่²

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อค่านิยม การใช้ชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงวัฒนธรรมการบริโภคอาหารมีแนวโน้มการบริโภคที่ไม่ได้สัดส่วนการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการนั้น เป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกิดโรคไตวายเรื้อรัง หากร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูง จะทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อไต

ซึ่งเป็นอวัยวะหลักที่ทำหน้าที่กำจัดโซเดียม ทำให้ไตทำงานหนัก เสื่อมเร็วขึ้น และมีภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และความเสี่ยงนั้นจะคงอยู่ตลอดไปแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมในภายหลัง³ สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม ปี 2552 พบว่าประชากรไทยได้รับปริมาณโซเดียมจากอาหารที่บริโภคมากถึง 3,246 มิลลิกรัมต่อวัน⁴ นอกจากนี้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงสุด คือ อาหารที่ทำเองมักปรุงเครื่องปรุง เช่น ผงชูรส ผงปรุงรส ซุปก้อน ประเทศไทยได้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2558 เรื่องนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยจัดให้มีและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย พ.ศ.2559 - 2568 และปริมาณโซเดียมที่บริโภคเพียงพอต่อวันองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน

การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการจัดการความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การลดการบริโภคโซเดียม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นการนำทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้และตระหนักนำสู่การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁵

ดังนั้น การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้อีร้ายจำเป็นต้องจัดการตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ระยะก่อนเกิดโรค ระยะป่วย และระยะมีภาวะแทรกซ้อนโดยการดูแลในสถานบริการในทุกระดับต้องจัดให้มีทั้งบริการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การแก้ไขปัญหาโรคไข้อีร้ายอย่างยั่งยืน คือ การป้องกันการเกิดโรคไข้อีร้ายซึ่งต้องดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเกิดโรคไข้อีร้าย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้ได้รับการตรวจคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงและเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ดยังไม่มีการศึกษาดังกล่าว จึงนำสู่การศึกษารูปแบบการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เพื่อเป็นการรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้อีร้ายและการป้องกันโรคที่ถูกต้อง สร้างความตระหนักต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง และสร้างพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในประชาชน

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อันจะส่งผลทำให้อัตราป่วย ความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

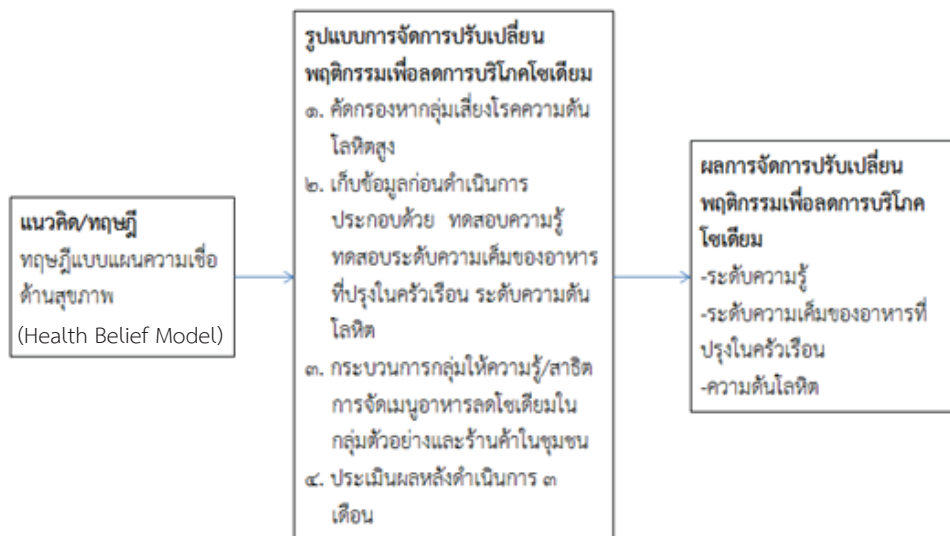
1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,000 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 - 31 สิงหาคม 2562

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด “การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียม
ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด”

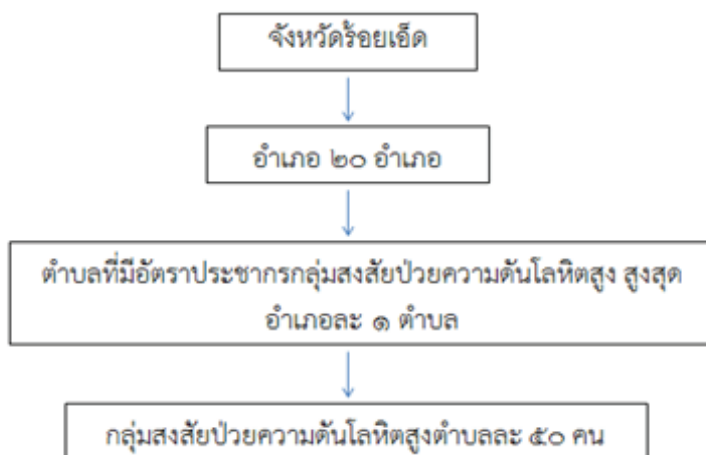
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด อายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 13,208 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 - 31 สิงหาคม 2562

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (Multi - Stage Random Sampling) โดยหาขนาดตัวอย่างตามวิธีของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) การวิจัยนี้จึงควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า

482 คน แต่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มาจาก 20 อำเภอๆละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,000 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (Multi - Stage Random Sampling) โดยเลือกอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมด 20 อำเภอ เลือกตำบลที่มีอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง(ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2561) สูงสุดในแต่ละอำเภอๆ ละ 1 ตำบล รวมทั้งหมด 20 ตำบล จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในทุกตำบลๆละ 50 คน รวม 1,000 คน



ภาพประกอบที่ 2 วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้นภูมิ (Multi – Stage Random Sampling) ในการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ชุดความรู้การป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด และแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ จบการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงาน และรายได้ รวม 4 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ให้ผู้ตอบ

เลือกเพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความเข้าใจมากที่สุด

3. พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม

วัดระดับโซเดียมในอาหารที่รับประทานในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องวัดความเค็มดิจิตอลแบบพกพา (Salt Meter) และลงบันทึกในแบบสอบถามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้บันทึก ก่อนดำเนินการวิจัย 1 ครั้ง และหลังดำเนินการวิจัย 3 เดือน อีก 1 ครั้ง

4. ระดับความดันโลหิต วัดระดับความดันโลหิต และลงบันทึกในแบบสอบถามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้บันทึก ก่อนดำเนินการวิจัย 1 ครั้ง และหลังดำเนินการวิจัย

3 เดือน อีก 1 ครั้ง และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปทดลอง (Try - out) กับประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาคุณภาพเครื่องมือของ ตัวแปรความรู้โดยการคำนวณหาอำนาจจำแนก (Discrimination) จากการหาคุณภาพเครื่องมือตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการ บริโภคโซเดียม พบว่า ทุกข้อคำถามมีอำนาจจำแนกสูงเป็น ข้อคำถามที่มีความเหมาะสม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 อำเภอๆละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 1,000 คน ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 – 31 สิงหาคม 2562

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการและตอบข้อข้องใจต่างๆ ถึงประโยชน์และสิ่งที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย ต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ข้อมูลชื่อ นามสกุล รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงาน และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะไม่ถูกนำเสนอหรือเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป spss โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของการอธิบายลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ จบการศึกษาสูงสุด สถานภาพ การทำงาน รายได้ ระดับความรู้ ระดับความเค็มในอาหาร และระดับความดันโลหิต

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติค่า t (t - test) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ ระดับโซเดียมในอาหาร และความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังดำเนินการ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45 - 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.30 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 55 - 64 ปี และ 65 - 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.90 และ 13.50 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.35 อายุน้อยที่สุด 35 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 42.90 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 18.30 และ 14.30 ตามลำดับ สถานภาพการทำงานประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 63.40 รองลงมาคือ ลูกจ้างเอกชน คิดเป็นร้อยละ 11.70 มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45.30 รองลงมาคือ 0 - 5,000 บาท/เดือน และ 10,001 - 15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.20 และ 9.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ร้อยละของระดับโซเดียมในอาหาร และระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม ก่อนและหลังดำเนินการ (n=1,000)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับโซเดียมในอาหาร				
โซเดียมต่ำ (0.4 - 0.7%)	491	49.10	655	65.50
โซเดียมปกติ (0.8 - 1.1%)	324	32.40	306	30.60
โซเดียมสูง (1.2 - 1.4%)	185	18.50	39	3.90
ระดับโซเดียมในอาหารเฉลี่ยก่อนดำเนินการ 0.76% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33% หลังดำเนินการ 0.63% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26%				
ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม				
ความรู้ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	115	11.50	11	1.10
ความรู้ระดับปานกลาง (5 - 8 คะแนน)	674	67.40	275	27.50
ความรู้ระดับสูง (9 - 12 คะแนน)	211	21.10	714	71.40
ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยก่อนดำเนินการ 6.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.21 คะแนน หลังดำเนินการ 9.61 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.00 คะแนน				

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังดำเนินการ (n=1,000)

ความดันโลหิต	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความดันซิสโตลิก	137	13.65	126	12.81
ความดันแอสโตลิก	82	9.58	78	8.41

ตารางที่ 3 ระดับการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังดำเนินการเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินการ (n=1,000)

ระดับการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น	288	28.80
ความดันโลหิตลดลง	671	67.10
ความดันโลหิตเท่าเดิม	41	4.10

ตารางที่ 4 ระดับความดันโลหิตปกติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังดำเนินการ (n=1,000)

ความดันโลหิต	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตปกติ(<140/90มิลลิเมตรปรอท)	490	49.00	779	77.90

ตารางที่ 5 แสดงระดับโซเดียมในอาหาร คะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม และ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ (n = 1,000)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับโซเดียม	0.76	0.33	0.63	0.26	19.42	999	<.001
ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม	6.76	2.21	9.61	2.01	-42.22	999	<.001
ระดับความดันโลหิต							
ความดันซิสโตลิก	137	13.65	126	12.81	25.13	999	<.001
ความดันแอสโตลิก	82	9.58	78	8.41	13.49	999	<.001

วิจารณ์

1. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด มีการบริโภคอาหารที่มีระดับโซเดียมในอาหารก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารที่มีระดับโซเดียมลดลง ระดับโซเดียมในอาหารเฉลี่ยก่อนดำเนินการ 0.76% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33% หลังดำเนินการ 0.63% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26% สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ของไพรินทร์ สำราญรัมย์ และคณะ⁶ โดยผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารด้านความถี่และด้านปริมาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ การศึกษานี้มีการประเมินผลก่อนและหลังดำเนินการ 3 เดือน ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัว จากการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น ควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาวหลังจบการศึกษาเพื่อดูผลความยั่งยืนของพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ มนัญญา เสรีวัฒนา และคณะ⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมีผลต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดความตระหนัก

มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผลการดำเนินงานของดีขึ้น

2. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ดมีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมเพิ่มขึ้น ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมเฉลี่ย ก่อนดำเนินการ 6.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.21 คะแนน หลังดำเนินการ 9.61 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.00 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของจักรกฤษณ์ วัชรราชกุล และคณะ⁸ ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ⁹ ศึกษา โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์

3. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ดมีระดับความดันโลหิต ความดันซิสโตลิก ก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .000) โดยหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตความดันซิสโตลิกลดลง ดำเนินการ 137 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.65 หลังดำเนินการ 126 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.81 มีระดับ

ความดันโลหิตความดันแอสโตลิกก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.000$) โดยหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตความดันแอสโตลิกลดลง ความดันแอสโตลิกเฉลี่ยก่อนดำเนินการ 82 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.58 หลังดำเนินการ 78 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.41 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง¹⁰ ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มทดลองหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความดันโลหิตซิสโตลิกแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของกฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์¹¹ รูปแบบการจัดคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานในการลดภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยการออกให้บริการในพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ การตรวจรักษา การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องอาหาร ซึ่งหลังดำเนินการระยะของโรคไตเรื้อรังจะเปลี่ยนแปลงเป็นระยะที่รุนแรงน้อยกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผลักดันนโยบายจังหวัดร้อยเอ็ด “รักษ์ไต อร่อยได้ ไม่ต้องเค็ม” ขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยให้ตำบลนำร่องเป็นพี่เลี้ยงให้กับตำบลอื่น
2. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการร่วมกับงานอื่นในพื้นที่
3. การสนับสนุนเครื่องวัดความเค็มดิจิทัลแบบพกพา (Salt Meter) ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. สนับสนุนให้เกิดการวิจัยในพื้นที่เกี่ยวกับผลของการลดการบริโภคโซเดียมทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อนำผลการศึกษาไปเผยแพร่องค์ความรู้ต่อไป
2. การประเมินเครื่องมือชุดความรู้การป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. สร้างแกนนำและผู้ประเมินผลโดยใช้คนในครอบครัวหรือเยาวชนในครอบครัวที่มีศักยภาพทั้งด้านความรู้ และทักษะ ในการช่วยลดการบริโภคเกลืออย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม
2. ควรขยายระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อศึกษาพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในระยะยาว และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7. คู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับแกนนำสุขภาพครอบครัว อสม. และผู้ดูแล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุดรูปแบบบริการในการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง สำหรับสถานบริการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือความรู้ทางเลือกสุขภาพห่างไกลโรค NCDs. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs “kick off to the GOALS”. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
5. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2561.
6. ลักษณะ สรวิวัฒน์. จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2544.

7. มนัญญา เสรีวิวัฒนา และคณะ. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2561; 5(1): 44-55.
8. ธาดา รัชกิจ. แนวคิดและทฤษฎีด้านการบริหารจัดการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190419-management-concept/>
9. Edberg, M. Essential readings in health behavior : Theory and practice. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. 2010.
10. ฮิลฮาร์ด อ่างใน อรุษา จันทรวีรุจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
11. สุรพล พยอมน้อย. ปฏิบัติการจิตวิทยาในงานชุมชน. กรุงเทพฯ: สหภาพพัฒนาการพิมพ์; 2545.

ผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีต่อความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา จังหวัดขอนแก่น Self-Management of Diabetes Mellitus and Hypertension On Knowledge and Behavior Towards Food Consumption in Sila Health Promoting Hospital, Khonkean

กฤษฎา เลหาติรานนท์*

Krisana Laohatiranon*

Corresponding author: E-mail: Krisana2504@hotmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคที่มีค่าความเที่ยง (KR20) เท่ากับ 0.90 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และความเชื่อมั่นที่ 95% confidence interval

ผลการวิจัย : พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 4.97 คะแนน (95% CI: 3.502, 6.377) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกับการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน หลังการทดลองเพิ่มขึ้น 0.78 คะแนน (95% CI: 0.445, 1.127)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปแกรมนี้นำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวาน; ความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

Purpose : To study self-management of diabetes and hypertension on knowledge and behavior to food consumption in Health Promotion Hospital of Sila Subdistrict Khon Kaen Province.

Design : Qua-si experimental design

Materials and Methods : 50 of diabetes mellitus and hypertension were subjects who had met the inclusion criteria and exclusion criteria. The data were collected using a test and consumption behavior interview questionnaire which has the precision (KR20) was equal to 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, and compare the mean using the paired t-test, determining the statistical significance at the level of .05 and the confidence at 95% CI.

Main findings : After experiment, the subject group had a mean score of knowledge about food consumption significantly higher than before experiment ($p < .001$) wherewith an increase of 4.97 scores (95% CI: 3.502, 6.377), and the subject group had an mean score of behavioral and food consumption significantly higher than before experiment ($p < .001$) wherewith an mean score of after experiment, an increase of 0.78 scores (95% CI: 0.445, 1.127).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that self-management program will increase knowledge and hypertension, therefore, relevant agencies should continue to use this program.

Keywords : Self-management; Diabetes mellitus; Hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตประมาณ 354,000 คนต่อปี (หรือร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) เกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นวัยที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญ มักเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและคนวัยทำงาน ในปี พ.ศ. 2556 ประมาณการว่าสังคมไทยมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเกิดจากโรคไม่ติดต่ออยู่ที่ประมาณ 280 พันล้านบาท¹ เช่นเดียวกับรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2558-2561 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 102, 120 และ 150 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 2.80, 2.35 และ 2.50 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3-5 ร้อยละ 31.05, 27.90 และ 26.80 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 4.25, 3.22 และ 2.84 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 1.89, 2.06 และ 1.88 และควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 42.04, 30.37 และ 25.20

ตามลำดับ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไตวาย ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งด้านพฤติกรรม การบริโภค การใช้จ่าย มาตามนัด และภาวะเครียด² เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการรับประทานอาหารที่เป็นผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาด ผักคะน้า เป็นต้น (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) การออกกำลังกาย เช่น การทำงานออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย (ร้อยละ 53.52 และ 53.36) และความเครียด เช่น เมื่อมีอาการปวดศีรษะ หรือคิดมากในเรื่องต่างๆ พักผ่อนเพื่อการผ่อนคลาย (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง³

จากสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสาเหตุหนึ่งของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาทิเช่น การให้การรักษาโรค ความรู้ความเข้าใจต่อโรคเบาหวานของผู้ป่วยและญาติ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย หรือการบริบาลทาง

เภสัชกรรม รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายการรักษาว่าเหมาะสมแล้วเพียงใด⁴ และผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังกระจายอยู่ในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมทั้งด้านการใช้ยา อาทิ เช่น ใช้ยาแก้ปวด สมุนไพรต้มชนิดต่างๆด้านการบริโภคอาหาร กินอาหารประเภทโปรตีนไม่จำกัดจำนวน ใช้เครื่องปรุงรสหลากหลาย ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจนและมีกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง⁵

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค⁶ โดยผู้ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองจำเป็นต้องให้ความรู้ และคำแนะนำที่เหมาะสมแก่เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองรวมทั้งให้มีการฝึกทักษะที่สำคัญในการจัดการตนเอง คือ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) 2) การตัดสินใจ (Decision making) 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร (The formation of a patient-provider partnerships) 5) การปฏิบัติ (Taking action) และ 6) การเลือกปฏิบัติ ด้วยตนเอง (Self tailoring) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ได้เห็นตัวอย่างหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ก็จะยิ่งนำไปสู่การจัดการตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือลา จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยมีการวัดความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง แบ่งขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

พื้นที่วิจัย ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขต

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือลา อำเภอมือทองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (study populations) คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 251 คน

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คือ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ ไม่มีภาวะติดสุรา ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคจิตหรือบกพร่องทางการสื่อสารผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมวิจัย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 50 คน ดำเนินการการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นข้อที่ตอบถูกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11 และ ข้อ 15 ส่วนข้อที่ตอบผิด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 9, 10, 12, 13 และข้อ 14 และ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับโดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือลา จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวทางการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys)⁷ และศิริลักษณ์ น้อยปาน⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและวางแผนเพื่อมุ่งเน้นการตรวจสอบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองและวางแผนการแก้ปัญหา

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ขั้นตอน
ที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการ
ประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยเตรียม
ความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้เพื่อใช้เป็นข้อมูล
มาตรฐานในการประเมินตนเอง ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการ
จัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ
การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเองที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์
ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งจับบันทึกพฤติกรรมที่ตนเอง
ปฏิบัติทุกวัน ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลพฤติกรรม
การจัดการตนเอง เพื่อประเมินผลพฤติกรรมกรรมการบริโภค
อาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง รวมทั้ง
มุ่งเน้นการติดตามตนเองการประเมินตนเองและการเสริมแรง
ตนเอง โดยให้ผู้ผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแลมาพบผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำ
เครื่องมือ ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
แผนการให้ความรู้ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (Power point)
สมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร คู่มือ
การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาหลังจากนั้น
ผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำ
แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ได้ปรับปรุงแก้ไข
แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คือผู้ป่วยเบาหวานและความดัน
โลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจากนั้นนำข้อมูลที่ได้
มาหาค่าความเที่ยงโดยวิธีคูเตอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า
ความเที่ยงเท่ากับ 0.90 และวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
ซึ่งได้ค่าความเที่ยง 0.87 ตามลำดับ

การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบ
ความเป็นไปได้ของโปรแกรมและการเก็บรวบรวม
ข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วย
ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 3 ราย ที่มี
คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดให้โปรแกรมระยะสั้น
เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษานำร่องพบว่า ผู้ป่วย
สามารถปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการตนเองได้ กล่าวคือ
มีการติดตามตนเองโดยการประเมินปัญหาและติดตาม
บันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองตลอดทั้ง
1 สัปดาห์ได้ และสามารถประเมินตนเองโดยการเปรียบ
เทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดได้ และปฏิบัติตาม
แผนที่กำหนดทุกวัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ
ทั้งหมดแสดงว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการ
ตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้
ทั้งนี้พบว่าในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมรายบุคคลด้วย
การให้ความรู้ต้องใช้เวลานานเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัว
หรือผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจเนื้อหาและเรียน
รู้วิธีการบันทึกงานสามารถบันทึกได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงแก้
ปัญหาโดยการแก้ไขและเพิ่มภาพประกอบในสื่อนำเสนอ
ภาพนิ่งให้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มรูปภาพโปสเตอร์
ตัวอย่างอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น และลดระยะ
เวลาในการสอน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบแบบ
สัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างรวดเร็ว และ
เข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยทำการ
พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล การรักษาความลับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้ง
การได้รับความดูแลในระหว่างดำเนินการทดลอง เช่น
การเตรียมความพร้อมรายบุคคล การโทรศัพท์ติดตามให้
คำปรึกษาและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กรณีเกิดการ
เจ็บป่วยและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วย
สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก

ปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการให้บริการใดๆ จากเจ้าหน้าที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เสนอโครงการวิจัยฯ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน โดยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเปิดเผยรายชื่อและวันมาพบตามนัดของตนเองแก่ผู้วิจัย และขออนุญาตให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบเพื่อเก็บข้อมูล นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม และดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องให้คำปรึกษาและสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและวางแผนและขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 2-4 ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการ

ติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง สัปดาห์ที่ 5 ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลพฤติกรรม การจัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองรวมทั้งมุ่งเน้น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ทั้งนี้ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

2.1 ทดสอบการแจกแจงปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ผลต่างคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ($p = 0.549$ และ $.147$)

2.2 ทดสอบความแปรปรวน (Homogeneity of variance) ระหว่างชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene test พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเท่ากัน ($p > .05$) ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้สถิติทดสอบดังนี้

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยสถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติวิลคอกซ์ซอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.32 ปี ($SD = 6.12$)

สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,044 บาท (SD = 8,148.77) ผู้มีหน้าที่ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 52) ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำเป็นประจำ ภาระยา/สามเฒ่าและบุตรหลาน (ร้อยละ 32) รองลงมา คือ ประกอบอาหารด้วยตนเอง (ร้อยละ 18)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 4.97 คะแนน (95% CI: 3.502, 6.377) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร	n	M(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ก่อนทดลอง	50	6.66(4.46)	4.97(0.71)	3.502	6.377	< .001
หลังทดลอง	50	11.60(1.97)				

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 0.78 คะแนน (95% CI: 0.445, 1.127) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	n	M(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ก่อนทดลอง	50	2.26 (1.12)	0.78(0.17)	0.445	1.127	< .001
หลังทดลอง	50	3.04(0.57)				

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 4.97 คะแนน เช่นเดียวกับการจัดการรายการกรณีเครือข่ายโรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น⁹ ; ในทำนองเดียวกับการศึกษาการชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอกำแพงแสนโดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้ดูแลเข้ามาฝึกอบรมบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจนทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่

ถูกต้อง เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถชะลอไตเสื่อมได้¹⁰ และหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลอง การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่า สูงกว่าการทดลอง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหารและด้านการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง¹¹

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ได้จัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเอง โดยแนะนำการตั้งรางวัลให้กับผู้ป่วย เช่น การชมเชยหรือซื้อของให้กับตนเองหรือรับประทานอาหารที่ตนเองชอบสักมื้อเพื่อเป็นรางวัลหากจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่ถ้าไม่บรรลุตาม

เป้าหมายที่วางไว้ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาถึงจุดด้อยหรือข้อบกพร่องของตนเองและค้นหาแนวทางที่จะช่วยพัฒนาตนเองเพื่อให้พฤติกรรมดีขึ้น โดยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สอบถามและแนะนำครอบครัวหรือผู้ดูแลการสนับสนุน อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นจะสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลถึงเวลาที่สะดวกในการติดต่อทางโทรศัพท์ขณะปฏิบัติการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 2, 6, และ 11 ครั้งๆ ละ 15 นาทีและนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อพบผู้วิจัยครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 12

กล่าวได้ว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ชี้เห็นถึงความมุ่งมั่นของผู้ป่วยค้นหาความรู้โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ซึ่ง Knowles¹² เห็นว่าการเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง มีความเป็นตัวตนของตนเอง รู้จักแก้ปัญหาเลือกและตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ตัวเองมีศักยภาพพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อให้มีความเข้าใจและชัดเจนมากขึ้น¹³

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับข้อค้นพบจากการศึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น¹⁴: พฤติกรรมพบว่า ด้านการใช้ยา การบริโภคอาหารโปรตีนและอาหารเสริมมีค่าเฉลี่ย 2.6 เป็น 3.4 อยู่ในระดับดี การมีกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ย 2.4 เป็น 2.8 อยู่ในระดับปานกลาง และการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย 3.9 เป็น 4.1 อยู่ในระดับดีมาก⁵ : ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากขึ้น จากกระบวนการให้ความรู้ที่เน้นเฉพาะจุดที่เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญและสามารถนำไปใช้ได้จริงในวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนทำให้กลุ่มตัวอย่างสนใจ และการทบทวนซ้ำๆ ย้ำๆ บ่อยๆ ทุกครั้งที่พบกลุ่มตัวอย่าง น่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างยังรักษาระดับความรู้อยู่ได้ เมื่อมีความรู้ กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติตัวได้เหมาะสมส่งผลให้สภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น⁹; ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม¹⁵ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ¹⁶

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick)⁷ เป็นกรอบการออกแบบกิจกรรม ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคม และจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ดังเช่นกิจกรรมในขั้นตอนที่ เป็นการประเมินปัญหาและวางแผนใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหาร ผู้ป่วยจะพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ผ่านมาของตนเอง และสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการแก้ไขปัญหาคครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมประเมินปัญหาและให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวบรวมปัญหาและเตรียมส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง การเตรียมความพร้อมรายบุคคล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพร้อมแนะนำวิธีการจดบันทึก และมอบคู่มือการจัดการตนเอง เตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการชี้แนะบทบาทการช่วยเหลือและการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ ระบุความมั่นใจในการปฏิบัติและบันทึกผลลงสมุดบันทึก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว และพิจารณาข้อบกพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์. 2563: 1-2.
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ.2561. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น, 2561: 18-20.

3. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559 ; 3(1) : 110-128.
4. ยลดา ศิริวัฒนเมธานนท์ และอัจฉราวรรณ โตภาคงาม. การเปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเป้าหมายการรักษา 2 รูปแบบ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561 ; 33(6); 511-519.
5. พรพจน์ สารทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมแบบบูรณาการ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 15(3) : กันยายน - ธันวาคม 2561; 79-84.
6. Lorig & Holman, Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7
7. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (305-360). New York: Pergamon Press.
8. ศิริลักษณ์ น้อยปาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. บทความวิจัย เสนอในการประชุมมหาดไทยวิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง “การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย” วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 (715)
9. วิจิตรา แผงชะ. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 2 - 4 ด้วยการจัดการรายกรณี เครือข่ายโรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอ น้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์ 31 (3) : กรกฎาคม- กันยายน 2560 ; 405-414.
10. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2(3) : ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561;134-145.
11. ลักขณา ลีประเสริฐ และสุทธิณี สิทธิหล่อ. ประสิทธิภาพการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-3 โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่. *Journal of the Phrae Hospital*. 24 (1-2) ; January-December 2016; 49-62
12. Knowles, M.S. (1980). *The modern practice of adult education : From pedagogy to andragogy*. New York: Cambridge, The Adult Education Company.
13. ศักรินทร์ ขนประชา. ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ : สิ่งที่คุณสอนผู้ใหญ่ต้องเรียนรู้. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 13(5): พฤษภาคม - สิงหาคม 2557; 13-26
14. ไพศาล ไตรศิริโชค, หลั่งพร อุตรศาสตร์ และวราทิพย์ แก่นการ. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6): 552-558.
15. วันวิสาข์ สนใจ, สุวรรณ จันทรประเสริฐ และนิสสาร กรุงไกรเพชร. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 12 (2) : กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 ; 88-97.
16. วชิรา สุทธิธรรม, ยุวดี วิทย์พันธ์ และสุนิธร กลัมพากร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลานสกา, วารสารสภาการพยาบาล 31(1) : มกราคม-มีนาคม 2559 ; 19-31.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม
Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in care of Caesarean Section
That Phanom Crown Prince Hospital, That Phanom District, Nakhon
Phanom Province

พงศ์อนันต์ จันดารัตน์*

Phong-anan Chundarat

Corresponding author: E-mail : Pong-anan@hotmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Study

วัสดุและวิธีการวิจัย : โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน สมุดทะเบียนห้องคลอดและห้องผ่าตัด ประชากรศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในปี พ.ศ. 2560-2562

ผลการวิจัย : หญิงตั้งครรภ์ที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 1,051 คน จากการศึกษาข้อมูลในช่วงปี 2560-2562 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอดที่ครบกำหนด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดคลอด(BMI) ความสูงของมดลูก (HF) เซนติเมตร อายุครรภ์ (สัปดาห์) เวลาในการผ่าตัด น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม) ($p = <.001, <.001, <.001, <.001, .002, <.042$ และ $<.001$) ตามลำดับ แต่ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ Hematocrit (%) และจำนวนการฝากครรภ์ (ครั้ง) ($p = .244$ และ $.291$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : เมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงควรปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างเคร่งครัด และเตรียมรับมือกับภาวะตกเลือดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดคลอดให้พร้อม นอกเหนือจากการคลึงมดลูกหลังการเย็บมดลูกแล้ว ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนขนาด หรือชนิดของยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกให้เร็วขึ้น เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ประเมินปริมาณการเสียเลือดอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และตอบสนองภาวะตกเลือดอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ : การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ภาวะตกเลือด

ABSTRACT

Purpose : To determine factor(s) that associated with early postpartum hemorrhage in patient who undergone cesarean delivery in ThatPhanom Crown Prince Hospital.

Design : Cross-sectional study

Materials and Methods : The data were retrospectively collected from medical records, registration book From the delivery room and the operating room. The population studied was pregnant women have been diagnosed early postpartum hemorrhage and undergone cesarean delivery in ThatPhanom Crown Prince Hospital in the year 2017-2019.

Main findings : The pregnant women were 1,051 undergoing cesarean section at That Phanom Crown Prince Hospital. Based on data from 2017-2019 , factors associated with a postpartum hemorrhage after cesarean section with statistical significance were age, number of births that were due ,Body mass index before cesarean section (BMI), height of fundus (HF) CM, gestational age (weeks), operative time, neonatal weight (gram) ($p = <.001, <.001, <.001, <.001, .002, <.042$ and $<.001$) respectively, but the factors that do not related to early postpartum hemorrhage were hematocrit (%) and the number of antenatal care (times) ($p = .244$ and $.291$)

Conclusion and recommendations : For pregnant women who have those risk factors, we must strictly follow standard guideline in preventive measure and prompt to handle with postpartum hemorrhage following cesarean delivery. Besides manually intraoperative uterine massage to ensure uterine contractility, we suggest early consider changing dosage or type of uterotonic drugs ,closely monitor vital signs and carefully estimation of blood loss within first 24 hours to early recognition of postpartum hemorrhage and timely response.

Keywords : Cesarean section, Hemorrhage

บทนำ

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) เป็นหัตถการที่ทำกันมากที่สุด และสูงขึ้นมากในทุกสถานพยาบาล องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไว้ร้อยละ 10-15¹ แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นในเกือบทุกโรงพยาบาลในหลายประเทศ ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2561 มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคิดเป็นร้อยละ 33.89 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนมในปี พ.ศ. 2560-2562 มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 33.75, 33.72 และ 30.49 ตามลำดับ การลดอัตราการผ่าตัดคลอดสามารถทำได้โดยการลดการผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งอาจจะไม่สำเร็จได้ในสิ่งที่สำคัญกว่าอัตราการผ่าคลอดคือ ผลลัพธ์ทาง

สุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารก โดยคำนึงถึงทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มีร่วมกับความพึงพอใจของมารดา² ในสหรัฐอเมริกาพบการผ่าตัดคลอดบุตร ตามความต้องการของมารดา (CDMR) ร้อยละ 4-18 ยังไม่พบหลักฐานรวมทั้งงานวิจัยสนับสนุน ที่จะสรุปอย่างแน่ชัดได้ถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่อาจตามมา แม้จะมีการสนับสนุนโดยการกำหนดข้อแนะนำจาก ACOG และ NIH เกี่ยวกับ CDMR ไว้ในปีค.ศ. 2013 และ 2006 ก็ตาม³⁻⁴

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) เป็นภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด ทั้งนี้ถ้าเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เรียกว่า Early postpartum hemorrhage ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก

พบว่า มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 25.0 ในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด)⁵ สำหรับประเทศไทยมีมารดาตกเลือดหลังคลอด ปี พ.ศ. 2560 พบอัตรา 37.5 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน⁶ เช่นเดียวกับสถานการณ์อัตรามารดาเสียชีวิตของจังหวัดนครพนม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 3 ราย พบว่าการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุหนึ่งในการเสียชีวิตดังกล่าว โดยสถิติการตกเลือดหลังคลอด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม พ.ศ.2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 19.08 ,0.00 และ 39.15 ตามลำดับ⁷ และการศึกษาข้อมูลการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 345, 377 และ 329 ราย ตามลำดับ รวม 1,051 ราย พบอัตราการตกเลือด พ.ศ. 2560-2562 รวม 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.93, 3.98 และ 9.12 ตามลำดับ ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดเป็นอันตรายต่อชีวิตมากกว่าภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาสาเหตุเพื่อที่จะป้องกัน วินิจฉัยและการดูแลรักษาการตกเลือดหลังคลอด ถือว่าเป็นงานที่ทำหายนความสามารถของสูติแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากภาวะดังกล่าวอาจคุกคามต่อชีวิตมารดาและทารกในครรภ์

การตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ ร้อยละ 90.00 ของมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงใดๆ ตามแนวคิดของ WHO⁸ พบว่าสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดตัว (Uterine atony) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (genital tract laceration) ภาวะรกค้าง (Retained placental tissue) หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (maternal bleeding disorders) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอด ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ เคยคลอดทางช่องคลอด > 4 ครั้ง (Grand multiparity) ทารกตัวโต ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ การกระตุ้นคลอดหรือเร่งคลอดด้วย Oxytocin การคลอดยาวนานหรือเร็วเกินไป การล้วงรก ได้รับยาตามสลบหรือแมกนีเซียมซัลเฟต เคยตกเลือดหลังคลอด

มาก่อน รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด อ้วน และอายุมากกว่า 35 ปี แต่ยังมีมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการให้เลือดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งในปัจจุบันพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น

จากการประมวลเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นว่าผู้ให้บริการงานคลอดและผ่าตัด มีโอกาสพบกับภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มาก และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่อาจมีผลทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อที่จะได้ทำการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดคลอด และเพื่อที่จะได้วางแผนในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือลดอัตราการตายของมารดา และส่งผลให้กระบวนการดูแลการคลอดเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Cross-sectional study) จากเวชระเบียน สมุดทะเบียนจากห้องคลอดและห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม ในช่วง 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2560-2562

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study populations) ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ทั้งแบบวางแผนล่วงหน้า (Elective) และแบบฉุกเฉิน (Emergency) เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2560-30 กันยายน พ.ศ. 2562

เกณฑ์คัดออก คือ จากใบบันทึกการผ่าตัด เสียเลือดน้อยกว่า 1000 mL.

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนมระหว่างเดือนตุลาคม 2560-กันยายน 2562 จำนวน 1,051 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการผ่าตัดของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุครรภ์ ลำดับของการตั้งครรภ์ และการคลอด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด (Hematocrit)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ไคสแคว์ หรือ Fisher's Exact Test เพื่อค้นหาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลในช่วงปี 2560-2562 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 1,051 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20- 34 ปี (76%) การคลอดที่ครบกำหนด ครั้งที่ 1 (43.8%) ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดคลอด BMI < 25 (65.6%) ความสูงของมดลูก (HF) เซ็นติเมตร < 35 (72.9%) Hematocrit (%) ≥ 33 (78.1%) อายุครรภ์ (สัปดาห์) ≥ 37 (95.8%), และจำนวนครั้งการฝากครรภ์ ≥ 5 ครั้ง (94.8%) และมีหลายปัจจัยที่ควรเฝ้าระวังการตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ผู้มีอายุ ≤ 20 ปีหรือ ≥ 35 ปี = 23 คน (23.9%) Previous caesarean = 33.3% , CPD= 25%, โรคเลือด/โลหิตจาง HCT ≤ 30 % = 44.7%, และช่วงเวลาในการผ่าตัด < 30 นาที = 62.5% และปัจจัยที่พบมารดาตกเลือดมากที่สุดคือ น้ำหนักทารกที่น้อยกว่า 3,500 กรัม (75%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะแรก (n =96)

ข้อมูลคุณลักษณะ	n (%)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 20 ปี	8 (8.3)
20-34 ปี	73 (76.0)
35 ปี ขึ้นไป	15 (15.6)
จำนวนครั้งของการคลอดที่ครบกำหนด	
ครั้งที่ 0	39 (40.6)
ครั้งที่ 1	42 (43.8)
ครั้งที่ 2	13 (13.5)
ครั้งที่ 3 ขึ้นไป	2 (2.1)
ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดคลอด BMI	
≥ 25	33 (34.4)
< 25	63 (65.6)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะ	n (%)
ความสูงของมดลูก (HF)เซนติเมตร	
≥ 35	26 (27.1)
< 35	70 (72.9)
Hematocrit %	
≥ 33	75 (78.1)
< 33	21 (21.9)
อายุครรภ์ สัปดาห์	
≥ 37	92 (95.8)
< 37	4 (4.2)
จำนวนครั้งการฝากครรภ์	
≥ 5	91 (94.8)
< 5	5 (5.2)
เวลาในการผ่าตัด	
≥ 30 นาที	36(37.5)
< 30 นาที	60(62.5)
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	
≥3,500	24(25.0)
<3,500	72(75.0)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการตกเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,051 คน พบว่า Previous Cesarean Section จำนวน 232 คน (22.10%) รองลงมาคือ โรคเลือด/โลหิต

จาง HCT ≤ 30% จำนวน 183 คน (17.40%) และ CPD จำนวน 174 คน (16.6%) แต่เป็นที่น่าสนใจว่า มารดาได้รับยา MgSo4 ก่อนคลอดเกิดอุบัติเหตุการณ์น้อยที่สุดจำนวน 8 คน (0.76%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n=1,051)

ปัจจัยเสี่ยง	n (%)
1. Previous Cesarean Section	232(22.10)
2. โรคเลือด/โลหิตจาง/HCT $\leq$ 30%	183(17.40)
3. CPD	174(16.60)
4. มารดาอายุ $\leq$ 20 ปีหรือ $\geq$ 35 ปี	53(5.04)
5. Fetal distress	39(3.71)
6. PIH	36(3.43)
7. Gestational Diabetes Mellitus (GDM)	36(3.43)
8. อื่นๆ เช่น มารดามีความต้องการผ่าคลอด ผ่าพิเศษ ไม่มีข้อบ่งชี้	36(3.43)
9. Prolonged labor	35(3.33)
10. Twin	32(3.04)
11. Myoma uteri	31(2.95)
12. Breech Presentation	28(2.66)
13. Placenta previa	25(2.38)
14. Induction /Augmented labor	25(2.38)
15. มีประวัติการแท้งหลายครั้ง และเคยชูดมดลูก	22(2.09)
16. มีประวัติผ่าตัดปีกมดลูก, รังไข่, ต่อมดลูก	19 (1.81)
17. Preeclampsia	19(1.81)
18. Grand Multipara (ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป)	18(1.71)
19. มารดาได้รับยา $MgSO_4$ ก่อนคลอด	8(0.76)

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอดที่ครบกำหนด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดคลอด BMI ความสูงของมดลูก (HF) เซนติเมตร อายุครรภ์ (สัปดาห์) เวลาในการผ่าตัด น้ำหนัก

ทารกแรกเกิด (กรัม) ($p = <.001, <.001, <.001, <.001, .002, <.042$ และ $<.001$) ตามลำดับ แต่ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ Hematocrit (%) และจำนวนการฝากครรภ์ (ครั้ง) ($p = .244$ และ $.291$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะแรก (n=1051)

ตัวแปรปัจจัย	ไม่ตกเลือด	ตกเลือด	p-value
อายุ			
อายุ < 20 ปี	68	19	<.001
อายุ ≥ 35 ปี	887	77	
จำนวนครั้งของการคลอดที่ครบกำหนด			
ครั้งที่ 0	289	61	<.001
ครั้งที่ 1	539	20	
ครั้งที่ 2	89	7	
ครั้งที่ 3 ครั้งขึ้นไป	38	8	
ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดคลอด BMI			
≥ 25	486	76	<.001
< 25	469	20	
ความสูงของมดลูก (HF) เซนติเมตร			
≥ 35	320	67	<.001
< 35	635	29	
Hematocrit (%)			
≥ 33	846	81	.244
< 33	109	15	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)			
≥ 37	897	85	.042
< 37	58	11	
จำนวนการฝากครรภ์ (ครั้ง)			
≥ 5	929	92	.291
< 5	26	4	
เวลาในการผ่าตัด			
≥ 30 นาที	293	63	<.001
< 30 นาที		662	
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)			
≥ 3,500	267	57	<.001
< 3,500	-	688	

วิจารณ์

ภาวะตกเลือดหลังคลอด มีความรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตและก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที พบว่ามีการเสียเลือด จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทนการศึกษาเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ครั้งนี้ในปี พ.ศ. 2560-2562 ทั้งหมด 1,051 คน พบอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 96 คน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและตกเลือดมีอายุระหว่าง 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 76 ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมากที่สุด หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีข้อบ่งชี้ ภาวะโรคเลือด/โลหิตจาง/ HCT $\leq 30\%$ ร้อยละ 44.7 และข้อบ่งชี้ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ร้อยละ 25 สอดคล้องกับ การศึกษาของรุ่งเพชร สุยะเวช และวิชัย อิทธิชัยกุลชล¹⁰ ซึ่งพบผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 15-47 ปี ร้อยละ 30.05 มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปร้อยละ 87.29 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีข้อบ่งชี้ภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD) ร้อยละ 36.25 และจากการทบทวนงานวิจัยที่ Kimberly Gregory¹¹ กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์คลอด ประมาณ 30% จะได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด หรือทารกแรกเกิดในระหว่างการคลอดบุตร นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดคือน้ำหนักของทารก ที่ $<3,500$ กรัม คิดเป็นร้อยละ 75 และการหดตัวของมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งนี้ ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการพิจารณาปรับเปลี่ยนขนาด หรือชนิดของยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกให้เร็วขึ้น เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ประเมินปริมาณการเสียเลือดอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และตอบสนองภาวะตกเลือดอย่างรวดเร็ว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอดที่ครบกำหนด ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดคลอด BMI ความสูงของมดลูก (HF) เซนติเมตร อายุครรภ์ (สัปดาห์) เวลาในการผ่าตัด น้ำหนัก

ทารกแรกเกิด (กิโลกรัม) ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หญิงตั้งครรภ์อายุ ≤ 20 ปี หรือ ≥ 35 ปี อายุที่น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 8.3 เป็นวัยเด็กต่อวัยรุ่น รักสวยรักงามและกำลังศึกษาเล่าเรียน การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรภ์ ส่วนอายุมารดาที่มากกว่า 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.6 จะมีประสบการณ์จากการคลอดมาแล้ว จึงไม่สนใจและตระหนักในการดูแลการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ หรือการตั้งครรภ์แรกในสตรีสูงอายุ จะมีภาวะความเครียด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของวรรณมา เชมมาลัย

จำนวนครั้งของการคลอดที่ครบกำหนดและน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 3600 กรัม มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อาจเป็นเพราะว่ามารดาที่เคยคลอดบุตรมาหลายครั้ง มดลูกมีการขยายตัวอย่างมากเกิดการคลอดยากได้ ทำให้มดลูกเกิดความล้าไม่สามารถหดตัวได้เหมือนปกติและน้ำหนักทารกตัวโต เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ สอดคล้องกับศึกษาของรุ่งเพชร สุริยะ เวช และคณะ¹⁰ และความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hematocrit (%) และจำนวนการฝากครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .244$ and $.291$) แม้จะมีความสัมพันธ์ แต่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยจึงไม่นำมาศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดหลายปัจจัย การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพียงอย่างเดียวหลังการคลอด ส่งผลให้เกิดภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี มารดาเสียเลือดในปริมาณมาก ดังนั้นเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงควรเตรียมรับมือกับภาวะตกเลือดที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดคลอดให้พร้อม นอกเหนือจากการคลึงมดลูกหลังการเย็บมดลูกแล้ว ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนขนาด หรือชนิดของยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกให้เร็วขึ้น เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ประเมินปริมาณการเสียเลือดอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และตอบสนองภาวะตกเลือดอย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์มนู ชัยวงศ์
โรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
ที่อนุญาตให้นำข้อมูลมาเผยแพร่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึก
สูติกรรม ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ที่เกี่ยวข้อง
ทุกท่านที่ช่วยสืบค้นข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, รายงานสถิติ การผ่าตัด
คลอด. นนทบุรี ; 2561.
2. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด
บุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์
คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2561 ; 35 (3) :312-
320.
3. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M.
Cesarean versus vaginal delivery: whose
risks? Whose benefits? American journal of
perinatology. 2012 ; 29(1) :7-18.
4. The American College of Obstetricians and
Gynecologists. Practice Bulletin No. 161
Summary: External Cephalic Version. Obstetrics
& Gynecology. February 2016. 127: 412-413.
5. World Health Organization, UNICEF. 2014 .
Trends in maternal mortality : 1990 to 2013
: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The
World Bank and the United Nations Population
Division: Retrieved from [http://apps.who.int/
iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507
226_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf)
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. 2557. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557.
นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด
กระทรวง สาธารณสุข.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานตัวชี้วัด
2562.
8. World Health Organization. WHO statement on
Caesarean section rates [Internet]. 2015
[cited 2019 May 16]. Available from : [http://
www.who.int/reproductivehealth/publications/
maternal_perinatal_health/cs-statement/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)
9. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราสูติ
นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ ; 2558.
10. รุ่งเพชร สุยะเวช และวิชัย อิทธิชัยกุลทล. ปัจจัยที่
สัมพันธ์กับการตกเลือดในการผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้องวิสัญญีสาร, 2558 ; 41 (2) :53-63.
11. Kimberly D Gregory 1, Sherri Jackson, Lisa Korst,
Moshe Fridman Cesarean Versus Vaginal
Delivery: Whose Risks? Whose Benefits?. Am
J Perinatol , 2012 Jan ; 29(1):7-18.
12. วรรณา เข้มมาลัย. (2550). สถานการณ์ผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์
อนามัยที่ 4 ราชบุรี ปี พ.ศ.2550. โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย.

ผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อรายใหม่ที่ได้รับ First Line Drug ในโรงพยาบาลเทรัตนนครราชสีมา New Infectious Tuberculosis Patients treated First Line Drug in Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

ภิเชก วัฒนชัย,พบ.

Pisek Wattanachai,MD.

Corresponding author: E-mail: pisek277@gmail.com

(Received: May 28, 2020; Revised: June 11, 2020; Accepted: June 18, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาและเพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค (First line drug) ในโรงพยาบาลเทรัตนนครราชสีมา

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคโดยใช้ยาต้านวัณโรคชนิด First line drug จำนวน 671 ราย โดยศึกษาข้อมูลจากงานเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจเสมหะเพาะเชื้อวัณโรค ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในคลินิกวัณโรคแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลเทรัตนนครราชสีมา ตั้งแต่ปี 2559-2562 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : พบผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 671 ราย ส่วนใหญ่ เป็นชาย (68.15%) อายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป (35.03%) มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ (56.18%) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม คือเบาหวาน รองลงมาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผลข้างเคียงจากการใช้ First line drug ได้แก่ เป็นผื่นตามผิวหนัง (16.56%) มีตับอักเสบ (7.64%) และข้ออักเสบ (Arthritis) 3.18%

สรุปและข้อเสนอแนะ : การรักษาวัณโรคที่ได้รับ First line drug ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลข้างเคียงคือเป็นผื่นตามผิวหนังในร่างกาย และมีผู้ป่วยจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยบางราย ปฏิเสธการทานยาต้านวัณโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะดื้อยาตามมาภายหลังได้ จึงควรปรับสูตรยาให้มีความเฉพาะต่อบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญควรให้ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ วิธีการป้องกัน และการรักษาที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : วัณโรค; ผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่; การใช้ ยาต้านวัณโรค First line drug

ABSTRACT

Purposes : To study the information of new infected patients being treated and the side effects of antibiotics to improve the effectiveness of treatment

Design : Descriptive study

Materials and Methods : 671 of patients were newly enrolled in tuberculosis patients using first line drug with review the data from the medical records and the data recording form for the results of tuberculosis culture of new TB patients in the clinical tuberculosis clinic Dabaratana Hospital Nakhon Ratchasima 2016-2019 And Data analysis as the percentage.

Main findings : New Infectious Tuberculosis Patients total of 671 new, mostly males (68.15%) aged over 61 years (35.03%), drinking and smoking history (56.18%). Most of congenital disease or joint disease, which is diabetes, followed by HIV infection. And the side effects of treatment include skin rash (16.56%), hepatitis (7.64%) and arthritis 3.18%.

Conclusion and recommendations : The study of treatment for tuberculosis given antibiotics. Most patients have side effects such as skin rash in the bo, and many patients have drug complications Causing some patients to refuse medication. Result of the patients refusing medication which cause subsequent drug resistance Should adjust the formula to be unique to the person Especially at risk groups Providing knowledge to enhance health Prevention methods And correct treatment

Keywords : New tuberculosis, First line drug

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก จากการรายงานวัณโรคของโลก (Global Tuberculosis Report) ปีพ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) สูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิต 1.7 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของ ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคนสำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) คาดว่าจะมี 6 แสนคน พบในผู้ป่วยใหม่คิดเป็นร้อยละ 4.1 และในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนคิดเป็นร้อยละ 19 ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน¹ สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกโดยการรับรองวาระของประเทศสมาชิก ได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค มีเป้าหมายลดอัตราวัณโรครายใหม่เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคนในปี 2573-2578

ลดการเสียชีวิตลงร้อยละ 95 และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจครัวเรือนหรือการล้มละลายทางการเงินให้เหลือ 0 ขณะที่ประเทศไทยจัดให้ปัญหาวัณโรคเป็นวาระสำคัญระดับชาติ โดยเมื่อ 12 กันยายน 2560 ที่ผ่านมา คณะรัฐมนตรีเห็นชอบหลักการแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564¹

วัณโรค (Tuberculosis: TB) นอกจากก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ (Disease Burden) จากการป่วยและเสียชีวิต ยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Economic burden) จากค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงมาก ผลกระทบเกิดทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และคนใกล้ชิด รวมถึงความสูญเสียผลิตภาพและศักยภาพของประชากร ประเทศไทยร่วมกับนานาชาติกำหนดเป้าหมายยุติวัณโรค ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยมีการ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อยุติปัญหาวัณโรค หากแต่สถานการณ์วัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และบ่งบอกถึงภาระทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูงในประเทศไทย² และเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2546-2556)ในไทยมีอัตราการลดลงของ

อุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปีเท่านั้น สิ่งที่ต้องกลับมาพิจารณาให้ความสำคัญคือการมุ่งทำงานไปข้างหน้ามากกว่าการตามแก้ไขที่ปลายเหตุปลายทางของโรค ซึ่งยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแล รักษาและควบคุมวัณโรคภายใต้แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ (พ.ศ.2560-2564) โรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของวัณโรคนั้น หากได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงก็จะทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนลดลง ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย โดยอาการที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่อาการไม่รุนแรง ไปจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยวัณโรคปอดบริเวณหลัง อาการปวดหลังและมีการติดเชื้อเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวัณโรคข้อต่อเสียหาย วัณโรคจะก่อให้เกิดอาการข้อต่ออักเสบได้ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นที่บริเวณสะโพกและเข่าเยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัณโรคอาจก่อให้เกิดเนื้อเยื่อที่หุ้มบริเวณสมองเกิดการอักเสบ จนทำให้เกิดอาการปวดหัวเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้อาจส่งผลกระทบยาวต่อสุขภาพจิตได้ ปัญหาเกี่ยวกับตับและไต ตับและไตมีหน้าที่ในการกรองของเสียออกจากกระแสเลือด แต่สำหรับผู้ป่วยวัณโรค เชื้ออาจส่งผลกระทบต่อทั้ง 2 อวัยวะนี้ เกิดปัญหาในระยะยาวจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติได้

จากสถานการณ์ในโรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 200 เตียง ที่ผ่านมามีด้วยบริบทโรงพยาบาล ยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลในคลินิกวัณโรค กลุ่มงานอายุรกรรมและวิเคราะห์สถานการณ์ ด้วยการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน จึงเป็นที่มาของการศึกษาโดยผลของการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อรายใหม่ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการป้องกันและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรครายใหม่ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมาและศึกษาผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยมีกลุ่มประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคและได้รับการรักษาโดยใช้ยาต้านวัณโรคชนิด First Line Drug ตลอดการรักษาระยะเริ่มต้น และต้องมารับยา 2 เดือนตลอดการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 671 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลจากงานเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูล ผลการตรวจเสมหะเพาะเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โรคร่วมและประวัติการรักษา โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูล สถานการณ์ และผลข้างเคียงผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ ที่ได้เข้ารับการรักษาใน First line drug โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา ได้รับระหว่างปี 2559-2562 และการวิจัยนี้ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรครายใหม่ จากแบบบันทึกข้อมูลในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมาในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2562 จำนวน 671 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2562 จำนวน 671 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 432 ราย (64.38%) อายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 244 ราย (36.36%) ไม่มีอาชีพ และรองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง และมีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อรายใหม่ (n = 671)

ข้อมูลทั่วไป	n (%)
เพศ	
ชาย	432(64.38)
หญิง	239(35.62)
อายุต่ำกว่า 30 ปี	100 (15.00)
31-40 ปี	123 (18.30)
41-50 ปี	119 (17.74)
51-60 ปี	244 (36.36)
61 ปีขึ้นไป	244 (36.36)
อาชีพ เกษตรกร	35(5.21)
รับจ้าง	261 (38.89)
ค้าขาย	26 (3.87)
รับราชการ	5(0.74)
ไม่มีอาชีพ	325(48.43)
สมณะเพศ (พระสงฆ์)	6(0.89)
นักเรียน	13(1.93)
ดื่มแอลกอฮอล์	87(12.93)
สูบบุหรี่	130(19.37)
มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	377 (56.18)
ไม่เคยสูบบุหรี่-ดื่มแอลกอฮอล์	77(11.47)

พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 604 ราย (90.01%) รองลงมาเป็นวัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง จำนวน 35 ราย (5.21%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละตำแหน่งวัณโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ ปี 2559-2562 (n= 671)

ตำแหน่งวัณโรค	n(%)
วัณโรคปอด	604 (90.01)
เยื่อหุ้มปอด	11 (1.63)
ต่อมน้ำเหลือง	35 (5.21)
เยื่อหุ้มสมอง	3 (0.44)
กระดูกและข้อ	13 (1.93)
ช่องท้อง	5 (0.74)

ส่วนใหญ่ไม่แจ้งระบุโรคประจำตัวรวมจำนวน 419 ราย (62.44%) มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน จำนวน 85 ราย (12.66%) รองลงมาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 82 ราย (7.74%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรคร่วมในผู้ติดเชื้อวัณโรค (n= 419)

โรคร่วม	n(%)
เบาหวาน	85(12.66)
ติดเชื้อเอชไอวี	82(7.74)
COPD	25(3.72)
CKD	9(1.34)
Alcohol dependent	3(0.39)
จิตเวช	48(7.15)
ไม่ระบุโรคประจำตัว	419 (62.44)

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคหลังจากที่รับยาต้านวัณโรค มีผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา จำนวน 163 ราย และส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงคือเป็นผื่น (เกิดอาการผื่น) จำนวน 67 ราย (41.10%) ของผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียง

ทั้งหมด รองลงมาคือมีผลข้างเคียงอื่นๆ (22.69%) และมีผลต่อดัชนีอักเสบ ร้อยละ 20.85 ดังแสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลข้างเคียงในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับยาต้านวัณโรค First line Drug (n= 163)

ผลข้างเคียง	n (100%)
ตับอักเสบบ	34 (20.85)
rash (ผื่น)	67 (41.10)
arthritis (ข้ออักเสบ)	25(15.33)
อื่นๆ	37(22.69)

สรุป

จากผลการศึกษาการรักษาวัณโรคที่ได้รับ First line Drug ครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลข้างเคียง คือเป็นผื่นตามผิวหนังในร่างกาย และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธการทานยา ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะดื้อยาตามมามากมายหลังได้ ดังนั้นจึงควรทำการปรับสูตรยาให้มีความเหมาะสมต่อบุคคล และเน้นแนวทางป้องกันและส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดวัณโรค และส่งเสริมให้มีต้นทุนการรักษาที่ถูกลงกว่า

วิจารณ์

จากผลการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อรายใหม่ที่ได้รับ

ยา (First line Drug) ในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2562 พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอันเนื่องมาจากปัจจัยหลายๆ ด้าน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษามรรัตน์ วิริยะประสพโชค⁷ และการศึกษาในแถบอิหร่านตอนเหนือพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคโดยเฉพาะในเพศผู้ชาย⁸ ซึ่งต่างจากการศึกษา Factors Related to Tuberculosis Preventive Behaviors among Tuberculosis Patient Attendants in Dhaka, Bangladesh พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.3 และการศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วงระหว่าง 51-60 ปี และ 61 ปี ขึ้นไปเพราะถือเป็นผู้สูงอายุ

จะมีความสอดคล้องกับอาชีพที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 48.43 และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 38.89 โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของสมพร ขามรัตน์ และคณะ^{4, 9} ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษานี้พบผู้ป่วยโรคมีโรคร่วมในเบาหวานมากถึงร้อยละ 12.66 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี และรองลงมาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People live with HIV) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคได้สูง และป่วยได้เร็ว เมื่อติดเชื้อพร้อมกัน ซึ่งตำแหน่งที่พบในผู้ป่วยโรคปอดมาก¹⁰ และในการศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคของผู้ป่วยโรคติดเชื้อรายใหม่ พบว่ามีอัตราความเป็นพิษต่อดับอยู่ที่ร้อยละ 2.4 และยังสามารถสรุปได้ว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคที่อันตรายคือการที่ผู้ป่วยใช้สิ่งเสพติดร่วมด้วย¹¹ แต่ผลการศึกษารังนี้ พบผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่มีผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ คืออาการคันหรือเป็นผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 41.10 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอัคราภร เกษมสายสุวรรณ, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ดุสิต สุจิรัตน์ และเจริญ ชูโชติถาวร¹² ที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของยากับอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคชนิด First-line ในผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นอาการทางระบบประสาท (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่ความรุนแรงระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.8) รองลงมาเกิดที่ระบบผิวหนัง อาการที่พบได้แก่ มีผื่นคันบวมแดงหรือมีตุ่มน้ำใสขึ้นทั่วร่างกาย และการศึกษาของสุพพัทธิตา แสงทอง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์และสุพัตรา บัวทิ¹³ พบอาการไม่พึงประสงค์ เช่นกันมี 4 อาการคือ อาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อโดยมีคะแนน (M=2.3) คลื่นไส้หรืออาเจียน (M=2.0) อาการชามือหรือเท้า (M=2.0) และอาการคันหรือผื่นคัน (M =1.5) ผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวอาจเกิดจากการแพ้ยา หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง โดยแพทย์จะให้ยาแก้แพ้ ในยากลุ่มแอนติฮิสตามีนเพื่อบรรเทาอาการคัน¹⁴ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตามการศึกษาและทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาและข้อมูลในผู้ติดเชื้อโรครายใหม่ครั้งนี้สามารถนำไป

พัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคเพื่อการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ป้องกันและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงให้ดูแลสุขภาพ เพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรค
2. ควรมีระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองหาผู้ป่วยโรครายใหม่ในเขตชุมชนต่างๆ เพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อลดการแพร่เชื้อในชุมชนต่อไป
3. ควรมีการพัฒนารูปแบบของการรักษาโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับ (DOT) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาโรคต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคได้รับการรักษาครบถ้วนตามแนวทางการรักษาโรค
4. ทบทวนแนวทางการรักษาให้เหมาะสมต่อประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Global tuberculosis report 2012. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, Retrieved March 10, 2018.
2. เฉตสรร นามวาท และคณะ. ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย:การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้. สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค, 2560
3. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. วารสารเชียงรายเวชสาร, 2560 ; 9 (1) :19-27.
4. สมพร ขามรัตน์และคณะ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2558; 22 (1) .
5. ศรีรัตน อินทรักษ์. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการแยกผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลสระบุรี.

6. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. สถานการณ์การป่วยเป็นวัณโรคของบุคลากรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดตาก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560 ; 11 (2) :286-296
7. อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค. ลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจากเรือนจำ และผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปใน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560; 11 (2) :277-376.
8. Mehran Shokr, et al. The frequency of risk factors for pulmonary tuberculosis in tuberculosis patients in Babol, Northern Iran, during 2008-2015. Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences, 2018 ; 31(4): 144-1478.
9. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 = National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand 2018.- - กรุงเทพฯ , 2561.
10. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ ; 2561: 27-29.
11. Banu Eris- Gu'lbay, et al. Side effects due to primary anti tuberculosis drugs during the initial phase of therapy in 1149 hospitalized patients for tuberculosis. Respiratory Medicine, Elsevier L ; 2006 :1834-1842.
12. อัคราภร เกษมสายสุวรรณ, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ดุสิต สุจิรารัตน์และเจริญ ชูโชติถาวร. อุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของยากับอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านวัณโรคชนิด First-line ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนนทบุรี (เอกสารการประชุมวิชาการ), กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
13. สุพัตติตา แสงทอง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์และสุพัตรา บัวที. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการต่อการรับรู้อาการและการรับประทานอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2556 ; 31 (4): 105-114.
14. พงศ์เทพ อีระวิทย์. วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis). หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤติภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี. ค้นเมื่อ 12 ธ.ค.62 จาก <https://med.mahidol.ac.th/>