

eISSN : 2774-0404



ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

Vol.4 No.2 May – August 2023



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Provincial Public Health office

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

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุรเดช ขวเดช
นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัศมีกุล

นางสุชาดา ชีมายุพันธ์

นายประวุฒิ ละครราช

นางพัชรา ชมภูวิเศษ

นายวีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

นายแพทย์กิตติศักดิ์ พนมพงค์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี

นายแพทย์นิสิต บุญอะรุณ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปทุมรัตน์

ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมลาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.มะลิวรรณ อังคนิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนาโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุพะยงค์ ชมภูธวัช	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัย ลิ้มทองดีสกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุเมธนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทร์	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สมบัติ อัมระภา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อรุณ บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.วิภาดา จันทร์มณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี
อาจารย์ศุภลักษณ์ เอกอุเวกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางรุจิรา จันทรหอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 114 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

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 อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ที่ผู้พิมพ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำถาม โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

บทความวิจัย

ประกอบด้วย

บทนำ เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์การวิจัย ในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการวิจัย ระบุรูปแบบการวิจัย เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment บอกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจัยผลลัพธ์ที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณ ผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่า มีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ได้บ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้ อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แบบฟอร์ม

ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)

(Angsana New 16 pt ตัวหนา)

ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)

(Angsana New 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*

(Angsana New 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....

(Angsana New 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)

Corresponding author: E-mail:(Angsana New 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

บทคัดย่อ (Angsana New 16 pt)

วัตถุประสงค์ :

รูปแบบการวิจัย :

วัสดุและวิธีการวิจัย :

ผลการวิจัย :

สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :;;

Abstract

Purpose :

Study design :

Materials and Methods :

Main findings :

Conclusion and recommendations :

Keywords :;;

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด (ภาษาอังกฤษ Angsana New 14 pt)

บทนำ

.....
.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

.....
.....

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

.....
.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....
.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....
.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....
.....

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

.....
.....

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

.....
.....

ผลการวิจัย

.....
.....

ตารางภาพและแผนภูมิ จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง
หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้าน
บน

วิจารณ์

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

กิตติกรรมประกาศ

.....
.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1.
.....

หมายเหตุ : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

สารบัญ

หน้า

การพัฒนาร้านยาเพื่อเป็นหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (Self Isolation: OPSI) Pharmacy Developments in the Role of OPSI Unit for COVID-19 Patients ธีราวุฒิ มีชำนาญ	9
โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด The Effect of a Self- management Program of Type 2 Diabetes Mellitus Patients ชนพล วิมลวรรณ	18
ผลของโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด The Effects of Health Literacy Community Improving on Health Literacy and Health Behaviors of Working Age, Ban Sa-at Health Promoting Hospital พงษ์สันต์ ฮามวงศ์, จันทร์ บุตรพรหม	26
อัตราการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธีตรวจทางอณูชีววิทยา (Gene X pert) จากตัวอย่าง เสมียร์เสมหะที่ย้อมสีทึบกรดให้ผลลบ ในผู้ป่วยคลินิกทางเดินหายใจ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน Numbers of Positive Cases Gene X pert Test among The Sputum smear Negative for AFB staining in Acute Respiratory Infection Cases from Chaturaphak Phiman Hospital วรารักษ์ ชัยโชติ	41
ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังบนตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน Impact of Pharmaceutical Care in Patients with Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease at In Patient Department, Chaturaphak Phiman Hospital. วิมลรัตน์ สารทอง	50
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ของผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด The Development of Nursing Practice Guidelines for Percutaneous Nephrolithotomy of Patients in Roi-Et Hospital อินทิรา ขนแก่น้อย	58

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก Effectiveness of the Nursing Practice Guideline for Older Patient with Hip Fractures อรรถัย สิริวัฒนพงษ์	69
ประสิทธิผลและความปลอดภัยของน้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ Effectiveness and Safety of Cannabis Oil at Medical Cannabis Clinic in Nonghong Hospital, Buriram Province. สุมาลี รัตนวริทธิกุล	80
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการแกว่งแขนต่อพฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และ มีโรคร่วม Effects of Health Behavior Change Program with Arm Swing Exercise on Diabetes Mellitus Control Behaviors and Fasting Blood Sugar Level of Poorly Controlled Diabetic Mellitus with Co-Morbidity ลัดดาวัลย์ พิมพ์เรือง	91
การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ของวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด Developing a Self-Directed Learning Instructional Model on Routine to Research Facilitators for Public Health Network, Roi-Et เสฐียรพงษ์ ศิวินา	104
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด Development a Model for Tuberculosis Prevention and Control on New Pulmonary Tuberculosis Patients and House Contacts in Nong Phok District Health Network, Roi-Et วิลาวัลย์ ปากวิเศษ	114

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Development of Continuity of Care Model for Stroke Patients ธนัชญา พูนวสิน, เอ็มอร อารณรัตน์	126
พัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี Development of Surgery System and Patients care of One Day Surgery : ODS Kumphawapi Hospital, Udon Thani วิริยญา โชติพันธ์ชินคำ	137

การพัฒนาร้านยาเพื่อเป็นหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (OP Self Isolation: OPSI)

Pharmacy Developments in the Role of OPSI Unit for COVID-19 Patients

ธีราวุฒิ มีชำนาญ*

Teerawooti Meechumnarn

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

(Received: April 2, 2023 ; Revised: April 9, 2023 ; Accepted: May 5, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบบริการของร้านยาให้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการตามข้อกำหนดของสปสช. และการประเมินผลปริมาณงานและต้นทุนค่ายา ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด 19

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นร้านยาที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช. 5 แห่ง ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม - 31 ตุลาคม 2565 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินผลการให้บริการ ประเมินปริมาณงาน ต้นทุนยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : พบว่า (1) ร้านขายยาเข้าร่วมการพัฒนาทั้งหมด 5 ร้าน มีผลลัพธ์การให้บริการ (Outcomes) คือผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและประเมินอาการ 856 ราย ให้คำแนะนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 153 ราย มีผู้เข้าเกณฑ์รับบริการแบบ OPSI และลงทะเบียนในระบบ A-med care 703 โดย 681รายได้รับคำแนะนำและประเมินอาการภายใน 24 ชม. มี 632 ราย ได้รับการติดตาม ประเมินการไต่ถามเมื่อครบ 72 ชม. 348 ราย ได้รับการติดตาม ประเมินการไต่ถามวันที่ 4-7 พบมีส่งต่อ 2 ราย 323 ราย หายจากอาการป่วยและผลตรวจ ATK self- test เป็นลบ และได้รับเอกสารรับรองการกักตัว 288 ราย (2) การให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยา พบว่า มีผู้รับบริการทั้งหมด 703 ราย อายุเฉลี่ย 31 ปี 621 รายได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง มี 116 ราย อาการดีขึ้นเมื่อครบ 72 ชั่วโมง 433 ราย อาการดีขึ้นใน 4-7 วัน เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา 15 ราย ปัญหาการใช้ยาได้รับการแก้ไข 24 ราย ส่งต่อ 2 ราย และติดเชื้อซ้ำ 4 ราย

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ร้านยาสามารถเป็นหน่วยบริการและให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอกได้ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ : การพัฒนาร้านยา; โควิด-19; แยกกักตัวที่บ้าน

*เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To develop the pharmacy service model for caring of COVID-19 patients and develop the role of pharmacies to be enrolled in the NHSO service unit and to assess workload and drug costs.

Study Design : Action research

Materials and Methods : This project was implemented in 5 different pharmacies registered as patient care service unit and collected data on providing care services for patients with COVID-19 from March 21, 2020, to October 31, 2022 to assess the workload and cost of drugs. Descriptive statistics were used to analyze the data.

Main findings : (1) 5 pharmacies participated in the development. There were service outcomes a total of 856 patients were screened for risk and symptom assessment, 153 were advised to be hospitalized, and 703 patients were admitted to OPSI and enrolled in the A-med care system. 681 cases were assessed within 24 hours, 632 cases were monitored for drug use evaluation after 72 hours and 348 cases were followed up on drug use assessments during days 4-7. Patients recovered from illness 323 with negative ATK self-test results and 288 cases received a certificate of quarantine from the pharmacist and 2 cases were referred. (2) Pharmaceutical services, there were 703 recipients of the service, with an average age of 31 years. 621 cases received the drug within 24 hours and 116 patients showed improvement in their symptoms after 72 hours of follow-up, 4-7 days found that 433 cases improved and 15 cases were affected by drug side effects. Drug use problems were resolved in 24 cases. 2 cases were referred and found 4 cases re-infected

Conclusion and recommendations : Pharmacies can be developed as service unit to provide care for COVID-19 patients. Therefore, the model should be applied in the care of patients with other diseases

Keywords : Pharmacy developments; COVID-19; Self-Isolation

*Pharmacist Professional Level, Roi-Et Provincial Health Office.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเปลี่ยนผ่าน COVID-19 Pandemic Disease สู่ Endemic Disease หรือโรคประจำถิ่น ได้มีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ได้แก่ 1) ปรับคำนิยามการวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย COVID-19 ตามกรมควบคุมโรคระบุ 2) ปรับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยด้วย antigen test kit (ATK) 3) ปรับแนวทางการดูแลรักษา กลุ่มที่ไม่มีอาการ กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย กลุ่มที่มีอาการปานกลาง 4) เพิ่มข้อบ่งชี้ในการใช้ยาต้านไวรัส และยาอื่นๆ และ 5) ปรับระยะเวลาในการกักตัว กรณีผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง¹

การปรับแนวทางการดูแลสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย และกลุ่มที่มีอาการปานกลางได้ปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นแบบผู้ป่วยนอก (Out-Patient with Self Isolation : OPSI) ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและการให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด-19 แบบผู้ป่วยนอก หรือ **การรักษาตามแนวทาง เจอ แจก จบ** ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2565 โดยมีความคล้ายคลึงกับ Home Isolation (HI) แตกต่างเพียง HI เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยในที่มีการแยกกักตัวที่บ้าน จ่ายยาตามอาการ โทรติดตามอาการทุกวัน มีระบบส่งต่อเมื่ออาการแย่ลง มีอุปกรณ์ตรวจประเมิน และมีบริการอาหาร ส่วน OPSI เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีรายละเอียดเหมือน HI เกือบทั้งหมด ยกเว้นไม่มีอุปกรณ์ตรวจประเมิน ไม่มีบริการอาหาร และให้ติดตามอาการเพียง 1 ครั้งหลัง 48 ชั่วโมง² สำหรับโครงการนี้กำหนดติดตามผู้ป่วย 72 ชั่วโมง ในการนี้เภสัชกรรมมีการผลักดันให้ร้านยาและเภสัชกรได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยนำแนวทางการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 แบบ เจอ แจก จบ และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) มาประยุกต์เพื่อให้ร้านยาจัดบริการได้ มีการนำโปรแกรม BKK HI/CI CARE Virtual Hospital (A-med care) ในการรับผู้ป่วยเข้าระบบรักษาของร้านยา ตามเกณฑ์การคัดกรอง มีการกำหนดกรอบรายการยาและแนวทางการใช้ยา

เพื่อร้านยามีมาตรฐานเดียวกัน

บทบาทของร้านยาและเภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีส่วนในการดูแลประชาชนทั้งในภาวะปกติและสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากประชาชนเข้าถึง ได้ง่าย สะดวก ประหยัดและได้รับการยอมรับ ในขณะที่โรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลและสถานพยาบาล มีข้อจำกัด ในการรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ (กลุ่มสีเขียว) เข้าไม่ถึงยา เข้าไม่ถึงการรักษา ซึ่งร้านยาสามารถเข้ามามีบทบาทในการดูแล อันจะเป็นการลดภาระให้กับระบบบริการสาธารณสุข ผลการวิจัยนี้จะแสดงให้เห็นถึงแนวทาง ขั้นตอน ในการพัฒนาร้านยาไปสู่การเป็นหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการของร้านยาให้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการตามข้อกำหนดของ สปสช. และการประเมินผลปริมาณงานและต้นทุนค่ายาในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ให้ร้านยาที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ตามแนวทาง เจอ แจก จบ ซึ่งบริการตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม - 31 ตุลาคม 2565 โดยร้านยาทำการคัดกรองผู้ที่มีผลตรวจ ATK เป็นบวก³ ซึ่งมีอายุระหว่าง 5-60 ปี ที่เป็นผู้มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ (กลุ่มสีเขียว) และไม่ใช้กลุ่มเสี่ยงสูงหรือ 608 เพื่อให้บริการจ่ายยาและติดตามดูแลอย่างน้อย 72 ชั่วโมง ส่วนในด้านการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ ร้านยาจึงได้มีการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล⁴ โดยนำโปรแกรม BKK HI/CI CARE Virtual Hospital หรือ A-med care มาใช้เพื่อบันทึกและส่งข้อมูลการให้บริการ

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เป็นการดำเนินงานในร้านยาแผนปัจจุบันที่มีเภสัชกรตลอดเวลาทำการ ที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน GPP โดยเปิดบริการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง

ต่อวัน ซึ่งมีร้านยาผ่านการเกณฑ์การประเมิน จำนวน 7 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้บริการ BKK HI/CI CARE Virtual Hospital (A-med care), Application Line Official คู่มือการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และแนวทางดูแลผู้ป่วยแบบ เจอ แจก จบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบลงทะเบียนและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยข้อมูล เลขบัตรประชาชน ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการเข้ายา ผลตรวจ ATK หมายเลขโทรศัพท์ สิทธิการรักษาพยาบาลและแบบบันทึกการประเมินอาการ เพื่อคัดกรองผู้ติดเชื้อในกลุ่มสีเขียวเท่านั้นและแบบสรุปผลการให้บริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. เสาะสรุบบันทึกการให้บริการ ในระบบ A-med care
2. การดำเนินการเก็บข้อมูลจะทำได้โดยการคัดข้อมูลตามที่กำหนดไว้ จากระบบ A-med care
3. รวบรวมข้อมูลจากร้านยาทุกแห่ง ตรวจสอบความครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย วิเคราะห์

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดร้านยาที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ที่ใช้บริการแยกรายแห่ง

ร้านยา	ที่ตั้ง	จำนวนผู้ป่วย(ราย)
1. ร้านยาเภสัชกร	4/13 ถ.เพลินจิต ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด	649
2. ร้านยาเพรียว	320 หมู่ 10 ต.เหนือเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด	38
3. ร้านบ้านยาอาจสามารถ	93 หมู่ 7 ต.อาจสามารถ จ.ร้อยเอ็ด	12
4. ร้านหมอยาจักร	153 ม.11 ต.ป่าผา อ.จักร จ.ร้อยเอ็ด	3
5. ร้านหมอยาเชียงขวัญ	51 หมู่ 11 ต.บ้านเชียง อ.เชียงขวัญ จ.ร้อยเอ็ด	1
6. ร้านยาไลออน	33/1 ถ.กองพล 10 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด	0
7. ร้าน เอส.พี.ฟาร์มา	223 ถ.รณชัยชาญยุทธ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด	0
รวม		703

โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ผลงานการให้บริการ ปริมาณและต้นทุนค่ายา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การดำเนินการให้ร้านยาขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

1. ประเมินมาตรฐานร้านยา ตรวจเยี่ยม คัดเลือกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
2. ดำเนินงานด้านเอกสาร ส่ง สปสช.เขต 7 ขอนแก่น เพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
3. ลงทะเบียนร้านยา ในระบบ A-med care เพื่อเปิดใช้งาน Virtual Pharmacy
4. อบรมการใช้ Program A-med care
5. ร้านยาเปิดบัญชีผู้ค้ากับภาครัฐตามระบบ GFMS

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1462564

ผลการวิจัย

1. การดำเนินการเพื่อขึ้นทะเบียนร้านยาเป็นหน่วยบริการของ สปสช. ครั้งนี้มีร้านยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง แต่สามารถให้บริการผู้ป่วย ได้ 5 แห่ง โดยมีจำนวนผู้ให้บริการแยกตามรายร้านยาได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ผลการประเมิน

2.1 ผลการบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (แบบ OP Self Isolation : OPSI) ร้านยาได้ให้บริการผู้ป่วยและเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มโครงการ เมื่อ 21 มีนาคม - 31 ตุลาคม 2565 โดยพบว่าร้านยาทั้ง 5 แห่งที่เปิดให้บริการ ทำการคัดกรองผู้ป่วยทั้งสิ้น 856 ราย มีผู้เข้าหลักเกณฑ์และได้รับ

การดูแลจากร้านยา 703 ราย ซึ่งมีผู้ป่วย 681 ราย (96.87%) ที่เมื่อได้รับยาแล้วเภสัชกรสามารถติดตามได้ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำแนะนำการใช้ยาและปฏิบัติตัว และมีผู้ป่วย 632 ราย (89.9%) ที่เภสัชกรติดตามได้เมื่อกักตัวครบ 72 ชั่วโมง (Day 3) โดยมี 348 ราย (49.50%) ที่เภสัชกรติดตามได้ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผลลัพธ์ของการให้บริการของร้านยา ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP Self Isolation : OPSI)

ลำดับ	ผลลัพธ์การให้บริการ (outcome)	ผลดำเนินการ (ราย)	ประสิทธิผล
การบริการคัดกรองผู้ป่วย			
1	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและประเมินอาการขั้นต้น	856	ทำการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยโควิด-19 ตามความเสี่ยง
2	ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและเข้าเกณฑ์รับเข้าดูแลแบบ OPSI	703	คัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อที่อยู่ในกลุ่มสีเขียว และไม่ใช่ผู้ป่วยกลุ่ม 608
3	ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาในโรงพยาบาล กรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์ร้านยา	153	ผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดกรองและ ได้รับคำแนะนำช่องทางเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
การให้บริการจ่ายยาและติดตามผู้ป่วย			
4	เภสัชกรให้บริการลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ A-med care	703(100)	ลงทะเบียนรับผู้ป่วยเข้าระบบ เภสัชกรจ่ายยากักตัวและติดตามดูแล
5	ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและประเมินอาการภายใน 24 ชม.	681(96.87)	เภสัชกรให้คำแนะนำปฏิบัติให้กับผู้ป่วย โดยตรงทางโทรศัพท์ หรือ Line OA
6	ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอาการ ประเมินผลการใช้ยา เมื่อครบ 72 ชม.	632(89.9)	เภสัชกรสามารถติดตามผลการใช้ยาและประเมินผู้ป่วย ตามข้อกำหนด
7	ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอาการ ประเมินผลการใช้ยา ช่วงวันที่ 4-7	348(49.50)	เภสัชกรติดตามอาการและประเมินผลการใช้ยาในวันที่ 4 เป็นต้นไปได้
8	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ กรณีมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น	2(0.28)	เภสัชกรประเมินผู้ป่วยว่าจำเป็นต้องส่งต่อไปเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
9	ผู้ป่วยหายจากอาการป่วย ที่มีการแจ้งผลตรวจ ATK self test เป็นลบ	323(45.95)	ผู้ป่วยผ่านการกักตัวครบกำหนดและแจ้งผล ATK เป็นลบ ให้เภสัชกรทราบ
10	ผู้ป่วยได้รับเอกสารรับรองการกักตัว	288(40.97)	เภสัชกรมีการออกใบรับรองจากระบบเพื่อนำไปใช้เป็นหลักฐาน

ร้านยาทั้ง 5 แห่ง ได้ให้บริการจ่ายยาและติดตามผู้ป่วย ทั้งอาการ การประเมินผลการใช้ยา และการประเมินปัญหา

ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีผลงานการดำเนินการดังแสดง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลงานการให้บริการทางเภสัชกรรมของร้านยา

ลำดับ	หัวข้อ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
		n(%)	n(%)	n(%)
1	จำนวนผู้รับบริการ	225(32.01)	478(67.99)	703(100)
2	อายุเฉลี่ย (ปี)	28.82±13.83	32.00±14.24	30.94±14.16
3	ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังการลงทะเบียน	198(88)	423(88.49)	621(88.34)
4	ผู้ป่วยที่ได้รับยาและเภสัชกรติดตาม ซึ่งมีอาการดีขึ้นเมื่อครบ 72 ชั่วโมง	34(15.11)	82(17.15)	116(16.50)
5	ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามซึ่งพบว่า อาการดีขึ้นหลังใช้บริการ 4 - 7 วัน	132(58.67)	301(62.97)	433(61.59)
6	ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา	4(1.78)	11(2.30)	15(2.13)
7	จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ เภสัชกรพบและได้รับการแก้ไข	10(4.44)	14(2.93)	24(3.41)
8	จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ	1(0.44)	1(0.21)	2(0.28)
9	จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาเนื่องจาก ติดเชื้อซ้ำ (หลังติดเชื้อครั้งก่อน 90 วัน)	1(0.44)	3(0.63)	4(0.56)

โครงการ เจอ แจก จบ ได้กำหนดการจ่ายค่าตอบแทน (ค่าชดเชย) พบว่าตลอดระยะเวลาดำเนินการมีการปรับเปลี่ยนผู้มีสิทธิการรักษาและการจ่ายค่าชดเชย ทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดยประชาชนผู้มีสิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการเจ้าหน้าที่ อปท. สามารถรับบริการที่ร้านยาได้ ซึ่งร้านยาจะได้รับค่าชดเชย จากเริ่มต้นโครงการจ่าย 700 บาทต่อราย และปรับลดถึงครั้งสุดท้าย ลดลงเหลือ 160 บาทต่อราย

2.2 ประเมินปริมาณงานและประเมินต้นทุนค่ายา

1) ปริมาณงานของเภสัชกร ในการให้บริการผู้ป่วยตามขั้นตอนที่สปช.กำหนด พบว่าเภสัชกรมีการดำเนินการ 11 ขั้นตอน โดยนับจากขั้นตอนการแนะนำเพื่อเตรียมหลักฐานยืนยันตัวตนและลงทะเบียน จนถึงขั้นตอนการ

จำหน่าย (Discharge) และออกเอกสารรับรองการกักตัว พบว่าเภสัชกรใช้เวลารวม เฉลี่ย 95 นาที ทั้งนี้ไม่รวมขั้นตอนการทำงานพื้นฐานเพื่อรับค่าชดเชย

2) ต้นทุนค่ายารายการยาที่ให้ร้านยาจ่ายให้ผู้ป่วยโควิด-19 ที่กักตัว พบว่ามี Guideline เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เรียกว่า **ยารักษาอาการทั่วไป** ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนรายการและปริมาณการยา 2 ระยะ

ระยะที่ 1 วันที่ 21 มีนาคม – 4 กรกฎาคม 2565 กำหนดชุดรายการยาผู้ใหญ่ 6 ชุด ประเมินต้นทุนยา พบว่าอยู่ระหว่าง 140 – 172 บาท ส่วนชุดรายการยาเด็กกำหนดไว้ 2 ชุด มีต้นทุนค่ายา 160-180 บาท

ระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นไป มีการปรับลดปริมาณยาจากระยะที่ 1 และกำหนดให้จ่าย

ยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรเฉพาะผู้ป่วยในรายที่จำเป็นเท่านั้น โดยมีการกำหนดชุดรายการยาผู้ใหญ่ไว้ 8 ชุด และชุดรายการยาเด็กไว้ 2 ชุด ทำให้ต้นทุนค่ายาปรับลดลง ดังนี้

ต้นทุนยาสำหรับผู้ใหญ่ กรณีที่ไม่ได้จ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจร ต้นทุนยาจะอยู่ระหว่าง 37-59 บาท และกรณีมีการจ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรจะมีต้นทุนอยู่ระหว่าง 127-149 บาท

ต้นทุนยาสำหรับเด็ก กรณีที่ไม่ได้จ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจร ต้นทุนค่ายาอยู่ระหว่าง 104 - 124 บาท และกรณีมีการจ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรจะมีต้นทุนค่ายาอยู่ระหว่าง 156 - 176 บาท

วิจารณ์

การพัฒนาร้านยาให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อกำหนดของ สปสช. ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้านนั้น สามารถดำเนินการได้ แต่ต้องมีการกระบวนการพัฒนาระดับด้านมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการ ซึ่งหลังการพัฒนาพบว่า ร้านยาจะต้องทำการควบคุมคุณภาพ และมีการจัดการ ดังนี้ 1) การจัดการมาตรฐานโดยควบคุมให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล 2) การจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 3) การเตรียมเครื่องมือ ได้แก่ Platform Application และเครื่องมือสื่อสารทางออนไลน์และ 4) จัดการพื้นที่บริการ ขั้นตอน วิธีการ ในการส่งมอบยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและคำแนะนำที่ถูกต้องครบถ้วน ภายใต้เงื่อนไขในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

การให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สี่เขียวที่ไม่ใช่กลุ่ม 608 ของร้านยา พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการ DMS Virtual Hospital ของโรงพยาบาลราชวิถี⁵ ซึ่งเปิดศูนย์ปฏิบัติการ ที่ห้องมูลนิธิกรมการแพทย์ เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ประเภทสีเขียวที่เข้าหลักเกณฑ์การเข้ารับรักษาแบบ Home Isolation พบว่าในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางนี้ 1. เป็นการรักษายาแบบรูปแบบใหม่ ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้

โดยการใช้อุปกรณ์ ทางารแพทย์พื้นฐาน มีการติดตามดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์ Dashboard monitoring 2. เป็นเรื่อง Digital solutions โดยให้บริการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์, Line app, Telemedicine, Program ต่าง ๆ การวิจัยนี้พบว่าร้านยา สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการให้บริการผู้ป่วย จำนวน 703 ราย มีการส่งต่อ 2 ราย และสามารถช่วยดูแลการกักตัวที่บ้านแบบ Self Isolation ซึ่งช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้

ด้านปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นจากการให้บริการตามปกติ เนื่องจากบริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เป็นกิจกรรมใหม่ของร้านยาที่ไม่เคยมีมาก่อน พบว่าเภสัชกรใช้เวลาประมาณ 95 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งขั้นตอนที่ใช้เวลามากที่สุดคือ 1.การรับและตรวจสอบหลักฐานการลงทะเบียน 2.การลงทะเบียนผู้ป่วย ซึ่งพบว่าใช้เวลาขั้นตอนละ 15 นาที รวม 2 ขั้นตอน ที่เกี่ยวกับการลงทะเบียนใช้เวลา 30 นาที หรือ คิดเป็นร้อยละ 31.6 ของเวลาทั้งหมด และ การใช้เวลาเพื่อติดตามผู้ป่วย อีก 2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที รวม 20 นาที หรือร้อยละ 21 ของเวลาทั้งหมด ในขณะที่บริการตามปกติของเภสัชกร (งานRoutine) ได้แก่ 1.การคัดกรองความเสี่ยง 2.การสัมภาษณ์และประเมินอาการ 3.จัดเตรียมยา และ 4.การส่งมอบยา ใช้ขั้นตอนละ 5 นาที รวม 4 ขั้นตอน 20 นาที หรือร้อยละ 21 ของเวลาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการให้บริการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ OPSI เภสัชกรต้องใช้เวลาทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 79

ต้นทุนค่ายาและเงินชดเชย เพื่อแสดงถึงความคุ้มค่าต้นทุนค่ายาในการให้บริการ ทั้งนี้ยังไม่ได้ทำการประเมินถึงความคุ้มค่าต้นทุนในด้านแรงงาน (Labor Cost) พบว่าต้นทุนยา มีการเปลี่ยนแปลง 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 21 มี.ค-4 ก.ค 2565 มีต้นทุนค่ายาตามกรอบรายการสำหรับผู้ใหญ่อยู่ระหว่าง 140 - 172 บาท และรายยาสำหรับเด็กมีต้นทุน 160-180 บาท โดยร้านยาจะได้รับค่าชดเชย 500 - 700 บาท ซึ่งรวมค่าจัดส่งและการติดตามดูแล 72 ช.ม.

ระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 5 ก.ค 2565 เป็นต้นมา ได้มี

การปรับปริมาณยาลดลงและให้จ่ายยาฟ้าทะลายโจรสกัดในกรณีจำเป็นและให้เภสัชกรติดตามผู้ป่วยตลอดเหลือ 24 ชม. ต้นทุนค่ายาสำหรับผู้ใหญ่แบบที่ไม่จ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจร ลดลงอยู่ระหว่าง 37-59 บาท โดยร้านยาจะได้รับค่าชดเชย 160 บาท หากจ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรด้วยจะมีต้นทุนอยู่ระหว่าง 127-149 บาท โดยร้านยาจะได้รับค่าชดเชย 250 บาท

สำหรับผู้ป่วยเด็กเภสัชกรจ่ายยาและติดตามผู้ป่วย 24 ชม. เช่นกัน กรณีที่ไม่จ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจรต้นทุนอยู่ระหว่าง 104-124 บาท ร้านยาได้รับชดเชย 160 บาท หากจ่ายยาสารสกัดฟ้าทะลายโจร ต้นทุนค่ายาอยู่ระหว่าง 156-176 บาท โดยร้านยาได้รับชดเชย 250 บาท

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโครงการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังรุนแรง ทำให้ข้อจำกัดในการบริการทั้งจากผู้ป่วยและเภสัชกรที่ทำงานในร้านยาทั้งในการบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ เภสัชกรจึงหลีกเลี่ยงการพบผู้ป่วยโดยตรง และในการประชุมหารือ ทำความเข้าใจ ของเภสัชกรที่เข้าร่วมโครงการที่มีข้อจำกัด รวมทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด ตลอดจนระบบ Software Platform อุปกรณ์ต่างๆ Application ที่ยังไม่รองรับงานโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ระบบยืนยันตัวตน (Authentication) ในงานวิจัยนี้ใช้ระบบโปรแกรม BKK HI/CI CARE Virtual Hospital (A-med care) ซึ่งในขั้นตอนการรับลงทะเบียนและตรวจสอบสิทธินั้น มีความถูกต้อง และเชื่อถือได้ แต่ยังไม่สะดวกเนื่องจากมีขั้นตอนในการป้อนข้อมูลมาก ทำให้เภสัชกรใช้เวลาอาจเป็นข้อจำกัดสำหรับร้านยาที่มีเภสัชกรเพียงคนเดียว จึงควรให้มีระบบตรวจสอบสิทธิและการลงทะเบียนรับผู้ป่วยที่ง่าย โดยควรสามารถเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วย ได้จากระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อลดเวลาของผู้ปฏิบัติงาน

การบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เภสัชกรยังไม่ได้รับการอบรมจากหน่วยงานที่จะให้การรับรอง

แต่เป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนที่สภาเภสัชกรรมกำหนด ซึ่งจะยังมีส่วนปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายอื่นเช่นพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562(Personal Data Protection Act: PDPA) เป็นต้น จึงควรมีการจัดการอบรม หรือการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานของเภสัชกรในร้านยา

การติดตามผู้ป่วยด้วยการใช้ Application Line (Line OA) เป็นการประยุกต์ใช้ Application ที่มีอยู่แล้ว แต่ระบบของ Line OA ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วยจะทำได้ การตอบข้อความจากผู้ป่วยอาจเป็นบุคคลอื่นเป็นผู้ตอบได้ ซึ่งระบบจะไม่สามารถยืนยันว่าเป็นเภสัชกรได้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่แท้จริง เป็นต้น จึงควรมีระบบ application ที่จะตอบสนองระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลโดยเฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 1 มีนาคม 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=161
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 18 พฤษภาคม 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650518154445PM_CPG_

COVID-19_v.23_n_20220518.pdf

4. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรมที่56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สภาเภสัชกรรม; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565].https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0
5. กรมการแพทย์. การจัดบริการ HOME ISOLATION กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565.

โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด The Effect of a Self- management Program of Type 2 Diabetes Mellitus Patients

ธนพล วิมลวรรณ*

Tanapol Wimolwon

Corresponding author: E-mail: tanapolpharma@mail.com

(Received: April 5, 2023 ; Revised: April 12, 2023 ; Accepted: May 9, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม Two-groups pretest-posttest design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจาก The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) ค่า CVI ได้ 0.85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและ Mann-Whitney U test และ Shapiro wilk test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า Intervention ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม自我管理ที่ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานจัดโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

Purposes : To Compare the self- management behaviors of type 2 diabetes mellitus patients in Phonsai, Roi Et Province.

Study design : The Quasi- experimental research two groups with a pretest - posttest design.

Materials and Methods : All total 40 of subjects diabetes mellitus with type 2, divided into experimental groups and control group, 20 cases per group, duration of action was 4 weeks, Implemented period for 4 weeks. Data were collected using a questionnaire developed from The Summary of Diabetes self-care activities (SDSCA), CVI was 0.85, Cronbach's alpha coefficient was 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney U test and Shapiro wilk test. Statistical significance was set at 95% Confidence Interval.

Main findings : After the experiment, the subjects in the experimental group had a statistically significant difference in the median scores of self-management behaviors of type 2 diabetes patients from the control group ($p < .001$)

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that Intervention resulted in patients having manage yourself better Therefore, it should encourage agencies to organize the program. Continually

Keywords : Self Management Program; Type 2 Diabetes Mellitus Patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,008 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 24.55 ต่อแสนประชากร หรือเฉลี่ยวันละ 43 คน ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานมีจำนวนมากถึง 47,596 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 15.79 ของภาพรวมโรคเรื้อรังทั้งหมด¹ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลของสถานบริการทุกระดับ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เกิดความเครียด ความทุกข์ และเกิดปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและกระทบต่องานและรายได้ของผู้ดูแลอีกด้วย แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แต่การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ก็ยังคงเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่จะชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การควบคุมน้ำตาลขึ้นอยู่กับ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การตรวจสอบกลูโคสในเลือด และการฉีดอินซูลินในปริมาณที่ถูกต้อง การดูแลตนเองเหล่านี้ จะต้องมีความรู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถมีการจัดการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โปรแกรมการจัดการสุขภาพสามารถทำได้แม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของแบนดรูราเพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นโปรแกรมที่ออกแบบที่สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน²

เช่นเดียวกับเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 46.72 ต่อแสนประชากร หรือจำนวน 2,341 คน ในจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน 707 คนคิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 54.55 ต่อแสนประชากร โรงพยาบาลโพธิ์ทรายมีการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนทั่วไปและการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

เบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติปีพ.ศ.2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานคือ 1,323 1,475 และ 1,580 คนตามลำดับ นอกจากนี้ในปีงบประมาณพ.ศ.2565 ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 5.40 ได้รับการดัดนิ้วเท้า ตัดขา 1 คน นอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยแผลที่เท้า ร้อยละ 0.54³ ดังนั้นโรงพยาบาลโพธิ์ทราย ได้ตระหนักถึงความสำคัญถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถของแบนดรูรา⁴ ปรับใช้ให้เกิดความเหมาะสมมีความสอดคล้องกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลโพธิ์ทราย เพื่อก่อตั้งให้ผู้ป่วยผ่านการเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเอง มีแรงผลักดันที่จะดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธิ์ทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ทดสอบก่อนและหลังทดลอง Two-group pretest - posttest design ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ผิดปกติ ได้จากการคำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁵ คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

FBS > 125 mg/dl ยินดีสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย สามารถอ่านออกเขียนได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของแบนดูรา (Bandura's self-efficacy theory) ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาของวู² ประกอบด้วยกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 การเรียนรู้ (Mastery) สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์การจัดการที่ประสบผลสำเร็จและวางแผนการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 2 ประสบการณ์การได้เห็นผู้ที่ประสบผลสำเร็จ (Vicarious experience) สมาชิกดู YouTube 2 คลิป สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปรึกษาหารือเกี่ยวกับการจัดการตนเองร่วมกันจากนั้นสมาชิกในกลุ่มเล่าผลการจัดการตนเองตามแผนที่ตั้งไว้และวางแผนการจัดการตนเองในสัปดาห์ต่อไป สัปดาห์ที่ 3 การพูดชักจูง (Verbal persuasion) เปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงการจัดการตนเองทั้งที่ทำได้สำเร็จและทำไม่สำเร็จ จากนั้นสมาชิกกลุ่มช่วยเสริมแรงให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและสัปดาห์ที่ 4 การประเมินตนเอง (Self-appraisal) สมาชิกในกลุ่มสรุปผลการจัดการตนเองจากสัปดาห์ที่ 1 ถึง 4 เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกทั้งที่จัดการตนเองได้และไม่ได้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นโปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังจากได้รับคำแนะนำผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา ค่า CVI (Content Validity Index) ได้ 0.85 นำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ทดสอบหาความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.82

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3

ส่วน ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ด้วยเครื่องมือที่พัฒนามาจาก The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) มีข้อความทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการรับประทานอาหาร 4 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการรับประทานยา 2 ข้อ ด้านการดูแลเท้า 3 ข้อ ด้านการผ่อนคลายอารมณ์ 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบเป็นการวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมาวัดสภาพจิตใจ (DASS) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมและส่วนที่ 3 เป็นแบบที่ใช้ในการวางแผนการจัดการตนเองตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน โดยจะวางแผนล่วงหน้าไว้ทั้ง 7 วัน จากนั้นจะลงบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละวันทั้งที่ปฏิบัติได้สำเร็จและปฏิบัติไม่สำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรโดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่ามี การกระจายของข้อมูลแบบไม่ปกติ โดยใช้สถิติ Shapiro wilk test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0052566

ผลการวิจัย

1.ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิก

โรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนทราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 14 คน (70.00%) อายุเฉลี่ย 56 ปี สถานภาพสมรสคู่ 14 คน (70.00%) จบการศึกษา สูงสุดระดับประถมศึกษา 13 คน (65.00%) ประกอบด้วยอาชีพเกษตรกร 14 คน (70.00%) และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี 14 คน (70.00%) ส่วนกลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 12 คน (60.00%) อายุเฉลี่ย 55.60 ปี สถานภาพสมรสคู่ 13 คน (65.00%) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา 11 คน (55.00%) ประกอบอาชีพเกษตรกร 14 คน (70.00%) และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี 13 คน (65.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)
	n(%)	n(%)
เพศ		
ชาย	6(30.00)	8(40.00)
หญิง	14(70.00)	12(60.00)
อายุ		
30-40 ปี	1(5.00)	1(5.00)
41-50 ปี	5(25.00)	6(30.00)
51-60 ปี	8(40.00)	6(30.00)
มากกว่า 60 ปี	6(30.00)	7(35.00)
Min(Max)	40(78)	39(76)
Mean(SD)	56(9.48)	55.60(8.82)
สถานภาพสมรส		
โสด	1(5.00)	2(10.00)
คู่	14(70.00)	13(65.00)
หม้าย/หย่า/แยก	5(25.00)	5(25.00)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	13(65.00)	11(55.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(10.00)	5(25.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5(25.00)	4(20.00)
อาชีพ		
เกษตรกร	14(70.00)	14(70.00)
ค้าขาย	2(10.00)	5(25.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)
	n(%)	n(%)
รับจ้าง	4(20.00)	1(5.00)
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	14(70.00)	13(65.00)
11-20 ปี	6(30.00)	7(35.00)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐาน

พฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังการทดลอง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	n	Mean Rank	Sum of Ranks	U	p
กลุ่มควบคุม	20	10.50	210.00	.000 (Z= -5.411)	<.001
กลุ่มทดลอง	20	30.50	610.00		

3. หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการดูแลเท้า และด้านการผ่อนคลาย

อารมณ์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $p<.001$, $p=.001$, $p<.001$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองแยกเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พฤติกรรม การจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		U	p
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ด้านการรับประทานอาหาร	11.78	235.50	29.22	584.50	25.50	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	10.55	211.00	30.45	609.00	1.00	<.001
ด้านการรับประทานยา	14.50	290.00	26.50	530.00	80.00	.001
ด้านการดูแลเท้า	11.25	225.00	29.75	595.00	15.00	<.001
ด้านการผ่อนคลายอารมณ์	10.50	210.00	30.50	610.00	0.00	<.001

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแตกต่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หันนัสนะเกษและคณะ⁶ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ; บุญฤทธิ์ เอ็งไฉ⁷ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและในแต่ละด้านคือการรับประทานอาหารเช้าและเครื่องดื่ม การออกกำลังกายและการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมและอุมาร ใจยังยืนและคณะ⁸ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเพื่อการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังมีรูปแบบการจัดการต้องเปลี่ยนแปลงแนวความคิดที่เน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน โดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นการให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างเป็นระบบ และการดูแลรักษาเชิงรุกการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ในระดับใด การเรียนรู้จากบุคคลที่ประสบความสำเร็จ การชักจูงใจเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันให้กลุ่มทดลองมีแรงบันดาลใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การสอนให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การวางแผนการจัดการตนเองล่วงหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามการวางแผนตามความสามารถที่ทำได้ การประเมินตนเองได้ในรอบสัปดาห์ สามารถทำให้กลุ่มทดลองได้เห็นภาพรวมของการปฏิบัติตัวของตนเอง ช่วยในการวางแผนพัฒนาตนเองได้ในสัปดาห์ถัดไป ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่สูงขึ้น

กว่าก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารเช้า ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการผ่อนคลายอารมณ์ ด้านการดูแลเท้า ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ มีการจัดทำคู่มือโปรแกรมการจัดการตนเองไว้ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้พยาบาล มีความรู้ ความสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น หอบหืด โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น
- 2.ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในด้านการติดตามประเมินผลให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การจัดให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่สามารถสื่อสารได้ 2 ทางเพิ่มเติมจากการดูคลิป ที่เป็นการสื่อสารทางเดียว
- 3.ควรที่จะมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และผลของโปรแกรมฯ ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ บุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยคลินิกเบาหวานทุกท่านที่มารับบริการและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี2560 – 2564) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
2. Wu CJ, Chang AM. Application of a theoretical framework to foster a cardiac-diabetes self-management programme. *Int Nurs Rev.* 2014;61(3):336-43.
3. โรงพยาบาลโพธาราย. งานผู้ป่วยนอก. รายงานประจำปี 2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2565.
4. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1986.
5. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavior sciences.* 2 nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
6. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุนีย์ ละกำป็น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.* 2562;25(2):87-103.
7. บุญฤทธิ์ เฮ้งไฉ่. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.* 2559;13(30):151-60.
8. อุมากร ใจยังยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณ, สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 2564;35(2):94-108.

ผลของโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

The Effects of Health Literacy Community Improving on Health Literacy and Health Behaviors of Working Age, Ban Sa-at Health Promoting Hospital

พงษ์สันต์ ฮามวงศ์* จันทร บุตรพรหม**

Pongson Hamwong, Juntron Butprom

Corresponding author: E-mail: pongson101@hotmail.com

(Received: April 7, 2023 ; Revised: April 15, 2023 ; Accepted: May 10, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two-group design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 132 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 66 คน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบ Normal distribution assumption โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Student's t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีความรู้ด้านสุขภาพคะแนนมากกว่า 2.16 คะแนน (95%CI :2.01, 2.28) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพคะแนนมากกว่า 1.50 คะแนน (95%CI :1.33, 1.66)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า Intervention ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ; ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; วัยทำงาน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

ABSTRACT

Purposes : To compare health literacy and health behaviors of working-age groups, Ban Sa-at Health Promoting Hospital.

Study design : Quasi-experimental research ; Pretest-posttest two-group design.

Materials and Methods : All total 132 of subjects were working age who met the inclusion criteria, divided into experimental groups and control groups, 66 of each, period of 12 weeks between March and May, 2022. Data were collected using the assessment form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, normal distribution assumption were checked using Kolmogorov-Smirnov test and the mean were compared using Student's t-test.

Main findings: After the experiment, it was found that the subjects the experimental group had the mean scores for health literacy of working age, Overall, it was statistically significantly more than the control group ($p<.001$), with a health literacy score of more than 2.16 (95%CI: 2.01, 2.28). Overall, it was statistically significantly more than the control group ($p<.001$), with a mean score of health behaviors more than 1.50 (95%CI: 1.33, 1.66).

Conclusion and recommendations : The results suggest that intervention resulted an increase in health literacy and health behaviors of working age.

Keywords : Health Literacy Community; Health Literacy; Health Behaviors; Working Age.

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Roi-Et Provincial Public Health Office.

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Ban Sa-at Health Promoting Hospital.

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนในระดับบุคคลให้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แผลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจ ให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี ทั้งนี้กองสุศึกษา เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชน เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลใดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศได้ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2561-2564) ที่มุ่งให้ความสำคัญกับการดำเนินการแก้ปัญหาวิกฤติทางสุขภาพของประเทศ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และนับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้ “ความรู้ด้านสุขภาพ” และ “พฤติกรรมสุขภาพ” เป็นตัวชี้วัดสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2561-2564)¹

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดเป้าหมายการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้เป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มวัย ประกอบด้วยกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไปประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นคือ 7 ประเด็นพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ พื้นที่เป้าหมายทุกตำบล 7,255 ตำบล ครอบคลุม 76 จังหวัด¹ เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ภัยพิบัติและภัยสุขภาพโดยเป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาวะโรคและภัยคุกคาม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมีสถานะเศรษฐกิจที่เหมาะสม²

แต่จากการประเมินผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองเรื่องการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ.2564 พบว่า (1) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 54.44 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 20.19 ระดับพอใช้ 18.10 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 7.27 (2) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 52.58 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ

31.42 ระดับพอใช้ 13.77 และระดับไม่ดีมีเพียงร้อยละ 2.23 (3) กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 90.64 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับพอใช้ขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้เล็กน้อยถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ (4) กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 65.98 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับดีขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) พบว่า ไม่ดี (5.25%) พอใช้ (13.50%) ดี (24.00%) และดีมาก (57.25%) และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ไม่ดี (0.75%) พอใช้ (12.00%) ดี (36.25%) และดีมาก (51.00%)³

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของความรู้และพฤติกรรมข้างต้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ รายได้ ความเครียด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการและการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ⁴ และจากการศึกษาของวัชรพร เขยสุวรรณ⁵ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม ดังนี้ (1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษาสภาพร่างกาย ความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการใช้ชีวิต ระดับความเครียด และการจัดการความเครียด สถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต การปรับปรุงโอกาสทางเลือกและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล เช่น ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ

การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในบ้านและครอบครัวที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และ (3) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

เช่นเดียวกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ถูกต้อง และเหมาะสมจะสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ การมีความรอบรู้สุขภาพที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นทั้งผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี อันแสดงถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง นอกจากนั้นยังมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่แสดงให้เห็นว่า คนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ หรือมีสถานะที่ยังไม่ฉลาดเพียงพอ เช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตามแพทย์สั่งไม่ถูกต้อง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และหากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ⁵ ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ⁶ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจสุขภาพหรือคัดกรองมะเร็ง ซึ่งคนทำงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพ

ผลพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้การดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน⁷

อย่างไรก็ตามการพัฒนางานความรู้เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังต้องการวิจัยทัศนร่วมจากทุกฝ่ายในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการพัฒนา โดยไม่ยึดติดการทำงานแบบเดิม ซึ่งนอกจากจะทำให้สิ้นเปลืองแรงงานและทรัพยากรแล้ว ยังทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการพัฒนาความสามารถและทักษะเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ ทำให้ชีวิตรอดในโลกที่มีข้อมูลข่าวสารท่วมท้นและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว⁸ เพราะฉะนั้นการขับเคลื่อนให้เกิด Health Literate Community สิ่งสำคัญที่ต้องเปลี่ยนคือ การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะเราคิดแทนเขา ไม่เคยฟังเขา ไม่เคยนำบริบท ทูทางสังคมมาพิจารณา ออกแบบโครงการ ดังนั้น จึงต้องมีการสื่อสารสุขภาพในทุกองค์กร เพราะนักสาธารณสุขทำงานเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมโดยใช้กลไกทางสังคม เพื่อเอื้อให้คนเกิดทักษะและจัดการตนเองได้⁹

กล่าวได้ว่าในระดับตำบลก็เช่นกันเป็นการประสานการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในหมู่บ้านและชุมชน ทำให้คนในหมู่บ้านและชุมชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าที่เรียกว่า ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพระดับตำบลเป็นตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพดูแลทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกหมู่บ้านในแต่ละตำบล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างเข้มแข็ง จึงต้องมีการบริหารจัดการและขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพระดับตำบลเป็นกระบวนการบริหารจัดการในระดับตำบล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในตำบล มีกระบวนการดำเนินงาน คือมีการจัดตั้งและพัฒนาคณะทำงานหรือทีมขับเคลื่อนงานสุขศึกษากระดับตำบล การศึกษาข้อมูล ทำความเข้าใจภาวะสุขภาพและปัจจัยสาเหตุของปัญหาสุขภาพในตำบล/ชุมชน การกำหนด

เป้าหมายและวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกับพื้นที่เป้าหมายในตำบล การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เป้าหมายระดับตำบล การประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบล และการส่งเสริมพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ โดยจัดทำเป็นโปรแกรม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two-group design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2565 ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3,842 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีภูมิลำเนาในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งหมด 3,842 คน จากหมู่บ้านทั้งหมด 14 หมู่บ้าน ที่ได้มาจากการคัดเลือกโดยการสุ่มเลือกพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัยโดยการจับฉลากหมู่บ้าน จำนวน 2 หมู่บ้าน เป็นกลุ่มทดลองได้แก่ บ้านคำแย หมู่ที่ 5 มีกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 264 คน กลุ่มควบคุม ได้แก่ บ้านสะอาด

หมู่ที่ 4 มีกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 230 คน หลังจากนั้นจึงกำหนดคุณสมบัติ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 66 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 66 คน แต่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจำนวนกลุ่มละ 132 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด 2) อายุตั้งแต่ 15-59 ปี 3) สามารถอ่านออก และเขียนได้ และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ต้องไปทำงานหรือย้ายภูมิลำเนาขณะดำเนินโครงการวิจัย และ 2) ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 คำนวณ Effect size จากงานวิจัยของรุ่งภา อาระหง¹⁰ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐมโดยใช้ค่าพารามิเตอร์ Effect size $d=0.730$, α err prob=0.05 และ Power ($1-\beta$ err prob)= 0.95 ตัวอย่าง 132 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹¹ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 66 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบประเมินของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบประเมินประกอบด้วย ตัวแปรเพศ อายุ การศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษา บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่

และการซื้อยาแก้อักเสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นหวัด เจ็บคอหรือท้องเสีย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการประเมินว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีความสามารถและทักษะในประเด็นเหล่านี้ มากน้อยเพียงใด 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร (การโต้ตอบ/ซักถาม) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ตัดสินใจ) ทักษะการจัดการตนเอง (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (บอกต่อ) เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความเป็นจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จำนวน 24 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพเป็นการประเมินว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพในประเด็นเหล่านี้ มากน้อยเพียงใด 7 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 6-7 วัน ให้ 5 คะแนน 4-5 วัน ให้ 4 คะแนน 3 วัน ให้ 3 คะแนน 1-2 วัน ให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน จำนวน 10 ข้อและการจัดการความเครียด การป้องกันโรคและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ความถี่ในการปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน บ่อยครั้ง 2 คะแนน น้อยครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน จำนวน 8 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด ในระดับหมู่บ้านเป็นการดำเนินการพัฒนาระดับให้เป็น “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนา

หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการหลักระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในระดับตำบลและแกนนำ (กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน) ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เกษตรอำเภอ/ตำบล พัฒนาชุมชน แกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือปราชญ์ชาวบ้าน) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น มีบทบาทกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ

สัปดาห์ที่ 2 มีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพ โดยศึกษาบริบท/สถานการณ์การเจ็บป่วย/พฤติกรรมอาการออกกำลังกาย การกินผัก ผลไม้สดที่ปลอดสารพิษและลดอาหารไขมันตลอดจนปัจจัยเอื้อในหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการประกอบการวางแผนและการจัดกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนให้พื้นที่เป้าหมายมีการจัดเวทีชาวบ้านในการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและจัดทำโครงการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ แผนการพัฒนาหมู่บ้าน/แผนปฏิบัติการกำหนดมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องครอบคลุมทั้งกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้สด ปลอดสารพิษ และลดอาหารไขมันและการจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4-9 การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การกินผักและผลไม้สดปลอดสารพิษ การลดอาหารไขมัน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1) มีสถานที่สำหรับให้ประชาชนออกกำลังกาย อย่างน้อย 1 แห่ง 2) มีวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับใช้ออกกำลังกาย 3) จัดให้มีแหล่งปลูกผักปลอดสารพิษรวม

(ศูนย์การเรียนรู้เกษตรอินทรีย์) อย่างน้อย 1 จุด (วัด โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ) 4) หมู่บ้านมีแหล่งน้ำ อยู่ใกล้บริเวณปลูกผักรวมของหมู่บ้าน 5) จัดสถานที่ในการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมู่บ้าน (ศูนย์การเรียนรู้ ปัจจัยเสริม ได้แก่ 1) หมู่บ้านมีมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน และ 2) จัดให้มีการประเมินประจวบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เพื่อยกย่อง ชมเชย โดยมอบใบประกาศเกียรติคุณและโล่ชนะเลิศ

สัปดาห์ที่ 10 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้สดปลอดสารพิษและอาหารไขมัน ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และประสานการใช้ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานกับหน่วยงาน/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สัปดาห์ที่ 11 การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นการแสวงหาภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายภาครัฐที่จะส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสาธารณสุข ด้านเกษตรกรรม ด้านพัฒนาชุมชน ด้านศึกษาฯ และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปจ. อบต. เทศบาล) ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ บริษัท ห้างร้านมูลนิธิ ฯลฯ หรือภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชนกลุ่ม/ชมรม อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลการพัฒนา ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน การประเมินผลความสำเร็จการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดเวทีสรุป นำเสนอ และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง และลงนามในใบยินยอม ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและดำเนินการทดลองตามกิจกรรมการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดทำไว้ ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบ Normal distribution assumption โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานโดยใช้สถิติ Student's t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1562564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(66.7%) อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD.=12.59) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. (47.0%) บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็นแกนนำชุมชน (66.7%) ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่(เฉพาะผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่) คิดจะเลิกสูบบุหรี่ (53.0%) ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่(ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่) 2 ปี ขึ้นไป (66.7%) และไม่เคยซื้อยาแก้อักเสบ/ยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย (77.3%) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.5%) อายุเฉลี่ย 46 ปี (SD.=12.20) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. (57.6%) บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็นแกนนำชุมชน (54.5%) ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่(เฉพาะผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่) ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ (54.5%) ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่(ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่) 2 ปี ขึ้นไป (53.0%) และไม่เคยซื้อยาแก้อักเสบ/ยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย (65.1%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง (n=66)	กลุ่มควบคุม(n=66)
เพศ	ชาย	22(33.3)	30(45.5)
	หญิง	44(66.7)	36(54.5)
อายุ (ปี)	Mean(SD.)	43.54(12.59)	45.56(12.20)
	Min(max)	16.0(58.0)	16(58.0)
การศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ		6(9.1)	6(9.1)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=66)	กลุ่มควบคุม(n=66)
ประถมศึกษา	3(4.6)	2(3.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	9(13.6)	5(7.6)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17(25.8)	15(22.7)
อนุปริญญา/ปวส.	31(47.0)	38(57.6)
บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม		
อสม. อสค.	22(33.3)	30(45.5)
แกนนำชุมชน	44(66.7)	36(54.5)
ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่(เฉพาะผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่)		
ไม่แน่ใจที่จะเลิก	10(15.2)	24(36.4)
คิดจะเลิกสูบบุหรี่	35(53.0)	6(9.1)
ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่	21(31.8)	36(54.5)
ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่(ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่)		
น้อยกว่า 1 เดือน	4(6.1)	13(19.7)
3-6 เดือน	2(3.0)	1(1.5)
7-32 เดือน	9(13.6)	14(21.2)
1-2 ปี	7(10.6)	3(4.5)
2 ปี ขึ้นไป	44(66.7)	35(53.0)
ซื้อยาแก้ไอ/ยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย		
ทุกครั้ง	1(1.5)	0(0.0)
บ่อยครั้ง	6(9.1)	6(9.1)
น้อยครั้ง	8(12.1)	17(25.8)
ไม่ปฏิบัติ	51(77.3)	43(65.1)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้าน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพคะแนนมากกว่า 2.16 คะแนน (95%CI

:2.01, 2.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 6 ด้าน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพของวัยทำงานมากกว่า เฉลี่ยมากกว่า 1.99, 2.12, 2.23, 2.22, 2.12, 2.13 คะแนน
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $< .001$,
(95%CI : 1.73, 2.25: 1.89, 2.33: 2.03, 2.42: 2.01, 2.42:
<.001, <.001, <.001, <.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนน 1.88, 2.35: 1.88, 2.37) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	66	4.39(0.85)	1.99(0.13)	1.73, 2.25	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.65)			
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
กลุ่มทดลอง	66	4.50(0.65)	2.12(0.11)	1.89, 2.33	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.38(0.61)			
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ					
กลุ่มทดลอง	66	4.54(0.53)	2.23(0.09)	2.03, 2.42	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.31(0.58)			
การตัดสินใจด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	66	4.58(0.54)	2.22(0.10)	2.01, 2.42	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.36(0.64)			
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง					
กลุ่มทดลอง	66	4.52(0.54)	2.12(0.12)	1.88, 2.35	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.77)			
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	66	4.53(0.68)	2.13(0.12)	1.88, 2.37	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.74)			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	66	4.53(0.53)	2.16(0.06)	2.01, 2.28	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.37(0.35)			

3.การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของ
วัยทำงาน โดยรวม และเป็นรายด้าน หลังการทดลอง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
สุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
สุขภาพคะแนนมากกว่า 1.50 คะแนน (95%CI:1.33, 1.66)
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 7 ด้าน หลังการทดลอง พบว่า
กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

สุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การป้องกันโรค และการใช้ยา อย่างสมเหตุผลของวัยทำงาน มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $< .001$, $< .001$,

$< .001$, $< .001$, $< .001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2.07, 2.09, 2.04, 1.89, 0.78, 0.71, 0.86 คะแนน ตามลำดับ (95%CI : 1.84, 2.29: 1.83, 2.34: 1.79, 2.29: 1.60, 2.18: 0.51, 1.04: 0.39, 1.01: 0.53, 1.19) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวม และเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง	66	4.47(0.61)	2.07(0.11)	1.84, 2.29	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.40(0.69)			
การออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	66	4.48(0.74)	2.09(0.12)	1.83, 2.34	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.39(0.74)			
การสูบบุหรี่					
กลุ่มทดลอง	66	4.46(0.67)	2.04(0.13)	1.79, 2.29	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.42(0.78)			
การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
กลุ่มทดลอง	66	4.42(0.78)	1.89(0.14)	1.60, 2.18	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.53(0.89)			
การจัดการความเครียด					
กลุ่มทดลอง	66	3.17(0.79)	0.78(0.13)	0.51, 1.04	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.39(0.72)			
การป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง	66	3.20(0.65)	0.71(0.15)	0.39, 1.01	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.49(1.10)			
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล					
กลุ่มทดลอง	66	3.28(0.75)	0.86(0.16)	0.53, 1.19	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.42(1.17)			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	66	3.93(0.45)	1.50(0.08)	1.33, 1.66	<.001
กลุ่มควบคุม	66	2.43(0.53)			

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการวิจัยในประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญ ได้แก่ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมและเป็นรายด้านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเช่นกัน

1) หลังจากทดลองใช้โปรแกรมมาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า 2.16 คะแนน ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในอำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมาที่จัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัยตามเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย และคำแนะนำสำหรับนักเรียน ผู้ปกครอง รับทราบแล้วลงชื่อไว้เป็นหลักฐานพร้อมผู้วิจัยและพยานในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน และจัดกิจกรรมโปรแกรมลดดัชนีมวลกาย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเตือนตนเอง จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลาจัดกิจกรรมทั้งหมด 24 สัปดาห์ (6 เดือน) ระหว่างการเข้าโปรแกรมลดดัชนีมวลกาย นักเรียนสามารถสอบถามและขอคำแนะนำจากผู้วิจัย หรือทีมวิจัยได้ตลอดเวลา และประเมินผลโดยวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 24 หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคอ้วนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนมากกว่ากลุ่มควบคุม¹² เช่นเดียวกับการศึกษากับผู้ป่วยเบาหวานในตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹³ หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ต่ำกว่าก่อนการพัฒนา และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม¹⁴

2) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า 1.50 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่หน่วยงานโรคเบาหวาน กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร หลังจากดำเนินการแล้ว 4 สัปดาห์ และประเมินผลพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าก่อนทดลอง¹⁵; หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการพัฒนาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน¹³

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง หรือเน้นการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ที่แบนดูรา (Bandura)¹⁷ ที่เชื่อว่าสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factor) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment) เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ทั้งนี้ Bandura ได้กล่าวเพิ่มความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม โดยความสัมพันธ์ในบางปัจจัยอาจจะมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม เช่น เพศ อายุ การศึกษา ความคาดหวัง ความเชื่อการรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง เป้าหมายและเจตนาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม เช่น กระบวนการเรียนรู้ การอบรมเลี้ยงดู และการชักชวน ซึ่ง Bandura เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ และสามารถเรียนรู้ได้โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Direct Experience) และการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observational Modeling)

กล่าวได้ว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Direct Experience) เป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับผลจากการกระทำของตัวเองทั้งที่เป็นด้านบวกและด้านลบ คือ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้นก็จะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งผลจากการแสดงพฤติกรรมก่อให้เกิดผลดี ก็จะยังคงทำต่อไป ในทางตรงข้ามถ้าการแสดงพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดผลร้ายกับตัวเรา ก็จะเลิกปฏิบัติหรือละทิ้งพฤติกรรมนั้นแสดงว่าตัวเราได้เกิดการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Capacities) การพิจารณา ก่อนแสดงพฤติกรรม ส่วนการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบ (Observational Modeling) เป็นผลมาจากการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบต่างๆ ตามสภาพแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Live Model) เป็นตัวแบบที่ตัวเราพบเจอในชีวิตจริง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ ครู เพื่อน เป็นต้น และ 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่พบเห็นโดยผ่านสิ่งต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ทีวี หนังสือพิมพ์ การ์ตูน นิยาย เป็นต้น ตัวแบบทั้ง 2 ชนิดนี้ มีผลต่อการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ตัวแบบสัญลักษณ์จะมีผลต่อการแสดง

พฤติกรรมได้มากกว่า ตัวแบบเหล่านี้มีอิทธิพลทำให้คนบางคนแสดงพฤติกรรม หรือไม่แสดงพฤติกรรมก็เนื่องมาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากตัวแบบ ไม่ใช่การเลียนแบบพฤติกรรม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ได้ผ่านกระบวนการทางปัญญาภายในตัวเราก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งการเรียนรู้จากการสังเกตนี้เป็นกระบวนการทางปัญญาดังนั้น Bandura¹⁷ จึงได้แบ่งการเรียนรู้จากการสังเกตออกเป็น 4 กระบวนการ คือ กระบวนการใส่ใจ (Attention Processes) กระบวนการจดจำ (Retention Processes) กระบวนการทำตาม (Reproduction Processes) และกระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) ดังนั้นจึงส่งผลให้หลังการทดลอง ประชาชนวัยทำงานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อสังเกตว่าความรู้ด้านสุขภาพของวัยทำงานด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมน้อยกว่าทุกด้าน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดคลินิกและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มวัยทำงานสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพตามอาการหรือสงสัยว่ามีอาการป่วยจากโรคที่ทันท่วงที สามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาของคนในครอบครัวที่เป็นอยู่ แหล่งบริการสุขภาพควรให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และคืนข้อมูลสุขภาพที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อสังเกตว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าทุกด้าน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดคลินิกหรือจัดทำโครงการฯ ให้กลุ่มวัยทำงานได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความเครียดอย่างเร่งด่วน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา. แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: 25 มีเดีย; 2563.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2563. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 2564.
3. กองสุกศึกษา. สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (วัยทำงานและวัยเรียน) ในพื้นที่ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ๖ แห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับย่อ). นนทบุรี: กลุ่มแผนงานและประเมิน กองสุกศึกษา; 2564.
4. สุภาพร มงคลหมู่, ชัญญิศา ดุษฎี ทุลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(2): 168-75.
5. วัชรพร เขยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี. 2560;44(3):183-97.
6. Ho TG, Hosseinzadeh H, Rahman B, Sheikh M. Health literacy and health-promoting behaviours among Australian-Singaporean communities living in Sydney metropolitan area. Proceedings of Singapore Healthcare. 2018;27(2):125-31.
7. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. Prev Med Rep. 2019;14:100811.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2562.
9. ชาตรี แมตส์, ศิวีโลห์ วนรัตน์วิจิตร. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560;9(2):96-111.
10. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
11. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
12. อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา; 2564.
13. ภคภณ แสนเดชะ, ประจวบ แผลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุกศึกษา. 2563;43(2):150-64.
14. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, วริศรา ปันทองกลาง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์. 2564;34(2):71-86.
15. สุรสิทธิ์ แจ่มภักดี. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2565.
16. เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, อนุชิต สว่างแจ้ง, คัทธยา วสุธาดา, ดาราวรรณ รองเมือง, ไรจน์เมธิ์ศรี ไวยกุล. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. วารสารวิทยาลัย

พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2565;33(1):136-52.

17. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986.

อัตราการตรวจพบเชื้อวัณโรคปอดโดยวิธีตรวจทางอณูชีววิทยา (Gene X pert) จากตัวอย่าง
เสมียร์เสมหะที่ย้อมสีทึบกรดให้ผลลบ ในผู้ป่วยคลินิกทางเดินหายใจ
โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Numbers of Positive Cases Gene X pert Test among The Sputum smear Negative
for AFB staining in Acute Respiratory Infection Cases
from Chaturaphak Phiman Hospital

วรารกรณ์ ชัยโชติ*

Waraporn Chaichote

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

(Received: April 8, 2023 ; Revised: April 17, 2023 ; Accepted: May 10, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อวัณโรคปอดโดยวิธีตรวจทางอณูชีววิทยา (Gene X pert) จากตัวอย่าง
เสมียร์เสมหะที่ย้อมสีทึบกรดให้ผลลบ ในผู้ป่วยคลินิกทางเดินหายใจ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากโปรแกรมของโรงพยาบาล และจากโปรแกรมเว็บ TBCM
ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นตัวอย่างเสมหะ
ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ผลเสมียร์เสมหะผลลบต่อการย้อมสีทึบกรด นำมาตรวจด้วยเทคนิคทางอณูชีววิทยา (Gene X pert)
โดยนำส่งตรวจที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 349 ราย

ผลการวิจัย : พบว่า จากตัวอย่างทั้งหมดให้ผลบวก (Detected) จำนวน 58 ราย (16.6%) และให้ผลลบจำนวน 291
ราย (83.4%) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุมากกว่า 60 ปี
ส่วนความชุกของผู้ป่วยที่ให้ผลบวกต่อการตรวจ Gene X pert พบมากที่สุดที่ตำบลหัวช้างและตำบลน้ำใส พบจำนวน 10 ราย
เท่ากัน รองลงมาคือตำบลดงแดง พบจำนวน 7 ราย ตามลำดับความชุกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป
ผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค แต่ผล AFB smear เป็นลบ (96.6%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การนำเทคนิคทางอณูชีววิทยา real-time PCR โดยตรวจ
สารพันธุกรรมด้วยเครื่อง X pert MTB/RIF สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจพบเชื้อวัณโรคได้

คำสำคัญ : การตรวจพบเชื้อวัณโรคปอด; Gene X pert; AFB stain

*นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

ABSTRACT

Purpose : To study the numbers of positive cases Gene X pert test among the sputum smear negative for AFB staining in Acute Respiratory Infection cases from Chaturaphak Phiman Hospital.

Study design : A Retrospective Descriptive Research.

Materials and Methods : Study from the patient history register from the program of Chaturaphak Phiman Hospital. During the fiscal year B.E. 2019-2021 and from the TBCM web program during the fiscal year 2019-2021. Collect data and analyze results. The study subjects were sputum samples of at-risk populations whose sputum smears were negative for AFB staining and examined by molecular biology techniques (Gene X pert) at Roi Et Hospital, 349 cases.

Main findings : It was found that 58 (16.6%) of the samples were positive (Detected) for molecular biology (Gene X pert) and 291 (83.4%) were negative. The positive samples were males more than females significantly ($p < .05$). The most common age group is over 60. The prevalence of positive gene x pert patients was found in Hua Chang Subdistrict and Nam Sai Sub-district. There were 10 cases equally. Followed by Dong Daeng Sub-district, 7 cases were found, respectively. According to the prevalence of various risk groups, it was found that the abnormal pulmonary x-ray results were consistent with tuberculosis but AFB smear results were negative, representing (96.6%).

Conclusion and recommendations : The results of this study found that Molecular biology real-time PCR using X pert MTB/RIF genetic testing can increase the detection efficiency of tuberculosis.

Keywords : Pulmonary tuberculosis detection; Gene X pert; AFB stain

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่วัณโรคยังเป็นปัญหาสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ. 2578 โดยลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร และลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เทียบกับปี พ.ศ.2558 สำหรับประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการอุบัติการณ์ในประชากรทั่วไป ให้ได้ 88 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ คือ การเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องและหายขาด อีกทั้งยังลดการแพร่กระจายเชื้อได้ทันทั่วทั้งที่¹

การตรวจวินิจฉัยวัณโรคที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและในปัจจุบันอยู่คือ การตรวจเสมหะหรือสิ่งส่งตรวจที่ย้อมสีทึบกรดซึ่งเรียกว่า AFB stain ผ่านกล้องจุลทรรศน์ (Light Microscopy) เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ซับซ้อน แต่อย่างไรก็ตามการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดด้านความไวที่ไม่แน่นอน ซึ่งพบว่ามี ความไว ตั้งแต่ 20-80%² หากสิ่งส่งตรวจมีเชื้อไม่มากพอ ก็จะไม่สามารถตรวจพบเชื้อได้ เมื่อเวลาผ่านไปและมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีการดำเนินของโรคมามากขึ้น จึงจะสามารถตรวจพบได้ ซึ่งลักษณะเช่นนี้ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น และมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยได้

ในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลก ได้รับรองวิธีการตรวจหาเชื้อวัณโรคและการดื้อต่อยาด้วยเทคนิคการตรวจระดับอนุชีววิทยาที่ให้ผลดี คือ วิธี Xpert MTB/RIF ซึ่งเป็นการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่สามารถให้ผลการตรวจได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยวิธี Xpert MTB/RIF นี้ใช้หลักการ Nested real time polymerase chain reaction (real time PCR) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน

1) การเตรียมสิ่งส่งตรวจ 2) การสกัดสารพันธุกรรม (DNA extraction) 3) การเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมเป้าหมาย (PCR amplification) 4) การตรวจหาสารพันธุกรรมด้วย Probes ที่ติดฉลากด้วยสารเรืองแสงประเภท Fluorochrome 6 ชนิด (Probe A, B, C, D, E และ SPC) ทำให้สามารถตรวจวัดปริมาณของสารพันธุกรรมเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นได้จริงในทันที ผู้ตรวจวิเคราะห์เพียงจัดเตรียมสิ่งส่งตรวจบรรจุผสมเข้ากับน้ำยาที่บรรจุพร้อมใช้งานในถับน้ำยา (Cartridge) แล้วนำถับน้ำยาเข้าเครื่องตรวจเท่านั้น เทคนิคนี้ใช้ได้ดีทั้งกับตัวอย่างที่มีผลวิธี AFB smear เป็นบวกหรือลบ และสามารถตรวจหาเชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยาไรแฟมพิซิน (Rifampicin) ได้ในเวลาเดียวกัน³ จากการศึกษาถึงความไวและความจำเพาะในการตรวจหาเชื้อวัณโรค พบว่า การทดสอบนี้มีความไวมากถึง 98.24% ในรายที่ตรวจเสมหะแล้วพบเชื้อ (Smear positive) และยังมี ความไว 72.50% ในรายที่ตรวจเสมหะแล้วไม่พบเชื้อ (Smear negative) โดยเชื้อจากเสมหะต้องมีจำนวนเชื้ออย่างน้อย 160 เซลล์/มิลลิลิตร จึงจะมีโอกาสที่จะพบเชื้อ⁴

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลจุฬารัตนพิกุล เป็น โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ ณ เลขที่ 165 หมู่ 4 ตำบลหัวช้าง อำเภอดุสิตพิกุล จันทบุรีร้อยเอ็ด สำหรับอำเภอดุสิตพิกุลในปีพ.ศ.2561,2562 และ 2563 มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 141, 161 และ 162 ราย รักษาหาย 105, 131 และ 91 รายเสียชีวิต 8, 11 และ 11 ราย ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีส่งตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมสี Kinyoun stain ในแต่ละปีงบประมาณก็มีจำนวน มากเช่นกัน และมีการส่งตรวจทางอณูชีววิทยา (Gene X pert) ในตัวอย่างเสมหะที่ย้อมสีทึบกรดให้ผลลบ ซึ่งมีความไวและความจำเพาะที่มากกว่า โดยทางโรงพยาบาลจุฬารัตนพิกุลมีการนำส่งตรวจทางอณูชีววิทยา (Gene X pert) ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และติดตามผลการตรวจผ่านทางโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ หรือ National Tuberculosis Information Program (NTIP online)⁵ เป็นระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์

ซึ่งเป็นระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคลเดิมเรียกว่าโปรแกรม Tuberculosis Case Management (TBCM)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อวัณโรคปอดโดยวิธีตรวจทางอนุชีววิทยา (Gene X pert) จากตัวอย่างเสมหะที่เสมหะที่ย้อมสีทึบกรดให้ผลลบ ในผู้ป่วยคลินิกทางเดินหายใจ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นตัวอย่างเสมหะของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ผลเสมหะที่เสมหะผลลบต่อการย้อมสีทึบกรด แล้วนำมาตรวจด้วยเทคนิคทางอนุชีววิทยา (Gene X pert) ในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 (ตุลาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2564) โดยนำส่งตรวจที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 349 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากโปรแกรมของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564
2. ทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จากโปรแกรมเว็บ TBCM ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. บันทึกผลข้อมูลทั้งหมดและถ่ายโอนข้อมูลเป็น Excel เพื่อจัดกลุ่มข้อมูลใหม่เป็นผลบวกและผลลบ
2. สรุปข้อมูลของการตรวจวัณโรคเพื่อหาอัตราการตรวจพบเชื้อวัณโรคปอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและสถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

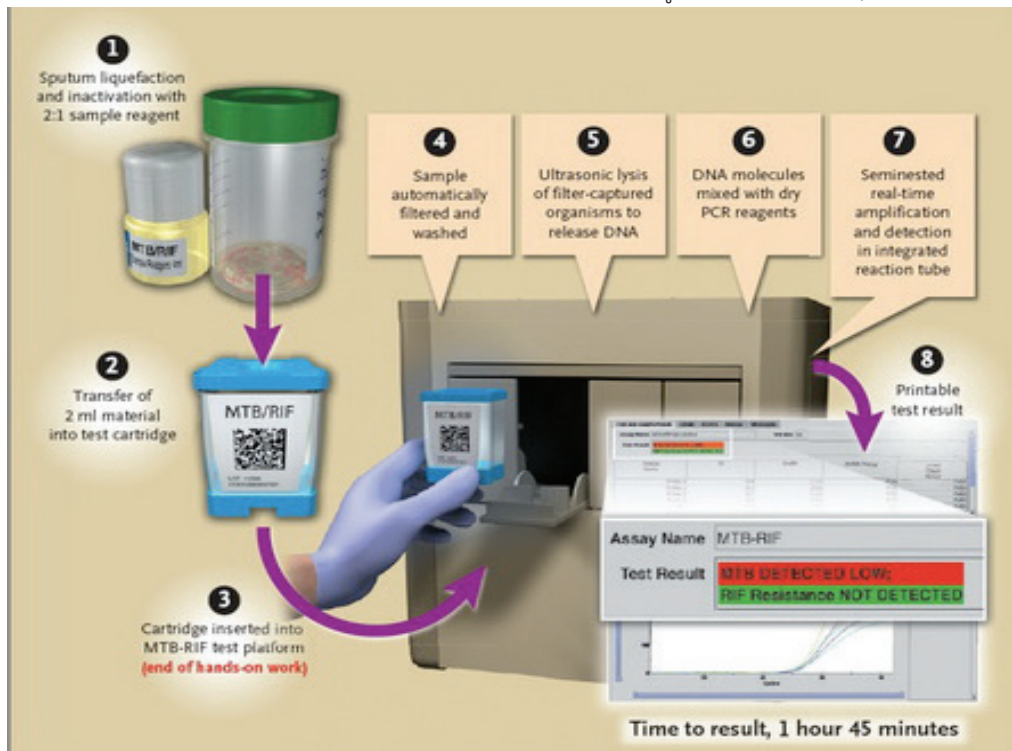
การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0532565

วิธีการตรวจทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่องตรวจ Gene X pert

วิธีนี้สามารถตรวจหาเชื้อวัณโรคได้โดยตรงจากเสมหะสามารถตรวจหาเชื้อในตัวอย่างเสมหะที่มีเชื้อมากกว่า 150 CFU/ml โดยมีขั้นตอนการสกัดสารพันธุกรรมก่อนการตรวจวัดแบบอัตโนมัติ ดังนี้คือ

- 1) เริ่มต้นจากการเตรียมตัวอย่างโดยเสมหะที่ใช้ปริมาตร 1 mL ใส่ในกระป๋องที่ปิดฝาปิดชิดต้องเตรียมตัวอย่างภายในตู้ปลอดเชื้อ (Biosafety cabinet class II)
- 2) เปิดกระป๋องเสมหะแล้วใช้ Transfer pipette ดูด Sample reagent ใส่ลงในกระป๋องปริมาตร 2 mL (อัตราส่วน 2:1) ผสมให้เข้ากันแล้วตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิ 15-20 นาที
- 3) เมื่อครบเวลาที่กำหนด ใช้ Transfer pipette ดูดตัวอย่างที่เตรียมไว้ใส่ใน Cartridge ปริมาตร 2 mL แล้วปิดฝาดลับ
- 4) นำ Cartridge เข้าเครื่อง Gene X pert ใช้เวลาในการตรวจประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยเทคนิคทางอนุชีววิทยา (Gene X pert)



การรายงานผล

ผลการทดสอบ

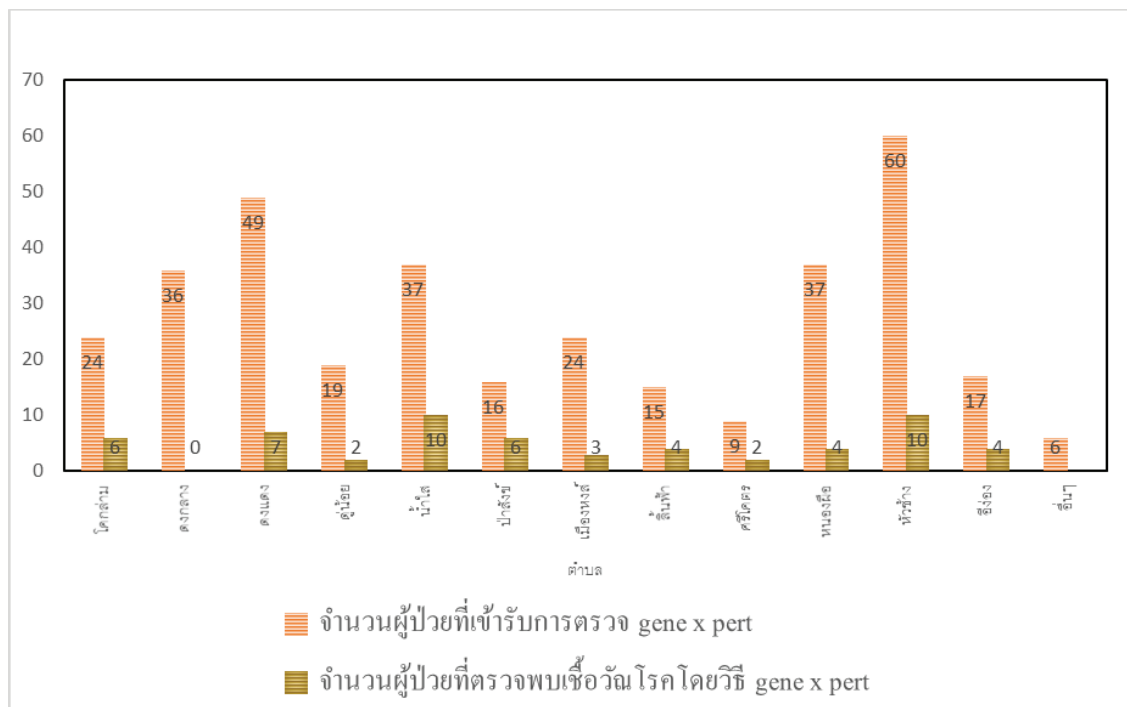
- MTB Not detected : ไม่พบ DNA ของเชื้อวัณโรค
- MTB Detected : พบ DNA ของเชื้อวัณโรค ที่มีรายงานปริมาณเชื้ออยู่ในช่วงใด (มาก ปานกลาง น้อยหรือน้อยมาก)
- Rifampicin Resistance - Not Detected : ไม่พบยีนดื้อยา Rifampicin
- Rifampicin : Susceptible - Detected : พบยีนดื้อยา Rifampicin : Resistant
- Rifampicin resistance Indeterminate, Invalid/Error : แปลผลไม่ได้

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยคลินิกทางเดินหายใจในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่มีผล สเมียร์เสมหะให้ผลเป็นลบต่อการย้อมสีทึบกรด ได้ถูกนำไปตรวจด้วย

เทคนิคทางอนุชีววิทยา (Gene X pert) เพื่อตรวจหาเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 โดยมีตัวอย่างเสมหะที่ให้ผลลบต่อการย้อมสีทึบกรดทั้งหมด 349 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 192 ราย (55.0%) เมื่อศึกษากลุ่มอายุของผู้ป่วย พบว่า อายุเฉลี่ย 65 ปี โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยสุดอยู่ที่ 8 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากที่สุดอยู่ที่ 99 ปี พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยพบมากที่สุดอยู่ในตำบลหัวช้าง 60 ราย รองลงมาคือตำบลดงแดง 49 ราย ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยคลินิกทางเดินหายใจที่เข้ารับการตรวจและผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อวัณโรค



จากจำนวนตัวอย่างทั้ง 349 ราย พบว่าให้ผลบวก (Detected) ต่อการตรวจด้วยเทคนิคทางอนุชีววิทยา (Gene X pert) จำนวน 58 ราย (16.6%) และให้ผลลบ (Not detected) จำนวน 291 ราย (83.4%) ดังตารางที่ 1 ในกลุ่มที่ให้ผลบวกนี้ พบว่าเป็นเพศชาย 39 ราย และเพศหญิง 19 ราย ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อศึกษาอายุของกลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อพบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ตรวจพบว่ามีจำนวนมากถึง 36 ราย (62.1%) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ตรวจพบจำนวน 20 ราย (34.5%) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยกลางคน ส่วนความชุกของผู้ป่วยที่ให้ผลบวก

ต่อการตรวจ Gene X pert พบมากที่สุดที่ตำบลหัวช้างและตำบลน้ำใส โดยพบจำนวน 10 รายเท่ากัน รองลงมาคือตำบลดงแดง พบจำนวน 7 ราย ตามลำดับ เมื่อศึกษาความชุกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยทั่วไปผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค แต่ผล AFB smear เป็นลบ (96.6%) เมื่อศึกษาเชื้อวัณโรคคือต่อยาไรแฟมพิซิน ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ผลบวกต่อการตรวจ Gene X pert พบว่ามีจำนวน 1 ตัวอย่างที่เชื้อคือต่อยาไรแฟมพิซิน จากทั้งหมด 58 ตัวอย่าง

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับผลเสมียร์เสมหะที่ย้อมสีทึบกรดให้ผลลบและส่งตรวจ
อณูชีววิทยา (Gene X pert)

ตัวแปร	Gene x pert		n(%)	p
	Detected (%)	Not detected (%)		
เพศ				
ชาย	39(20.3)	153(79.7)	192(55.0)	.04
หญิง	19(12.1)	138(87.9)	157(45.0)	
กลุ่มอายุ (ปี)				
<35	2(3.4)	8(2.7)	10(2.9)	.25
35-60	20(34.5)	82(28.2)	102(29.2)	
>60	36(62.1)	201(69.1)	237(67.9)	
อายุ (ปี) Mean (SD)			65.19(13.75)	
กลุ่มเสี่ยง				
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV)	0(0.0)	2(0.7)	2(0.6)	Not Done
ผู้ป่วยทั่วไปผลเอกซเรย์ปอด ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค	56(96.6)	279(95.9)	335(96.0)	
กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น COPD,CKD เป็นต้น	0(0.0)	3(1.0)	3(0.9)	
ไม่ระบุ	2(3.4)	7(2.4)	9(2.6)	
รวม	58(16.6)	291(83.4)	349(100.0)	

นอกจากนี้ จากการศึกษาลักษณะเสมหะจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬารัตนพิกุล พบว่ามีทั้งหมด 78 ตัวอย่าง โดยเป็นเสมหะครั้งที่ 1 จำนวน 30 ตัวอย่าง เสมหะครั้งที่ 2 จำนวน 27 ตัวอย่าง และ ตัวอย่างที่ 3 จำนวน 21 ตัวอย่าง ตามลำดับ ลักษณะเสมหะมี

ลักษณะเป็นเมือกเหนียวเป็นส่วนใหญ่พบมากถึง 32 ตัวอย่าง (41.0%) แต่ก็พบว่ามีเสมหะถึง 24 ตัวอย่างที่มีลักษณะที่ดีคือ ชื่น, เหลือง, เขียว จำนวน 24 ตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะเสมหะของผู้ป่วยทางเดินหายใจที่ส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีย้อมสีทึนกรด

	เสมหะครั้งที่ 1 n(%)	เสมหะครั้งที่ 2 n(%)	เสมหะครั้งที่ 3 n(%)	รวม
ลักษณะเสมหะ				
ชั้น, เหลือง, เปรี้ยว	8(26.7)	9(33.3)	7(33.3)	24(30.8)
ปนเลือด	2(6.7)	1(3.7)	0(0.0)	3(3.8)
เมือกเหนียว	11(36.7)	11(40.7)	10(47.6)	32(41.0)
น้ำลาย	9(30.0)	6(22.2)	4(19.1)	19(24.4)
รวม	30(100.0)	27(100.0)	21(100.0)	78(100.0)

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเสมหะของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ผลสเมียร์เสมหะให้ผลลบต่อการย้อมสีทึนกรดแล้วนำมาตรวจด้วยเทคนิคทางอนุชีววิทยา (Gene X pert) เพื่อตรวจหาเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ในผู้ป่วยทางเดินหายใจ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2564 โดยนำตัวอย่างเสมหะทั้งหมดที่ให้ผลลบต่อการย้อมสีทึนกรด จำนวน 349 ราย พบว่าให้ผลลบ (Not Detected) ต่อการตรวจด้วยเทคนิคทางอนุชีววิทยา (Gene X pert) จำนวน 291 ราย (83.4%) และให้ผลบวก (Detected) จำนวน 58 ราย (16.6%) จากการศึกษาความชุกในกลุ่มที่ให้ผลบวกนี้ พบว่า มีเพศชายมากกว่าเพศหญิงอัตราส่วน 2:1 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ WHO ในปีพ.ศ. 2560 ที่รายงานว่าพบในเพศชายร้อยละ 65⁶ โดยโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ตรวจพบวัณโรคในเพศชายมากถึง ร้อยละ 39 และช่วงอายุที่พบเป็นวัณโรคมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป ส่วนความชุกของผู้ป่วยในแต่ละตำบลในอำเภอจตุรพักตรพิมาน ที่พบว่าให้ผลบวกต่อการตรวจ Gene X pert มากที่สุดคือ ตำบลหัวช้างและตำบลน้ำใส

เมื่อศึกษาความชุกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยทั่วไปผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค แต่ผล AFB smear เป็นลบ (96.6%) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ นัตถิยา ศรีสุราษ⁷ ที่พบว่า Prisoner และ HHC M+ เป็นกลุ่มที่มีความชุกวัณโรคสูงสุด รองลงมาคือ HIV และ DM และการศึกษาของ หัทยา ธัญจรูญ³ ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยง 5 ลำดับแรกคือ กลุ่มผู้สูงอายุ/โรคเรื้อรัง (Elderly/Chronic disease) เป็นกลุ่มที่มีความชุกสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ประชากรข้ามชาติ (Migrant) และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปผลเอกซเรย์ปอด ผิดปกติแต่ผล AFB smear เป็นลบ (Abnormal CXR & AFB smear เป็นลบ) ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาลักษณะเสมหะของผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค นำส่งย้อมสีทึนกรดทั้งหมด 78 ตัวอย่าง พบว่ามีลักษณะเป็นเมือกเหนียวมากที่สุด พบถึง 32 ตัวอย่าง (41.0%)

จากการศึกษานี้ การตรวจหาเชื้อวัณโรคโดยการย้อมสีทึนกรดเป็นวิธีแรกซึ่งได้ผลเร็ว แต่มีข้อจำกัดโดยตรวจพบเฉพาะตัวอย่างที่มีเชื้อจำนวนมาก ปัจจุบันมีการนำเทคนิคทางอนุชีววิทยา Real-time PCR โดยตรวจสารพันธุกรรม

ด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF นำมาใช้ร่วมกับวิธีการย้อมเชื้อ นอกจากเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจพบเชื้อแล้ว ยังสามารถรายงานปริมาณเชื้อและการดื้อยาไปพร้อมกันได้ด้วย

ดังนั้น วิธี Gene X pert MTB/RIF จึงเป็นวิธีที่ช่วยในการตรวจค้นหาผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค แต่มีผลตรวจเสมหะย้อมสีทึบกรดเป็นลบ จึงสามารถสนับสนุนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The end TB strategy) ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. การเก็บสิ่งส่งตรวจอาจมีผลต่อการตรวจพบเชื้อในกรณีสงสัยวัณโรค ควรเก็บสิ่งส่งตรวจให้ได้คุณภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจพบเชื้อวัณโรคตั้งแต่ขั้นตอนการย้อมสีทึบกรด
2. จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้ทราบความชุกของผู้ป่วยแต่ละตำบล ซึ่งอาจจะนำข้อมูลนี้ไปค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆได้
3. การหาปัจจัยความสัมพันธ์อื่นๆ เช่น BMI, โรคประจำตัว ฯลฯ อาจช่วยประกอบการวินิจฉัยและเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการตรวจได้
4. ควรมีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายในการตรวจ เพื่อประเมินถึงความคุ้มค่าในการตรวจหากนำวิธีการตรวจ Gene X pert มาใช้ในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สุพัชรศักดิ์ พันธุ์ศิลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดงพิกัดพิทักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การทำวิจัย ขอขอบคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลดงพิกัดพิทักษ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand 2018. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2561.
2. Pai M, Minion J, Jamieson F, Wolfe J, Behr M. Diagnosis of active tuberculosis and drug resistance [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2014 [cited 2022 Jan 9]. Available from: https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2018/01/Canadian-Tuberculosis-Standards_7th-edition_Complete.pdf
3. หทัยา ธัญญะ. เทคนิค Xpert MTB/RIF ในการวินิจฉัยกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะเป็นวัณโรคในโรงพยาบาลตากสิน. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2562;47(1):6840-58.
4. World Health Organization. Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test : technical and operational “How to” practical considerations [internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44593>
5. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค. National Tuberculosis Information Program (NTIP) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กองวัณโรค; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Manual.aspx>
6. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2022 Jan 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259366>
7. Srisurach N. Result of using Xpert MTB/RIF for finding tuberculosis in risk groups of Khon Kaen province. In: Document of CQI service of HIV / TB and STD in the 2nd seminar 2016. Bangkok: Aksorn graphic and design publication limited partnership; 2016. 69-71.

ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังบนตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Impact of Pharmaceutical Care in Patients with Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease at In Patient Department, Chaturaphak Phiman Hospital.

วิมลรัตน์ สารทอง*

Wimonrat Santhong

Corresponding author: E-mail: wimonrat.santhong@gmail.com

(Received: April 10, 2023 ; Revised: April 19, 2023 ; Accepted: May 13, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการบริหารเภสัชกรรม และเพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง Quasi experimental study (One Group Pretest Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น และอุปกรณ์สื่อการสอนพ่นยา ศึกษาโดยการประเมินความรู้ และทักษะการใช้ยาพ่น เภสัชกรให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น 1-2 วันถัดมาทำการประเมินผล และติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยใน 28 วัน

ผลการวิจัย : พบปัญหาจากการใช้ยา 10 ปัญหา ถูกแก้ไขและให้คำแนะนำโดยเภสัชกร โดยปัญหาส่วนใหญ่พบว่ามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยบริหารยาผิด (45.00%) และมีผู้ป่วยถึง 4 คนที่ไม่ทราบว่าด้วยยาพ่นชนิดที่มีสเตียรอยด์ผสมจำเป็นต้องพ่นต่อเนื่องทุกวัน หลังการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังบนตึกผู้ป่วยในทำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาพ่นและทักษะการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยมีคะแนนรวมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีหลายข้อคำถามมีผู้ตอบคำถามถูกเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการใช้ยาพ่นเพิ่มขึ้น และลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : โรคหืด; โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; การบริหารเภสัชกรรม

ABSTRACT

Purposes : This study aimed to study knowledge and skills in the use of inhalers, revisit rates and drug related problems after servicing a pharmaceutical care program on the inpatient ward.

Study design : Quasi experimental study (One Group Pretest Posttest Design)

Materials and Methods : The data were collected in February 2022 to April 2022. A total of 24 subjects was included in this study. The instruments of this study included: 1) personal questionnaire 2) knowledge of asthma and COPD questionnaire 3) Skills in the use of inhalers questionnaire 4) Teaching media about The use of inhalers. Study by evaluating knowledge and skills in the use of inhalers. The pharmacist gives advice, educates, solves problems that occur 1-2 days later, evaluates and monitors the patient's re-visit.

Main findings : The study found that 10 drug related problems were addressed and advised by pharmacists. Most of the problems were caused by patients administering (45.00%). And up to 4 patients were unaware that steroid-containing inhalers needed to be inhaled continuously every day. In addition, many questions were found to have statistically significant increases in scores after measuring after intervention.

Conclusion and recommendations : The results of this study resulted in increasing patients knowledge and skill in using inhalers, and revisits were reduced.

Keywords : Asthma; COPD; Pharmaceutical care

บทนำ

โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญซึ่งพบได้ในทุกช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกพบการกระจายของโรคหืดในผู้ป่วย 262 ล้านคนทั่วโลก และมีประชากรเสียชีวิตมากถึง 455,000 คนในปี 2019¹ และพบการกระจายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกว่า 251 ล้านคนทั่วโลก มีการประมาณการว่าในปี 2012 มีประชากรมากกว่า 3 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 6 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก² นอกจากนั้นแล้ว ค่ายาคิดเป็น 58.9% และ 41.1% ของค่าใช้จ่ายโดยรวมสำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคหอบหืด (1287 เหรียญสหรัฐ SD 4654) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (1235 เหรียญสหรัฐ SD 4550) ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สูงเช่นกัน (25.1%) สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (754 เหรียญสหรัฐ SD 3367)³

การใช้ยาเป็นกุญแจหลักในการรักษาโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นจึงมีความสำคัญ มีการศึกษาที่พบว่าในผู้ป่วยโรคดังกล่าวมีปัญหาจากการใช้ยามากถึงร้อยละ 57.81 ของผู้ป่วยทั้งหมด หนึ่งในปัญหาที่สำคัญคือ ปัญหาการบริหารยาของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาในกลุ่มโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นยาสูดพ่นผู้ป่วยหลายคนมีปัญหาเกี่ยวกับเทคนิคการใช้ยาจึงทำให้ไม่ได้ยาตามที่ควรได้⁴

นอกจากนั้นแล้วความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ของผู้ป่วยก็มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยาในระยะยาวเพื่อประสิทธิผลในการรักษา การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยทั้งสองโรคมีความสำคัญอย่างมาก⁵

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคหืดจำนวนทั้งหมด 1,112 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนทั้งหมด 389 คน มีอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยหืดภายหลังเข้ารับบริการร้อยละ 3.10 อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังเข้ารับบริการร้อยละ 22.31 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ของผู้ป่วยหืดร้อยละ 13.52 อัตราการ

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 17.62 และจากการปฏิบัติงานในการจ่ายยาผู้ป่วยพบยังมีปัญหาเกี่ยวกับเทคนิคการพ่นยาในผู้ป่วย โดยพบการพ่นยาไม่ถูกต้องร้อยละ 5.77 และร้อยละ 7.69 ในผู้ป่วยหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับถึงแม้โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานจะมีการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องมาตลอด โดยส่วนใหญ่เน้นย้ำการบริหารในผู้ป่วยเริ่มใช้ยารายใหม่ มีการติดตามผลหลังจากการใช้ยาเป็นระยะแต่ยังขาดการติดตามประเมินผลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วย Admit) เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการบริหารเภสัชกรรม และเพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย Quasi experimental study (One Group Pretest Posttest Design)

ประชากร ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนเมษายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนเมษายน 2565 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับยาสูดพ่นอย่างน้อย 1 ชนิด 2) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี) ยินยอมให้เก็บข้อมูล เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งหยุดใช้ยาสูดพ่นทุกชนิดและ 3) ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 เกณฑ์การให้ผู้นิยามตน

ให้ทำการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามประเมินการใช้ยาสูดพ่นซ้ำครั้งที่ 2 ได้ระหว่างทำการศึกษา และ 2) ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงในช่วงการศึกษาของโครงการ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยใน

2. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ดูแลการใช้ยา สาเหตุที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลยาสูดพ่นที่ผู้ป่วยได้รับ

2.2 ปัญหาเกี่ยวกับยา โดยใช้เครื่องมือของ PCNE version 8.02 ประกอบด้วย ชนิดของปัญหาสาเหตุการแก้ไข การยอมรับการจัดการปัญหา และผลลัพธ์⁶

3. แบบประเมินความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น ประกอบไปด้วย 2 ส่วน

3.1 ส่วนความรู้ หากตอบถูกคะแนนเท่ากับ 1 หากตอบผิดหรือไม่ทราบคะแนนเท่ากับ 0

- สำหรับยาสูดพ่น MDI จำนวน 7 ข้อ และสำหรับยาสูดพ่น Accuhaler จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าเพียงพอ (Kuder-Richardson Formula 20 > 0.7)⁷

3.2 ส่วนทักษะการใช้ยาพ่น หากปฏิบัติถูกต้องคะแนนเท่ากับ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้องคะแนนเท่ากับ 0

- สำหรับยาสูดพ่น MDI จำนวน 12 ข้อ และสำหรับยาสูดพ่น Accuhaler จำนวน 13 ข้อ แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาหามีค่า index of item objective congruence > 0.5⁷

4. อุปกรณ์สอนพ่นยา และสื่อประกอบการสอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย

2. คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา

3. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทบทวนประวัติการ Admit ด้วยโรคหืดหรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. ชักประวัติพร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น เภสัชกรบันทึกข้อมูล

5. หากพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา หรือพบปัญหาเกี่ยวกับเทคนิคการสูดพ่นยา เภสัชกรให้คำแนะนำให้ความรู้ ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. ประเมินความรู้และทักษะการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยใน 1-2 วันถัดมาหลังได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร⁸ หากยังพบข้อผิดพลาดเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาที่ต้องถูกต้องอีกก่อนผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล

7. ติดตามการกลับมารักษารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน (Re-admit) หรือการกลับมารักษารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยนอก (Re-visit) ด้วยสาเหตุจากโรคหืดหรือปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แพทย์ไม่ได้นัดหมายภายใน 28 วันหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA และ Microsoft Excel สถิติที่ใช้ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. ปัญหาจากการใช้ยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

3. แบบประเมินความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ตอบถูกแต่ละหัวข้อคำถามด้วยสถิติ McNemar Chi-square test

เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่มาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบกำเริบในรอบ 28 วัน ด้วยสถิติ McNemar Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 หมายเลขใบรับรอง COE0072565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (58.33%) อายุมากกว่า 51 ปี (75.00%)

อายุเฉลี่ย 60.25 ± 4.9 ปี มีโรคประจำตัวหืด (Asthma) (54.17%) และเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (45.83%) ผู้ป่วยจำนวน 2 คน มีประวัติสูบบุหรี่ทุกวัน ยาสูดพ่นที่ผู้ป่วยใช้ประกอบด้วย Salbutamol MDI 17 คน Berodual MDI 7 คน Fluticasone propionate MDI 12 คน และ Seretide Accuhaler 12 คนผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลการैया (66.67%)

2. ปัญหาจากการैया จากการศึกษพบปัญหาจากการैया 10 ปัญหา จากผู้ป่วย 10 คน (41.67% ของผู้ป่วยทั้งหมด) ชนิดของปัญหา ได้แก่ ผลการรักษาด้วยยาไม่

เหมาะสมจำนวน 8 คน (80.00%) จากปัญหาทั้งหมดผู้ป่วยที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษาจำนวน 1 คนและผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยาจำนวน 1 คน สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่ (45.00%) มาจากการที่ผู้ป่วยบริหารยาผิด มีการแก้ไขปัญหโดยเภสัชกรด้วยวิธีการพูดคุยกับครอบครัว/ผู้ดูแล (47.62%) ให้คำปรึกษาด้านยา (42.86%) เสนอการแก้ไขปัญหและเปลี่ยนคำแนะนำการैया (4.76%) โดยทุกปัญหาได้รับการยอมรับการจัดการปัญหาและได้รับการแก้ไขปัญหจากทั้งทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัญหาจากการैया

ปัญหาจากการैया	จำนวน(ร้อยละ)
ชนิดของปัญหา(P)	
P1.2 ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม	8(80.00)
P1.3 มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา	1(10.00)
P2.1 เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา	1(10.00)
สาเหตุของปัญหา(C)	
C7.1 ผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่งหรือไม่ได้ยาเลย	5(25.00)
C7.2 ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4(20.00)
C7.8 ผู้ป่วยบริหารยาผิด	9(45.00)
C7.9 ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในรูปแบบนี้ได้	1(5.00)
C8.1 ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์	1(5.00)
การแก้ไขปัญห(I)	
I1.3 เสนอการแก้ไข	1(4.76)
I2.1 ให้คำปรึกษาด้านยา	9(42.86)
I2.4 พูดคุยกับครอบครัว/ผู้ดูแล	10(47.62)
I3.4 เปลี่ยนคำแนะนำการैया	1(4.76)
การยอมรับการจัดการปัญหา(A)	
A1.1 ได้รับการยอมรับและดำเนินการตามทั้งหมด	10(100.00)
ผลลัพธ์(O)	
O1.1 ได้รับการแก้ไข	10(100.00)

3. การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการติดตามผู้ป่วยก่อนและหลังการบริบาลเภสัชกรรมบนตึกผู้ป่วยในพบว่าจำนวนผู้ที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในในรอบ 28

วันลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ได้ลดการกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (N=24)

การมาโรงพยาบาลเนื่องจาก อาการหอบกำเริบในรอบ 28 วัน	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	p*
ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	15(62.50)	1(4.16)	.0002
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	3(12.5)	3(12.5)	1.00

* McNemar's test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

4. ความรู้และทักษะการใช้ยาพ่น ผลการประเมินความรู้การใช้ยาพ่น MDI โดยใช้ข้อคำถาม 7 ข้อ และความรู้การใช้ยาพ่น Accuhaler โดยใช้ข้อคำถาม 5 ข้อ ก่อนให้การบริบาลผู้ป่วยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 5.08 ± 1.59 คะแนนและ 3.42 ± 1.56 คะแนนตามลำดับ หลังให้การบริบาลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 6.13 ± 0.85 และ 4.58 ± 0.90 คะแนนตามลำดับ

ผลของทักษะการใช้ยาพ่น Accuhaler โดยใช้ข้อคำถาม 12 ข้อ และความรู้การใช้ยาพ่น Accuhaler โดยใช้ข้อคำถาม 13 ข้อ ก่อนให้การบริบาลผู้ป่วยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 10.08 ± 2.06 คะแนนและ 10.92 ± 1.78 คะแนนตามลำดับ หลังให้การบริบาลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 11.17 ± 0.87 และ 12.5 ± 0.80 คะแนนตามลำดับ

รายละเอียดของผลการประเมินความรู้การใช้ยาพ่น MDI พบว่าข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือ “หากไม่ได้ใช้ยาพ่นมามากกว่าหรือเท่ากับ 1 สัปดาห์ให้เขย่ากระบอกยาและพ่นทั้ง 1 ครั้ง” ตอบถูก (41.67%) และ “ก่อนใช้ครั้งแรกเขย่ากระบอกยา และพ่นทั้ง 3 ครั้ง” ตอบถูก (45.83%) ส่วนผลของทักษะการใช้ยาพ่น MDI ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ “หากต้องพ่นมากกว่า 1 ครั้ง รออย่างน้อย 30 วินาทีแล้วทำซ้ำ” ตอบถูก (58.33%) และ “กดยาพ่นยา 1 ครั้ง พร้อมสูดหายใจเข้าลึก ๆ (4 วินาที)” ตอบถูกร้อยละ 58.33 หลังจากการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยพบว่าแบบทดสอบข้อ “ก่อนใช้ครั้งแรกเขย่ากระบอกยา และพ่นทั้ง 3 ครั้ง” มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$)

และ “หากต้องพ่นมากกว่า 1 ครั้ง รออย่างน้อย 30 วินาทีแล้วทำซ้ำข้อ 3-10” มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$)

ผลการประเมินความรู้การใช้ยาพ่น Accuhaler ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด (50.00%) คือ “เนื่องจากยาเม็ดเดียวรอดเป็นส่วนประกอบ จึงต้องให้บ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำ” ผลของทักษะการใช้ยาพ่น ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ “ทำปากให้ว่าง จดดื่มหรือรับประทานอาหารเพื่อเตรียมพ่นยา” ตอบถูก (58.33%) หลังการบริบาลเภสัชกรรมพบว่าแบบทดสอบข้อ “เนื่องจากยาเม็ดเดียวรอดเป็นส่วนประกอบ จึงต้องให้บ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำ” มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) และ “กลืนหายใจประมาณ 10 วินาทีหรือนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในขณะที่สูดกับนาอุปกรณ์ออกจากปาก” มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ในผู้ป่วยจำนวน 24 คน พบ 10 ปัญหาถูกแก้ไขและให้คำแนะนำโดยเภสัชกรทั้งหมด โดยจากปัญหาส่วนใหญ่พบว่ามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยบริหารยาผิด (ร้อยละ 45) สอดคล้องกับการศึกษาของอนัญญา สองเมืองและธนุญา สองเมือง ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดพบปัญหาจากความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะการใช้ยาพ่นสุดท้ายไม่ถูกต้องตามเทคนิคถึงร้อยละ 44.7⁹ ในการศึกษาครั้งนี้

มีผู้ป่วย 3 คนที่บริหารยาผิดโดยกดยานยาที่ต้องพ่นไม่ถูกต้อง เช่น กดยาพ่น 10 ครั้งต่อการสูด 1 ครั้ง และมีผู้ป่วยถึง 4 คนที่ไม่ทราบว่าตัวยาพ่นชนิดที่มีสเตียรอยด์ผสมจำเป็นต้องพ่นต่อเนื่องทุกวันตามแพทย์สั่งเพื่อผลลัพธ์การรักษา นอกจากนั้นแล้วยังพบปัญหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อย่างถูกต้องแบบที่แพทย์สั่งได้จึงไม่ได้พ่นยาและขาดยาจึงเป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการแจ้งปรับรูปแบบยาพ่นให้เหมาะสมและแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ในการบริหารเภสัชกรรมยังพบปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการพ่นยา ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดคลื่นไม่รับรส รับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นผิวหนังขึ้น เนื่องจากไม่ทราบว่าต้องบ้วนปากแปรงฟันหลังพ่นยาที่มีส่วนประกอบของสารสเตียรอยด์ หลังจากให้คำแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตาม ผลข้างเคียงของยาลดลงผู้ป่วยจึงยอมรับการรักษาด้วยการพ่นยา

หลังการบริหารเภสัชกรรมบนตึกผู้ป่วยใน ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาพ่นและทักษะการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยมีคะแนนรวมเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่เปรียบเทียบผลหลังการบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกรพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และทักษะการใช้ยาพ่นเพิ่ม⁷⁻⁹ นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่ายังมีหลายข้อคำถามมีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากวัดผลในวันที่ 1-2 หลังการให้บริบาล ได้แก่ “ก่อนใช้ครั้งแรกเขย่ากระบอกยา และพ่นทั้ง 3 ครั้ง” “หากต้องพ่นมากกว่า 1 ครั้ง รออย่างน้อย 30 วินาทีแล้วทำซ้ำข้อ 3-10” ในผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่น MDI และ “เนื่องจากยามีสเตียรอยด์เป็นส่วนประกอบ จึงต้องให้บ้วนปากแล้วคอตด้วยน้ำ” “กลืนหายใจประมาณ 10 วินาทีหรือนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในขณะที่เดียวกันนำอุปกรณ์ออกจากปาก” ในผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นแบบ Accuhaler ซึ่งเป็นทักษะการพ่นที่สำคัญในการใช้ยาเพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีในผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือ ยังขาดการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นมาตรฐาน เช่น การใช้ Peak Expiratory Flow Rate และเป็นการศึกษาระยะสั้น ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของผู้วิจัยจึงมีโอกาสติดตาม

ผู้ป่วยและพัฒนาการบริหารได้ต่อไป

สรุปผลของการศึกษา หลังจากการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบนตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยเภสัชกรซึ่งนำแบบทดสอบ Check list มาเป็นแนวทางทำให้ทราบถึงปัญหาในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างชัดเจน และหลังการบริหารพบผู้ป่วยมีความรู้ รวมถึงทักษะในการใช้ยาพ่นมากขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน นอกจากนั้นปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ถูกจัดการได้ทันที ทั้งนี้ควรมีระยะเวลาการติดตามผู้ป่วยที่นานขึ้น และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการบริหารผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณาของ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ได้ให้ความรู้อันเป็นประโยชน์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย และขอขอบคุณ นพ.สุพัชรศักดิ์ พันธุ์ศิลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และ ภญ.วิภาพร อุดมะ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่สนับสนุนการทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Asthma [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention A Guide for Health Care Professionals [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 28]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-2021-POCKET-GUIDE-v1.0-16 Nov20_WMV.pdf

3. Thanaviratananich S, Cho SH, Ghoshal AG, Muttalif ARBA, Lin HC, Pothirat C, et al. Burden of respiratory disease in Thailand: Results from the APBORD observational study. *Medicine* (Baltimore). 2016 Jul;95(28):e4090.
4. กฤติมา โภชนสมบูรณ์. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2554;65(1):73-82.
5. Adake P, Tom C, Harshida, Thomas DS, Gangadharan A. The Role of Clinical Pharmacist in Enhancement of Medication Adherence and Quality of Life in Bronchial Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics* 2021;11(4-5):48-53.
6. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. Classification for Drug related problems [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 29]. Available from: https://www.pcne.org/upload/files/230_PCNE_classification_V8-02.pdf.
7. อภิชาติ จิตต์เชื้อ, วรณคล เข้มมงคล, จูติมา เพชรอาภรณ์, จันทร์ทิพย์ เจริญทรัพย์สาคร. ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาวิธีใช้ยาสูดพ่นต่อความรู้และทักษะของผู้ป่วยโรคหืด ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2564;36(5):569-76.
8. Saovapakpusit S, Chatviriyawong C, Pamonsinlapatham P. Evaluation and monitoring of medication errors and drug related problems from oral inhaler drugs in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease at sawanpracharak hospital. *Thai Bull Pharm Sci*. 2020;15(1):31-47.
9. อนุรักษ์ ส่องเมือง, ชนัญญา ส่องเมือง. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้โปรแกรม SMART AsthCOPD ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2564;36(5):577-85.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ของผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Nursing Practice Guidelines for Percutaneous Nephrolithotomy of Patients in Roi-Et Hospital

อินทิรา ชนแก่น้อย*

Inthira Chonkaonoi

Corresponding author: E-mail: Intira_or101@hotmail.com

(Received: April 11, 2023 ; Revised: April 19, 2023 ; Accepted: May 15, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังของผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด 20 คนและผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังที่แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 20 คน การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (65.0%) และปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดน้อยกว่า 10 ปี (60.0%) แนวปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) ป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดข้าง 3) ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย 4) ป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่า 5) ป้องกันการเกิดการแพ้ยาหรือสารเคมี 6) ป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องมือทำผ่าตัด 7) ป้องกันการเกิดอันตรายต่อไตและอวัยวะข้างเคียงส่งผลกระทบต่อสูญเสียเลือดมากกว่า 500 cc. 8) ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 9) ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและ 10) ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด และการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด สามารถปฏิบัติได้จริงเกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยในระดับมาก และผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยและผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; การผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง; นิ่วในไต

ABSTRACT

Purposes : To develop and study results a nursing practice guideline for percutaneous nephrolithotomy (PCNL) of patients in Roi-Et Hospital

Study design : Research and Development study.

Materials and Methods : All total of 20 subjects were professional nurses working at operating room and 20 of percutaneous kidney stone surgery patients at Urology Department. This research were divided into 4 phases: 1) finding clinical problems, 2) searching for evidence, 3) trialing the guideline, and 4) implementing the updated guideline in the organization. Data were collected using a questionnaire and descriptive statistics were used to analyze for data.

Main findings : The study subjects consisted of 20 operating room nurses, 65.0% of which were female, 60.0% had worked at the operating room for less than 10 years. The guideline from the development consisted of 10 steps: 1) to reduce anxiety about surgery, 2) to prevent surgery on the wrong side, 3) to prevent accidents from moving, 4) to preventing injuries from a positions, 5) to prevent allergies to drugs or chemicals, 6) to prevent the danger from using surgical instruments, 7) to prevent the harm to kidneys and nearby organs that affect the blood loss of more than 500 cc, 8) to prevent the occurrence of hypothermia, 9) to prevent the occurrence of Infection in the bloodstream, and 10) promote correct behavior after surgery. The results of the practice were not found for complications in the preoperative, operative, and postoperative stage. It can actually be implemented and produces positive results for patients at a high level. There was an overall satisfaction of guideline users at a high level.

Conclusion and recommendations : The development of this nursing practice guideline resulted in positive outcomes with patients and users of the practice at a high level of overall satisfaction.

Keywords : Nursing practice guideline; Percutaneous nephrolithotomy; Kidney stone.

บทนำ

ความชุกของโรคนิ่วในไตมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทุกภูมิภาคทั่วโลก การมีนิ่วในไตทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง และอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้โรคนิ่วในไตมีอุบัติการณ์เกิดนิ่วซ้ำสูงมาก ทำให้ทั้งผู้ป่วยและรัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างมาก ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดนิ่ว เช่น พีชที่มีออกซาเลตสูง หรือการรับประทานแคลเซียมเม็ดเสริม ควรเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วและการเกิดนิ่วซ้ำ คนไข้ประมาณครึ่งหนึ่งจะเกิดนิ่วอีกภายใน 10 ปี นิ่วโดยมากมีเหตุจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งระดับแคลเซียมสูงในปัสสาวะ โรคอ้วน อาหารบางชนิด ยาบางชนิด การทานแคลเซียมเป็นอาหารเสริม ระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์เกินในเลือด โรคเกาต์ และดื่มน้ำไม่พอ นิ่วจะเกิดในไตเมื่อแร่ในปัสสาวะเข้มข้นมาก การวินิจฉัยปกติจะอาศัยอาการ การตรวจปัสสาวะ และภาพฉายรังสีโดยการตรวจเลือดอาจมีประโยชน์ นิ่วมักจะจัดกลุ่มตามตำแหน่งที่อยู่ คือ Nephrolithiasis (ในไต) Ureterolithiasis (ในท่อไต) Cystolithiasis (ในกระเพาะปัสสาวะ) หรือโดยองค์ประกอบของนิ่ว เช่น แคลเซียมออกซาเลต (Calcium oxalate), กรดยูริก สตรูไวท์ (Struvite) ซิสทีน (Cystine) เป็นต้น คนไข้ที่มีนิ่วสามารถป้องกันโดยดื่มน้ำให้ผลิตปัสสาวะมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน ถ้ายังไม่พอ อาจทานยาไทอาไซด์ (Thiazide) ไซเตรด (Citrate), กรดไซตริกหรืออัลโลพิวรีนอล (Allopurinol) คนไข้ควรเลี่ยงดื่มน้ำอัดลม ถ้านิ่วไม่มีอาการ ก็ไม่จำเป็นต้องรักษา ยาแก้ปวดเป็นการรักษาเบื้องต้น โดยใช้ยา เช่น ยาแก้อักเสบชนิดไม่ใช่สเตอรอยด์ (NSAID) หรือโอปิออยด์ นิ่วที่ใหญ่เพิ่มขึ้นอาจขับออกได้โดยใช้ยา Tamsulosin หรืออาจต้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่นการใช้คลื่นเสียงนอกกายสลายนิ่ว การส่องกล้องท่อไต (Ureterscopy) หรือการผ่าตัดนิ่วผ่านผิวหนัง คนทั่วโลกประมาณร้อยละ 1-15 จะมีนิ่วไตในช่วงหนึ่งของชีวิต ในปี พ.ศ.2558 มีคนไข้ 22.1 ล้านราย ทำให้เสียชีวิต 16,100 ราย เป็นโรคที่สำคัญยิ่งขึ้นในโลกตะวันตกโดย

ชายจะเป็นมากกว่าหญิง โรคนิ่วไตมีผลกระทบต่อประชากรทุกภูมิภาคทุกวัฒนธรรมและทุกเชื้อชาติ อัตราเสี่ยงตลอดชีวิตอยู่ที่ประมาณ 10-15% ในประเทศพัฒนาแล้ว¹

สำหรับประเทศไทยพบปัญหาทางด้านสาธารณสุขเรื่องนิ่วในไต ยังคงมีมากจากสถิติ กระทรวงสาธารณสุข อัตราการเกิดโรคนิ่วในไต และทางเดินปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น จาก 99.25 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2550 เป็น 122.46 ในปี พ.ศ.2553 และพบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนืออัตรา 174.67 และอุบัติการณ์การเกิดโรค ประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุดคือ 4.2 ต่อประชากร 1,000 คน นอกจากนี้ปัญหาของโรคนิ่วในปัสสาวะ ที่สำคัญคือเป็นแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงมาก ซึ่งจะส่งผลต่อการทำลายไต พบการกลับเป็นซ้ำของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ปีแรกร้อยละ 10 ระยะเวลา 5 ปีร้อยละ 35 และระยะเวลา 10 ปี ร้อยละ 50 ปัจจุบันนี้วิธีการรักษานิ่ว มีหลายวิธีที่ไม่ต้องทำ Open surgery โดยวิธีการหลายประการ เช่น การรักษาด้วยวิธีใช้ยาละลายนิ่ว ในรายที่นิ่วเกิดจากโรคเกาต์ การรักษาโดยวิธีสลายนิ่ว การใช้กล้องส่องทางท่อไต เพื่อขบนิ่วในไต การขบนิ่วในไตด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านทางผิวหนัง Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) ปัจจุบันการทำ Percutaneous nephrolithotomy เป็นแนวทางการรักษาอย่างหนึ่งในการนำเอานิ่วออกจากร่างกาย จะถูกเลือกนำมารักษาให้เหมาะสมกับขนาดและตำแหน่งของนิ่ว ซึ่งเป็นกระบวนการทำที่มีการพัฒนามากขึ้นและได้นำเอาวิธีการหลายอย่างมาช่วย เช่น การใช้คลื่น Ultrasonic, ใช้ Laser หรือใช้ Pneumatic lithotripters มาช่วยทำให้นิ่วแตกและนำนิ่วออกจากร่างกาย แผลผ่าตัดที่เคยใหญ่ก็สามารถทำให้เล็กลงได้ สมัยก่อนหลังการผ่าตัด PCNL มีการใส่ Tube drain ต่อมาพบว่า การไม่ใส่ท่อระบายไตทางผิวหนังหลังการผ่าตัด PCNL ในผู้ป่วยโรคนิ่วในไตให้ประสิทธิผลในการรักษาและมีความปลอดภัย ในเกณฑ์มาตรฐานมีการพัฒนาเป็นหลังการผ่าตัดไม่ต้องใส่ Tube drain ได้ การ Localized stone อาจใช้เครื่องมือมาช่วย เช่น การใช้ Fluoroscope หรือ Ultrasound ซึ่งมีข้อดีข้อด้อยหลายอย่าง อาทิการใช้ Fluoroscope อย่างเดียว

อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีมาก แต่สามารถ Localized stone ได้ดีขึ้น สามารถระบุตำแหน่งของนิ่วได้ชัดเจน ถึงแม้ว่าการใช้ Ultrasound จะ Localized stone ได้ไม่ดีเท่า เนื่องจากอาจมีกระดูกหรือ Bowel gas ซึ่งจะทำให้บดบัง ระบุ ตำแหน่งของนิ่วได้ลำบาก แต่ลดการได้รับรังสีได้ ปกติการทำ Percutaneous nephrolithotomy จะใช้ Prone position เพราะเป็นท่าที่สามารถเข้าหา Posterior calyx ได้โดยตรง มีโอกาสเกิด Colonic injury เพียงร้อยละ 1.0 แต่ควรต้องจัดทำด้วยความระมัดระวังเมื่อเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ข้อเสียก็คือหลังจากดมยาสลบแล้วจะต้องเสียเวลาในการจัดทำผู้ป่วยใหม่ ถึงแม้ว่านี่จะเป็น Staghorn calculi แต่การทำ PCNL ก็สามารถทำได้สำเร็จ เป็น Alternative treatment ในการรักษา และการทำ PCNL ก็ยังปลอดภัยได้ผลดีในผู้ป่วยสูงอายุ² วิธีการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังเข้ามาแทนที่วิธีผ่าตัดแบบเปิดมากขึ้น ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องอาศัยการผ่าตัดแบบเปิด เช่น นิ่วมีขนาดใหญ่มากเกินไป กรณีมีโรคร่วมที่ต้องผ่าตัดแก้ไขร่วมด้วย หรือมีการติดเชื้ออวัยวะรุนแรง ปัจจุบันการรักษานิ่วในไตด้วยวิธี PCNL เป็นวิธีการมาตรฐานที่เป็น Minimal Invasive Surgical Procedure สำหรับนิ่วขนาดกลางถึงใหญ่ (มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตรขึ้นไป) ได้เริ่มมีการผ่าตัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2519 โดย Ferstrom และ Johanson จากเหตุผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามีการเลือกวิธีการผ่าตัดแบบ PCNL เพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยนิ่วในไต ซึ่งจากผลการศึกษาของ Ferstrom และ Johanson พบว่าการผ่าตัดนิ่วในไตด้วยการเจาะรูผ่านผิวหนัง ส่งผลดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการมีแผลผ่าตัดเล็กกว่าแบบเปิด อาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ลดวันนอนโรงพยาบาล รวมทั้งการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วกว่า เป็นวิธีการผ่าตัดที่สามารถรักษาการทำงานของเนื้อไตได้ดีกว่า³

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าโรคนิ่วในไตเป็นโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เริ่มทำวิธี PCNL

ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2558 และต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน พบสถิติการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2560 เป็นแบบเปิด 61 ราย แบบ PCNL 86 ราย ปี พ.ศ. 2561 เป็นแบบเปิด 64 ราย แบบ PCNL 90 ราย และปี พ.ศ. 2562 เป็นแบบเปิด 8 ราย แบบ PCNL 74 ราย ปี พ.ศ. 2563 เป็นแบบเปิด 2 ราย แบบ PCNL 100 ราย แบบ RIRS 47 ราย ปี พ.ศ. 2564 เป็นแบบเปิด 4 ราย แบบ PCNL 51 ราย แบบ RIRS 38 ราย และปี พ.ศ. 2565 เป็นแบบเปิด 0 ราย แบบ PCNL 59 ราย แบบ RIRS 19 ราย⁴ พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ เกิดอันตรายต่อปอด 3 ราย เสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร 5 ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด 3 ราย มีอาการหนาวสั่นภายใน 30 นาทีหลังผ่าตัด 5 ราย การบาดเจ็บจากการจัดทำ 3 ราย การผ่าตัดแบบ PCNL จะมีวิธีการที่ยุ่ยากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดเพราะต้องอาศัยเทคนิคเครื่องมือหลายชนิด รวมทั้งความยุ่งยากในการจัดทำเพื่อผ่าตัด ซึ่งในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้วิธีการจัดทำอยู่ 2 แบบ คือ ทำนอนคว่ำ และทำนอนตะแคงหนุนเอวสูงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและความชำนาญของแพทย์แต่ละคน การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ PCNL ยังคงมีความจำเป็นที่ต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ ด้วยมีความคาดหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคที่เป็นอยู่ ได้รับความเจ็บปวดน้อย พ้นตัวเร็ว กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข จากการให้การรักษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดบางส่วนที่หมุนเวียนมาให้การพยาบาลที่ห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะรวมทั้งพยาบาลที่จับใหม่ ยังขาดความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ทำให้เกิดความล่าช้าในการผ่าตัดก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ รวมทั้งการบริหารจัดการในการแก้ปัญหาในกรณีที่ต้องเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดกรณีฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวมาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับจากการผ่าตัดแบบ PCNL อย่างจริงจัง และแนวปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรู

ผ่านผิวหนังของผู้ป่วยโรคนี้ในไต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อนำผลงานวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังของผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Study) โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาใช้ Evidence-based practice model ของชูชีพ⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 มีนาคม-30 เมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตชายและหญิงในประเทศไทยที่เข้ารับการรักษานิ่ว ณ แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากอาการของผู้ป่วยและจากข้อมูลภาพถ่ายรังสีเอ็กซี้ (KUB x-ray) ผล x-ray computer, ผลอัลตราซาวด์ แพทย์ยืนยันว่าเป็นโรคนี้และได้รับการผ่าตัดแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง 20 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ณ เวลาหนึ่ง และ 2) พยาบาลห้องผ่าตัดในทีมผ่าตัดที่ให้การรักษาผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในไต 20 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้วิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการผ่าตัดแบบเปิดแบบ RIRS แบบ ESWL จะถูกคัดออกจากโครงการศึกษาวิจัยและผู้วิจัยไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังในครั้งนี้ศึกษาโดยกรอบแนวคิดในการศึกษาใช้ Evidence-based practice model ของชูชีพเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการทั้ง 4 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่งที่สำคัญ ได้แก่

1. ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) พบว่าจากการให้การรักษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่ายังมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดบางส่วนที่หมุนเวียนมาให้บริการพยาบาลที่ห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะรวมทั้งพยาบาลที่จบใหม่ยังขาดความพร้อมในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ทำให้เกิดความล่าช้าในการผ่าตัดก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ รวมทั้งการบริหารจัดการในการแก้ปัญหาในกรณีที่ต้องเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นแบบเปิดกรณีฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวมาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ PCNL และยังไม่มีการตรวจสอบว่าวิธีการปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

2. จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggered) จากการทบทวนวรรณกรรมและแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของจำรูญ ลิขิตวัฒนาสกุล⁶ และวิลาวัลย์ สมดี และคณะ⁷⁻⁸ มาพัฒนาเป็นแนวทาง

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1.การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้นเพื่อกำหนดขอบเขตในการค้นคว้าข้อมูลงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในไต

แบบเจาะรูผ่านผิวหนังเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดควรเป็นอย่างไร โดยการค้นคว้าใช้กรอบแนวคิดของ PICO ดังนี้ P (Population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Intervention) คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล C (Comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ O (Outcome) คือ ภาวะแทรกซ้อนลดลงและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2.ขอบเขตในการสืบค้นคือ ใช้หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010-2023 ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ

3.ใช้คำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ, ผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง, Percutaneous Nephrolithotomy, kidney stones, kidney stones surgery

4.กำหนดแหล่งในการสืบค้น ประกอบด้วย สืบค้นงานวิจัย จากฐานข้อมูล ThaiLIS, PubMed, Google Scholar, Thai JO, Google.com สืบค้นในฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จาก PubMed, Google Scholar, Google.com สืบค้นในฐานข้อมูล Guidelines จาก PubMed, Google Scholar, Google.com

5.กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ ของ Polit & Beck⁹ ซึ่งแบ่งงานวิจัยเป็น 7 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 (Level I) หมายถึง งานวิจัยที่ได้จากการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ระดับ 2 (Level II) หมายถึงงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง ระดับ 3 (Level III) หมายถึง งานวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยการหาความสัมพันธ์ ระดับ 4 (Level IV) หมายถึง การใช้งานวิจัยการหาความสัมพันธ์ ระดับ 5 (Level V) หมายถึง การวิจัยแบบการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ ระดับ 6 (Level VI) หมายถึง การใช้งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพระดับ 7 (Level VII) หมายถึง ความคิดเห็น

ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

6.นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาประเมินคุณค่าและจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹⁰ แล้วนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติแล้วนำไปตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพการทดลองใช้และการประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ 1) ยกร่างแนวปฏิบัติ และ 2) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติมีการดำเนินการ คือ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่างแล้วได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.88 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาประชุมชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการเก็บข้อมูลตามแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 20 คน จากนั้นนำผลการประเมินในแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติมาหาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.96 สรุปผลและวิเคราะห์ผลรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ นำเสนอในที่ประชุมหลังจากนั้นจึงนำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงมาใช้

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) หลังจากได้พัฒนาแนวปฏิบัติเป็นที่เรียบร้อยแล้วนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติจริงโดยดำเนินการดังนี้ 1) นำแนวปฏิบัติเข้าประชุมคณะกรรมการและเสนอต่อหัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและมีการปรับให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง 2) ประกาศใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังเพื่อลดภาวะ

แทรกซ้อนของผู้ป่วยและใช้เป็นระเบียบปฏิบัติเดียวกัน ทั้งห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และชี้แจงการใช้คู่มือแนวปฏิบัติแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพื่อให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการนำไปใช้ 3) เสนอขออนุมัติผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนังเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและใช้เป็นระเบียบปฏิบัติเดียวกันทั้งโรงพยาบาล 4) ประเมินกระบวนการในการปฏิบัติการทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนังประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรครวมการวินิจฉัยโรค ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ ส่วนที่ 5 และ 6 การประเมินความพึงพอใจและส่วนที่ 7 แบบตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยสร้างแบบสอบถามและตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา แจ้งรายละเอียดและประสานงานเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่พยาบาลประจำหน่วยงานเพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขึ้นปฏิบัติการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายดังนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนังเป็นผู้บันทึกแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม และลงชื่อยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัย สังเกตและบันทึกข้อมูล

การปฏิบัติการพยาบาลของทีมผ่าตัด การขอคำยินยอมจากแพทย์เจ้าของคนไข้ ผู้วิจัยชี้แจงหลักการและวัตถุประสงค์กับแพทย์เจ้าของคนไข้ ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินการให้กับแพทย์เจ้าของคนไข้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 025/2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิกการค้นหาค้นหาปัญหาทางการพยาบาล พบว่าปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด ที่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อไป

ระยะที่ 2 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารทางวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนัง แนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของเมสัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ได้สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เทคนิคของเมสัน (Mason) และการใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนังโรงพยาบาลร้อยเอ็ดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ แล้วนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนด์แบบเจาะรูผ่านผิวหนังสำหรับการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าหลักฐาน

เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในงานวิจัย 10 เรื่อง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการ จำนวน 3 ท่าน เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกับผู้วิจัย เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรในกลุ่มงานมีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล และดำเนินการพัฒนากฎการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขออนุมัติดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่องานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งได้รับการพิจารณาและเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาได้ เลือกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับการสอนงานที่ห้องผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะจากสถาบันที่ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ไม่น้อยกว่า 2 ปี 20 คน และทำการศึกษาในผู้ป่วย 20 ราย ที่มารับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง เมื่อผ่าตัดเสร็จได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นก่อนส่งกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 - 30 เมษายน 2566 สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้ว

ในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังที่ได้จากการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 10 ขั้นตอนดังนี้ 1) ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) ป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดข้าง 3) ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย 4) ป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่า 5) ป้องกันการเกิดการแพ้ยารหรือสารเคมี 6) ป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องมือทำผ่าตัด 7) ป้องกันการเกิดอันตรายต่อไตและอวัยวะข้างเคียงส่งผลต่อการสูญเสียเลือดมากกว่า 500 cc. 8) ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 9) ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 10) ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด

ระยะที่ 4 ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (65.0%) อายุระหว่าง 20-40 ปี (80.0%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (100.0%) และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด น้อยกว่า 10 ปี (60.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	หญิง	13(65.0)
	ชาย	7(35.0)
อายุ (ปี)	20-30	8(40.0)
	31-40	8(40.0)
	>40	4(20.0)
การศึกษา	ปริญญาตรี	20(100.0)
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด (ปี)		
	<10	12(60.0)
	10-20	6(30.0)
	>20	2(10.0)

ผลการปฏิบัติการพยาบาล ผลการปฏิบัติการพยาบาลและแบบสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดการปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติได้ (100.0%) ทั้ง 24 ข้อและผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ผล (100.0%) ทั้ง 10 ข้อ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ผล (100.0%) ทั้ง 8 ข้อ

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังของผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (n=20)

ผลลัพธ์	มาก n(%)	ปานกลาง n(%)
1.ผู้ป่วยได้รับการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล		
ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง	17(85.0)	3(15.0)
2.ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการ ถูกตำแหน่ง	19(95.0)	1(5.0)
3.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายและการจัดทำ	19(95.0)	1(5.0)
4.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้สารเคมีร่วมขณะทำผ่าตัด	18(90.0)	2(10.0)
5.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการผ่าตัด	20(100)	0(0.0)
6.ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อน		
ตามแผนการรักษา	19(95.0)	1(5.0)
7.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยได้		
ถูกต้องครบถ้วน	18(90.0)	2(10.0)
8.ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้	16(80.0)	4(20.0)

ผลการประเมินผลความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าความพึงพอใจต่อการใช้น้ำปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง

ผ่าตัดนิ้วในไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังของผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่าสามารถปฏิบัติได้จริงเกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยในระดับมาก ซึ่งมีการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการ ถูกตำแหน่งปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายและการจัดทำปลอดภัยจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการผ่าตัด ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนตามแผนการรักษา ได้รับการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนผู้ป่วยและญาติพึงพอใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 2.95, SD.=0.11) ดังแสดงในตารางที่ 2

ของพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 20 คน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean= 2.95, SD.=0.11) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (n=20)

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ	Mean (SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน	3.00(0.00)	มาก
2.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย	3.00(0.00)	มาก
3.แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมในการนำไปใช้	3.00(0.00)	มาก
4.แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัย	3.00(0.00)	มาก
5.แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยทุกราย	2.75(0.44)	มาก
6.แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	2.95(0.22)	มาก
7.แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ดีในขณะผ่าตัด	2.80(0.41)	มาก
8.แนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด	3.00(0.00)	มาก
9.แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	3.00(0.00)	มาก
10.มีความสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค	3.00(0.00)	มาก
โดยรวม	2.95(0.11)	มาก

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าจากการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในไต่อแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ของผู้ป่วยมาใช้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อน ผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ผลการใช้แนวปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริงเกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกกับผู้ป่วยใน ระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติการ พยาบาลโดยรวมในระดับมาก พบผลเช่นเดียวกับการศึกษา แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ พบว่าแนวปฏิบัติพยาบาลมีความง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้

ผู้ใช้นแนวปฏิบัติให้ค่าคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และไม่พบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดที่ ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว¹¹ และการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าความคิดเห็นของ พยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยรวม อยู่ในระดับมาก¹² ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติที่ได้จากการ วิจัยในครั้งนี้มีความเหมาะสมสำหรับการพยาบาลสำหรับ การผ่าตัด PCNL ของผู้ป่วยโรคนี้ในไต่อที่เข้ารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เอกสารอ้างอิง

1. วิกิพีเดีย. สารานุกรมเสรี. โรคนิ่วไต [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%99%E0%B8%4%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B9%84%E0%B8%95>
2. ยุทธชัย ตรีสกุล. การรักษาโรคนิ่วในไตด้วยวิธีผ่าตัด Percutaneous Nephrolithotomy ในโรงพยาบาล ยโสธรปี 2555-2556 และโรงพยาบาลนครพนมปี 2560-2562. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(3):13-7.
3. ทรงวุฒิ ประสพสุข. การรักษานิ่วในไตด้วยการเจาะรูผ่านผิวหนังในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2552;6(3):186-94.
4. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. งานสถิติและข้อมูลการบริการ. สถิติการผ่าตัด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2565.
5. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence based practice model: promoting the scholarship of practice. The Nursing Clinics of North America. 2000;35(2): 301-9.
6. จำรูญ ลิขิตวัฒนาสกุล. เปรียบเทียบการรักษานิ่วในไตด้วยการผ่าตัดเจาะรูผ่านผิวหนัง และการผ่าตัดเปิดไต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2553;19(6):954-60.
7. วิลาวลัย สมดี, เทพกร สาธิตการมณี, กชกร พลาชีวะ, วินิตา จีระเร็นศักดิ์, สุธันนี สิมะจาริก, วิริยา ถิ่นชิลอง, และคนอื่นๆ. การเกิด pneumothorax, hydrothorax หรือ hemothorax ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังเพื่อนำนิ่วออกจากไตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2556;28(2):178-83.
8. วิลาวลัย สมดี, เทพกร สาธิตการมณี, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, ขจิตร์ พาศิรัตน์, กชกร พลาชีวะ, สุธันนี สิมะจาริก, และคนอื่นๆ. การประเมินแนวปฏิบัติสำหรับภาวะ pneumothorax, hydrothorax หรือ hemothorax ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังเพื่อนำนิ่วออกจากไตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2558;30(4):333-38.
9. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.
10. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [Internet]. JBI; 2013 [cited 2023 Feb 26]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
11. จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ์, ปาริตะ บิลล่าเต๊ะ, จิราภา ไชยบัณฺดิษฐ์. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วิสัณณูสาร. 2562;45(3):104-10.
12. ดร.ณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, รัชชา มหาสิริมงคล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(3):24-34.

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก Effectiveness of the Nursing Practice Guideline for Older Patient with Hip Fractures

อรัทัย สิริวัฒนพงษ์*

Oratai Siriwatthanapong

Corresponding author: E-mail: oratai210@hotmail.com

(Received: April 12, 2023 ; Revised: April 20, 2023 ; Accepted: May 16, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 70 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการและแนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage Difference

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น 33.9% ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 6.9 % วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 42.3% ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดลดลง 7.3 % และกลุ่มที่ไม่ผ่าตัดลดลง 24.4% และส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 17.3%

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติสามารถช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟูเพิ่มสมรรถนะพยาบาล ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั้งเครือข่าย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยสูงอายุ; กระดูกสะโพกหัก; แนวปฏิบัติการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study the effectiveness of a nursing practice guideline for hip fractures in older patient and to compare nurse's competencies before and after using the guideline.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The sample group was 70 hip fracture older patient, 15 nurses from January to March 2023. Data were collected using data record form, nursing competency assessment form, customer satisfaction assessment form, and nursing practice guideline. Statistics were analyzed by percentage, mean, standard deviation and percentage difference.

Main findings : The experimental group had surgery within 72 hours, increasing by 33.9%, without serious complications. Patient satisfaction increased by 6.9%, average hospitalization days decreased by 42.3%, average medical expenses in the surgical group decreased by 7.3% and in the non-surgical group by 24.4%, and 17.3% increase in nurse competency.

Conclusion and recommendations : The nursing practice guidelines can help prevent and reduce the severity of complications. promote recovery increase nursing competency. Therefore, the service system for older patient with hip fractures should be developed into the network.

Keyword : Older patient; Hip fractures; Nursing practice guideline

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นภัยคุกคามพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ พบอุบัติการณ์ 150-250 คนต่อแสนประชากร ในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือและทั่วโลก คาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 2.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 ในจังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปีมีกระดูกสะโพกหัก 181 คนต่อแสนประชากร อายุเฉลี่ย 76.7 ปี เป็นหญิงมากกว่าชาย 2.4 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ พ.ศ.2593 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กระบวนการสูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายเกิดความเสื่อมถอย การทำงานของระบบประสาท ระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ลดลง ทำให้ขาดความมั่นคงขณะเดิน การมองเห็นลดลง โรคกระดูกพรุน เป็นตัวอย่างของโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพตามวัย ที่เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักได้ง่าย¹ 2) การหกล้ม พบร้อยละ 79² ส่วนใหญ่เป็นการหกล้มจากการทำกิจกรรมร้อยละ 54.5³ 3) ประวัติการเจ็บป่วย เช่น มีโรคร่วมหรือใช้ยาบางชนิด มีประวัติกระดูกหัก หรือบุคคลในครอบครัวมีกระดูกหัก การใช้ยามีโรคทางกระดูก และอื่นๆ⁴ 4) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพพื้นบ้านที่ลื่นหรือลาดเอียง พื้นขรุขระเป็นหลุมบ่อ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่างไม่พอ เป็นต้น¹

ผลกระทบจากกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ พบภาวะแทรกซ้อนโดยรวมร้อยละ 75 มีโอกาสเสียชีวิตในปีแรกร้อยละ 12-37 และยังพบว่าหลังจาก 1 ปีจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เมื่อกระดูกสะโพกหักจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การเคลื่อนไหวได้น้อย เกิดแผลกดทับ เกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ความอยากอาหารลดลง เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมากลายเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁵ 2) ด้านจิตใจ เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน ความจำเสื่อม วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง กลัวท้อแท้ เครียดจากการปรับตัวเพื่อพึ่งพาผู้อื่น

และรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง 3) ด้านสังคม ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล 4) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวมีรายได้น้อยลง และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น และ 5) การเมืองการปกครอง ประเทศชาติต้องใช้งบประมาณดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้⁶ ปัจจุบันการรักษกระดูกสะโพกหัก แบ่งได้ 2 วิธี ดังนี้ 1) การรักษาแบบประคับประคอง ใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบใส่เครื่องดึงติดกับผิวหนัง (Skin traction) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม¹ และ 2) การรักษาด้วยการผ่าตัด ควรได้รับการผ่าตัดภายใน 24-48 ชั่วโมงและไม่ควรเกิน 4 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาเนื้อกระดูกตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้กระดูกติดเร็ว ลดปัญหาความไม่สุขสบาย การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายได้⁷

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเปิดให้บริการ 820 เตียง ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกแบบผู้ป่วยใน 30 เตียง โดยมีสถิติผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ปี 2563-2565 จำนวน 154, 149 และ 162 คนตามลำดับ ในจำนวนนี้ผู้สูงอายุที่เลือกใช้วิธีการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 49, 42 และ 42 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82, 28.13 และ 25.93 ตามลำดับ วันนอนเฉลี่ย 7 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 25,688 บาท ต่อคนต่อครั้ง สาเหตุที่ไม่ผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่วนที่เลือกใช้วิธีการผ่าตัด จำนวน 65, 107 และ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 42.21, 71.8 และ 74.07 ตามลำดับ ระยะวันนอนกลุ่มที่ผ่าตัดเฉลี่ย 9 วัน⁸ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 5 เป็นหน่วยงานที่รับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักไว้รักษา การดูแลที่ผ่านมาเป็นการดูแลที่เน้นกิจกรรมตามแผนการรักษา ส่วนกิจกรรมการพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะบุคคลของพยาบาล ผลลัพธ์จากการดูแลที่ผ่านมาพบภาวะแทรกซ้อนปัญหาที่พบหลังผ่าตัดคือ ปวด เกิดแผลกดทับ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และมีภาวะพึ่งพิงหลังกลับไปอยู่บ้าน แม้ว่าจะมีนโยบายการประกันคุณภาพการพยาบาล แต่ผลลัพธ์การดูแลหลายส่วนที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการพยาบาลที่ผ่านมามีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน รวมถึง

สมรรถนะของพยาบาลมีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดแบ่งเป็นการพยาบาลระยะแรกรับ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่ายฟื้นฟูสภาพ สะท้อนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในด้านระยะเวลาอนโรพยาบาล ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แต่ยังไม่พบการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สะท้อนผลลัพธ์การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในส่วนการศึกษาปรากฏการณ์พบช่องว่างการดูแลคือ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สะท้อนถึงการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอายุกระดูกสะโพกหักขึ้น เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 5 จำนวน 70 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis⁹ ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = 0.8 ซึ่งเป็นระดับใหญ่ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power =

0.95¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) กำหนดให้จับฉลากครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม และจับฉลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัยกระดูกสะโพกหัก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และมีครอบครัว/ญาติอ่านออกเขียนได้ลงนามยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยย้ายออก/จำหน่ายจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 5 และปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 5 และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร การดูแลรักษา ผลลัพธ์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนแบบประเมินสมรรถนะพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การพยาบาล 4 ระยะ ได้แก่ แกร็บ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และวางแผนจำหน่าย

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) ความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์

ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษา ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.93, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ 2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 30 คน และ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78.85 และ .92 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับงานผู้ป่วยใน เป็นแบบสอบถามจากกองการพยาบาล ที่ใช้ทุกโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจากหลักฐานเชิงประจักษ์¹¹ มี 4 ขั้นตอน 1) หาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาทางคลินิก (evidence-trigger phase) 2) ทบทวนและสืบค้นหลักฐานสร้างแนวปฏิบัติ (evidence-supported phase) 3) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในคลินิก (evidence-observed phase) และ 4) ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล (evidence-based phase) ได้หลักฐานที่เกี่ยวข้อง 14 เรื่อง แบ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 4 ฉบับ การวิจัยเชิงทดลอง 1 ฉบับ การวิจัยกึ่งทดลอง 10 ฉบับ การวิจัยเชิงพัฒนา 2 ฉบับ การศึกษาเชิงพรรณนา 1 ฉบับ และความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์มีระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพอยู่ในระดับ 1, 2, 3a และ 4¹²

ขั้นตอนการดำเนินการ หลังจากผ่านการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ เพื่อแจ้งให้ทราบว่าจะมีการดำเนินการโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตแพทย์กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ทุกท่านเพื่อขอความร่วมมือใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

2) วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด 70 คนแบ่งเข้ากลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน เพื่อให้กิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เสร็จแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

3) จัดอบรมทีมพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 5 เพื่อทำความเข้าใจวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยเมื่อมีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยแนะนำตัว อธิบายถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ติดตามบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย อธิบายและสาธิตย้อนกลับวิธีใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการแก่พยาบาลทั้ง 15 คน

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 35 คน

5) จัดอบรมพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง หลังจากเก็บข้อมูลควบคุมครบ 35 คนแล้ว ผู้วิจัยจัดประชุมอบรมพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 5 อีกครั้ง เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่พัฒนาขึ้น ทำการสาธิตย้อนกลับให้พยาบาลทุกคนสามารถใช้แนวปฏิบัติได้ และมีสมรรถนะใกล้เคียงกันในการดูแลที่ไม่แตกต่างกันสำหรับการดูแลกลุ่มทดลอง รวมทั้งฝึกการใช้แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ

6) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เมื่อผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษา พยาบาลวิชาชีพแนะนำตัว อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ

วิจัย ขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้สูงอายุและครอบครัว จากนั้นแนะนำให้พบกับผู้วิจัยเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่จะได้รับการดูแลเพิ่มเติมได้แก่

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมในการเข้ารับการรักษา ในวันแรกจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษา การดูแล skin traction

ระยะที่ 2 เตรียมผ่าตัด สำหรับผู้สูงอายุที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาด้วยการผ่าตัด จะได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ของผู้ดูแลและประเมินความสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ

ระยะที่ 3 หลังผ่าตัด มีกิจกรรม 1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาสลบ 2) การป้องกันการเสียเลือด 3) การจัดการอาการปวด 4) การป้องกันการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท 5) การป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเลื่อนหลุด 6) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน 8) การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ปอดอักเสบและติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 9) การป้องกันภาวะท้องผูก 10) การป้องกันภาวะขาดสารอาหาร 11) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม 12) การป้องกันภาวะลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และ 13) การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ระยะที่ 4 เตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ด้านร่างกาย จิตใจ/สังคม/สิ่งแวดล้อม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นทำคู่มือลกรหัสข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและความพึงพอใจของผู้รับบริการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลรักษาและคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักด้วย
Percentage Difference

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE008/2566 วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ประเด็น คือ เคารพในความเป็นบุคคล ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็น 1) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 29 คน (82.9%) อายุเฉลี่ย 76 ปี (Min=60-Max=89) ข้อมูลภาวะสุขภาพดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 22.6 (SD.=4.2) มีโรคร่วม 2-5 โรค 31 คน (88.6%) สาเหตุกระดูกสะโพกหักคือ หกล้ม 27 คน (77.1%) ตำแหน่งที่หัก คือ Intertrochanteric fracture 19 คน (54.3%) สภาพจำหน่าย ทุกๆ 30 คน (85.7%) 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 25 คน (71.4%) อายุเฉลี่ย 74 ปี (Min=60, Max=91) ข้อมูลภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 21.6 (SD.=3.4) มีโรคร่วม 2-5 โรค 31 คน (88.6%) สาเหตุกระดูกสะโพกหักคือ หกล้ม 24 คน (68.6%) ตำแหน่งที่หัก คือ Intertrochanteric fracture 24 คน (68.6%) สภาพจำหน่าย ทุกๆ 33 คน (94.3%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะสำคัญทางประชากรผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=70)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มควบคุม (n=35)	กลุ่มทดลอง (n=35)
	n (%)	n (%)
เพศ		
ชาย	6(17.1)	10(28.6)
หญิง	29(82.9)	25(71.4)
อายุ (ปี) Mean (Min, Max)	76(Min=60, Max=89)	74(Min=60, Max=91)
โรคร่วม		
ไม่มี	4(11.4)	4(11.4)
มี 2-5 โรค	31(88.6)	31(88.6)
สาเหตุกระดูกสะโพกหัก		
หกล้ม	27(77.1)	24(68.6)
อื่น	6(17.1)	2(5.7)
ตกเก้าอี้/ตกเตียง	1(2.9)	8(22.9)
ถูกลากจูง/สะดุดสิ่งกีดขวาง	1(2.9)	1(2.9)

2. เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ความแตกต่างของผลลัพธ์ การดูแลรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติได้รับการผ่าตัดมากกว่า 6.6 % และได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง มากกว่า 33.9 % การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีความปวดระดับปานกลาง-รุนแรงลดลงเหลือระดับเล็กน้อย 97.1 %

เกิดแผลกดทับลดลง 163.1 % และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือด/ภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัด เป็นต้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 6.9% (Mean=4.56, SD.=0.5) ระยะวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 42.3% ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด น้อยกว่า 7.3 % และในกลุ่มที่ไม่ผ่าตัดน้อยกว่า 24.4% ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระหว่างกลุ่มที่ได้รับ
แนวปฏิบัติ (n=35) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=35)

ผลลัพธ์การดูแลรักษา	กลุ่มควบคุม n(%)	กลุ่มทดลอง n(%)	% difference
การรักษา			
ไม่ผ่าตัด	6(17.1)	4(11.4)	40.0
ผ่าตัด	29(82.9)	31(88.6)	6.6
< 72 ชั่วโมง	22(75.9)	31(100.0)	33.9
ภาวะแทรกซ้อน			
ความปวดระดับปานกลาง-รุนแรง	26(74.3)	9(25.7)	97.1
ความปวดระดับเล็กน้อย	9(25.7)	26(74.3)	97.1
แผลกดทับ	10(28.6)	1(2.9)	163.1
ความพึงพอใจผู้รับบริการรวม (15 ข้อ)	ระดับดี	ระดับดีมาก	6.9
Mean (SD.)	4.2(0.6)	4.5(0.5)	
ระยะวันนอนโรงพยาบาล Mean (SD.)	8.3(4.0)	5.4(1.7)	42.3
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย			
ผ่าตัด	71,474.7	66,438.6	7.3
ไม่ผ่าตัด	17,823.0	13,939.2	24.4

3. เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 14 คน
(93.3%) เพศชาย 1 คน (6.7%) การศึกษาระดับปริญญา
ตรี 15 คน (100.0%) ประสบการณ์การทำงาน 0-1 ปี
2 คน (13.3%) 1-3 ปี 1 คน (6.6%) 3-5 ปี 3 คน (20.0%)
5-10 ปี 2 คน (13.3%) และ 10 ปีขึ้นไป 7 คน (46.7%)
2) เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
คะแนนสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบว่า ระยะที่ 1
เตรียมความพร้อมเข้ารับการรักษาหลังใช้แนวปฏิบัติ
พยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้แนวปฏิบัติ 2.2%

ระยะที่ 2 เตรียมผ่าตัด พยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 14.6%
ระยะที่ 3 หลังผ่าตัด พยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 22.2%
ระยะที่ 4 วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง พยาบาล
มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น 10.0% และพบว่าสมรรถนะของ
พยาบาลโดยรวมเพิ่มขึ้น 17.3% ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=15)

สมรรถนะพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย		แปลผล	% difference
	ก่อน	หลัง		
ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมเข้ารับการรักษา (2 ข้อ)	4.5(SD.=0.5)	4.6(SD.=0.5)	สูงมาก	2.2
ระยะที่ 2 เตรียมผ่าตัด (4 ข้อ)	3.8(SD.=0.8)	4.4(SD.=0.5)	สูง	14.6
ระยะที่ 3 หลังผ่าตัด (16 ข้อ)	3.6(SD.=0.6)	4.5(SD.=0.4)	สูง	22.2
ระยะที่ 4 จำหน่ายดูแลต่อเนื่อง (2 ข้อ)	3.8(SD.=0.6)	4.2(SD.=0.4)	สูง	10.0
สมรรถนะโดยรวม (24 ข้อ)	3.7(SD.=0.6)	4.4(SD.=0.4)	สูง	17.3

วิจารณ์

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต่อภาวะแทรกซ้อน และสมรรถนะการพยาบาล ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน สร้างความปลอดภัยและส่งเสริมการฟื้นหายในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เนื่องจากข้อความในแนวปฏิบัติได้ระบุถึงความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม ได้มาตรฐาน ทันสมัย เห็นได้จากพยาบาลสามารถดักจับภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว สามารถควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับเล็กน้อยได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่หลักฐานแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกร้อยละ 40-70 จะมีความปวดระดับรุนแรง¹³ แต่กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถควบคุมความปวดไม่ให้เกิดระดับเล็กน้อย (Mild pain) สำหรับกระบวนการฟื้นฟูสภาพในบทบาทของพยาบาล เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองและพยาบาลได้สาธิตการบริหารร่างกายให้ผู้สูงอายุเห็นเป็นแบบอย่าง ตั้งแต่ระยะแรกรับก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถบริหารร่างกาย จนฟื้นตัวได้รวดเร็ว เห็นได้จากกลุ่มทดลอง มีการฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกายบริหารและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁴ อีกทั้งสามารถตระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง¹³⁻¹⁵ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดลดลง¹⁶ กลุ่มทดลองเข้าถึงการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงได้มากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁷

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลให้สูงขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยหลังใช้แนวปฏิบัตินี้ พยาบาลที่อายุงาน 0-5 ปี มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด จากสมรรถนะระดับน้อยถึงปานกลางเพิ่มเป็นพยาบาลผู้มีสมรรถนะสูง ส่วนพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงเพิ่มเป็นระดับสูงมากพบผลเช่นเดียวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลนครปฐมพบว่าพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้วยกิจกรรมทบทวนแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับพัฒนาสมรรถนะ¹⁸

แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถสร้างผลกระทบต่อ การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในระดับเครือข่าย ผู้วิจัยได้จัดประชุมเครือข่าย ให้ความรู้เรื่องการบริการผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เกิดระบบ Hip fracture fast track ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น ตอบสนองนโยบาย service plan สาขารอโรโปติกส์¹⁶

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติสามารถช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟู เพิ่มสมรรถนะพยาบาล ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั้งเครือข่าย รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายและดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต่อเนื่องที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ ที่ได้ให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในการวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณนายแพทย์รัชชัย อมรมรกด หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ป่วยและญาติ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ ประโยชน์และคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดา มารดา ครู อาจารย์ที่ได้อบรม สั่งสอน มาจากอดีตจนปัจจุบัน ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2563;26(4):116-28.
2. Wongtriratanachai P, Luevitonvechkiy S, Songpatanasilp T, Sribunditkul S, Leerapun T, Phadungkiat S, et al. Increasing incidence of hip fracture in Chiang Mai, Thailand. Journal of clinical densitometry 2013;16:347-52.
3. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, สุภาพ อารีเอื้อ, สิริรัตน์ สีลาจรัส. ความกลัวการหกล้มและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558;7(1):64-82.
4. อนุชา เศรษฐเสถียร, ดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มแล้วกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี. ลำปางเวชสาร. 2552; 30(3):154-62.
5. เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก. ใน: ประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 9-10 กรกฎาคม 2563; มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563. หน้า 1116-29.
6. จิณพิชญ์ชา มะมม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2 แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
7. มลฤดี เพ็ชรลมูล, สุภาพ อารีเอื้อ. การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก: ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่ท้าทายการจัดการ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2552;15(2):233-48.
8. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. งานสถิติและข้อมูลการบริการ. สถิติหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 5. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล: 2565.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. The Nursing Clinics of North America. 2000; 35(2):301-9
12. อัจฉรา คำมะতিศ, มัลลิกา มากรัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติทีละขั้นตอน.

- วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้. 2559;3(3):246-59.
- 13.พิชญญา ศรีเกลื่อนกิจ, แพรพรรณ พิเศษ. ผลของ
แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความเจ็บปวด
หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อสะโพกหัก. วารสาร
วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558;
26(1):130-40.
- 14.สุฤทัย วิโรจน์ยติ, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล
เก่งการพานิช, สุปรียา ต้นสกุล. ประสิทธิภาพของ
โปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้
ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสาร
พยาบาลทหารบก. 2557;15(2):187-94.
- 15.ลมัย รอดทรัพย์, อรณิต สุวินทรกร. การพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับ
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข 2556;21(1):22-33.
- 16.ส่องศรี หล้าป่าซาง, ณิชกานต์ ไชยรังสี, ศิริพจน์
ศรีบัณฑิตกุล, วรพจน์ ปลั่งฤดี. ประสิทธิภาพของรูปแบบ
Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูก
รอบสะโพกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่.
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
2564;1(1):40-54.
- 17.ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, ชุตินา บ่ายเที่ยง.
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนใน
ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;
33(1):147-60.
- 18.สุปรีดา มหาสุข, เขาวนศิลป์. ผลของการพัฒนา
สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย
หายใจ โรงพยาบาลนครปฐม. ใน: การประชุมวิชาการ
ระดับชาติครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม;
วันที่ 8 - 9 กรกฎาคม 2564; มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครปฐม. นครปฐม; 2564. หน้า 1203-10.

**ประสิทธิผลและความปลอดภัยของน้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์**
**Effectiveness and Safety of Cannabis Oil at Medical Cannabis Clinic in
Nonghong Hospital, Buriram Province.**

สุมาลี รัตนวรธิกุล*

Sumalee Rattanawwarittikul

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

(Received: May 15, 2023 ; Revised: May 23, 2023 ; Accepted: June 18, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวัดคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการและได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ และได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง ณ โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562 – 31 มีนาคม 2566 จำนวน 165 ราย จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HOSxP และแบบบันทึกข้อมูล C-MOPH และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา ทั้งหมด 165 ราย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจากการใช้น้ำมันกัญชาก่อนและหลังได้รับน้ำมันกัญชา (Mean=0.66 SD.=0.29) และ (Mean=0.81 SD.=0.26) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์มีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ($p<.001$) ด้านความปลอดภัยพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงผลทางห้องปฏิบัติการเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การรักษา และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08 SD.=0.16)

สรุปและขอเสนอแนะ : ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ความปลอดภัยและความพึงพอใจดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์มากขึ้น

คำสำคัญ : น้ำมันกัญชา; คลินิกกัญชาทางการแพทย์; คุณภาพชีวิต; ความพึงพอใจ; ความปลอดภัย

* เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหงส์

ABSTRACT

Purposes : To measure the quality of life, safety and satisfaction of patients who receiving cannabis oil in Cannabis clinic. Nong Hong Hospital Buriram Province.

Study design : Descriptive Research

Materials and Methods : The sample were patients who received services and received Cannabis oil at least 1 time and under the inclusion criteria at Nong Hong hospital Buriram Province. We conducted on December 1, 2019 to March 31, 2023. The data The data collection form from electronic medical records in HOSxP and the C-MOPH data record form and to study the efficacy and safety of cannabis oil use. by interviewing the sample group or caregivers.

Main findings : 165 of patients who received Cannabis oil had quality of life from Cannabis treatment before and after receiving was (Mean=0.66 SD.=0.29) and (Mean=0.81 SD.=0.26), respectively. This study was found Cannabis oil treatment increased the quality of life for patients ($p < .001$) and most of the patients had no side effect and the overall of satisfaction was at high level (Mean=4.08 ,SD.=0.16)

Conclusion and recommendation : The results of this study suggested that treatment of Cannabis oil that made a good of quality of life, safety and satisfaction. Therefore, more Cannabis oil treatment should to be encouraged.

Keywords : Cannabis oil; Cannabis Clinics; Quality of life; Satisfaction; Safety

บทนำ

กัญชา (Cannabis) เป็นไม้ล้มลุก ชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. ในวงศ์ Cannabaceae ใบมนแฉกลึกเข้าไปทางก้านหลายแฉก ดอกสีเขียว ช่อดอกเพศผู้และช่อดอกเพศเมียอยู่ต่างต้นกัน ใบและช่อดอกเพศเมียที่แห้งเรียก กะหลี่กัญชา ใช้สูบปนกับยาสูบ มีสรรพคุณทำให้มีเมามา เปลือกลำต้นใช้ทำเชือกป่าน และทอผ้า¹ กัญชามีส่วนประกอบของสารเคมีมากกว่า 450 ชนิด โดยมากกว่า 60 ชนิด เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) มีองค์ประกอบหลัก คือ delta-9- tetrahydrocannabinol (THC) และสารชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน เช่น Cannabinol (CBN), Cannabidiol (CBD), Cannabichrome (CBC), Cannabigerol (CBG) เป็นต้น จากข้อมูลการศึกษามากที่สุดและเกี่ยวข้องกับประโยชน์หรือโทษของกัญชาที่นำมาสกัดเป็นสารออกฤทธิ์ชื่อว่า delta-9 tetra hydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) มีคุณสมบัติในการรักษาโรค สารสกัด CBD มีฤทธิ์ที่สำคัญที่เชื่อกันว่าเป็นประโยชน์ ได้แก่ มีฤทธิ์ต้านการชัก ด้านการอาเจียน กระตุ้นความอยากอาหาร แก้อาการปวด กำจัดความกระวนกระวาย และทำให้นอนหลับ เมื่อให้ CBD ร่วมกับ THC สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ของ THC ได้ สารสกัด THC ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่งผลเฉียบพลันได้แก่ กระวนกระวาย ซึมเศร้า มีความบกพร่องในสมาธิ ความจำ การเรียนรู้เคลื่อนไหว การพูด การใช้ศัพท์ และมีผลต่อการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ตลอดจนการทำงานของสารสกัด THC จากกัญชา มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็ง และมีผลการวิจัยสนับสนุนคือ ฤทธิ์ต้านการอาเจียนโดยพบว่าสาร THC ด้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่ายาแก้คลื่นไส้อาเจียนหลายชนิด²

กัญชาเดิมเป็นพืชที่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ ถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ก็ตาม ส่งผลให้ไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ทั้งที่มีการใช้ประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์มาเป็นระยะ

เวลานานแล้ว ภายหลังในปีพ.ศ.2562 ได้ปรับแก้ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) สำคัญคือตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องตามหลักสากล ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมา โดยอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา³ และในปัจจุบัน วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 โดยปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ที่ได้ประกาศให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ประกอบกับได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการกำกับดูแลกัญชาจากยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 เป็นสมุนไพรควบคุม ซึ่งในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ควรมีการควบคุมไม่ให้หน้ากัญชาเฉพาะส่วนที่เป็นช่อดอกไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ของการคุ้มครองและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร⁴

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Service Plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยจากกลุ่มโรคเรื้อรัง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยเท่าใดนัก จนทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้นสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์จึงเป็นหนึ่งในนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทรมานแก่ผู้ป่วยได้ โดยมีการนำพืชกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์บนพื้นฐาน ตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้ระบุในกฎหมายใหม่ ซึ่งต้องเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตตามกฎหมายเท่านั้น และได้ผลักดันให้โรงพยาบาลในสังกัดที่มีความพร้อมได้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์

เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตำรับยาสมุนไพรทางการแพทย์โดยเน้นความสำคัญต่อการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ ซึ่งได้จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินการและพัฒนา แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยด้วย C-MOPH และนำโปรแกรม C-MOPH ซึ่งเป็นโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ ใช้ในการลงทะเบียน คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย ส่งจ่ายและติดตามการรักษาซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบเอกสารควบคู่กับโปรแกรม C-MOPH และโปรแกรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกันได้ สามารถนำข้อมูลมาประเมินผลการรักษา เฝ้าระวังความเสี่ยงและพัฒนาวิจัยการรักษาโรคหรือภาวะอื่นๆ ด้วยสารสกัดจากสมุนไพรทางการแพทย์²

ในทำนองเดียวกับโรงพยาบาลหนองหงส์ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตามรูปแบบและมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2562 และเปิดให้บริการเรื่อยมา มีผู้เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้การบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีการพัฒนาจัดการที่ดีมีคุณภาพเกิดผลงานเป็นที่ยอมรับทั้งในบุคลากรการแพทย์ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาโดยวัดประสิทธิผลด้านคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ซึ่งแนะนำไว้ในคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ พร้อมติดตามความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาโดยการติดตามค่าสัญญาณชีพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าการทำงานของตับ (ALT, AST) ค่าการทำงานของไต (Cr, eGFR) หลังการใช้น้ำมันกัญชาไปแล้ว และข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับยาน้ำมันกัญชาซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้ด้วยแบบประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์ Naranjo's algorithm รวมถึง ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการกลับมาใช้บริการหรือนำมาบอกต่อของผู้ป่วยในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองหงส์ ในช่วงเดือนธันวาคม

2562 ถึง มีนาคม 2566 เพื่อนำผลการศึกษามาเพิ่มความมั่นใจความเชื่อมั่นให้ระดับผู้บริหาร แพทย์ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการสนับสนุนส่งจ่ายน้ำมันกัญชา และนำผลการศึกษาเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวัดคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HOSxP และแบบบันทึกข้อมูล C-MOPH ผู้ป่วยกัญชาทางการแพทย์ (Retrospective chart review) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ที่มาติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง สำหรับการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชา และสำรวจความพึงพอใจจากการติดตามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 - มีนาคม 2566 จำนวน 254 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยได้จากการคำนวณสูตรของเครซี่และมอร์แกน⁵ จำนวน 160 คน โดยได้ทำการเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จำนวน 165 คน โดยมีโดยเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นไปตามขั้นตอนการรับบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) ในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขารักษาบริการสุขภาพทางการแพทย์ คือ 1) อายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชา ซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ป่วยที่มีภาวะปวด ภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่มีอาการอื่นๆ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะไม่เกรนมากกว่า 1 ครั้ง และ 3) เป็นผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่สับสน ไม่หลงลืม ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา ซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งใช้ของกัญชาทางการแพทย์เพียง 1 ครั้ง หรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษารักษา และ 2) ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่แก้ไขไม่ได้ หรือรุนแรงจนอาจมีผลเสียระยะยาวกับผู้ป่วยระหว่างการใช้น้ำมันกัญชา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูล C-MOPH

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือใช้ประเมินคุณภาพชีวิต มีคำถามอยู่ 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ในแต่ละด้านให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันนั้นมากที่สุด คำตอบที่ได้ประกอบด้วยตัวเลขจำนวน 5 ตัว เรียงตามมิติทางสุขภาพ โดย 1 หมายถึงไม่มีปัญหา 2 หมายถึงมีปัญหาเล็กน้อย 3 หมายถึงมีปัญหาปานกลาง 4 หมายถึงมีปัญหาหนัก และ 5 หมายถึงไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหาหนักที่สุด คำตอบที่ได้ในส่วนนี้จะนำไปคำนวณ index scores หรือค่าอัตราประโยชน์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง Visual Analog Scale (VAS) สำหรับให้ผู้ตอบให้คะแนนสุขภาพตนเอง โดย VAS มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุดในการวิจัยนี้ใช้การประเมินเฉพาะส่วนที่ 1 คือมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน

3. แบบประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์ Naranjo's algorithm

4. แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิด ทฤษฎี และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล โรค/อาการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตรา แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ โดยการวัดระดับของความพึงพอใจ ใช้การวัดแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยแสดงระดับของคะแนนเฉลี่ยและจะพิจารณาจากคะแนนของคำตอบดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

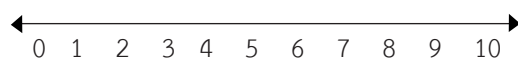
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด

และการประเมินความพึงพอใจต่อการกลับมารับบริการหรือนำบอกต่อกำหนดให้ทำเครื่องหมาย ○ ลงในช่องระดับคะแนนความพึงพอใจที่ตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด



การกำหนดค่าของช่วงคะแนน คือ

0 – 3 คะแนนไม่พึงพอใจ

4 – 6 คะแนน เฉยๆ

7 – 10 คะแนน พึงพอใจกลับมาใช้บริการหรือบอกต่อ

การรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูล C-MOPH ผู้ป่วยกัญชาทางการแพทย์ (Retrospective chart review)

2. เก็บข้อมูลประสิทธิผลของของน้ำมันกัญชา โดยวัดประสิทธิผลด้านคุณภาพชีวิตย้อนหลังจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ซึ่งเป็นข้อมูลที่บันทึกไว้ในส่วนของแบบบันทึกข้อมูล C-MOPH ผู้ป่วยกัญชาทางการแพทย์ (Retrospective chart review) ในการมารับบริการครั้งที่ 1 ก่อนได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ และ ครั้งที่ 2 (ครั้งถัดไป) ภายหลังจากได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์

3. เก็บข้อมูลความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาโดยการติดตามค่าสัญญาณชีพ คือค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจทุกครั้งที่มาใช้บริการ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ค่าการทำงานของตับ (ALT, AST) ค่าการทำงานของไต (Cr, eGFR) จะวัดในครั้งแรกที่มาใช้บริการหรือใช้ข้อมูลผลการตรวจเดิมภายในระยะเวลา 1 ปี ตามที่กำหนดไว้ก่อนการให้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และตรวจหลังการมารับบริการครั้งถัดไปก่อนได้รับน้ำมันกัญชาในครั้งที่ 2 โดยกำหนดระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือนหลังใช้น้ำมันกัญชาหรือสามารถใช้ผลการตรวจภายในระยะเวลา ไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูล C-MOPH ผู้ป่วยกัญชาทางการแพทย์ (Retrospective chart review) และข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับยาน้ำมันกัญชาซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งชี้โดยใช้โดยแบบประเมินอาการอันไม่พึงประสงค์ Naranjo's algorithm ในการมารับบริการครั้งที่ 1 (ครั้งแรก) ก่อนได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ และครั้งที่ 2 (ครั้งถัดไป) ภายหลังจากได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งกำหนดระยะเวลา

ในการติดตามผลการรักษาจากบุคลากรในคลินิกกัญชาคือภายหลังการใช้น้ำมันกัญชาอย่างน้อย 2 เดือนตามข้อกำหนดของการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการขออนุญาตสืบค้นข้อมูลจากทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหงส์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่ามัธยฐาน (Median) และการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics Analysis) เป็นสถิติที่ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการได้รับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2023-030 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่ศึกษา 254 ราย โดยได้รับน้ำมันกัญชาและได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น 165 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 57.68 ± 15.57 ปี สิทธิการรักษาใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และโรคที่มารับบริการประกอบด้วย นอนไม่หลับ ปวด ผู้ป่วยระยะท้าย มะเร็ง และสะเก็ดเงิน มารับบริการโดยรวมจำนวน 2 ครั้ง และระยะห่างการมารับบริการส่วนใหญ่คือ 2 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย (n=165)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	69(41.8)
หญิง	96(58.2)
อายุ	
ต่ำกว่า 40 ปี	18(10.9)
40-49	37(22.4)
50-59	40(24.2)
60-69	36(21.8)
70 ปีขึ้นไป	34(20.6)
Mean(SD.)	57.68(15.57)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	91(55.2)
สวัสดิการข้าราชการ	46(27.9)
ประกันสังคม	20(12.1)
ท้องถิ่น/รัฐวิสาหกิจ	8(4.8)
โรคที่มารับบริการ	
นอนไม่หลับ	61(37.0)
ปวด	44(26.7)
มะเร็ิง	23(13.9)
ผู้ป่วยระยะท้าย	32(19.4)
สะก่ดเงิน	5(3.0)
จำนวนครั้งที่มารับบริการ	
2 ครั้ง	71(43.0)
3 ครั้ง	29(17.6)
4 ครั้ง	20(12.1)
5 ครั้ง	25(15.2)
มากกว่า 5 ครั้ง	20(12.1)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลาห่างของการเข้ารับบริการ	
2 เดือน	68(41.2)
3 เดือน	48(29.1)
4 เดือน	27(16.4)
5 เดือน	7(4.2)
มากกว่า 5 เดือน	15(9.1)
การเกิดอาการข้างเคียงภายหลังใช้น้ำมันกัญชา	
เกิดอาการข้างเคียง(ที่จัดการได้)	4(2.4)
เวียนศีรษะ 3 ราย ปากแห้ง 1 ราย	
ไม่เกิดอาการข้างเคียง	161(97.6)

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากการใช้น้ำมันกัญชา ผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับน้ำมันกัญชาแตกต่างกัน
ทางการแพทย์ พบว่า คะแนนมัธยฐานคุณภาพชีวิตของ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตแสดงด้วยค่าอรรถประโยชน์

คุณภาพชีวิต (ค่าอรรถประโยชน์)	Median	Wilcoxon Value	p
ก่อนได้รับน้ำมันกัญชา	0.751	10.181	<.001
หลังได้รับน้ำมันกัญชา	0.943		

3. ความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ โดยการติดตามค่าสัญญาณชีพ คือการวัดค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าการทำงานของตับ (ALT, AST) ค่าการทำงานของไต (Cr, eGFR) ก่อนเริ่มใช้น้ำมันกัญชาโดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ใช้ข้อมูลย้อนหลังไม่เกิน 1 ปี หรือหากไม่มีผลตรวจเดิมตามข้อกำหนดของการให้บริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์จะทำการตรวจในวันแรกที่ได้รับก่อน ใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ และภายหลังการใช้

น้ำมันกัญชาไปแล้วอย่างน้อย 2 เดือนโดยพบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยังคงมีระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของ หัวใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าการทำงานของตับ (ALT, AST) ค่าการทำงานของไต (Cr, eGFR) ในระดับเดิมเมื่อเทียบกับก่อนเริ่มให้ยา และ ข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับ ยาน้ำมันกัญชาซึ่งเป็นการใช้ตามข้อบ่งใช้ด้วยแบบประเมิน อาการอันไม่พึงประสงค์ Naranjo's algorithm พบมีเพียง 4 รายที่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาคือผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ และปากแห้งดังแสดงในตารางที่ 1

4. ความพึงพอใจ

4.1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08 SD.=0.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่มี

ระดับความพึงพอใจมากที่สุด (Mean=4.37 SD.=0.37)

รองลงมาคือด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ (Mean=3.95 SD.=0.18) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean=3.92 SD.=0.15) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ	3.95(0.18)	มาก
1. ความสะดวกรวดเร็วในการลงทะเบียนรับบริการ	3.84(0.43)	มาก
2. ระยะเวลาการตรวจเหมาะสม	3.93 (0.39)	มาก
3. ความสะดวกรวดเร็วในการรอรับยา	4.16(0.37)	มาก
4. ให้บริการอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่เหมาะสม ไม่ยุ่งยาก	3.91(0.29)	มาก
5. ระยะเวลาการคอยในการรับบริการเหมาะสม	3.93(0.38)	มาก
ด้านคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.37(0.37)	มากที่สุด
1. ความสุภาพอ่อนโยน กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.64(0.48)	มากที่สุด
2. ความเอาใจใส่ กระตือรือร้นในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.37(0.48)	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ การตรวจการจ่ายยา การปฏิบัติหลังจากรับยา	4.33(0.47)	มากที่สุด
4. การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย	4.27(0.44)	มากที่สุด
5. การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	3.93(0.38)	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.92(0.15)	มาก
1. สถานที่ความสะอาดสะดวกและเข้าถึงบริการได้ง่ายของสถานที่ให้บริการ	3.86(0.37)	มาก
2. ความเพียงพอของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่นั่งรอคอยบริการ	3.75(0.43)	มาก
3. บอร์ด แผ่นพับ ให้ข้อมูลความรู้	4.16(0.37)	มาก
4. สภาพแวดล้อมของสถานที่ เช่น กลิ่น แสงสว่าง เสียง เป็นต้น	4.00(0.00)	มาก
5. ห้องน้ำสะอาดและเพียงพอ	3.84(0.37)	มาก
รวม	4.08(0.16)	มาก

4.2 ความพึงพอใจต่อการกลับมาใช้บริการหรือ
แนะนำบอกต่อ พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่

จะกลับมาใช้บริการหรือแนะนำบอกต่อ โดยรวมเท่ากับ
8.22 คะแนน (SD.=0.63) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ความพึงพอใจต่อการกลับมาใช้บริการหรือแนะนำบอกต่อ

	Min - Max	Mean(SD.)
ความพึงพอใจต่อการกลับมาใช้บริการหรือ แนะนำบอกต่อ	7.00 - 10.00	8.22(0.63)

วิจารณ์

การใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์มีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง ในการนำสารสกัดกัญชา คือ GPO THC oil 0.5 mg drop มาใช้ในการรับการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ เก็บข้อมูลประสิทธิผลโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ในการสอบถามคุณภาพชีวิต และใช้ Pain score ในการวัดภาวะปวด เปรียบเทียบประสิทธิผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับสารสกัดกัญชาในแต่ละครั้งที่มาติดตามการรักษา พบว่าจากการศึกษานี้สามารถบอกได้ว่าการใช้สารสกัดกัญชาสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาวะปวดสามารถพิจารณาเป็นการรักษาที่เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้⁶

เช่นเดียวกับการศึกษาของกัญญารักษ์ ศิลารักษ์⁷ ที่ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจารโ โดยศึกษาคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอกที่ได้รับน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ณ คลินิกทางกระดูกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ด้วยการวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะนอนไม่หลับและได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยแล้วควรได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 200 คน ที่มารับการรักษาในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563-31 มกราคม 2564 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ในการสอบถามคุณภาพชีวิตและ

ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index : T-PSQI) เปรียบเทียบประสิทธิผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับน้ำมันกัญชาติดต่อกันครบ 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82 มีอายุเฉลี่ย 51.34 ± 3.09 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่า ค่าอัตราประโยชน์เฉลี่ยก่อนเริ่มการรักษา คือ 0.80 ± 0.19 และหลังได้รับการรักษา ในเดือนที่ 3 คือ 0.86 ± 0.16 โดยค่าอัตราประโยชน์เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คะแนน คุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานน้ำมันกัญชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.07 ± 1.87 คะแนน เป็น 7.35 ± 1.90 คะแนน ตามลำดับ การศึกษานี้บอกได้ว่าการใช้น้ำมันกัญชา มีผลทำให้คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถพิจารณาเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้

ส่วนด้านความปลอดภัย พบว่าเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้เพียง 4 ราย คือเกิดอาการเวียนศีรษะ 3 ราย ปากแห้ง 1 ราย และเป็นอาการข้างเคียงที่สามารถจัดการได้และใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวลีรัตน์ ไกรโกศล และคณะ⁸ ที่ได้ทำการศึกษามลและความปลอดภัยของยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7 % ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 103 ราย พบว่าในการติดตามผู้ป่วย 6 ครั้ง โดยการติดตามอาการแต่ละครั้ง ห่างกันประมาณ 1 เดือน ยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7 % สามารถบรรเทาอาการปวดเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิดกกังวลได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ตั้งแต่การติดตามผลครั้งที่ 1 จนถึงการติดตามผลครั้งสุดท้าย และมีแนวโน้มเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโดยมีนัยสำคัญในสามเดือนสุดท้าย โดยค่ามัธยฐานของคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L แรกปรับเท่ากับ 0.767 เพิ่มขึ้นเป็น 0.928 ในการติดตามครั้งที่ 6 และมีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 30.10 ซึ่งจัดการได้เป็นส่วนใหญ่ สรุปได้ว่ายาน้ำมันกัญชาช่วยลดเส้นสูตร THC 1.7 % มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปลอดภัยแต่ยังจำเป็นต้องศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือเป็นการขออนุญาตศึกษาข้อมูลที่ได้จากการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังที่มีการเก็บอยู่เดิมจึงไม่สามารถกำหนดระยะเวลา หรือกำหนดชนิดน้ำมันกัญชาและปริมาณที่จะได้รับในแต่ละครั้งที่มีารับบริการของผู้ป่วยได้ ประกอบกับเป็นการให้บริการในช่วงสถานการณ์โควิด 19 จึงทำให้การนัดและการกลับมาใช้บริการครั้งถัดไประยะห่างของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันอาจมีผลต่อผลการวิจัยได้ไม่มากนัก
2. ควรเพิ่มการศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยศึกษาวิจัยที่สามารถออกแบบการเก็บข้อมูล การนัดหมายระยะเวลาการใช้ยาและรายการยาที่ใช้เพื่อให้ลดปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีการรบกวนผลการศึกษา
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของการใช้ตำรับกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
4. ควรศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยต่อการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับต่อการพิจารณาเลือกใช้ตำรับกัญชาทางการแพทย์ รวมถึงทัศนคติของประชาชนทั่วไปต่อกัญชาเสรี เพิ่มเติมจากการศึกษาความพึงพอใจเพื่อประกอบการวางแผนจัดการทั้งในด้านองค์ความรู้ การเตรียมผลิตยา กัญชาทางการแพทย์ในระดับอำเภอ จังหวัด และระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชบัณฑิตยสถาน. อุนกรมวิธานพืช อักษร ก ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2547.
2. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical cannabis clinic) แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กอง: 2562.
3. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนที่ 19 ก (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562).
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 272 ง (ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565).
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10.
6. ปิยวรรณ เหลืองจิรโนทัย, ศิริพร ปาละวงศ์, ทศนีย์ กามล. ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทาง การแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(1): 19-33.
7. กัญญารักษ์ ศิลาวัณย์. ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตรอ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระรอก โรงพยาบาลพระอาจารย์พิน อจาโร.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):1097-108.
8. วลีรัตน์ ไกรโกศล, อาสาพา เขาวนเจริญ, พลช หลมหลวง, ณัฐดนัย มุสิกวงศ์, ผกากรอง ขวัญข้าว. ผลและความปลอดภัยของยาน้ำมันกัญชาช่วยลดเส้นสูตร THC 1.7 % ในผู้ป่วยมีระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(3):50-9.

**ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการแกว่งแขนต่อพฤติกรรมการควบคุม
โรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม**

**Effects of Health Behavior Change Program with Arm Swing Exercise on Diabetes
Mellitus Control Behaviors and Fasting Blood Sugar Level of Poorly
Controlled Diabetic Mellitus with Co-Morbidity**

ลัดดาวัลย์ พิมพ์เรือง*

Laddawan Pimrueng

Corresponding author: E-mail: wan.p@gmail.com

(Received: May 18, 2023; Revised: May 27, 2023 ; Accepted: June 20, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Exclusion criteria) จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval (95%CI)

ผลการวิจัย : พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.56 คะแนน (95%CI; 1.46, 1.65) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 12.53 mg/dl (95%CI; 3.62, 21.44)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ; การแกว่งแขน; ระดับน้ำตาลในเลือด; ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ABSTRACT

Purposes : To compare a mean scores for behaviors and fasting blood sugar level of poorly controlled diabetic mellitus with co-morbidity.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : Ninety of subjects comprised uncontrolled DM patients with co-morbidity who were qualified according to exclusion criteria. They were assigned to experimental and control groups, forty five subjects per group. Data were collected using a questionnaire. Data were recorded and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and independent t-test. Statistical significance was set at 95% confidence interval (95%CI).

Main findings : After intervention program, the subjects in experiment group had a statistically significant higher mean score on overall diabetes control behavior than control group ($p < .001$), with overall diabetes control behavior scores greater than 1.56 scores (95%CI;1.46, 1.65) and subjects in experimental group had a statistically significant lower mean fasting blood glucose than control group ($p = .006$) with a mean fasting blood glucose of less than 12.53mg/dl (95%CI;3.62, 21.44)

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that health behavior modification program enabled the subjects to control their diabetes mellitus and fasting blood sugar levels.

Keywords : Health Behavior; Arm Swing Exercise; Fasting Blood Sugar; Poorly controlled Diabetic Mellitus.

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ.2564 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที รายงานสถิติสาธารณสุขไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยแล้ว 3.3 ล้านคน และแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ปีละ 3 แสนคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี¹ และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ร้อยละ 33.9 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัยทำงาน โดยปัจจัยหนึ่งมาจากทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นและก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมูลค่ามหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี² เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตบริการของโรงพยาบาลจุฬารัตนพิกานตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2564 พบว่า จำนวน 4,464 ราย, 4,447 ราย, 4,751 ราย, 4,396 รายและ 4,594 ราย ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายประมาณ 145,091,408.00 บาท, 144,474,136.00 บาท, 154,350,488.00 บาท, 142,817,248.00 และ 149,249,872.00 บาทต่อปี³ ในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c <7 mg%) ร้อยละ 30.33, 32.25, 30.11, 34.04 และ 38.59 ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติจะพบว่ามีแนวโน้ม

ดีขึ้น และใกล้ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 40) นอกจากนั้น อัตราการรับผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันอยู่ที่ร้อยละ 4.25, 3.72, 3.01, 2.75 และ 2.55 ตามลำดับ จะเห็นว่ามีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือร้อยละ 2.0 เช่นเดียวกับการศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยรายหนึ่งมีมูลค่า 28,200 บาท ในปี พ.ศ.2551 ซึ่งมูลค่าเทียบเท่า 32,488 บาท ในปีพ.ศ 2560 ซึ่งร้อยละ 49.0 ของค่าใช้จ่ายตรงในการรักษาโรคเบาหวานเกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือเกิดจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่ารักษาจากยาคิดเป็นร้อยละ 14.0 เท่านั้น⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานที่สำคัญ คืออายุที่มากกว่า 40 ปี เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับประทานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การมีน้ำหนักเกิน การขาดกิจกรรมทางกาย ความทนต่อกลูโคสบกพร่อง และการมีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะที่ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความตึงเครียดในครอบครัว เช่น เกิดปัญหาในการสื่อสาร มีการตอบสนองทางอารมณ์แบบเข้มข้น เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากการที่ครอบครัวต้องเพิ่มภาระบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาวของโรคเบาหวาน ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต และระบบประสาท⁵

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดจากแบบจำลองข้อมูลข่าวสาร-แรงจูงใจ-ทักษะ พฤติกรรม เพื่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน

(Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Diabetes Self-care; IMB-DSC) ที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน Information คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร ในที่นี้หมายถึง การได้รับความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน (Diabetes Knowledge) เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ Motivation เป็นการได้รับแรงจูงใจทำให้เกิดความชอบต่อพฤติกรรมใหม่ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน แรงจูงใจนี้ประกอบด้วยแรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal Motivation) การมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเบาหวาน (Attitude Towards Diabetes) และแรงจูงใจทางสังคม (Social Motivation) ในที่นี้หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ซึ่งตัวแปรเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดทักษะ พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavioral skills) สมรรถนะ ในตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน (Diabetes self-efficacy) นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) การดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน (Diabetes self-care) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control)⁶

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการแวงแขนต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่ม นี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดหลังการ ทดลองดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 16 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลจตุรพักตร พیمانและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลหัวช้าง อำเภोजตุร พักตรพیمان จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 786 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดสูงที่มา รับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลจตุรพักตรพیمان โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เกิน 10 ปี 2) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า มากกว่า 130 mg/dl ติดต่อกันย้อนหลังก่อนทำวิจัย 3 ครั้ง ขึ้นไป โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 3) สามารถให้ ข้อมูลได้และเข้าใจภาษาไทยและ 4) ยินดีและสมัครเข้าร่วม โครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้รับการรักษา ด้วยการฉีดยาอินซูลิน และไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการ วิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 กำหนดParameter Effect sized=0.50, α err prob=0.05, Power (1- β err prob)=0.95 โดยกำหนดตามงานวิจัยที่ ผ่านมาของพลอย ทรัพย์ไพบุลย์กิจและคณะ⁷ ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภค อาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คนคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการ จับคู่ (Matching) ดังนี้ 1) เลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วมจำนวน 289 ราย 2) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

จำนวน 90 ราย และ 3) คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ด้านอายุที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วยจนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 ราย เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการแกว่งแขน (2) แผนการให้สุศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ (3) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยบันทึกกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ปฏิบัติในแต่ละวันตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลหลักและค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS/DTX) 3 ครั้ง ย้อนหลัง (จากเวชระเบียนผู้ป่วย) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามจากงานวิจัยของมาติยะห์ มะเก็ง^๑ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4=ปฏิบัติสม่ำเสมอ 3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2=ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1=ไม่เคยปฏิบัติ แปลผล ค่าคะแนน โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดี ส่วนที่ 3 เครื่องมือตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำที่แขน (Venous whole blood) หลังจากงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง วัดเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลอัตโนมัติ Automate Chemistry

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านการปรับปรุง

ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว จัดทำบันทึกข้อความเสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์พินาณ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากพยาบาลในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีโรคร่วมจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามจำนวนที่กำหนด

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมใน 8 สัปดาห์แรก และดำเนินการในกลุ่มทดลองอีก 8 สัปดาห์ต่อมาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ในใบพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนการดำเนินการวิจัยให้การพยาบาลในคลินิกตามปกติ ประกอบด้วย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าจากหลอดเลือดดำ (FBS) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดหรืองดสูบบุหรี่และสุรา การใช้ยา โดยพยาบาลประจำคลินิกและทีมสหวิชาชีพ

10-20 นาที ในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน สัปดาห์ที่ 4 ทำกิจกรรมพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิก สัปดาห์ที่ 5,6 และ 7 ผู้ป่วยดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านและ (2) สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการดำเนินการวิจัย และทำกิจกรรมพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าจากหลอดเลือดดำ (FBS) การติดตามเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานโดยพยาบาลประจำคลินิกและทีมสหวิชาชีพ 10-20 นาที

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ในใบพิทักษ์สิทธิ์ และอธิบายการเข้ารับกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมการทดลอง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 9 เก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนการทดลอง และทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าจากหลอดเลือดดำ (FBS) การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นหรือกล่าวถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง ชี้แจงขั้นตอนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม มอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และสะท้อนคิดเรื่องภัยเบาหวานและพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วย “ภัยเบาหวานคืออะไร จุดไหนกันที่เราเริ่มและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร (กินอย่างไรให้พอดี) ออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน และการจัดการความเครียดใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) หลังอาหาร 2 ชั่วโมง สร้างแรงจูงใจโดยการแจกดาวเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์

ที่เหมาะสม ลดอุปสรรคเพิ่มปัจจัยสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว ค้นหาปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมออกแบบและให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทผู้ป่วยเพื่อทดแทนพฤติกรรมเดิม เน้นเรื่องการรักษาสัญญาตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคู่มือและการบันทึกพฤติกรรมในแต่ละวัน ใช้เวลา 30-45 นาที

สัปดาห์ที่ 11 ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค และการบันทึกพฤติกรรมของแต่ละวันในคู่มือนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามที่คลินิกอีก 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 5 นาที

สัปดาห์ที่ 12 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) แจกดาวเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำกิจกรรมทราบแล้วเปลี่ยน ประเมินติดตามพฤติกรรมผู้ป่วย การจัดการปัญหา ค้นหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ให้ความรู้เพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เน้นเรื่องการรักษาสัญญาตามพันธะสัญญา ใช้เวลา 20 นาที และนัดผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้านอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 13 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) หลังอาหาร 2 ชั่วโมง สร้างแรงจูงใจโดยการแจกดาวเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดอุปสรรคเพิ่มปัจจัยสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวค้นหาปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ชื่นชมและให้กำลังใจ เน้นเรื่องการรักษาสัญญาตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้ การให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทผู้ป่วยติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคู่มือและการบันทึกพฤติกรรมในแต่ละวันใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 14 ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3

ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค และการบันทึกพฤติกรรมของแต่ละวันในคู่มือใช้เวลา 5 นาที

สัปดาห์ที่ 15 ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4 ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหา อุปสรรค และการบันทึกพฤติกรรมของแต่ละวันในคู่มือและนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลอีก 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 5 นาที

สัปดาห์ที่ 16 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าจากหลอดเลือดดำ (FBS) เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรม และตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรม สะท้อนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นับดาวและประกาศให้เป็นต้นแบบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมที่ 2 พฤติกรรมนี้ดีคงไว้ให้ยั่งยืน ให้ผู้ป่วยบันทึกคำมั่นสัญญาเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมตลอดไป และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยการทดสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ พบว่าข้อมูลมีการกระจายที่เป็นโค้งปกติ ($p=.543, .839, .502$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีการกระจายเป็นโค้งปกติและทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของค่าแปรปรวนของประชากร ($p=.008, <.001$,

$<.001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดข้อมูลมีการกระจายที่เป็นโค้งปกติ ($p=.912$) และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของค่าแปรปรวนของประชากร ($p=.343$)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1542564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.8%) อายุเฉลี่ย 59.89 ปี ($SD.=11.41$) สถานภาพสมรสคู่ (84.4%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา(42.2%) ประกอบอาชีพค้าขาย (51.1%) รายได้เฉลี่ย 4,500.0 บาท ($SD.=2,828.43$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.31 ปี ($SD.=2.73$) โรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อนคือ โรคความดันโลหิตสูง(46.7%) และผู้ดูแลหลักคือ บิดา/มารดา (48.9%) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (51.1%) เช่นกัน อายุเฉลี่ย 59.71 ปี ($SD.=8.91$) สถานภาพสมรสคู่ (84.4%) จบการศึกษาระดับการศึกษาประถมศึกษา (53.3%) ประกอบอาชีพค้าขาย (51.1%) รายได้เฉลี่ย 5,317.8 บาท ($SD.=21,132.25$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.87 ปี ($SD.=2.90$) โรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อนคือ โรคความดันโลหิตสูง (60.0%) และผู้ดูแลหลักคือ สามเณร/ภรรยา (44.4%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุดของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง(n=45)	กลุ่มทดลอง(n=45)
		n(%)	n(%)
เพศ	ชาย	19(42.2)	22(48.9)
	หญิง	26(57.8)	23(51.1)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	59.89(11.41)	59.71(8.91)
	Min(Max)	23.0(78.0)	31.0(78.0)
สถานภาพสมรส	โสด	4(8.9)	2(4.4)
	คู่	38(84.4)	38(84.4)
	หม้าย/หย่าร้าง	3(6.7)	5(11.1)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	7(15.6)	1(2.2)
	ประถมศึกษา	19(42.2)	24(53.3)
	มัธยมศึกษา	14(31.1)	14(31.1)
	ปวช./อนุปริญญา	5(11.1)	6(13.3)
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	18(40.0)	21(46.7)
	ค้าขาย	23(51.1)	23(51.1)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4(8.9)	1(2.2)
รายได้เฉลี่ย(บาท)	Mean(SD.)	4,500.0(2,828.43)	5,317.8(2,132.25)
	Min(Max)	2,500.0(6,500.0)	2,500.0(13,00.0)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน			
	Mean(SD.)	4.31(2.73)	4.87(2.90)
	Min(Max)	1.0(10.0)	2.0(10.0)
โรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อน			
	ความดันโลหิตสูง	21(46.7)	27(60.0)
	COPD	3(6.7)	1(2.2)
	Heart	3(6.7)	3(6.7)
	DLD	11(24.4)	10(22.2)
	CKD	3(6.7)	4(8.9)
	Asthma	4(8.9)	0(0.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=45)	กลุ่มทดลอง(n=45)
		n(%)	n(%)
ผู้ดูแลหลัก	สามี/ภรรยา	15(33.3)	20(44.4)
	บิดา/มารดา	22(48.9)	19(42.2)
	บุตร	7(15.6)	4(8.9)
	หลาน	1(2.2)	2(4.4)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.005$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.56 คะแนน (95%CI;1.46, 1.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean difference(SE)	95%CI	p
การรับประทานอาหาร					
กลุ่มทดลอง	45	3.72(0.22)	1.54(0.08)	1.38,1.69	<.001
กลุ่มควบคุม	45	2.18(0.48)			
การออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	45	3.66(0.23)	1.52(0.78)	1.36,1.67	<.001
กลุ่มควบคุม	45	2.14(0.48)			
การจัดการความเครียด					
กลุ่มทดลอง	45	3.78(0.19)	1.61(0.07)	1.46,1.75	<.001
กลุ่มควบคุม	45	2.17(0.46)			
โดยรวม					
กลุ่มทดลอง	45	3.72(0.15)	1.56(0.04)	1.46,1.65	.005
กลุ่มควบคุม	45	2.16(0.27)			

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.006$) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 12.53mg/dl (95%CI;3.62, 21.44) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean difference(SE)	95%CI	p
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	45	148.95(19.53)	12.53(4.48)	3.62,21.44	.006
กลุ่มควบคุม	45	161.48(22.66)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.54 คะแนน; พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.51 คะแนน และพฤติกรรมการควบคุมการจัดการความเครียดโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.61 คะแนนพบผลเช่นเดียวกับการศึกษากับผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมบริโภคเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ⁹ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกดาวเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดอุปสรรคเพิ่มปัจจัยสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว ค้นหาปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมออกแบบและให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทผู้ป่วยเพื่อทดแทนพฤติกรรมเดิม เน้นเรื่องการรักษาสัญญาดตามพันธสัญญาที่ให้ไว้ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคู่มือและการบันทึกพฤติกรรมในแต่ละวัน นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อติดตามการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค และการบันทึกพฤติกรรมของแต่ละวันในคู่มือและนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามที่คลินิกอีก 1 สัปดาห์เช่นเดียวกับการศึกษากลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง โดยใช้โปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ความรู้และการทำกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 9 พบว่าภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการกำกับตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นใน 8 สัปดาห์ พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ดีขึ้น¹⁰

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 12.55 mg/dl ในทำนองเดียวกันกับการศึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคาม¹¹ โดยใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ติดต่อกัน 6 สัปดาห์พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับ

น้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ จึงควรใช้โปรแกรมการจัดการกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹²

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Roger) มาปรับใช้กับพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานทั้งนี้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้นเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อเผยแพร่สื่อสารการประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่นำมากระตุ้นด้วย และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้นี้ โรเจอร์สได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และตัวแปรความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการเรียนรู้ อันมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลไปในทางที่ถูกต้อง คือ เกิดความตั้งใจที่จะตอบสนองต่อพฤติกรรมและกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในที่สุด¹³

ทั้งนี้ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นการแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวังและค่านิยมอื่นๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญคือ ทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่มีตัวแปรต่างๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้ว จะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่าในทางทฤษฎี ความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยก

จากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูงจะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองต่ำก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ ครอบงำ ประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้นการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค ทั้งนี้การวัดผลประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการตอบสนอง (Response cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่ายการไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียง สิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวัน เป็นต้น จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิธีวัดพฤติกรรมนั้นใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำหรือหลายๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1.จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ กิจกรรมโภชนาบำบัดเพื่อให้ตัดสินใจเลือกอาหารและจัดการโภชนาการตามความเหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยมีเนื้อหา เช่น ความสำคัญของการควบคุมอาหารในโรคเบาหวาน สารอาหารชนิดต่างๆ ปริมาณอาหารและการแบ่งมื้ออาหารที่เหมาะสมตามวัยและสภาวะ หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสมเพื่อการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัว อาหารเฉพาะในสภาวะต่างๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคตับ สัตว์สวนคาร์โบไฮเดรตที่ต้องได้แต่ละมื้อต่อวัน การแลกเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตแต่ละมื้อ สำหรับผู้ที่ฉีดอินซูลินให้เรียนรู้วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตและกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันกระฉับกระเฉงขึ้น โดยมีเนื้อหา เช่น ผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ ประโยชน์และผลเสียของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ดังนั้น การจัดกิจกรรมครั้งต่อไปควรเน้นสองกิจกรรมนี้เป็นสำคัญ

2. การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการศึกษาในแต่ละกลุ่ม 8 สัปดาห์ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรกำหนดระยะเวลาเพิ่มขึ้นให้นาน 12 สัปดาห์และศึกษาผลในระยะยาว เช่น การประเมินผลของโปรแกรมต่อค่าระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี เป็นต้น

3. การศึกษาครั้งนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมกับการແກ່ງແຂນที่บ้าน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการจัดการตนเองเป็นอย่างดี เช่น การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด มีผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้มีปัญหาตามมาจากการปรับตัวให้อยู่กับโรค ซึ่งทุกวันนี้ผู้ป่วยได้รับการสอนให้ดูแลตัวเองโดยใช้หลักการจัดการตนเองที่เชื่อว่าการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ ต้องปฏิบัติเป็นประจำให้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวทั้งกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์จากโรคเรื้อรังและครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่ป่วยให้สามารถจัดการ

ภาวะสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคด้วย ถ้าครอบครัวสามารถจัดการได้ดีย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุดแม้จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ตาม ครอบครัวนอกจากจะมีบทบาทสำคัญเป็นแหล่งพึ่งพาของสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย ยังเป็นแหล่งความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการปฏิบัติด้านสุขภาพทำให้สมาชิกคนอื่นๆ มีพฤติกรรมสุขภาพตามความคาดหวัง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคเผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาที [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc>
2. Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ. สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติประเมินทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านราย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
3. โรงพยาบาลจุฬารัตนพิกิต. งานยุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2564.
4. วารุณี มากำเนิด. การพยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับจิตเภทที่บ้าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(3):116-24.
5. นุสรุา วิโรจนกัญ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2560;31(1):41-8.

6. วิชุดา บุชบงค์, นพพร ไหวธีระกุล, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, เพชร รอดอารีย์, ดุสิต สุจิรัตน์. บทบาทของแรงจูงใจในความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2557;44(1):4-16.
7. พลอย ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, ศิวพร อังวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร. 2564;48(4): 80-92.
8. มาติยะห์ มะเก็ง. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
9. จันสุตา สืบพันธ์, เพลินพิศ บุญยมาลิก, พัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2564;14(1):109-24.
10. รัตติกาล พรหมพาหกุล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, กิรดา ไกรนุวัตร. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(2):32-45.
11. ดวงมณี วิยะทัศน์, อุไร ศิลปะกิจโกศล. ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคาม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2561;5(2):39-54.
12. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาคความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(3):91-106.
13. อรวรรณ จุลวงษ์. แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพของพลทหารกองประจำการ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(2):28-32.
14. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/115747>

การพัฒนาแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ของวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

Developing a Self-Directed Learning Instructional Model on Routine to Research Facilitators for Public Health Network, Roi-Et

เสฐียรพงษ์ ศิวินา*

Satianpong Siwina

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

(Received: May 20, 2023; Revised: May 29, 2023 ; Accepted: June 26, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 45 คน ร่วมวิจัยและผู้ประสานงานวิจัยจำนวน 40 คน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565-มีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจ แบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบแบบทดสอบความเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence Interval (95%CI)

ผลการวิจัย : รูปแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วยขั้นพึ่งพา (Dependent) ขั้นสนใจ (Interested) ขั้นเข้าเกี่ยวข้อง (Involved) และขั้นชี้นำตนเอง (Self-Direction) มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมากและหลังการพัฒนา วิทยากรกระบวนการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา 5.42 คะแนน (95%CI; 4.86, 5.91)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองส่งผลให้วิทยากรกระบวนการมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การเรียนรู้ด้วยตนเอง; การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย; วิทยากรกระบวนการ

ABSTRACT

Purposes : To study a situation, develop and evaluate results of self-directed learning instructional model on routine to research facilitators for public health network, Roi-Et.

Study design : Mutual collaborative action research

Materials and Methods : Forty five of Key informants were facilitators in Roi-Et provincial health network and Forty of co-researchers and research coordinators. We were conducted between May 2022-March 2023. Data were collected using surveys theoretical reasonableness assessment form and the possibility of drafting, test of questionnaire about a development of routine to research. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation and Paired t-test, statistical significance was set at 95% confidence Interval (95%CI).

Main findings : Learning instructional model were consisted of; dependent, interested, involved, and self-directed stages, and there was theoretical validity and possibility, overall, it was at a high level and after intervention; Facilitators had a mean score of knowledge understanding about routine to research than pre-development ($p < .001$), with a mean score 5.42 higher than before development (95%CI; 4.86, 5.91).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that self-learning instruction resulted in facilitators a gaining knowledge scores about development of routine tasks into research.

Keywords : Self-directed Learning; Routine to research; Facilitators

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Roi-Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research; R2R) เป็นการใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการสร้างความรู้เพื่อนำมาพัฒนางาน ทำให้คนที่ทำงานประจำมีโอกาสคิด ทดลอง และตั้งโจทย์ให้มีความชัดเจนขึ้น แล้วนำมาทดลองเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล หรือการใช้งานวิจัยมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาขีดความสามารถของคนทำงาน ผลิผลงานเชิงวิจัยออกมาได้แล้วป้อนกลับไปหรือนำไปใช้พัฒนางานประจำให้ดีขึ้น R2R นั้น เป็นคำที่คิดกันขึ้นมาเองในประเทศไทย เพื่อที่จะไปหนุนให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในระดับที่ทำงานแบบงานประจำ (Routine) ได้เกิดความกล้า ได้มีโอกาสหรือได้รับการชื่นชม จากการที่สร้างความรู้ขึ้นมาพัฒนางานของตนเอง หัวใจของ R2R คือ การพัฒนางานไปพร้อมกับการพัฒนานคน หลักการพิจารณาว่างานศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็น R2R หรือไม่ให้พิจารณาจาก 4 ส่วน ได้แก่ โจทย์วิจัย คำถามวิจัยของงาน R2R ต้องมาจากการงานประจำเป็นการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานประจำ ผู้ทำวิจัยต้องเป็นผู้ทำงานประจำนั่นเองและเป็นผู้แสดงบทบาทหลักของการวิจัย ผลลัพธ์ของการวิจัยต้องวัดที่ผลที่เกิดต่อปัญหาที่ได้รับการแก้ไข และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์¹

อย่างไรก็ตามจากรายงานความร่วมมือในการดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ระดับประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 จำนวนผลงานวิจัยและการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยที่ส่งเข้าร่วมประชุมประจำปีในระดับประเทศของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีงานส่งเข้าร่วมประชุมประจำปี พ.ศ.2561-2565 จำนวน 20, 70, 11, 17 และ 50 เรื่องตามลำดับ² ซึ่งถือว่า มีผลงานจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในเขตสุขภาพ จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากนักวิจัยขาดความรู้เบื้องต้นทางการวิจัยและมโนทัศน์ขาดทักษะการกำหนดปัญหาการวิจัย ทักษะการสืบค้นสารสนเทศและหาแหล่งความรู้ ทักษะการดำเนินการวิจัย ทักษะการวิเคราะห์และระบุแนวทางการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ การพัฒนาทักษะดังกล่าวข้างต้นนั้นจำเป็นต้องใช้การเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากการฝึกหรือการปฏิบัติที่ได้รับ

การเสริมแรงซึ่งการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน ควรจะเน้นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ตนเองผ่านประสบการณ์ตรงเพื่อสร้างสำนึกใหม่ที่เปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจโลกและความสัมพันธ์ทางสังคม มีทักษะในการค้นคว้า การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การสะท้อนคิด (Reflection) มีความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ³

การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self- Directed Learning) เป็นการกระตุ้นเพื่อให้เกิดความตระหนัก ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่เชื่อว่าความรับผิดชอบจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การกำหนดทิศทางการเรียนรู้ของผู้เรียน ขณะเดียวกันก็จะนำไปสู่กระบวนการและสภาพจัดการเรียนการสอนที่สนับสนุนให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองเช่นเดียวกับ Staged Self - Directed Learning (SSDL) Model ของ Grow⁴ ซึ่งเป็นโครงสร้างที่ครูสามารถช่วยให้ผู้เรียนกลายเป็นผู้เรียนรู้แบบนำตนเองได้มากขึ้น Grow เห็นว่าผู้เรียนจะมีลำดับขั้นการเรียนรู้ 4 ขั้นคือ ขั้นพึ่งพาในขั้นนี้ผู้เรียนยังสามารถชี้นำตนเองในการเรียนรู้ตนเองได้น้อย จึงต้องพึ่งพาวิทยากรช่วยแนะนำ วิทยากรจึงมีภาระหนักที่จะให้การชี้นำด้วยการชักจูง แนะนำแนวทาง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองในการเรียนได้มากขึ้น ขั้นสนใจขั้นนี้สามารถชี้นำตนเองได้บ้างแต่มีความสนใจการเรียนรู้ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้แบบนำตนเองได้มากขึ้นหากได้รับคำชมเชย หรือการเสริมแรงจากวิทยากร วิทยากรจึงต้องมุ่งสร้างแรงบันดาลใจด้วยการบรรยายหรืออภิปราย โดยวิทยากรเป็นผู้นำ ขั้นเข้าเกี่ยผู้เรียนจะมีความสามารถเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองในระดับกลาง ผู้เรียนจะมีความกระตือรือร้นในการเรียน และเข้าไปเกี่ยวข้องหรือร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ แต่ก็ยังต้องการวิทยากรในฐานะที่เป็นพี่เลี้ยงและการแนะนำ วิทยากรจึงมีบทบาทในฐานะผู้อำนวยการความสะดวกในกระบวนการเรียนรู้ กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนขั้นนี้ก็คือการสัมมนาและกิจกรรมโครงการเป็นกลุ่มและขั้นชี้นำตนเองในขั้นนี้ผู้เรียนมีความสามารถชี้นำตนเองในการเรียนระดับสูง ผู้เรียนในขั้นนี้แม้จะยังคงปรึกษาวิทยากรและผู้รู้อื่นๆ แต่ก็มีความสามารถความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบในสิ่งที่เรียนมา ในทิศทาง

การเรียนรู้และในผลที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ วิทยากรสามารถมอบหมายงานให้ผู้เรียน ให้เขากำหนดตารางการทำงานของเขา ตัวอย่างของโครงการเรียนในขั้นขั้นนำตนเอง ได้แก่ การให้ผู้เรียนทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ หรือการทำวิทยานิพนธ์ หรือการทำโครงการ ชิ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน และแนวการสอนของวิทยากรตามความคิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานวิจัยระดับจังหวัดและวิทยากรกระบวนการโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมัสและแมกแทกการท์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงรอบ จนกว่าจะได้รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - มีนาคม พ.ศ.2566

พื้นที่ศึกษา คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 20 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 20 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย วิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพซึ่งได้มาจากการเลือกผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวิจัยหรืองานวิชาการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอๆ ละ 2 คน จาก 20 เครือข่ายจำนวน 40 คน และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 5 คน รวม 45 คน ในระยะศึกษาศาสนการณ์ สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวิจัยหรืองานวิชาการของเครือข่ายสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 12 คน และระยะพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองการสนทนากลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวิจัยหรืองานวิชาการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 10 คน และผู้ประสานงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3 คน

ผู้ร่วมวิจัย ผู้ประสานงานวิจัยในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและบุคลากรในกลุ่ม/สำนัก/ศูนย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 26 คน ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบการเรียนรู้ จำนวน 5 คนประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนาทางสาธารณสุข ด้านเวชปฏิบัติชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สภာพปัจจุบันและความต้องการ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวิจัย แบบประเมินโครงร่างวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งการวิจัยเป็นระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการพัฒนาและระยะประเมินการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดย 1) การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (Study populations) เป็นวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพ 45 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวิจัยหรืองานวิชาการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอๆ ละ 2 คน จาก 20 เครือข่าย จำนวน 40 คน และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 5 คน รวม 45 คน โดยใช้แบบสอบถาม 2) สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานวิจัยระดับจังหวัด 3 คน ประกอบด้วยรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านเวชกรรม) นักวิชาการ และพยาบาลวิชาชีพ และ 3) สทนากลุ่มในบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานวิจัยหรืองานวิชาการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มวิทยากรกระบวนการและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญห หลังจากนั้นจึงดำเนินการวางแผน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจรรอบมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยประเมินจาก 1) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย 2) แบบประเมินโครงร่างวิจัย 3) แบบประเมินคุณภาพบทความงานวิจัย และ 4) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95%

Confidence Interval และการวิเคราะห์เนื้อหา (Contentanalysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1602564 และ COE0672565

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

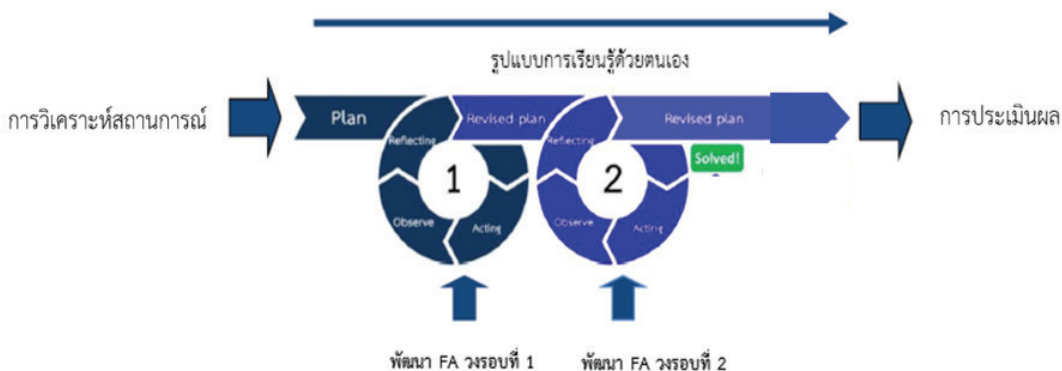
การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า 1) วิทยากรกระบวนการทั้งหมด 45 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.0%) อายุเฉลี่ย 37 ปี (Mean=3.45) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (85.0%) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 15 ปี (Mean=2.78, SD.=0.52) และปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด (44.0%) 2) สภาพปัญหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.12, SD.=0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สภาพปัญหาความรู้ความเข้าใจในด้านการกำหนดปัญหาการวิจัย มากที่สุด (Mean=3.23, SD.=0.75) และมีความต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.72, SD.=0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความต้องการความรู้ความเข้าใจในการอ่านและวิเคราะห์รายงานการวิจัยมากที่สุด (Mean=3.46, SD.=0.38) ส่วนสภาพปัญหาทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.32, SD.=0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สภาพปัญหาทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยในทักษะการกำหนดปัญหาการวิจัย (Mean=3.41, SD.=0.53) และมีความต้องการทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.16, SD.=0.34) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยในทักษะการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศ

ในการวิจัยมากที่สุด (Mean=3.39, SD.=0.77) ดังแสดงในตารางที่ 1

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนา แผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยได้แก่ 1) การค้นหาและนิยามปัญหา

หน้างาน 2) วิธีเขียนคำถามวิจัย/วัตถุประสงค์การวิจัยให้อ่านง่ายและชัดเจน 3) เอกสารและงานวิจัยในอดีตจะใส่อะไรบ้างที่จำเป็นและค้นหาทฤษฎีการศึกษาอย่างไรให้คุ้มค่า 4) การออกแบบวิจัยให้เหมาะสม และ 5) เทคนิคการเขียนโครงร่างวิจัยทางการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้ (ดังภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย

วงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย (30 พฤษภาคม - 1 มิถุนายน 2565) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ประสานงานวิจัยในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน และผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และบุคลากรในกลุ่ม/สำนักงาน/ศูนย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 26 คนเพื่อสร้างความตระหนักในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย แก่วิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 45 คน 3) จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่าวิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

มีความตื่นตัวและตระหนักในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัยเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการเขียนบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ผลการวิจัยในวารสาร

วงรอบที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสัปดาห์วิจัย (25-27 กรกฎาคม 2565) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในเพื่อพัฒนาทักษะเขียนบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ผลการวิจัยในวารสารแก่วิทยากรกระบวนการในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 45 คนตามขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยตนเอง 4 ขั้น คือ ขั้นพึ่งพา (Dependent) ขั้นสนใจ (Interested) ขั้นเข้าเกี่ยวข้อง (Involved) และขั้นชี้นำตนเอง (Self-Direction) 2) สนับสนุนให้บุคลากรเขียนบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ 3) จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาวิจัยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดเวทีแลกเปลี่ยน

เรียนรู้การพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัยภายในจังหวัด เพื่อพัฒนาผลงานวิจัยและ 4) ประชาสัมพันธ์การส่งผลงานวิชาการหรืองานวิจัยทั่วประเทศทางไลน์กลุ่มและเป็นหนังสือราชการถึงหน่วยงานจากการดำเนินงานในระยะที่ 3 พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษาการประสานงานเครือข่าย ทั้ง 20 แห่ง และโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

การประเมินผล (22-23 มีนาคม 2566) ผลการประเมินพบว่า 1) รูปแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วย ขั้นฟังพา

(Dependent) ขั้นสนใจ (Interested) ขั้นเข้าเกี่ยวข้อง (Involved) และขั้นชี้นำตนเอง (Self-Direction) และ 2) ผลประเมินรูปแบบการเรียนรู้ มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.20, SD.=0.26) และหลังการพัฒนา วิทยากรกระบวนการ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัยมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา 5.42 คะแนน (95%CI; 4.86, 5.91) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 สภาพปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัย (n=45)

ข้อคำถาม	สภาพปัญหา		ความต้องการ	
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจ				
1.ความรู้เบื้องต้นทางการวิจัยและเมโนทัศน์	3.10(0.88)	ปานกลาง	3.41(0.64)	ปานกลาง
2.การกำหนดปัญหาการวิจัย	3.23(0.75)	ปานกลาง	3.41(0.62)	ปานกลาง
3.การสืบค้นสารสนเทศและหาแหล่งความรู้	3.08(1.15)	ปานกลาง	3.40(0.72)	ปานกลาง
4.การดำเนินการวิจัย	3.15(0.97)	ปานกลาง	3.44(0.38)	ปานกลาง
5.การอ่านและวิเคราะห์รายงานการวิจัย	3.07(1.04)	ปานกลาง	3.46(0.38)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	3.12(0.75)	ปานกลาง	3.72(0.35)	ปานกลาง
ทักษะการปฏิบัติ				
1.ทักษะการกำหนดปัญหาการวิจัย	3.41(0.53)	ปานกลาง	2.62(0.38)	ปานกลาง
2.ทักษะการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศในการวิจัย	3.40(0.83)	ปานกลาง	3.39(0.77)	ปานกลาง
3.ทักษะการดำเนินการวิจัย	3.07(0.49)	ปานกลาง	3.25(0.82)	ปานกลาง
4.ทักษะการวิเคราะห์และระบุแนวทาง				
การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้	3.40(0.75)	ปานกลาง	3.38(0.61)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	3.32(0.52)	ปานกลาง	3.16(0.34)	ปานกลาง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=45)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
ความรู้				
ก่อนการพัฒนา	5.03(1.80)	5.42(0.27)	4.86, 5.91	<.001
หลังการพัฒนา	10.45(1.62)			

วิจารณ์

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนางานประจำสื่องานวิจัยของบุคลากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีปัญหาหน้างาน เช่น การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่ประหยัดต้นทุนและระยะเวลาสาเหตุของปัญหาเกิดจากการขาดความรู้และสมรรถนะของบุคลากรในการแก้ไขปัญหาการทำงานให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์⁶ การสร้างขวัญกำลังใจ การสร้างแรงจูงใจ การจัดเวลาที่เหมาะสมในการทำวิจัย อุปกรณ์โดยเฉพาะคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตเข้าไม่พร้อมในการค้นคว้าหาข้อมูลขาดความต่อเนื่องในการทำวิจัยบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการทำน้อย⁷

จากสภาพปัญหาและความต้องการดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้เกิดการพัฒนาแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย การสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหา/ความต้องการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การนิเทศติดตาม และประเมินผลและสรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์ ในทำนองเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งใช้กระบวนการการศึกษา 6 ขั้นตอน คือ การศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาและรวบรวมข้อมูล การแต่งตั้งคณะทำงาน การประชุมวางแผนจัดทำแผนปฏิบัติการ จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ตามแผนปฏิบัติการ การสังเกตกิจกรรมที่ดำเนินการ การประเมินผลและถอดบทเรียนกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้และแรงจูงใจ รวมถึงผลการประเมินสมรรถนะด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาระบบงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁸ ทั้งนี้ยังสามารถมองเห็นระดับความรุนแรงโดยการจัดลำดับความสำคัญและความเป็นไปได้ของแต่ละประเด็นทำให้สามารถบริหารจัดการแผนการทำงานในระยะสั้น ระยะกลางหรือระยะยาวได้อย่างครอบคลุม⁹ สอดคล้องกับการประยุกต์ R2R ในการพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยของชาติที่เน้นการปลูกฝัง

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสื่องานวิจัยให้กับบุคลากรทั้งภายในมหาวิทยาลัยและในเครือข่าย ในการพัฒนางานตามภารกิจหลักสื่องานวิจัยระดับประเทศ¹⁰ และเช่นเดียวกับรูปแบบการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลักสื่องานวิจัยของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ประกอบด้วย หลักวิชาการด้านการบริหาร (Management Principles) หลักการด้านวิชาการเฉพาะ (Specific Principles) ของงาน R2R หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง (Relating Principles) กับงาน R2R หลักการด้านกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับงาน R2R และหลักการด้านสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงาน R2R ตามค่านิยมและวัฒนธรรม องค์กรของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์¹¹

รูปแบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานประจำสื่องานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะการพัฒนางานประจำสื่องานวิจัยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยได้พัฒนาเครือข่ายทั้งความรู้และทักษะเริ่มตั้งแต่การสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหา/ความต้องการ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายสุขภาพ และคืนข้อมูลนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัจจุบัน/สิ่งที่เป็จริงเพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์สิ่งที่เติมเต็มจากกระบวนการพัฒนาข้างต้นชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์จากการนำแนวคิดการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความรู้เพื่อพัฒนางานประจำและนำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยเปลี่ยนกระบวนการคิดใหม่กับการทำงานประจำ โดยเน้นคุณค่าของมนุษย์ที่มีศักยภาพ ดังนั้นบุคลากรที่ทำงานต้องได้รับการพัฒนาความคิด เชิงระบบ เชิงเหตุผล เปลี่ยนวิธีคิดโดยมีการใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing) การเห็นคุณค่าของการสร้างความรู้ด้วยตนเอง การมีชีวิตที่คิดบวกกับการทำงานจะนำไปสู่การคาดการณ์ถึงผลลัพธ์และความสำเร็จในทุกสถานการณ์ ปัจจัยสำคัญคือการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในหน่วยงาน มีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการพัฒนางานจากการวิจัย มีการนำเสนอในเวทีวิชาการหรือตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร หากผลงานได้รับการยอมรับ จะช่วยสร้างความภาคภูมิใจและเกิดการคงอยู่ของบุคลากร นอกจากนั้นการมองเห็นจาก

การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยที่ต้องนำไปใช้ในงาน ต้องมีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม มีหลักฐานการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้หลายมิติ เช่น การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ การใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย การใช้ประโยชน์เชิงชุมชน/สังคม และการใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์¹²

สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์¹¹ พบว่ามีผลงานด้าน R2R เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ 2 รวม 15 เรื่องซึ่งผลงาน R2R ทั้ง 15 เรื่องนี้เป็นผลงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน 10 หน่วยงาน ที่อยู่ใต้การบังคับบัญชาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ได้ทำมาแล้วในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา และ ยังคงทำอยู่อย่างเข้มข้น ในปัจจุบันผู้วิจัยและวิทยากรจากหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) (ภาคพิเศษ) สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลได้ให้ความรู้ และช่วยเหลือ ในการจัดทำและดำเนินการตามโครงการ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพสูงและยั่งยืนตามแนวทางที่ผู้วิจัย ได้มาขอคำปรึกษาเพื่อขอดำเนินการในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2561 และได้ดำเนินการตั้งแต่ 3 กรกฎาคม 2562 (เริ่มนำช่วงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ) ถึง 31 ตุลาคม 2562 รวม 4 เดือนด้วยกลยุทธ์การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง (Learning by Doing) ที่พิสูจน์ได้ชัดเจนว่าบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์สามารถทำได้ โดยไม่ยุ่งยาก ใช้เวลา และทรัพยากรไม่มากจึงมีประสิทธิภาพสูงมากคุ้มค่าในการลงทุนพัฒนาสามารถบอกได้ว่า มีความคุ้มค่าในเวลาที่เพียง 1 ชั่วโมงของการลงทุนพัฒนาและสามารถคืนทุนได้ภายในเวลาเพียง 1 วัน ของการลงทุนพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

การสร้างงานวิจัยจากการปฏิบัติการและการนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกันและมีความสำคัญมากต่อการพัฒนาความก้าวหน้าของวิชาชีพด้านสาธารณสุข รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้นเนื่องจาก

กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้โดยผ่านการปฏิบัติจริงและนิเทศติดตาม และคืนข้อมูล และการสะท้อนผลให้เห็นว่ามีประเด็นใดควรแก้ไขปรับปรุง จึงควรนำรูปแบบนี้ไปขยายผลต่อไป อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดปัญหาการวิจัย และการดำเนินการวิจัย และต้องการพัฒนาทักษะและฝึกปฏิบัติในการกำหนดปัญหาการวิจัย ทักษะการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศในการวิจัย และทักษะการวิเคราะห์และระบุแนวทางการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ซึ่งประเด็นเหล่านี้ เป็นประเด็นปัญหาและต้องการมากกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะให้ความสำคัญและดำเนินการก่อนประเด็นอื่นๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีพื้นฐานก่อนที่จะดำเนินการขั้นอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. ตั้งหลักที่ความคิด 9 R2R อย่างสำคัญ (ผิด) ว่าเป็นเป้าหมาย. ใน: จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์, บรรณาธิการ. R2R : Routine to Research สยบงานจำเจด้วยการวิจัยสู่โลกใหม่ของงานประจำ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2551.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. แบบสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบ 1.ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุข; 2566.
3. ละเอียด แจ่มจันทร์, รวิภา บุญชูช่วย, สุนีย์ อินทสิงห์. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง:ถอดบทเรียนจากการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;24(3):1-14.
4. Grow G. Teaching learners to be self-directed. Adult Education Quarterly. 1991;41(3):125-49.
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3 rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

6. แรกขวัญ สระวาสี, สงกรานต์ กัญญาสา. ผลของการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานด้านการกิจสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(3):499-508.
7. รวิพร โจรนอาษา. การประเมินผลโครงการงานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลสะเตา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(2):133-48.
8. ฐิณันท์พัทธ์ รวมธรรม, สงครามชัย ลิทองดี, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. รูปแบบการพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและนวัตกรรมในงานประจำโรงพยาบาลวารินชำราบอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(2):186-95.
9. ศุภลักษณ์ วัฒนาเฉลิมยศ, สวัสดิ์รัชไชยงาม. การพัฒนาทิศทางงานวิจัยในองค์กรโดยใช้ เทคนิค ZOPP และ Force Field Analysis. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย. 2557;1(1):12-22.
10. สมชาติ โตรักษา. การประยุกต์ R2R ในการพัฒนาบุคลากร ด้านการวิจัยของชาติ. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2559;21(3):17-26.
11. ศศิธร ดีคล้าย, สมชาติ โตรักษา, วลัยรัตน์ พบศิริ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาภรณ์. วารสารสถาบันบาราศนราดรุณ. 2564;15(3):162-71.
12. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ. การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ: การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(3):1-9.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรค
ร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
Development a Model for Tuberculosis Prevention and Control on New Pulmonary
Tuberculosis Patients and House Contacts in Nong Phok
District Health Network, Roi-Et

วิลาวัลย์ ปากวิเศษ*

Wilawan Pakwiset

Corresponding author: E-mail: J_um101@hotmail.com

(Received: May 24, 2023 ; Revised: June 8, 2023 ; Accepted: June 28, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของแบบแผนการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรคและกลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมวัณโรค ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบ แบบสอบถามทะเบียนผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้ Percentage difference

ผลการวิจัย : รูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 3) การนำรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติและ 4) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลลัพธ์และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็น 20.5% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมคิดเป็น 98.1% และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 37.2% และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คิดเป็น 95.3%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมวัณโรค; ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่; ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study problem situations, develop a model, and evaluate results of tuberculosis prevention and control a model for new pulmonary tuberculosis patients and their household contacts in Nong Phok district health network, Roi-Et.

Study Design : Mutual collaborative action research.

Materials and Methods : Multidisciplinary teams new tuberculosis patients registered in tuberculosis clinics, those responsible for tuberculosis control and prevention work were key informants. We were conducted between January - September, 2022. Data were collected using tests, questionnaires, patient registers and questions for group discussions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and compare the proportions before and after development by using percentage difference.

Main findings : The TB prevention and control a model consisted of 4 steps: 1) situation analysis of caring for TB patients; 2) developing a self-care model for new pulmonary TB patients and their household contacts and 3) conducting Self-care model of new pulmonary tuberculosis patients and their household contacts to use and reflect on the results of practice and; 4) supervision, monitoring and evaluation of outcomes. and evaluate the results and after the development, it were found that new cases of pulmonary tuberculosis had scores for self-care knowledge, overall increase accounted for 20.5% and self-care activity performance scores, overall, score increased to 98.1% and the household contacts had self-care knowledge scores, overall score increased to 37.2% and the overall self-care activity practice score accounted for 95.3%.

Conclusion and recommendations : A resulted of this research in knowledge and self-care activities of tuberculosis patients and household contacts were increased.

Keywords : Tuberculosis prevention and control; New pulmonary tuberculosis; House contacts

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก โดยเสียชีวิตมากถึง 1.5 ล้านคนต่อปี และมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เกิดขึ้นกว่า 10 ล้านคนต่อปี ในทั่วโลก สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลก (WHO) จัดให้อยู่ในกลุ่มของประเทศที่มีภาระวัณโรค (High Burden Country Lists) และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 105,000 คน แต่ผู้ป่วยที่ตรวจพบและรายงานมีเพียง 85,837 คน หรือร้อยละ 82.0 ของที่คาดประมาณเท่านั้น¹ ซึ่งสะท้อนการที่ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งเข้าถึงการรักษาล่าช้าหรือเข้าไม่ถึงเลย ดังนั้นการดำเนินการยุติวัณโรคในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในทิศทางใหม่ที่มีคำนึงถึงทุกมิติ ทั้งทางกายใจและสังคม นอกเหนือจากเพียงแค่แนวทางในการดูแลรักษา โดยองค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกได้รับรองวาระของสมาชิกที่กำหนดการให้การป้องกันและควบคุมวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยมีเป้าหมายลดอัตราการป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2573 และ 10 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2578 ตามลำดับ²

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นกว่าแสนรายต่อปีและตายกว่าหมื่นรายต่อปีที่สำคัญก็คือก่อให้เกิดเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่มีผลกระทบต่อประเทศไทยในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจการเงินหากเป็นผู้ป่วยชนิดเชื้อดื้อยารัฐบาลจะต้องใช้สองแสนบาทต่อคน แต่ถ้าหากเป็นผู้ป่วยดื้อยาชนิดรุนแรงต้องใช้งบประมาณเพื่อซื้อยาถึงหนึ่งล้านสองแสนบาทต่อคน³ เช่นเดียวกับรายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 28 กุมภาพันธ์ 2564 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำของทุกประเภท (คนไทย ไม่ใช่คนไทย และเรือนจำ) ที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 28,370 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 42.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำสูงสุด 10 จังหวัดแรก คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา ศรีสะเกษ อุบลราชธานี เชียงราย สุรินทร์ สงขลา นนทบุรี และชลบุรี จำนวน 3512, 1037, 960, 863, 784, 747, 705, 668, 659 และ 646 ราย ตามลำดับ⁴

ในทำนองเดียวกับสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ) จำนวน 1,360 ราย, 1,522 ราย และ 1,454 ราย พบผู้ป่วย RR/MDR-TB จำนวน 12 ราย 9 รายและ 8 ราย พบผู้ป่วย PRE-XDR จำนวน 0 ราย, 3 ราย, 2 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า อัตราความสำเร็จ (เป้าหมายร้อยละ 88) เท่ากับร้อยละ 89.50, 91.22 และ 82.58 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับมาเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 68.13, 77.73 และ 74.64 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอำเภอหนองพอก พบอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 ผลการรักษาหาย/ครบ 98.36%/88.57%, 90.57%/93.22% และ 91.53%/79.71% ตามลำดับ อัตราการขาดยาเป็น 0.00% ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง HCW 100.00%, 100.00% และ 100.00% HHC/CP 100.00%, 100.00% และ 100.00% HIV 88.60%, 100.00% และ 100.00% โรคดื้อมัลติดรอ 85.12%, 91.25% และ 90.07% 65+/โรคร่วม 45.10%, 83.21% และ 69.94% เสพติด/สุรา 79.12%, 81.80% และ 89.36% ผลการดำเนินงานวัณโรคของอำเภอหนองพอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด แต่อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับมาเป็นซ้ำพบว่าผลการดำเนินงานได้เพียง 74.64% จากเป้าหมาย 88.00% ซึ่งยังห่างจากเป้าหมายถึง 13.36% เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านอยู่ในระดับต่ำเมื่อตรวจพบ

ผู้ป่วยวัณโรคปอด (Pulmonary TB) หรือวัณโรคกล่องเสียง (Laryngeal TB) ทุกราย ทั้งนี้ผู้สัมผัสวัณโรค (TB contacts) ต้องติดตามเชิงรุกเพื่อค้นหา วัณโรคในผู้สัมผัส ทั้งผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกคนเนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สัมผัสกับผู้ป่วย (Index case) ที่มีผลเสมหะบวกผู้ป่วย M/XDR-TB และผู้สัมผัสที่เป็นเด็กผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่โรคเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ถ้าผู้สัมผัสไม่มารับการตรวจคัดกรอง ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและแนะนำให้ไปรับการตรวจที่สถานบริการใกล้บ้าน⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคชี้ให้เห็นว่ามี 4 ด้าน คือ (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอด กล่องเสียงและอวัยวะอื่นที่มีช่องทางเปิดออกสู่ภายนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงในปอดหรือมีแผลลุกลามมาก ซึ่งตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ปิดปากและจามเมื่อมีอาการไอ จาม (2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ สถานที่คับแคบหรืออับทึบ (Enclosed spaces) มีการไหลเวียนของอากาศน้อยถ่ายเท/ระบายอากาศไม่ดี (3) ปัจจัยด้านผู้สัมผัส ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อวัณโรคในอากาศที่ผู้สัมผัสสูดเข้าไป ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (4) ปัจจัยด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความล่าช้าในการวินิจฉัย (Delay diagnosis) การเริ่มการรักษาล่าช้า (Delay treatment) ไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น การรักษาด้วยระบบยาที่ไม่เหมาะสมและยังพบว่า ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 70.0 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค จะมีเพียงประมาณร้อยละ 30.0 ที่จะติดเชื้อวัณโรคและประมาณร้อยละ 90.0 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งจะเรียกว่า การติดเชื้อวัณโรคแฝง (Latent tuberculosis infection) และจะมีเพียงร้อยละ 10.0 ของผู้ที่ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) โดยครึ่งหนึ่งจะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำที่เหลืออีกครึ่งหนึ่งจะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อ 2 ปี ได้แก่

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติสัมผัสวัณโรคตั้งแต่เด็ก โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50-65 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี สะท้อนให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนบีซีจีไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่จะลดความเสี่ยงของการลุกลามจากการติดเชื้อวัณโรคแฝงไปสู่การป่วยเป็นวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (Disseminated TB) และวัณโรคของระบบประสาทส่วนกลางในเด็กเท่านั้น แต่ไม่ลดการเกิดวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ และพบว่า ผู้สัมผัสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้วป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ประชากรที่เสี่ยงในการสัมผัสและติดเชื้อวัณโรค เช่น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (Contacts) ผู้ต้องขัง (Prisoners) บุคลากรสาธารณสุข (Health care workers) แรงงานข้ามชาติ (Migrant labors) ผู้สูงอายุ และเด็ก ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ค่ายอพยพหรือสถานสงเคราะห์ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลทำให้การติดเชื้อป่วยเป็นวัณโรค เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน (Silicosis) และผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำที่ขึ้นเยื่อ (Mucosa) ของหลอดลมและเนื้อเยื่อที่ปอดของบางคนมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยโรคฝุ่นหิน การสูดควันบุหรี่ เป็นต้น⁶

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค⁶ ได้เสนอมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อวัณโรคดังกล่าวจะต้องประกอบด้วยมาตรการหลัก คือมาตรการด้านการบริหารจัดการ (Administrative measure) เป็นมาตรการพื้นฐานขั้นแรกที่จะลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อและติดเชื้อ มีหลักการสำคัญ คือ การระบุตัวผู้ป่วยและแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่นให้เร็วที่สุด การระบุความเสี่ยงรวมถึงการวางแผนการดำเนินการ การเตรียมบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental control) มุ่งเน้นคุณภาพอากาศในสถานพยาบาลในบริเวณต่างๆ ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วย ห้องแยกผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ สถานที่พักคอยของผู้ป่วย (Waiting area) สถานที่เก็บเสมหะ ห้องส่งหลอดลมและมาตรการป้องกันส่วนบุคคล (Personal protection) ให้บุคลากรใช้หน้ากากกรอง

อนุภาคชนิด N95 หรือสูงกว่า ผู้บริหารของสถานพยาบาล จะต้องให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายให้ครบทั้ง 3 มาตรการ จึงจะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาการดูแล และติดตามผู้ป่วยโรค พบว่า หลายการศึกษามุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่การพัฒนาแบบติดตามโดยผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลมีเพียงกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคยังมีน้อย นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคต้องขึ้นอยู่กับการบริหารปัญหาของแต่ละพื้นที่เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷⁻⁸ โดยการนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน มีการระดมสมอง วิเคราะห์ พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกันต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น⁹ ทำให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์โรค จัดทำแผนติดตามผู้ป่วยโรค และผลการดำเนินงานเพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

เช่นเดียวกับกองโรค กระทบควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านโรค พ.ศ.2560-2564 (เพิ่มเติม พ.ศ.2565) มีเป้าประสงค์เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ติดด้วยมาตรการ ดังนี้ เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขและแรงงานข้ามชาติ ค้นหาผู้ติดเชื้อโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุระหว่าง 0-18 ปี ซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝงและขยายความครอบคลุม การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานพยาบาลและชุมชน ส่งเสริมการประเมินสถานบริการสาธารณสุขร่วมกับการประเมินระบบการดำเนินงานได้แก่ การจัดพื้นที่เก็บเสมหะส่งตรวจ การใช้หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่เชื้อ และการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนั้นส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน เช่น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบ้าน หรือบริเวณชุมชนรถโดยสารสาธารณะ โรงเรียน สถานที่ทำงาน โดยมีหน่วยบริการในชุมชนร่วมดำเนินการ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคให้ครอบคลุมโดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็วในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคทั้งนี้จะพบว่า ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคมีความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไป ทำให้ต้องมารับการค้นหาโดยการคัดกรอง (Screening pathway) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดการป่วย (Morbidity) และลดการตาย (Mortality) ของประชาชนเน้นที่การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก (Early detection) และให้การรักษาผู้ป่วยให้หายตามกำหนดให้มากที่สุด ซึ่งผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองโรคเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรค และเสียชีวิตได้ในอนาคต จึงเป็นปัญหาที่ต้องมีการดำเนินการเชิงรุกเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเพื่อดำเนินการวางแผน และพัฒนาแนวทางในการติดตามผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านใน
เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนกันยายน พ.ศ.2565

พื้นที่ศึกษา คือ ดำเนินการที่โรงพยาบาลหนองพอก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ในคลินิกวัณโรค จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอกจำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัว (PCU) จำนวน 1 คน และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 20 คน รวมจำนวน 39 คน 2) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับศึกษาความต้องการจำเป็น ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 107 คน ในระยะศึกษาสถานการณ์ 3) สันทนาการกลุ่ม ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมโรคของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอหนองพอก จำนวน 8 คน และระยะพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมโรคของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอหนองพอก จำนวน 8 คน และ 4) ผู้ประสานงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก จำนวน 2 คน

ผู้ร่วมวิจัย ผู้ประสานงานการป้องกันและควบคุมวัณโรค ในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 18 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คป.สอ) และบุคลากรในกลุ่ม/ฝ่าย/ศูนย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบการป้องกันและ

ควบคุมวัณโรคจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนาทางสาธารณสุข ด้านเวชปฏิบัติชุมชน ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างและพัฒนาขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจและศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และแบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหา/ความต้องการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและความต้องการฯ และการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นโยบายทุกระดับสิ่งที่คาดหวัง (Target) เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์เพื่อเติมเต็ม โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ 8 ประเด็น ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค การให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค การบันทึกข้อมูล/รายงานและการส่งต่อข้อมูล การติดตามกำกับการรักษา การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาบุคลากรปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ระยะดำเนินการพัฒนา แบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยหลักการ วัตถุประสงค์เนื้อหา และกระบวนการป้องกันและควบคุมวัณโรคเป็นแบบประเมิน

แบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุดให้ 5 คะแนน และน้อยที่สุด ให้เป็น 1 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ ≥ 0.60 วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะการประเมินผล 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จำนวน 2 ฉบับ ที่มีค่าความยากง่ายรายข้อ (P) ตั้งแต่ 0.49-0.70 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) ตั้งแต่ 0.45-0.80 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ แบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 20, 22 ข้อ และ 20, 23 ข้อ ผู้ตอบเลือกตอบถูกหรือผิดเพียงคำตอบเดียวตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยแบ่งเป็นระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการพัฒนา และระยะประเมินการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 19 คน โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในทีมสหสาขาวิชาชีพและเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและรูปแบบฯ หลังจากนั้นจึงประเมินรูปแบบฯ โดยใช้แบบประเมินความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ จึงจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) แล้วลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรมตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่ละวงรอบจะมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการควบคุม และป้องกันโรค

โดยประเมินจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จำนวน 2 ฉบับ และ 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence Interval และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1622564

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ **การวิเคราะห์สถานการณ์** พบว่าผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด 20 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (65.0%) อายุเฉลี่ย 50 ปี อายุตั้งแต่ 52-59 ปี (50.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (45.0%) และรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 15,550 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (100.0%) และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (80.0%) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง 20.0% ตามลำดับ

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก สรุปผลการสนทนากลุ่ม จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมโรคในชุมชน พบว่า ด้านผู้ป่วยโรค

รายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ขาดแนวทางการควบคุมโรคในชุมชน ส่วนผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ ยังขาดแนวทางการควบคุมโรคที่เหมาะสม ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดการประสานงาน ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและองค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัส และขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมโรค ดังนี้

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

2) การค้นหาผู้ป่วยโรคไวรัสในชุมชนและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว 3) การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การควบคุมโรคและการทำลายสิ่งปฏิกูลในชุมชน 5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และ 6) สะท้อนการปฏิบัติงานและเรียนรู้การทำงานร่วมกันในเครือข่าย

การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรค
เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้ (ดังภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

วงจรที่ 1 การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก กิจกรรมการพัฒนาดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้ร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคโรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 107 คน 2)

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 3) จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความตื่นตัวและตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

วงรอบที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่ และผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก กิจกรรมการ พัฒนาดังนี้ 1) จัดประชุมกลุ่มผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงาน การป้องกันและควบคุมโรคของเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอหนองพอก จำนวน 8 คนเพื่อประเมินร่างรูปแบบฯ และ 2) นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไปปฏิบัติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ขั้นตอนคือ (1) ขั้นวิเคราะห์ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรค (2) ขั้นพัฒนารูปแบบการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่และผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน (3) การนำรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคปอดทรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไปใช้และ สะท้อนผลการปฏิบัติและ (4) การกำกับ ติดตาม และ ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

การประเมินผล ผลการประเมินพบว่า 1) รูปแบบการ

ป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วยขั้นวิเคราะห์ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรค ขั้นพัฒนารูปแบบการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่และผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน การนำรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ปอดทรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไปใช้และสะท้อน ผลการปฏิบัติ และการกำกับ ติดตาม และประเมินผลลัพธ์ การดำเนินงานมีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็น ไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.31,SD.= 0.48) และผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองเพิ่มขึ้นคิดเป็น 20.5% และคะแนนการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองโดยรวมคิดเป็น 98.1% และผู้สัมผัส โรคร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมเพิ่มเป็น 37.2 % และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองโดยรวม คิดเป็น 95.3% ดังแสดงในตาราง ที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด ทรายใหม่ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอกโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา (n=107)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	5(4.7)	95(88.8)	92.3
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	56(52.3)	11(10.3)	-115.2
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	46(43.0)	1(0.9)	-187.9
โดยรวม	63.4	87.9	20.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่ในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอหนองพอก โดยรวมหลังการพัฒนา(n=107)

ระดับการดูแลตนเอง	หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	105	98.1
ระดับปานกลาง(คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79)	2	1.9
ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอกโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา(n=107)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% difference
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	0(0.0)	96(89.7)	100.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	1(0.9)	10(9.3)	86.2
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	106 (99.1)	1(0.9)	-194.6
โดยรวม	45.4	85.7	37.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอกโดยรวม หลังการพัฒนา(n=107)

ระดับคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง	หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	102	95.3
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	5	4.7
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.0

วิจารณ์

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่เป็นข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น เริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6 เดือน ตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม” โดยมีวัตถุประสงค์และกิจกรรมดังนี้ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ “โรคปอดเป็นโรคที่สามารถรักษาหายและอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ ถ้าปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง” เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ การมีส่วนร่วมในการค้นหา รักษา ป้องกันโรคในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยค้นหา รักษา ป้องกันโรค เพื่อการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงกำกับการรับประชนยา เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค

ในโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจ และสามารถบริหารจัดการในรูปแบบเดียวกัน¹⁰ ในทำนองเดียวกับการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสำหรับบุคลากรการแพทย์ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประชนยา การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลด้านโภชนาการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่เพื่อป้องกันการขาดยา ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรค การสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจและการเสริมแรง และการจัดการความเครียด สิทธิการรักษา การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วยโรค การสร้างภาคีเครือข่าย ความร่วมมือแหล่งประโยชน์ทั้งเครือข่ายภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล¹¹

ผลการประเมินการป้องกันและควบคุมวัณโรคครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณพร ครองยุทธ และคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 73.33% และกลุ่มทดลองเท่ากับ 93.33% ; หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้ในระดับมาก จากเดิม 82.35% เพิ่มขึ้นเป็น 88.24% พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นอยู่ในระดับมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 16.0% เป็น 100.0% ผลการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 7 วัน เพิ่มขึ้นจาก 45.76% เป็น 66.67% ผลการลงข้อมูลกำกับการกินยาใน TBCM online เพิ่มขึ้นจาก 41.1% เป็น 86.7% ผลการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทางระบบออนไลน์ 76.9% และอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค 88.24%²

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคซึ่งประกอบด้วยมาตรการสำคัญคือด้านการบริหารจัดการเป็นมาตรการพื้นฐานขั้นแรกที่จะลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อและติดเชื้อ มีหลักการสำคัญคือ การระบุตัวผู้ป่วยและแยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่นให้เร็วที่สุด การระบุความเสี่ยงรวมถึงการวางแผนการดำเนินการ การเตรียมบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ที่ต้องใช้การควบคุมสิ่งแวดล้อมมุ่งเน้นคุณภาพอากาศในสถานพยาบาลในบริเวณต่างๆ ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วย ห้องแยกผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ สถานที่พักคอยของผู้ป่วย (Waiting area) สถานที่เก็บเสมหะ ห้องส่องหลอดลม และการป้องกันส่วนบุคคลให้บุคลากรใช้หน้ากากกรองอนุภาคชนิด N95 หรือสูงกว่า ซึ่งผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายดังกล่าวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ดังนั้นกล่าวได้ว่ารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1.จากผลการวิจัยครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสังเกตว่า หลังการพัฒนาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอกมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคน้อยที่สุด คือ อาการของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ ไอมีเลือดออก มีไข้เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะนำไปหาแนวทางแก้ไขหรือกลยุทธ์ในการให้สุศึกษากับผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

2.การป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้ผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรขยายผลโดยการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาและนำมาพัฒนาพร้อมทั้งมีการนิเทศติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.การดำเนินงานควบคุมวัณโรคและป้องกันวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลรักษา และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน ดังนั้น ต้องมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมวัณโรคระดับอำเภอ/ตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
2. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.
3. กระทรวงสาธารณสุข. 5 เจ้าฟ้ากับงานต่อต้านวัณโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2550 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tbthailand.org/download/Manual/งานต่อต้านวัณโรคในประเทศไทย_ครั้งที่3.pdf
4. กองวัณโรค. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย (เดือนตุลาคม 2563 - เดือนกุมภาพันธ์ 2564) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองวัณโรค; 2564[เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.tbthailand.org/statustb.html>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มควบคุมโรคติดต่อ. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2564.
6. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
7. อนุพันธ์ ประจำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภออุ้มชะอี จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2564;7(1):210-21.
8. ศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563;10(3):522-34.
9. ประชาสรณ์ แสนภักดี. เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.htm>
10. พชรพร ครองยุทธ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, เจษฎา สุราวรรณ, จักรกริช ไชยทองศรี, กชมน นรปติ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):15-27.
11. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. รายงานวิจัยการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. นนทบุรี: สารส; 2564.

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Development of Continuity of Care Model for Stroke Patients

ธัญญา พูนวสิน* เอมอร อารณรัตน์**

Thanutchaya Poonvasin, Aimorn Arpornrat

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

(Received: June 25,2023 ; Revised: July 2,2023; Accepted: August 10, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 23 ราย และทีมสหวิชาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย : (1) ปัญหาการดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมทุกราย การสื่อสารส่งต่อข้อมูลในทีมสหวิชาชีพและในเครือข่าย และขาดความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน (2) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วยขั้นตอนการรับผู้ป่วย การกำหนดวิธีการเยี่ยม การดำเนินงานของทีมเยี่ยม และการลงแบบบันทึกและ (3) ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านหลังการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน; โรคหลอดเลือดสมอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study the problem, develop a model, and evaluate the use Continuity of Care Model for Stroke Patients.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : Twenty three were consisted of key informants stroke patients discharged from Roi-Et Hospital who recruited the inclusion criteria and a multidisciplinary team. Data were collected using the ability to assess ability to perform daily activities and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistic such as repeated measure ANOVA.

Main finding : (1) The problem of continuing care was not yet covered in all cases, communicating and passing information in a multi-disciplinary team and in the network and lack of continuity in home visits. (2) Home continuation care model were consisted of receiving patients, determining the method of visiting, excellent team performance and record entry; and (3) Home visit results; After receiving continuation of care at home for 6 months, it was found that stroke patients had an increase in mean scores of ability to perform daily activities more than before continuation of care at home ($p < .05$).

Conclusion and recommendations : The results of this study show that continuing care at home as a result, patients have ability to perform daily activities increased.

Keywords : Continuity of Care; Stroke

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

**Registered Nurse Senior Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคภัยที่คนทั่วโลกถึง 1 ใน 4 มีความเสี่ยงที่จะเป็น ด้วยความรุนแรงของโรคที่ทำให้พิการและเสียชีวิต ทำให้องค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Day) จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป¹ ในขณะที่เดียวกันสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ปีพ.ศ.2556 - 2560) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปีพ.ศ.2560 พบผู้ป่วยจำนวน 304,807 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละไม่ต่ำกว่า 30,000 ราย²

เช่นเดียวกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดพบจำนวนผู้ป่วย stroke รายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ.2559 มีจำนวน 1,745 ราย ปีพ.ศ.2560 มีจำนวน 1,873 ราย เพิ่มขึ้น 7.34% ปีพ.ศ.2561 มีจำนวน 2,023 ราย เพิ่มขึ้น 8.01% และปีพ.ศ.2562 มีจำนวน 2,069 ราย เพิ่มขึ้น 2.27% ปีพ.ศ.2563 มีจำนวน 2,307 ราย เพิ่มขึ้น 11.50% จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) ร่วมทำวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) และได้รับการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด (เป้าหมาย 80.00%) ในปี พ.ศ.2560-2563 ผลงาน 88.30%, 89.64%, 85.99% และ 90.12% ตามลำดับ จากการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพโดยศูนย์ Home Health Care โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่า กลุ่มผู้ป่วย stroke ที่ติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปี พ.ศ.2560-2563 คิดเป็น 0.78%, 0.67%, 0.79% และ 0.22% ตามลำดับ เกิดแผลกดทับ 0.92%, 2.10%, 0.69%, และ 1.62% ตามลำดับ เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

ในผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้าน 1.56%, 1.41%, 1.26% และ 0.67% ตามลำดับ กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 3.40%, 2.50%, 2.81% และ 0.45% ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดมีอัตราความพึงพอใจในบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติ ปี พ.ศ.2560-2563 คือ 98.55%, 95.40%, 98.90% และ 96.50% ตามลำดับ³

อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจะมีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care: HHC) ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านและงานบริการเชิงรุกในชุมชนภายใต้ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลในชุมชน แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนที่ศูนย์ HHC 2) การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการประชุมปรึกษาวางแผนการดูแลก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน ประสานงานทีมชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย 3) การดูแลต่อเนื่อง 4) สรุปผลการดูแลต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนและวิเคราะห์การดำเนินงาน พบว่า มาตรฐานการดูแลไม่เชื่อมโยงทั้งระบบและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นไม่เพียงพอ อาทิเช่น ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และ การรับ-ส่งต่อไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายรายไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แบบแผนวงจรพัฒนาคุณภาพ (วงจร PDCA) ของเอ็ดวาร์ดเดมมิง (Edward Deming)⁴ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงเดือน ธันวาคม 2563 ถึงเดือน เมษายน 2565

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นทีมสหวิชาชีพที่ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 14 คน ได้แก่ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3 คน นักกายภาพบำบัด 5 คน นักโภชนาการ 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่า ADL (The Barthel Activity of Daily Index) ต่ำกว่า 15 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) ที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดในช่วงเดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือน เมษายน 2565 จำนวน 23 คน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียว วัดก่อนทดลอง 1 ครั้ง หลังทดลอง 6 ครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง แล้วประเมินหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้งเป็นเวลา 6 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า - คัดออก คือ เกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีค่าคะแนน ADL ต่ำกว่า 15 คะแนน ทั้งเพศชายเพศหญิง และไม่จำกัดอายุเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ร้อยเอ็ดในช่วงเวลาเดือน ธันวาคม 2563 ถึง เมษายน 2565 ที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดผู้ป่วยมีความดันโลหิตหลังจำหน่ายไม่เกิน 180/110 mmHg.ระดับน้ำตาล FBS ไม่เกิน 250 mg% ไม่มีไข้ ไม่มีซึม ไม่สับสน ไม่มีภาวะทางจิต ไม่ได้ให้ออกซิเจน และไม่มีอาการหอบเหนื่อย (เข้าสู่ระยะท้าย) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเยี่ยมบ้านครบ 6 เดือนหรือมีคะแนนความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เต็ม 20 คะแนน ก่อนเยี่ยมบ้านครบ 6 เดือนผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 รายและการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling without Replacement) โดยการสุ่มจบบรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่า ADL (The Barthel Activity of Daily Living Index) ต่ำกว่า 15 คะแนน ที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้วแบบไม่ใส่คืนจากหน่วยตัวอย่างมาที่หน่วยจนกระทั่งครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living: ADL)⁵ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน หวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได ซึ่งแบบประเมินมีคะแนนรวม 20 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนระดับความสามารถและแบบประเมินความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ขั้นตอนการพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ใช้วงจรคุณภาพของ Deming (The Deming Cycle)⁴ และการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff⁶ ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินงาน 4 ระยะ พอสรุปได้ ดังนี้ คือระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการตามแผน

(Do) ระยะที่ 3 ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (Check) และระยะที่ 4 ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง (Act)

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางในการแก้ปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการตามแผน (Do) โดยนำารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ประเมินผลและปรับปรุงแผนการดูแลจนเกิดผลลัพธ์ที่พึงพอใจเพื่อสรุปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะที่ 3 ขั้นตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (Check) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเป็นระยะ ให้การดูแลช่วยเหลือ เสริมพลัง ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก อสม. เป็นรายการติดตามสภาพปัญหาจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ค้นหาแหล่งประโยชน์และตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ระยะที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง (Act) ติดตามเยี่ยมและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากระบบการดูแลที่บ้าน ประเมินผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านผู้ป่วยประเมิน ADL ครั้งแรกก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมที่บ้านจำนวน 6 ครั้งรวมทั้งสรุปวิเคราะห์ผลภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน นำผลสรุปที่ได้มาวิเคราะห์ปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้ดีขึ้น ด้านทีมสหวิชาชีพประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Repeated Measure ANOVA

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE013/2565 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (60.90%) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป (56.52%) สถานภาพสมรสคู่ (73.90%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (52.20%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (56.50%) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 10 ปี (69.57%)

2. สภาพปัญหา พบว่า การดูแลยังไม่ครอบคลุมปี พ.ศ.2563 ได้รับการดูแล (67.62%) การสื่อสารส่งต่อข้อมูลในทีมสหวิชาชีพและในเครือข่ายใช้โทรศัพท์และทางไลน์ ส่วนตัวเฉพาะรายที่ต้องการดูแล ส่วนรายที่ไม่ซับซ้อนไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูล ในทีมสหวิชาชีพไม่ได้วางแผนร่วมกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเพียง 1-3 เดือนหลังจำหน่าย

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกระบวนการ PDCA ทำให้เกิดการปรับปรุงมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย มีการวิเคราะห์ติดตามประเมินผล โดยใช้คะแนน ADL เป็นเกณฑ์ในการดูแล ทั้งนี้ความแตกต่างระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การรับผู้ป่วย (1) รับผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ใกล้จำหน่ายพยาบาลตึกผู้ป่วยในโทรมาแจ้ง ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเท่านั้น (2) รับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเครือข่าย รพ.สต. ในเขตอำเภอเมืองและโรงพยาบาลต่างจังหวัดประสานมา	1. การรับผู้ป่วย (1) รับผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่มีค่า ADL ต่ำกว่า 15 คะแนน (2) การรับผู้ป่วยพยาบาล ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านขึ้นไปวางแผนจำหน่ายที่ตึกผู้ป่วยในก่อนจำหน่ายทุกราย ถ้ารายใดมีค่า ADL มากกว่า 15 คะแนน ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมออนไลน์ ให้ รพ.สต.ในพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน
2. วิธีการเยี่ยม ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตามฟื้นฟู ระยะเวลาเยี่ยม 1-3 เดือนก็จำหน่ายจากระบบ	2. วิธีการเยี่ยม กำหนดวันออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกวัน อังคาร พฤหัสบดี และศุกร์ กำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน หรือจนกว่าค่า ADL ได้ 20 คะแนนเต็ม
3. ทีมเยี่ยม ไม่มีนักกายภาพบำบัดออกประจำทุกวัน แล้วแต่อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ทั้งนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด	3. ทีมเยี่ยม เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เป็นหลัก ส่วนแพทย์แผนไทย เกษตรกร และนักสังคมสงเคราะห์ออกเยี่ยมเมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับการประสานจากพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
4. แบบบันทึก ไม่มีแบบประเมินที่เป็นทางการ ใช้แบบบันทึก Nurse note ที่สร้างขึ้นเองของศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพียงอย่างเดียว	4. แบบบันทึก มีแบบบันทึกเพื่อสื่อสารในการใช้ข้อมูลร่วมกันทุกสหวิชาชีพ (1) มีแบบประเมิน ADL ให้เลือกใช้ทั้งแบบเต็ม 20 และ 100 คะแนน (2) บันทึกในโปรแกรม HosXP โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (3) บันทึกในโปรแกรมออนไลน์ นีโมแคร์ (Nemo care)

4. ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลัง การได้รับ รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ

หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้นหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเดือนที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะเวลา	Mean(SD.)
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	4.17(3.65)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 1	7.17(3.65)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 2	8.52(4.58)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 3	9.43(4.63)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 4	10.04(5.48)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 5	10.86(5.61)
เยี่ยมบ้านเดือนที่ 6	12.21(5.86)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 6 เดือน คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ($p<.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยเดือนที่ 6 มีความแตกต่าง

ของ ADL มากกว่า (Mean = 8.04) เดือนที่ 5 (Mean = 6.69) เดือนที่ 4 (Mean = 5.87) เดือนที่ 3 (Mean = 5.26) เดือนที่ 2 (Mean = 4.35) และเดือนที่ 1 (Mean = 3.00) ตามลำดับ จากการประเมินระหว่างเดือนที่ 4 และ เดือนที่ 5 มีค่าเท่ากัน ($p=.014$) แสดงให้เห็นว่า คนไข้มีการฟื้นตัวได้ดีในระดับคงที่ตั้งแต่เดือนที่ 4 เป็นต้นไป ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	Mean Square	F
ระหว่างกลุ่ม	964.47	6	160.74	34.09*
ภายในกลุ่ม	622.38	132	4.71	

* $p<.05$ **ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

	ก่อน	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
ก่อนจำหน่าย	1.00						
เดือนที่ 1	3.000*						
เดือนที่ 2	4.348*	1.348*					
เดือนที่ 3	5.261*	2.261*	0.913*				
เดือนที่ 4	5.870*	2.870*	1.522*	0.609*			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	ก่อน	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
เดือนที่ 5	6.696*	3.696*	2.348*	1.435*	0.826		
เดือนที่ 6	8.043*	5.043*	3.696*	2.783*	2.174*	1.348*	1.00

* $p < .05$

4.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.88, SD = 0.91) ทุกข้อ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย พบว่าด้านมีความครอบคลุมแบบองค์รวม แนวทางดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความจำเพาะ และมี

การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด แต่เป็นที่น่าสนใจว่า การช่วยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยและการมีความยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับดีมาก (96.00%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1.มีการวางรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน	2.86 (0.36)	ดีมาก
2.ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีม	2.93 (0.26)	ดีมาก
3.ช่วยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย	2.57 (0.51)	ดีมาก
4.มีความเหมาะสมง่ายต่อการปฏิบัติ	2.93 (0.26)	ดีมาก
5.มีความครอบคลุมแบบองค์รวม	3.00 (0.00)	ดีมาก
6.ผู้ป่วยและญาติพร้อมดูแลตนเองที่บ้าน	2.93 (0.26)	ดีมาก
7.ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านเหมาะสม	2.79 (0.42)	ดีมาก
8.สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้จริง	2.79 (0.42)	ดีมาก
9.มีความยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์	2.64 (0.49)	ดีมาก
10.แนวทางดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	3.00 (0.00)	ดีมาก
11.ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความจำเพาะ	3.00 (0.00)	ดีมาก
12.มีความต่อเนื่องของการใช้แผน	2.93 (0.26)	ดีมาก
13.มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน	3.00 (0.00)	ดีมาก
14.ความพึงพอใจโดยรวม	3.00 (0.00)	ดีมาก
รวม	2.88 (0.91)	ดีมาก

วิจารณ์

1. สภาพปัญหาจากการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดไทรใต้โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ขาดการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการดูแล หน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้านที่มีรูปแบบที่ชัดเจน⁷ ในทำนองเดียวกับบงนุช เพ็ชรร่วงและคณะ⁸ ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทั้งด้านร่างกายจิตใจ-อารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ ด้านความต้องการ มีความต้องการในทุกด้าน ได้แก่ การให้คนดูแลเรื่องอาหารให้เจ้าหน้าที่ด้าน สุขภาพเอายามาให้ ต้องการความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ ต้องการความรักและการปรับทุกข์เพื่อระบายข้อข้องใจ อยากได้เงินช่วยเหลือ ต้องการที่อยู่อาศัยรถเข็น ต้องการให้มีคนพาไปพบแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมาดูแลสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล พบว่า มีปัญหาทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมและเศรษฐกิจเช่นกัน โดยด้านความต้องการต้องการให้ตนเองมีความสุขสบาย ทางด้านร่างกายมีเวลาพักผ่อนนอนหลับเพียงพอ ต้องการคำปรึกษาและกำลังใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การซ่อมแซมที่อยู่อาศัยและการเดินทางพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ต้องการให้มีพยาบาลมาเยี่ยมบ้านและต้องการมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยและกายภาพบำบัดในชุมชน

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ประกอบด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการ 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) วางแผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาล และ 5) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล นำมาประยุกต์ปรับปรุงพร้อมแบบประเมินได้แก่ 1) Barthel Index ADL 2) Modified ranking scale 3) การกลืน 4) แผลกดทับ 5)

พลัดตกหกล้ม 6) ปอดอักเสบจากการสำลัก 7) Glasgow Coma scale 8) แบบแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติในการวางแผนจำหน่ายพร้อมคู่มือโรคหลอดเลือดสมองและสมุดประจำตัวผู้ป่วย 9) แบบบันทึกส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด และ 10) แบบบันทึกส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัตรนุช วงศ์เจริญและคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่า กระบวนการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) การรับผู้ป่วย เน้นการรับผู้ป่วยในเชิงรุกร่วมกับในเชิงรับ การรับผู้ป่วยเชิงรุก คือ เยี่ยมบ้านแบบช่องทางด่วนโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายตามรายชื่อที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลไปรักษาต่อ ซึ่งนักกายภาพจะตามรายชื่อทุกอาทิตย์ส่งให้งาน HHC การรับผู้ป่วยเชิงรับ คือ รับผู้ป่วยจากช่องทางเดิมทั้งหมด 2) วิธีการเยี่ยม กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมทุกวันพฤหัสบดีทุกอาทิตย์ มีกำหนดแผนการเยี่ยมแต่ละรายชัดเจน 3) ทีมเยี่ยม เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และให้ความสำคัญในการให้ความรู้ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยประสานงานกับหน่วยงาน อปท.ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4) การดูแลรักษาต่อเนื่อง เข้าสู่ระบบนัดตามปกติและการฟื้นฟูตามปกติในเวลาราชการ และการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านโดยนักกายภาพจะเป็นผู้ให้ความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติในการทำกายภาพที่บ้าน และเพิ่มการฟื้นฟูนอกเวลาในวันเสาร์ที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง ในรายที่สามารถเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลได้ และส่งเสริมการฟื้นฟูในศูนย์อ้อมอักษะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ; รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและให้ความสำคัญของการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกาย⁷

3. การเปรียบเทียบผลของ ADL ในรอบ 6 เดือนมีค่า

เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 24.50 เป็น 83.00 คะแนน โดยพบว่าอัตราการเพิ่มของคะแนนมากที่สุดในช่วง 4 เดือนแรก หลังจากนั้นอัตราการเพิ่มจะช้าลง การเพิ่มขึ้นของ Barthel ADL index ในระยะแรกๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นลดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ไม่มีแผลกดทับหรือข้อติด ไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น¹¹ ; หลังการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นและมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังการพัฒนาสูงขึ้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และเข้าใจบริบทร่วมกันของทีม 2) การตั้งเป้าหมายผลลัพธ์และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 3) นโยบายของผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน 4) ความร่วมมือและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของทีมและภาคีเครือข่าย และ 5) ศักยภาพของพยาบาลที่เน้นปฏิสัมพันธ์โดยแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยประเมินปัญหาที่ลึกซึ้งและเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ทบทวนแผนการดูแลจัดการด้านบุคลากรและจัดทีมเยี่ยมบ้าน ประสานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายร่วมดูแล ประสานการใช้ทรัพยากร การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิ จัดการข้อมูลและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ กำหนดตัวชี้วัดและประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรทำต่อเนื่อง 6 เดือน เดือนละ 1-2 ครั้ง จะทำให้ค่า ADL เพิ่มขึ้นผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติมากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพการได้ดีที่สุด
2. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางสมอง โรคบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เป็นต้น

3. การนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลในการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพไปใช้อย่างเป็นทางการ โดยผ่านการให้ความรู้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ นี้ ไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์กับผู้รับบริการตามเป้าหมายของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป ควรมีการศึกษาในส่วนตัว คือรูปแบบที่ทำให้ทีมสหวิชาชีพช่วยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย และมีความยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. รู้เร็วรอด “หลอดเลือดสมอง” ครองแชมป์สาเหตุผู้สูงอายุ พิการ-เสียชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/10/20381>
2. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ผนึกกำลังอัมพาตโลก ปี พ.ศ.2562 ให้ประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงเป็นอัมพาต [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619>
3. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน. สถิติรายงานการเยี่ยมบ้าน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2563.
4. Deming WE. Out of The Crisis. USA: The Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study; 1986.

5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2559.
6. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seek clarity through Specifies. World Development Elsevier. 1980;8(3):213-35.
7. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2563;17(3):112-24.
8. นงนุช เพ็ชรร่วง, ยุพา จิวพัฒนกุล. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;37(4):37-45.
9. ยุวดี ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563;2(2):139-53.
10. ธีรณัฐ วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):61-71.
11. อาคม รัฐวงษา. การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2561;24(1):22-39.

การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of Surgery System and Patients care of One Day Surgery : ODS

Kumphawapi Hospital, Udon Thani

วิริญา โชติพันธ์ชินคำ*

Wirinya Chottipanchinkham

Corresponding author: E-mail: Wirinya555@gmail.com

(Received: June 27,2023 ; Revised: July 4,2023; Accepted: August 15, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการและประเมินผลลัพธ์ระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุมภวาปี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ.2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบบริการและประเมินผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 พบปัญหาและความต้องการของ 1) ผู้ป่วยและญาติ เช่น ความเครียดและวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด เวลาผ่าตัดไม่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการผ่าตัดตามกำหนดนัดและเกิดความเสี่ยงในระหว่างการผ่าตัด และ 2) ระบบบริการ และการบริหารจัดการ เช่น แนวปฏิบัติสถานที่ การประสานงานภายในเครือข่ายและผู้ปฏิบัติงาน ระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงได้นำสภาพปัญหาข้างต้นมาพัฒนาเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยได้รับตรวจสอบความเป็นไปได้โดยผู้เชี่ยวชาญพบว่ามีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริงและ ระยะที่ 3 ผลการประเมินการพัฒนาระบบฯ พบว่า ผู้รับบริการทั้งหมด 10 ราย ส่วนใหญ่มารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อน 50%, ส่องตรวจลำไส้ใหญ่ 30%, และริดสีดวงทวาร 20% ตามลำดับ หลังจากรับการดูแลตามระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่า ไม่พบการติดเชื้อหลังผ่าตัด อัตรากลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (0.0%) และไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวด บวมหรือเลือดออกส่วนการฟื้นสภาพพบว่า หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ แต่มีอาการตึงแผลเล็กน้อยและยังไม่สามารถยกของหนักได้ภายใน 2 เดือน เพื่อป้องกันภาวะแรงดันในช่องท้องสูง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้ได้ผลดีแต่มีข้อสังเกตสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้คือ กระบวนการเตรียมผู้ป่วยและญาติ ต้องมีการออกแบบการทำงานเป็นทีมร่วมกัน ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลทุกระดับที่เกี่ยวข้องและทีม Home ward

คำสำคัญ : ระบบบริการการผ่าตัด; การดูแลผู้ป่วย; การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลกุมภวาปี

ABSTRACT

Purposes : To study a situation, develop service system, and evaluate of outcomes on surgery system and patients care of One Day Surgery in Kumphawapi Hospital.

Study design : Mutual collaborative action research.

Materials and Methods : Key informants were patients receiving One Day Surgery and related providers, The research was conducted between January and April 2023 and divided into 3 phases: a situation analysis, developed a service system and evaluated of outcomes. Data were collected using the patient information form, practice assessment form questions for group discussions and guidelines for interviewing patients and caregivers. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings : Phase 1;found problems and needs of 1) patients and relatives, such as stress and anxiety of patients and relatives, lack of knowledge about pre- and post operative practices and care. The time of surgery was unclear. As a result, the patient did not undergo surgery as scheduled, and there was a risk during surgery and 2) service system and management, such as practices, locations, coordination within the network and worker. Phase 2;The researcher therefore brought above problems to develop a care system for patients undergoing ODS which has been examined for feasibility by experts and found that it was of good quality and can be used in practice. Phase 3; results of system development evaluation revealed that ten participants were service recipients underwent hernia, correction surgery, 50%, colonoscopy 30%, and hemorrhoids 20%, respectively. After being taken care of according to developed system, it was found that non post operative infection were found. Report system for 28-day re-admission was none(0.0%). And there was no complication such as pain, swelling or bleeding in rehabilitation section and it was found that 2 hours after surgery, the patient could lived a normal life. But there was a slight stiffness in wound and still unable to lift heavy objects within 2 months to prevent high abdominal pressure.

Conclusion and recommendations : The results of this research could be effective, but there are some observations for applying a research results have to a preparation process for patients and relatives teamwork must be designed together, including surgeons, anesthesiologists, nurses at all levels involved, and the home ward team.

Keywords : Surgery System; Patients care; One Day Surgery.

บทนำ

ยุทธศาสตร์ตามโมเดลประเทศไทย 4.0 ที่ต้องขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขในหัวข้อ Inclusive Growth Engine มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ได้ถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเป็นโครงการพัฒนาระบบการให้บริการการรักษาหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) เป็นหนึ่งในการให้บริการทางการแพทย์ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการรวดเร็วลดระยะเวลารอคอย โดยไม่ต้องรอเตียงในโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อน มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยรวมถึงการรักษาการดำเนินงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสำหรับในต่างประเทศการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับร้อยละ 75.0 ประเทศอังกฤษ พบร้อยละ 65.0 ซึ่งทำให้ลดระยะเวลาอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาล¹ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS จำนวนทั้งหมด 4,631 คน ครอบคลุมพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ โรค ODS ที่มีการทำหัตถการมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Open repair of indirect inguinal hernia จำนวน 1,069 ราย Endoscopic polypectomy of large intestine จำนวน 905 รายและ Esophageal varices by endoscopic approach จำนวน 619 รายตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการพบว่า เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดจำนวน 3,548 รายรองลงมาคือสิทธิข้าราชการ จำนวน 596 รายและสิทธิประกันสังคมจำนวน 292 ราย²

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2565 มีผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 73 ราย, 35 ราย และ 450 รายตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนปัญหาในการปฏิบัติรวมกับการนิเทศหน่วยงานตามขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัด

แบบวันเดียวกลับของทีมสหสาขาวิชาชีพพบปัญหาซึ่งจำแนกเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน เช่น ภาระงานการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการมากเกินไป ภาระความรับผิดชอบในหน้าที่อื่นๆ เพิ่มขึ้น ปัญหาโครงสร้างและระบบเช่น การจัดสถานที่พักรอผ่าตัดหรือพักฟื้นหลังผ่าตัดไม่เป็นสัดส่วนหรือระบุไม่ชัดเจน การวางระบบงาน ขั้นตอน และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพไม่ชัดเจน เช่น เกิดภาวะการทำงานซ้ำซ้อน ขาดการประสานการดูแลและส่งต่อ ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น ไม่ได้รับยาาก่อนกลับบ้าน การรอผลเจาะเลือดนานและการขาดระบบการดูแลต่อเนื่องและปัญหาด้านบุคลากร เช่น ผู้จัดการทางการแพทย์พยาบาลและทีมไม่ได้รับการพัฒนาความรู้เพื่อนำมาใช้ในการทำงานให้ก้าวหน้าในระบบ ODS แพทย์ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจระบบ และการดำเนินของ ODS เกี่ยวกับการบันทึกเอกสาร หรือ ขั้นตอนการดำเนินงานบุคลากรแพทย์ พยาบาล ไม่แน่ใจต่อความคุ้มค่า คุ้มทุน ต่อองค์ของการดำเนินการ ODS/MIS และปัญหาด้านผู้ป่วยและครอบครัวเช่น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด/หัตถการ ผู้ป่วยขาดทักษะการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดได้ถูกต้องและครอบครัวยังไม่ยอมรับการกลับมาดูแลตนเองที่บ้านให้กับผู้ป่วย³

ดังผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นประกอบด้วยการพัฒนาโครงสร้าง/นโยบาย กระบวนการและผลลัพธ์พบว่า ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติแตกต่างกัน ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายร้อยละ 78.13⁴ และการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่โรงพยาบาลราชบุรีพบว่า 1) ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ 2) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และ 3) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายในสัปดาห์ โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจึงควรเป็นการดูแลแบบครบวงจร ตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁵

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท⁶ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงจรจนกว่าจะได้ระบบบริการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลกุมภวาปี จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีเพื่อลดความแออัดของการรับผู้ป่วยไว้ทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้การดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคและการผ่าตัดที่จำเป็นอื่นๆ ได้มากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการและประเมินผลลัพธ์ระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุมภวาปี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษานี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายในเครือข่ายโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธาตุ โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลห้วยเก้ง โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม และโรงพยาบาลโนนสะอาด

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการจำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ Drop out from project คือการผ่าตัดที่ใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด/เสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด ไม่สามารถส่งผู้ป่วยกลับบ้านได้ในเวลา 6 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยทีมแพทย์ผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 15 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 5 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลกุมภวาปีและเครือข่ายบริการ จำนวน 10 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพกุมภวาปี คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ เพศ ภูมิลำเนา การมาโรงพยาบาล เวลาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค (2) แบบประเมินการปฏิบัติตาม

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1= ปฏิบัติ, 0=ไม่ ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการโรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง (3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ (4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 10 คนประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน และ 4) การสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเครือข่ายบริการ จำนวน 15 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลกุมภวาปีจำนวน 5 คนและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จำนวน 5 แห่งๆ ละ 2 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวที

การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการและได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (18-22 เมษายน 2565) ขั้นตอนนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (73.3%) อายุเฉลี่ย 46 ปี (SD.=9.93) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (100.0%) ประวัติการผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับ One Day Surgery (100.0%) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 24 ปี (SD.=11.78) กิจกรรมการพัฒนาแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านผู้ให้บริการหรือปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจำแนกเป็น 4 ประเด็น

ได้แก่ (1) ความเครียดและวิตกกังวล วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจากต้องเตรียมร่างกายที่บ้าน ทีมจึงจัดคลินิกหรือมุมให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเพื่อคลายความวิตกกังวล นอกจากนั้นยังพบว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการของผู้ป่วยเนื่องจากโรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นแม่ข่ายโซนลุ่มน้ำปาว บางพื้นที่ก็ห่างไกล ทีมจึงจัดลำดับในการผ่าตัดตามความจำเป็นในการเดินทาง ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ (2) ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าการเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวก เนื่องจากไม่ทราบกำหนดการผ่าตัดที่ชัดเจน เนื่องจากโรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นแม่ข่าย และมีผ่าตัดเป็นจำนวนมากต่อวัน ในกรณีผู้ป่วย ODS ห้องผ่าตัดจัดทีมและบริหารห้องผ่าตัดแยกจาก Elective case และ Emergency case เพื่อการบริการที่เร็ว ทีมมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะ ขณะผ่าตัดหรือพักฟื้น (3) ความสะดวกและสถานที่ให้บริการกรณีผู้ป่วย ODS โรงพยาบาลกุมภวาปีได้จัดช่องทางด่วน (Expressway for ODS only)

สำหรับผู้ป่วยโดยตรงและห้องผ่าตัดจัดโซน (Zoning) สำหรับผู้ป่วยและญาติ จัดทีมเครื่องมือและห้องสำหรับผ่าตัดราย ODS และจัดให้ผ่าตัดในช่วงเช้า (4) ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การผ่าตัดที่เสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร โรงพยาบาลกุมภวาปียังไม่มีอุบัติการณ์นี้ แต่ทีมผ่าตัดได้เฝ้าระวังทุกขั้นตอนก่อนปิดแผลผ่าตัดความเสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อแต่ยังไม่พบอุบัติการณ์เนื่องจากทุกขั้นตอนเคร่งครัดหลักปราศจากเชื้อ และให้คำแนะนำการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด และถ้ามีปัญหาให้ประสานมาห้องผ่าตัดและ 2) ผู้ให้บริการหรือระบบบริการ (1) ระบบการนัดหมาย การนัดผู้ป่วยผ่าตัด ODS ใช้ระบบออกใบนัดและโทรแจ้งหรือถ้าผู้ป่วยอยากซักถามปัญหาให้เบอร์โทรติดต่อโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด (2) คุณภาพการบริการ การบริการผ่าตัดแบบ ODS โรงพยาบาลกุมภวาปี ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการง่าย หลังผ่าตัดได้กลับบ้านเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดความแออัดในโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (n=15)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	4(26.7)
	หญิง	11(73.3)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	46.06(9.93)
	Min(max)	30(59)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15(100.0)
ประวัติการผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับ One Day Surgery		
	เคย	15(100.0)
	ปี พ.ศ.2563	4(26.7)
	ปี พ.ศ.2564	6(40.0)
	ปี พ.ศ.2565	5(33.3)
ประสบการณ์ทำงาน	Mean(SD.)	24.26(11.78)
	Min(max)	7.0(40.0)

2. การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ภายใต้แนวคิดวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research approach) ของ Kemmis,

and McTaggart⁶ ได้แก่ ขั้นตอน Planning and change, Acting and observing the process and consequence of change, Reflecting on these processes and consequences, and then replanning, acting and observing, reflecting, and so on จำนวน 2 วงจร ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

วงจรที่ 1 : การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (2 พฤษภาคม- 31 กรกฎาคม 2565) ในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมการพัฒนาดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้และแนวปฏิบัติ สำหรับการพัฒนากระบวนการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย แพทย์ วิชาญญพยาบาล โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 20 คน 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแก่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์แปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในปี พ.ศ.2563-2565 ที่โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลเลยและโรงพยาบาลมหาสารคาม และ 3) เพิ่มสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการจัดประชุม/อบรม

ภายใน และส่งประชุม/อบรมภายนอก

กล่าวได้ว่าการดำเนินงานในวงจรที่ 1 ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรผู้ให้บริการมีความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความหลากหลายในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย แนวปฏิบัติ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน สถานที่ให้บริการ และระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยยังล่าช้าการดูแลผู้ป่วยก่อนระหว่างและหลังการผ่าตัด สถานที่ดำเนินการและการรับและส่งต่อภายในเครือข่าย

วงจรที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (1 สิงหาคม 2565–28 กุมภาพันธ์ 2566) กิจกรรมการพัฒนาดังนี้ 1) ระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) และกำหนดให้มีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ที่ชัดเจนในแต่ละเวอร์ปฏิบัติการ 2) ร่วมกับเครือข่ายบริการในระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประกอบด้วยโรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย 5 แห่ง พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจากโรงพยาบาลอุดรธานีผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 3) การจัดสถานที่ในการบริการแบบครบวงจร โดยการจัดหาสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เหมาะสมในการให้บริการมีความสะดวกสบายเหมือนอยู่ที่บ้าน มีคลินิกประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่บริการโดยแพทย์ วัสดุอุปกรณ์หรือวัสดุแพทย์ โดยยึดหลักความปลอดภัยโดยใช้แนวปฏิบัติจาก NICE Guidelines 4) มีพยาบาลที่ได้รับมอบหมายแบบเฉพาะเจาะจงทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด 5) ระยะก่อนผ่าตัด เน้นในด้านการให้ความรู้ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และสังเกตอาการ ทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อถือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเนื่องจากได้ให้การพยาบาลมาตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยให้คำแนะนำต่อหน้าในประเด็นที่กำหนดไว้ตามแนวปฏิบัติที่ดีและมีเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งได้พัฒนาร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านและต้องเตรียมตนเองให้พร้อมต่อการผ่าตัดหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์ และเพิ่มระยะเวลาและจำนวนครั้งในการติดตามผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 จะเป็นระยะก่อนผ่าตัด 4 วันในแต่ละคลินิก และครั้งที่ 2 จะติดตามก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อยืนยันคิวและประเมินความพร้อมต่อการผ่าตัดและอธิบายวิธีการปฏิบัติตนเพิ่มเติม 6) ระยะขณะผ่าตัด เมื่อถึงกำหนดวันที่ผ่าตัดผู้ป่วยมาเตรียมผ่าตัดที่ตึกผู้ป่วยซึ่งเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วย ODS เสร็จแล้วย้ายผู้ป่วยมาห้องรอในสถานที่ที่จัดบรรยากาศที่เหมาะสม มีวิวทิวทัศน์ที่สวยงามหรือสามารถดูโทรทัศน์ได้ ขณะผ่าตัด เจ้าหน้าที่

ห้องผ่าตัดเตรียมทีม ห้องและเครื่องมือผ่าตัด ทีมผ่าตัดทำการผ่าตัดด้วยหลักปราศจากเชื้อ และใช้ Surgical safety checklist ทุกรายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และภายหลังผ่าตัดพักผ่อนจากการดมยาหลับเป็นเวลา 1 ชั่วโมงเพื่อให้พยาบาลดมยาหลับประเมินก่อนย้ายกลับตึกผู้ป่วยและสังเกตอาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยต้องสังเกตอาการปวด เลือดออก ลูกขึ้นได้ด้วยตนเอง สามารถจับน้ำได้โดยไม่คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น และ 7) ระยะหลังผ่าตัด พยาบาลผู้รับผิดชอบจะมีการติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 1-3 วันละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลจะมีการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการผ่าตัด เช่น ด้านอัตราการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการปวด การมีเลือดออก ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ (Re-admission) ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการบริการ ทั้งนี้พยาบาลจะสนทนาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโดยตรงเพื่อประเมินอาการดังกล่าว ให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่สอดคล้องตามอาการและอาการแสดงหลังผ่าตัดที่ประเมินได้จัดเป็นการพยาบาลที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักและเปรียบเทียบผลการประเมินและภาวะแทรกซ้อนที่ได้กับผลการตรวจของแพทย์เจ้าของไข้ ที่ทำการนัดตรวจติดตามผลการผ่าตัดที่คลินิกเมื่อครบ 28 วัน

จากการดำเนินงานในรอบปีที่ 1 พบว่า ผู้วิจัยได้การทบทวนวรรณกรรมโดยใช้คำค้นที่กำหนดไว้ ได้แก่ “one day surgery or ambulatory surgery” and “practice guidelines” ระหว่างปี ค.ศ. 2018-2020 พบเอกสาร PG15(POM) Guideline for the perioperative care of patients selected for day stay procedures 2018 ซึ่งระบุเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Short title: Day stay patients ในปี ค.ศ.2018 จึงได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรขึ้น โดยรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ครอบคลุมและเน้นในประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับ 1) การจัดสถานที่ในการบริการแบบครบวงจร โดยการจัดหาสถานที่ที่เป็นสัดส่วนที่

เหมาะสมในการให้บริการมีความสะดวกสบายเหมือนอยู่ที่บ้าน มีคลินิกประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่บริการโดยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลหรือวิทยาลัยแพทย์ โดยยึดหลักความปลอดภัยโดยใช้แนวปฏิบัติจาก NICE guidelines 2) มีพยาบาลที่ได้รับมอบหมายแบบเฉพาะเจาะจงทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยมีขั้นตอนการดูแลในภาพรวม (Flow chart) และผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามขั้นตอนและระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ตามแนวปฏิบัติ (100.0%)

การพัฒนาระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ได้จากระยะที่ 1 หลังจากที่มีการจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิทยาลัยแพทย์ และพยาบาลที่รับผิดชอบแผนกผ่าตัดแบบวันเดียวกลับพิจารณาพบว่า รูปแบบที่

พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในข้อที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข เช่น การติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์ ไม่ชัดเจน และแนะนำให้จัดทำประเด็นในการประเมินเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้นำคำแนะนำมาจัดทำรายการเป็นรายการสำหรับตรวจสอบ (Checklist) และเพิ่มประเด็นหรือรายการที่จำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยต่อไป หลังจากได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน พบว่า มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจึงนำไปทดสอบในระยะที่ 2 ต่อไป

3. การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 10 คน เป็นชายและหญิง (50.0%) อายุเฉลี่ย 55 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (50.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (40.0%) รายได้มีฐาน 6,302 บาท (Inter quartile range =3,353.5) ผ่าตัด Colonoscope (50.0%) ค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ย 8,225 บาท(SD.= 3,370.2) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรผู้ป่วย ODS (n=10)

ลักษณะทางประชากร		N(%)
เพศ	ชาย	5(50.0)
	หญิง	5(50.0)
อายุ	Mean(SD)	55.3(13.91)
	Min(max)	30(72)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	5(50.0)
	มัธยมศึกษา	3(30.0)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2(20.0)
อาชีพ	เกษตรกร	4(40.0)
	ค้าขาย	2(20.0)
	รับจ้าง	1(10.0)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3(30.0)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	ลักษณะทางประชากร	N(%)
รายได้	Median(IQR)	6,302(3,353.5)
	Min(max)	0.0(50,000)
Diagnosis	Hemorrhoidectomy	1(10.0)
	Colonoscope	5(50.0)
	IIH(Inguinal Hernia)	3(30.0)
	GS(Gall stone)	1(10.0)
ค่าใช้จ่ายจริง	Mean(SD)	8,225(3,370.2)
	Min(max)	6,130(16,613)
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	10(100.0)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งวิจารณ์ใน 3 ประเด็นหลักตามคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย คือสถานการณ์ การพัฒนาระบบบริการและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาระบบการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกุ่มกาวปีเป็นอย่างไร ดังนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา⁷ ซึ่งพบว่าสถานการณ์ปัญหาที่สำคัญคือ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับด้านผู้ป่วยมีประเด็นสำคัญ คือ ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกตัวตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ไม่สะดวกสบาย เนื่องจากไม่มีสถานที่ให้บริการเฉพาะเจาะจงและมีความเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นและด้านที่มีผลกระทบต่อบุคลากรหรือระบบบริการ 2 ประเด็น คือ การไม่มาผ่าตัดตามนัดและคุณภาพการดูแลที่ไม่เท่าเทียมกัน; จากการทบทวนปัญหาในการปฏิบัติร่วมกับการนิเทศหน้างานตามขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า โดยรวมบุคลากรมีการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บางส่วน

ปฏิบัติไม่ครบขั้นตอน สาเหตุเกิดจากการขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ รวมทั้งขาดสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ให้คำแนะนำหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุและขั้นตอนการปฏิบัติงานพบปัญหาการดูแลตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ เช่น การซักประวัติไม่ครบถ้วน การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหรือหัตถการ ขาดการติดตามความพร้อมก่อนมารับการผ่าตัดทางโทรศัพท์ จึงมักพบปัญหาเกี่ยวกับการรับประสานงานต้องเลื่อนผ่าตัด การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ เช่น การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนและการสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน และการบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน และการติดตามผลการรักษา ได้แก่ ขาดการติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์หลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ 1 วัน และการติดตามอาการในวันนัดตรวจหลังผ่าตัดทำให้ไม่ทราบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการของผู้ป่วย ส่วนขั้นตอนการมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาลไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ⁸

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของกชพรรณ อัญญาชัยและคณะ⁸ ที่ได้พัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกับที่ประกอบด้วย 1) วิธีปฏิบัติ

ในการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย 2) วิธีปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนทำผ่าตัด การแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 3) วิธีปฏิบัติในวันผ่าตัด และ 4) วิธีปฏิบัติวันหลังผ่าตัด 1 วันสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงคุณภาพและความปลอดภัยในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของกรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดและหลังได้รับการผ่าตัดซึ่งสามารถบรรลุได้โดยการพัฒนาแนวทางต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพตามขั้นตอน เช่น ระยะก่อนการผ่าตัดพยาบาลต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ให้เห็นถึงประโยชน์และข้อดีส่วนหนึ่งคือการลดวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพราะฉะนั้นการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหลังการวินิจฉัยของแพทย์จึงเป็นจุดแรกที่มีความสำคัญ ตั้งแต่การเลือกผู้ป่วยที่สามารถทำการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ การอธิบายแนวทางการรักษา การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น งดน้ำงดอาหาร หยุดทานยาที่จำเป็น เป็นต้น การอธิบายการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการดูแลแผลหลังผ่าตัด หากจำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่างๆ จะต้องมีการวางแผนแนวทางและวิธีการในการขอรับคำปรึกษาจากหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น วัสดุแพทย์ อายุรแพทย์ เป็นต้น ก่อนการนัดหมายเข้ารับการผ่าตัด นอกจากนั้นควรคำนึงถึงข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่ การเดินทางไปและกลับของผู้ป่วย ข้อมูลการติดต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางโทรศัพท์

ระยะผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลควรมีรายการ Checklist ก่อนเข้าห้องผ่าตัดความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ และทีมวิสัญญีในห้องผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การผ่าตัดเป็นไปตามแผนการและขั้นตอน การสังเกตพยาธิสภาพของร่างกายผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดและวางแผนจัดการกับสถานการณ์ในกรณีฉุกเฉินระหว่างผ่าตัดจะช่วยให้ลดความเสียหายระหว่างผ่าตัด ซึ่งส่งผลดีต่อร่างกายผู้ป่วยและระยะหลังผ่าตัด การติดตามผลการรักษา ทั้งในระยะเฉียบพลัน (24-48 ชั่วโมง) ระยะแรก (48-72 ชั่วโมง) และระยะยาว 1 สัปดาห์ขึ้นไป การติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัดนั้นทำเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการรักษาและ

เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากเทคนิควิธีการผ่าตัด การติดเชื้อหลังการผ่าตัดหรือภาวะอื่นๆ เพื่อประเมินและดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันที่

นอกจากนี้ยังพบว่าผลลัพธ์ของการศึกษารังนี้สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบบริการที่ทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย ตา หู คอ และจมูก ลงจากจำนวน 2,236 ราย ในปี พ.ศ.2559 เป็น 1,090 รายในปี พ.ศ.2561 และ 1,123 รายในปี พ.ศ.2562 ทำให้ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งช่วยลดการเกิดความเสียหายต่างๆ ที่อาจเกิดได้ในผู้ป่วยโรคต่อกระดูก เช่น การติดเชื้อ และการพลัดตกหกล้ม ลดต้นทุนในการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ 3,222,822 บาทในปี พ.ศ.2561 และ 2,910,411 บาท ในปี พ.ศ.2562 ทำให้ความแออัดในโรงพยาบาลลดลง ช่วยให้พัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยและการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดจำนวนครั้งการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยจาก 5-7 ครั้ง ในปี พ.ศ.2559 เป็น 2 ครั้งในปี พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการมากขึ้น⁸; ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ดีขึ้นภายในเวลา 30 วัน และลดระยะเวลาการรอคอยเพื่อผ่าตัดจากเดิม 6 เดือนเป็น 1 เดือน และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (85.0%)¹⁰; ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยเหมือนกันแต่ในกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดใส่ลิ้นแบบวันเดียวหลังการสอนลดลงและหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม¹¹; การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใส่ลิ้นที่ขาหนีบของผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่แตกต่างจากการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัด

แบบวันเดียวกลับมากกว่ากลุ่มที่นอนโรงพยาบาล แต่พบว่าระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม¹² นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้การผ่าตัดแบบ ODS ในผู้ป่วยไส้ติ่งแบบแผลเปิดเป็นการผ่าตัดเร่งด่วนดียิ่งขึ้นคือ ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งแบบแผลเปิดหากมีอายุ < 45 ปีไส้ติ่งอักเสบชนิด suppurative การได้รับยา NSAID ชนิดกินผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเวลา 08:01-16:00 น. ระยะเวลาเริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง และระยะเวลารอคอยผ่าตัดไม่เกิน 4 ชั่วโมงจะมีโอกาสนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ (1) ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีครั้งนี้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ซับซ้อน สามารถลดจำนวนวันนอนลดความแออัดและลดค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมายและสามารถต่อยอดนำไปใช้ในกลุ่มโรคสาขาอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการขูดมดลูก เป็นต้น และสามารถนำไปใช้กับทุกโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ (2) จากการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่ามีข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่ผู้ใช้บริการ เช่น การมาตรวจหลังผ่าตัดตามนัดพบว่าใช้เวลารอนานทั้งๆ ที่มีใบนัด ดังนั้น ควรจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วย ODS โดยเฉพาะ (3) สำหรับการติดตามการผ่าตัด ควรจัดให้มีช่องทางให้ผู้ป่วยหรือญาติได้สื่อสารโดยตรงกับแพทย์หรือพยาบาลที่เร็วขึ้น เช่น Line application หรือ Telemedicine มาใช้ติดตามอาการของคนไข้ เป็นต้น (4) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ควรกำหนด Criteria ให้ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังมีอาการเจ็บหรือท้องผูกอยู่ ถ้าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะกลับไม่ไหวควรให้นอนพักอย่างน้อย 1 คืน เพราะได้รับการผ่าตัดช่วงบ่ายเย็นก็กลับหรือไม่ก็ผ่าตัดเช้าแล้วกลับเย็น และ (5) ขั้นตอนการรับยาาก่อนกลับบ้าน ควรจัดทำเป็น One stop service ระหว่างห้องผ่าตัดถึงผู้ป่วยในหรือห้องยาจะให้ไม่ต้องเสียเวลารอคอย

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป (1) ควรศึกษาต่อยอดการนำระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ(ODS) ไปใช้ในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องที่เป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS) (2) ควรศึกษาการวางแผนจำหน่ายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเครือข่าย เช่น รพ.สต. หรือ อสม. ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อลดความวิตกกังวลของป่วยและญาติ และ (3) ควรจัดทำเป็นศูนย์บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบครบวงจร โดยจัดให้มีห้องบริการผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วนโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคลในการสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยตลอดจนมีห้องให้ความรู้ด้วย Multimedia ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดโดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในระบบเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติตัวในทุกระยะของการผ่าตัด ตลอดจนการพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการที่ครอบคลุมของบุคลากรเพื่อการบริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความอบอุ่นใจเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของผู้ป่วยและญาติและทำให้เกิดความศรัทธาต่อโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. สำนักวิชาการแพทย์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
2. กรมการแพทย์. กองวิชาการแพทย์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562.
3. โรงพยาบาลกุมภวาปี. ผลการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาล; 2565.

4. ชญานิศ ธัมธณพัฒน์. การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564; 6(1):57-63.
5. เบญจวรรณ มนูญญา, สกาวเดือน ขำเจริญ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):13-24.
6. Kemmis S, Taggart RM. The Action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.
7. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบุญ, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(1):109-25.
8. กษพรณ อัญญาชัย, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, ภาศินี สุขสถาพรเลิศ. การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคต่อกระฉกและบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนครบวงจร. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2563;33(1):21-30.
9. ทวีชัย วิษณุโยธิน, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์. เป้าหมายเชิงคุณภาพและความปลอดภัย (Qualitative goals and Safety). ใน: ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, ทวี รัตนชูเอก, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, วิบูลย์ ภันชบตีกรรม, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี 2565. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2565. หน้า 10-11.
10. พรทิพย์ มงคลสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการบริการ การผ่าตัดผู้ป่วยโรคต่อกระฉก แบบไม่ค้างคืนโรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;12(1):71-6.
11. เยาวเรศ ก้านมะลิ. ผลการสอนแบบทีมการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1):201-9.
12. ลลิตา ราชีวงศ์. การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลมุกดาหาร. สรรพสิทธิเวชสาร. 2563;41(3):93-100.
13. นิยม ชีพเจริญรัตน์, ชมพูนุช เนตรหาญ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการผ่าตัดไส้ติ่งแบบแผลเปิดวันเดียวกลับ: ประสบการณ์โรงพยาบาลยโสธร. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47(2):86-94.

