



วารสารโรงพยาบาลนครพนม
Nakhonphanom Hospital Journal
www.nkphospital.go.th



วารสารโรงพยาบาลนครพนม
Nakhonphanom Hospital Journal

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2563

ISSN 0857-4308





Volume 7 No.2 May - August 2020

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป		
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม		
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ยุทธชัย ตรีสกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	
	พญ.เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านอายุรศาสตร์	
	นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	ผศ.ดร.ภก.แสงวง วัชรชนกิจ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
	ผศ.ดร.ภก.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์	สาขาวิชาเภสัชคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	
	รศ.สมจิตร แดนศรีแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	รศ.ดร.มารีสา ไกรฤกษ์	กลุ่มวิชาการศึกษาวิชาญและการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	นพ.ศุภกานต์ เตชะพงศธร	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	
นพ.ณัฐพล สันตระกูล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช		
ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม		
บรรณาธิการ	พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์	กลุ่มงานศัลยกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์ คุสกูลวัฒน	กลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์ สุตสุวรรณ	กลุ่มงานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม
กองบรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณค์	กลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.ทศพล นุตตะรังค์	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลนครพนม
	พญ.งามจิตร นิลวัชรารัง	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล	
	นพ.พุทธรุณี สุจารีกุล	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลมหาสารคาม
	พญ.ศุภพร วิมลรัตน์	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
	พญ.ปานวาด อธิโย	กลุ่มงานจักษุวิทยา	โรงพยาบาลมุกดาหาร

พญ.อนันตยา เปี้ยสา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลแม่สอด
ทพญ.โจมา แสงแก้ว	กลุ่มงานทันตกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
ทพญ.ภารณี สกุดคู	กลุ่มงานทันตกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
ภก.วิชิต เหล่าวัฒนาถาวร	กลุ่มงานเภสัชกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวสุดใจ ศรีสงค์	กลุ่มการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวอรรจจิมา ศรีชนม์	กลุ่มการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม

คณะทำงาน

นายเวชสิทธิ์ เหมะธูลิน	งานเวชนิทัศน์	โรงพยาบาลนครพนม
นางพินทิพย์ ชัยกลาง	ศูนย์คอมพิวเตอร์และสารสนเทศ	โรงพยาบาลนครพนม
นางเดือนฉาย ใจคง	งานห้องสมุด	โรงพยาบาลนครพนม
นางวิไล ฤทธิธาดา	งานห้องสมุด	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวศิลปะกร อัจฉริยะ	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม
นางพรสวรรค์ สาหล้า	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม

กำหนดออก

ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

ส่งต้นฉบับที่

นางพรสวรรค์ สาหล้า
งานวารสาร(ห้องศึกษาอบรม) กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลนครพนม
270 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000
โทรศัพท์ 0-4219-9222 ต่อ 1016
มือถือ 085-6487472
โทรสาร 0-4251-3193
E-mail : nkpjournal_9@hotmail.com

พิมพ์ที่

วีระชัย ชัยพลาย 285 หมู่ 2 ต.หนองญาติ อ.เมืองนครพนม จ.นครพนม
โทร.0-4251-4186

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านวารสารโรงพยาบาลนครพนมทุกท่านค่ะ

ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจและส่งบทความมาตีพิมพ์ในวารสารเป็นอย่างมาก ซึ่งในฉบับนี้ยังคงได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่านในการให้ความเห็นบทความเช่นเคย ซึ่งกระบวนการในด้านต่างๆ อาจมีความล่าช้าไปบ้าง ทางกองบรรณาธิการต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วยค่ะ

แต่บทความในฉบับนี้ ยังคงเต็มไปด้วยเรื่องราวทางสาธารณสุขและการแพทย์ที่น่าสนใจเช่นเคย หวังว่าวารสารของเราจะยังคงเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการค้นคว้าต่อไปค่ะ

นทวรรณ หุ่นยนต์

บรรณาธิการ

สารบัญ

Original Articles

1. ศึกษาผลของการปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 ต่ออัตราการตาย
ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(sepsis)
และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ(septic shock)5
เบญจวรรณ คำหนองคู
2. การพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม16
รามย์ สุตรสุวรรณ
3. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล
และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ28
ชฎารัตน์ ภูโอบ
4. การพัฒนารูปแบบ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี
ในเขตคลินิกหออกรับผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองคาย40
กุลภากร ปัญสวัสดิ์ , อรอนันท์ ไสแสง , วาสนา แก่นกุล
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึก
โดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ49
น้ำผึ้ง สุคันธรัตน์
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ63
รัชวรรณ พลศักดิ์, สำราญ เข็มพรมมา, ธัญวลัย บุญเกิด
7. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแล
ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง73
พรสวรรค์ สังขมณี
8. การลดความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกด้วยการใช้รูปภาพประกอบ
ขณะห่อชุดเครื่องมือ โรงพยาบาลนครพนม82
ณิชาดา เจริญนามกุล
9. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ
โรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม90
วาสนา ศรีวะรมย์
10. เปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษา
โดยใช้และไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม 102
อุบลรัตน์ ขวัญมา

นานาสาระ

1. การเขียนหนังสือราชการ 115
ประสิทธิ์ ใจกล้า

ศึกษาผลของการปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 ต่ออัตราการตาย ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(sepsis) และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ(septic shock)

เบญจวรรณ คำหนองคู พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
291 หมู่ 11 ต.สว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร 47110

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (septic shock) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ทำให้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เรียกว่า Surviving Sepsis Campaign Guideline ซึ่งคำแนะนำนี้ได้รับการพัฒนาและทบทวนใหม่ล่าสุดในปี ค.ศ.2018 จากการศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทาง Surviving Sepsis Campaign 2004 – 2012 สามารถลดอัตราการตายจากภาวะ sepsis และ septic shock ลงได้ การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาอัตราการปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ(septic shock) ที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการรักษาครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 กลุ่มสองได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป วิเคราะห์อัตราการตายในโรงพยาบาลเทียบกันระหว่างสองกลุ่ม

ผลการศึกษา : พบว่าจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทั้งหมด 785 คน พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย sepsis หรือ septic shock จำนวน 110 คน (14%) เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 จำนวน 20 คน (18.2%) และเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 จำนวน 90 คน (81.2%) คุณลักษณะของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว แหล่งติดเชื้อ และ SOFA score ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ พบการส่งเลือดไปเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 99.1%, การวัดระดับ lactate ภายใน 1 ชั่วโมง 63.6%, การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง 85.5%, การเริ่มให้ iv fluid ภายใน 1 ชั่วโมง 81.8%, การเริ่มยาขับหลอดเลือดภายใน 1 ชั่วโมง 29.1% พบอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 15% กลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 22.2%

ข้อสรุป : อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : sepsis, septic shock, Surviving Sepsis Campaign

The impact of compliance with Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 on hospital mortality in patients with sepsis and septic shock

Benchawan Kumhnongkoo, MD

Internal medicine department, Sawangdandin Crown Prince Hospital

291 moo 11 Amohoe Sawangdaendin Sakonnakhon Province 47110

Abstract

Objective : Sepsis and Septic shock are the main public health problems and are on top of fatality rate in hospitals, what applied remedy practice guidelines for patients called Surviving Sepsis Campaign Guideline, which these directions are developed and most recently reviewed in 2018. From previous studying shows that practice for Surviving Sepsis Campaign 2004-2012 was able to reduce the fatality rate from Sepsis and Septic shock. Objectives to study practicing rate for Surviving Sepsis Campaign 2018 compares fatality rate in hospitals, between patients group who treated with completed Surviving Sepsis Campaign 2018 and patients group who treated with incomplete Surviving Sepsis Campaign 2018

Materials and methods : This study was to be compiling and collecting retroactive data from In Patient Medical Record with Sepsis and Septic shock treated at Intensive Care Unit from October 2018 to September 2019, separated to 2 groups, the first group is who treated with complete Surviving Sepsis Campaign 2018, second group is who treated with incomplete Surviving Sepsis Campaign 2018, analyses the general information, compares the fatality rate in hospital between two groups.

Results : From impact studies found that from patients treated in Intensive Care Unit total 785 patients, found the patients who are qualified with sepsis or septic shock criteria amount 110 patients (14%), are group of who treated with complete Surviving Sepsis Campaign 2018 amount 20 patients (18.2%) and group of who treated with incomplete Surviving Sepsis Campaign 2018 amount 90 patients (81.2%), both two groups' qualifications are sex, congenital disease, infectious source and SOFA score are not different. Finding out that the culture blood before giving on antibiotics is 99.1%, lactate testing for an hour is 63.6%, initially giving on antibiotics for an hour is 85.5%, starting to give on iv fluid for an hour is 81.8%, starting to giving on Vasopressors for an hour is 29.1%. Finding out that fatality rate of treating with complete Surviving Sepsis Campaign 2018 patients group is 15%, treating with incomplete Surviving Sepsis Campaign 2018 patients group is 22.2%.

Conclusion : Fatality rate of treating with complete Surviving Sepsis Campaign 2018 patients group is less than fatality rate of treating with incomplete Surviving Sepsis Campaign 2018 patients group is less than, however there is not different significantly.

Keywords : *sepsis, septic shock, Surviving Sepsis Campaign*

ความสำคัญ (Importance)

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(sepsis) และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ(septic shock) เป็นภาวะวิกฤตสำคัญที่พบบ่อยและมีความรุนแรง เป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis และ septic shock ที่เรียกว่า Sepsis Campaign Guideline และพัฒนามาตลอด ล่าสุดมีการทบทวนใหม่ในปี ค.ศ. 2018 โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based medicine)¹ แต่การเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะ sepsis และ septic shock ก็ไม่ได้ลดลงตามองค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินก็เช่นเดียวกัน จากข้อมูลปี 2560, 2561, และ 2562 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ sepsis 25.35%, 20.88%, และ 27.28% ตามลำดับ²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาผู้ป่วย sepsis และ septic shock ถ้าปฏิบัติตาม Sepsis Campaign Guideline ไม่ว่าจะเป็น 6-hour and 24-hour sepsis bundles หรือ Surviving Sepsis Campaign Guideline 2012 สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{3,4,5,6} ปัจจุบันแนวทางการรักษา พัฒนามาถึง Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 (Hour-1 bundle) ซึ่งประกอบด้วย 1.การวัดระดับ lactate ถ้าระดับ lactate เริ่มต้น > 2 mmol/L ให้ส่งซ้ำ 2.แนะนำให้ส่งเลือดไปเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 3.เลือกให้ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์กว้าง 4.ถ้าความดันต่ำหรือ lactate > 4 mmol/L แนะนำให้ crystalloid fluid 30 ml/kg 5.หลังจากให้ initial fluid resuscitation แล้วความดันโลหิตเฉลี่ย (mean arterial pressure:MAP) ยังไม่ถึงเป้าหมายแนะนำให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (vasopressor) ภายในชั่วโมงแรกทันทีโดยมีเป้าหมาย MAP $\geq$ 65 mmHg เพื่อให้ perfusion pressure ไปถึง vital organ⁷ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทบทวนถึงการรักษาผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(sepsis) และช็อกเหตุพิษติดเชื้อ(septic shock) ในหอผู้ป่วย

หนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินว่าเป็นไปตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 มากน้อยแค่ไหน และเปรียบเทียบอัตราการตายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 ว่ามีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1.เพื่อศึกษาอัตราการปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign 2018
- 2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) เป็นการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพการรักษา (Therapeutic research) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) เป็นระยะเวลา 12 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและ SOFA score $\geq$ 2 คะแนน 2. อายุมากกว่า 15 ปี 3.ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU)

The sample size calculation: For estimating the infinite population proportion

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

Proportion (p) = 0.52 ; Gao F, et al. 2005

Error (d) = 0.094

Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.52 \times (1 - 0.52)}{0.094^2}$$

Sample size (n) = 109

การวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 23.0 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่า Percentile 25 - Percentile 75 (IQR) และค่าสูงสุด ต่ำสุดใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ หาความสัมพันธ์/เปรียบเทียบสัดส่วนตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ Categorical data เช่น เพศ, โรคประจำตัว, ผู้ป่วยตามแผนก และ Discharge status ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 และกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษาโดยใช้สถิติ Chi-square test ส่วนกรณีที่มี Expected cell น้อยกว่า 5 เกิน 25% จะใช้สถิติ Fisher Exact test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ Continuous data เช่น อายุ และ SOFA score ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign Guideline 2018 และกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Guideline โดยใช้สถิติ Independent t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U-test การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจาก

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินแล้ว (SWDCPH 2018 - 024)

ผลการศึกษา (Results)

จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ทั้งหมด 785 คน นับตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย sepsis หรือ septic shock จำนวนทั้งหมด 110 คน (14%) เป็นเพศชาย 63.6% เพศหญิง 36.4% ค่าอายุเฉลี่ย (Mean aged) 59.75 ± 15.39 ปี โรคประจำตัวที่พบมากเรียงตามลำดับดังนี้คือ Diabetes mellitus (32.7%), Hypertension (27.3%), Chronic kidney disease (15.5%), Cirrhosis (9.1%), Pulmonary tuberculosis (6.4%), HIV infection (4.5%), Old CVA (3.6%), Malignancy (2.7%), Gout (2.7%), Cardiovascular disease (2.7%), SLE (1.8%), Obstructive sleep apnea (0.9%) สำหรับแหล่งติดเชื้อ (Source of infection) ที่พบมากเรียงตามลำดับดังนี้คือ Pneumonia (31.8%), Intraabdominal (24.5%), Skin & Soft tissue (9.1%), Bacteremia (9.1%), Urinary tract infection (1.8%) ผู้ป่วยมีภาวะ sepsis หรือ septic shock ทั้งหมด 110 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 จำนวน 20 คน และเป็นกลุ่มที่ให้การรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 จำนวน 90 คน คุณลักษณะเบื้องต้นของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p=0.375$) โรคประจำตัวคือ Diabetes mellitus ($p=0.196$), Hypertension ($p=0.158$), Chronic kidney disease ($p=1.000$), Cirrhosis ($p=0.686$), Pulmonary tuberculosis ($p=1.000$), HIV infection ($p=0.582$), Old CVA ($p=1.000$), Malignancy ($p=1.000$), Gout ($p=1.000$), Cardiovascular disease ($p=0.456$), SLE ($p=1.000$), Obstructive sleep apnea ($p=1.000$) แหล่งติดเชื้อ (Source of infection) คือ Pneumonia ($p=0.469$),

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป

	Surviving Sepsis Campaign Guideline						p-value
	Total		รักษาครบ		รักษาไม่ครบ		
			(n =20)		(n =90)		
	(n =110)						
	n	%	n	%	n	%	
อายุ							0.485
20-39	10	9.1%	0	0%	10	11.1%	
40-49	19	17.3%	2	10.0%	17	18.9%	
50-59	21	19.1%	6	30.0%	15	16.7%	
60-69	29	26.4%	6	30.0%	23	25.6%	
70-79	19	17.3%	4	20.0%	15	16.7%	
80-89	12	10.9%	2	10.0%	10	11.1%	
Mean±SD.	59.75	±15.39	63.15	±11.89	58.99	±16.02	0.352
min - max	20	- 88	42	- 86	20	- 88	
อายุ							0.225
≤ 40	10	9.1%	0	0%	10	11.1%	
41 - 65	58	52.7%	13	65.0%	45	50.0%	
> 65	42	38.2%	7	35.0%	35	38.9%	
เพศ							0.375
ชาย	70	63.6%	11	55.0%	59	65.6%	
หญิง	40	36.4%	9	45.0%	31	34.4%	
ผู้ป่วยตามแผนก							0.359
อายุรกรรม ER	84	76.4%	16	80.0%	68	75.6%	
อายุรกรรม ward	9	8.2%	2	10.0%	7	7.8%	

		Surviving Sepsis Campaign Guideline						
		Total		รักษาครบ		รักษาไม่ครบ		p-value
		(n =110)		(n =20)		(n =90)		
		n	%	n	%	n	%	
ศัลยกรรม ER		7	6.4%	2	10.0%	5	5.6%	
ศัลยกรรม ward		10	9.1%	0	0%	10	11.1%	
ผู้ป่วยตามแผนก								0.456
อายุรกรรม		93	84.5%	18	90.0%	75	83.3%	
ศัลยกรรม		17	15.5%	2	10.0%	15	16.7%	
ผู้ป่วยตามแผนก								0.341
ER		91	82.7%	18	90.0%	73	81.1%	
ward		19	17.3%	2	10.0%	17	18.9%	
Underlying disease								0.662
yes		76	69.1%	13	65.0%	63	70.0%	
no		34	30.9%	7	35.0%	27	30.0%	
CVD		3	2.7%	1	5.0%	2	2.2%	0.456
CVA		4	3.6%	0	0%	4	4.4%	1.000
DM		36	32.7%	9	45.0%	27	30.0%	0.196
CKD		17	15.5%	3	15.0%	14	15.6%	1.000
TB		7	6.4%	1	5.0%	6	6.7%	1.000
Hypertension		30	27.3%	8	40.0%	22	24.4%	0.158
OSA		1	0.9%	0	0%	1	1.1%	1.000
HIV		5	4.5%	0	0%	5	5.6%	0.582
Gout		3	2.7%	0	0%	3	3.3%	1.000
Cirrhosis		10	9.1%	1	5.0%	9	10.0%	0.686
CA		3	2.7%	0	0%	3	3.3%	1.000

		Surviving Sepsis Campaign Guideline						p-value
		Total		รักษาครบ		รักษาไม่ครบ		
				(n =20)		(n =90)		
		(n =110)		n	%	n	%	
SLE		2	1.8%	0	0%	2	2.2%	1.000
Other		10	9.1%	0	0%	10	11.1%	0.203
SOFA score								0.200
2-6		37	33.6%	5	25.0%	32	35.6%	
7-9		42	38.2%	6	30.0%	36	40.0%	
10-12		22	20.0%	8	40.0%	14	15.6%	
13-14		6	5.5%	1	5.0%	5	5.6%	
15-16		3	2.7%	0	0%	3	3.3%	
Mean±SD.		7.76 ±3.21		8.30 ±3.20		7.64 ±3.22		0.340
min - max		2 - 16		3 - 14		2 - 16		
Source of sepsis								
Pneumonia		35	31.8%	5	25.0%	30	33.3%	0.469
Intraabdominal		27	24.5%	2	10.0%	25	27.8%	0.149
Skin & Soft tissue		10	9.1%	2	10.0%	8	8.9%	1.000
UTI		2	1.8%	1	5.0%	1	1.1%	0.332
Bacteremia		10	9.1%	2	10.0%	8	8.9%	1.000
No localize		27	24.5%	8	40.0%	19	21.1%	0.090

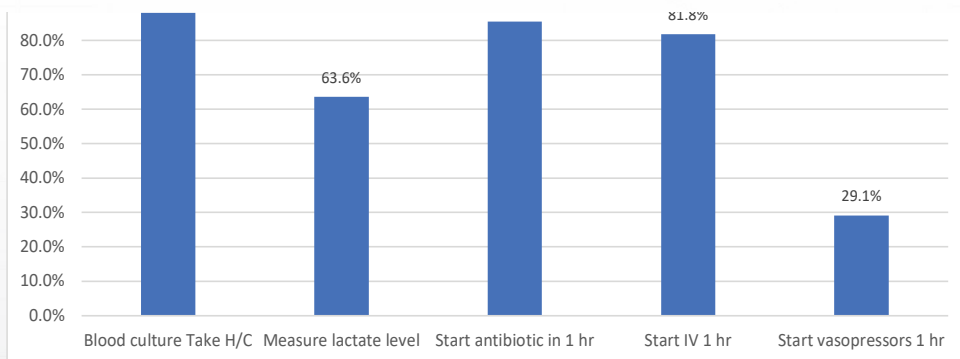
p-value from Chi-Square test, Fisher's Exact Test and Mann-Whitney U-test

ผู้ป่วยมีภาวะ sepsis หรือ septic shock ทั้งหมด 110 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 จำนวน 90 คน (81.8%) รูปภาพที่ 1 Sepsis Campaign 2018 จำนวน 20 คน (18.2%) และ



รูปภาพที่ 1 ร้อยละการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018

พบว่าอัตราการ take H/C ก่อนให้ antibiotic 99.1%, การวัด lactate level ภายใน 1 ชั่วโมง 63.6%, การเริ่ม antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง 85.5%, การเริ่มให้ iv fluid ภายใน 1 ชั่วโมง 81.8%, การเริ่ม vasopressors ภายใน 1 ชั่วโมง 29.1% รูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 การปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign 2018

พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis พบการเสียชีวิต 15 % ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Guideline พบการเสียชีวิต 22.2% อัตราการเสียชีวิตใน 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.560$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018

	Surviving Sepsis Campaign Guideline						
	Total		รักษาครบ		รักษาไม่ครบ		p-value
			(n =20)		(n =90)		
	(n =110)						
	n	%	n	%	n	%	
Discharge status							
improved	58	52.7%	12	60.0%	46	51.1%	0.471
Not improved	29	26.4%	5	25.0%	24	26.7%	1.000
Dead	23	20.9%	3	15.0%	20	22.2%	0.560

p-value from Chi-Square test, Fisher's Exact Test

อภิปราย (Discussion)

จากการศึกษาพบอัตราการปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 เรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่งเลือดไปเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 99.1%, ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง 85.5%, เริ่มให้ crystalloid fluid 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง 81.8%, ตรวจวัดระดับ lactate 63.6%, ให้ยาบีบหลอดเลือด(vasopressors) ภายในชั่วโมงแรก 29.1% จะพบว่าการส่งเลือดไปเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ, การให้ยาปฏิชีวนะ และให้สารน้ำ crystalloids จำนวน 30 มล./กก. ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำหรือในผู้ป่วยที่มีระดับ lactate 4 มิลลิโมล/ลิตร มีอัตราการปฏิบัติตามที่สูงกว่าข้ออื่นๆ อาจเนื่องมาจาก

เป็นแนวทางที่ทุกคนถือปฏิบัติมาตั้งแต่มีการกำหนดใน Surviving Sepsis Campaign 2012 แล้ว แต่ถึงแม้การตรวจวัดระดับ lactate จะมีกำหนดไว้ใน Surviving Sepsis Campaign 2012 ก็ยังมีตรวจวัดระดับ lactate ที่ไม่มากเท่าที่ควรอาจจะเนื่องจาก Surviving Sepsis Campaign 2012 กำหนดให้มีการตรวจวัดระดับ lactate ภายใน 3 ชั่วโมง แต่ Surviving Sepsis Campaign 2018 กำหนดให้มีการตรวจวัดระดับ lactate ให้เร็วขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงซึ่งไม่สามารถวัดระดับ lactate ได้ ส่วนการให้ยาบีบหลอดเลือดภายในชั่วโมงแรกพบอัตราการปฏิบัติตามที่ต่ำสุดเนื่องจาก การให้ยาบีบหลอดเลือดภายในชั่วโมงแรกนี้

เพื่งมีการกำหนดขึ้นมาใหม่ใน Surviving Sepsis Campaign 2018 ในขณะที่ Surviving Sepsis Campaign 2012 & 2016⁸ ไม่ได้กำหนดเวลาที่ให้ยาบีบหลอดเลือดที่ชัดเจน เพียงแต่กำหนดไว้ว่า ให้ยาบีบหลอดเลือดหลัง adequate fluid resuscitation แต่ใน Surviving Sepsis Campaign 2018 ระบุใน Hour-1 bundle ให้สามารถเริ่มยาบีบหลอดเลือดได้เลยในชั่วโมงแรกถ้าผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตต่ำอยู่ ขณะที่ให้หรือหลังให้สารน้ำเพื่อ maintain MAP $\geq$ 65 mmHg ดังนั้นถ้าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงข้อปฏิบัติตาม Surviving Sepsis Campaign ล่าสุดก็อาจถือการปฏิบัติแบบเดิมคือ ให้สารน้ำจนเพียงพอแล้วค่อยให้ยาบีบหลอดเลือด

อัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis พบการเสียชีวิต 15 % ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Guideline พบการเสียชีวิต 22.2% เช่นเดียวกับ Levy MM and et al (2010)⁹ ได้ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 29,470 คนและทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 7.5 ปี เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มที่การรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2004 กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2004 พบว่าอัตราการตายลดลงเมื่อได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2004 จาก 38.6% เป็น 29.0% ($p < 0.001$)¹⁰ การศึกษาในครั้งนี้พบอัตราการเสียชีวิตลดลงจาก 22.2% เป็น 15% ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 แต่อัตราการเสียชีวิตใน 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.560$) อาจเนื่องจาก

1) จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีจำนวนน้อยเกินไป (110 คน) และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสั้นเกินไป (1ปี) เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Levy MM and et al (2010) ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากถึง 29,470 คนและทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลานานกว่า 7.5 ปี

2) เนื่องจากการศึกษานี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก(ICU)

ซึ่งผู้ที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยจะเป็นแพทย์เฉพาะทางไม่ว่าจะเป็นอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ ถึงแม้ว่าการรักษา sepsis และ septic shock จะไม่เป็นไปตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 ก็ตามด้วยระบบการดูแลและเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดของ ICU และประสิทธิภาพความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ผลการรักษาที่ออกมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป (Conclusion)

ถึงแม้ว่าผลการศึกษานี้จะพบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ครบตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษาน้อยและระยะเวลาในการศึกษาสั้นเกินไป ดังนั้นจึงยังแนะนำให้การรักษาผู้ป่วย sepsis และ septic shock ควรยึดถือตามแนวทางของ Surviving Sepsis Campaign 2018 โดยเฉพาะสำหรับแพทย์ที่ยังไม่มีความรู้ความชำนาญหรือประสบการณ์ในการรักษา sepsis หรือ septic shock ที่มากพอเช่น แพทย์เพิ่มพูนทักษะ หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยเฉพาะการรักษา sepsis หรือ septic shock ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะจะเป็นแพทย์คนแรกที่ทำ การดูแลรักษาผู้ป่วย ขอแนะนำให้ยึดถือแนวทางการรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign 2018 เป็นหลักร่วมกับการดูแลและเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการช่วยค้นหาข้อมูลทั้งหมด นางสาวมนัสนันท์ ธนวิกรานต์กุล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนัก

อนามัย กรุงเทพมหานคร นายแพทย์สุเมธ รัตนมณีกรณ์
ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์
ในการทำวิจัย คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากงานวิจัยใน
ครั้งนี้ ขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ทุกๆ
ท่านที่อบรมสั่งสอน และประสิทธิประสาทวิชาแก่ผู้วิจัย
เป็นอย่างดีตลอดมา และขอมอบความกตัญญูทิวาทาคคุณ
แก่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่อง
ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว

เอกสารอ้างอิง

1. เอกรินทร์ ภูมิพิเชษฐ, Surviving Sepsis Campaign Guideline 2012: Overview, The Smart ICU, กรุงเทพฯ:บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2557
2. คลังข้อมูลสุขภาพ(Health Data Center-HDC), สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563:<http://www.hdcservice.moph.go.th>
3. Jeffrey P, Jason A, Edward A, Timothy A:The 2012 Surviving Sepsis Campaign: Management of Severe Sepsis and Septic shock-An update on the guidelines for initial therapy.Curr Emerg Hosp Med Rep (2013) 1: 154-171.
4. Fang G, Teresa M, Darren FD, Simon G, Samantha F (2005) The impact of Compliance with 6 h and 24 h sepsis bundles on hospital mortality in patients with severe sepsis: A prospective observational study. Crit Care 9: R764-R770.
5. Lefrant JY, Muller L, Raillard A, Jung B, Beaudroit L, et al. (2010) Reduction of the Severe sepsis or septic shock associated mortality reinforcement of the Recommendations bundle: A multicenter study. Ann Fr Anesth Reanim 29:621-628.
6. Jacky K, Yuen L (2017) A retrospective study on the compliance with surviving Sepsis campaign guideline in patients with sepsis admitted to intensive care unit in Hong Kong. Journal of Intensive and Critical Care: Vol.3 No.4:43
7. Mitchell M, Laura E, Andrew R.The Surviving Sepsis Bundle: 2018 update:Intensive Care Med (2018) 44: 925-928.
8. Andrew R, Laura E, Walee A, Mitchell M, Levy 'MM, Massimo A, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016.Intensive Care Med (2017) 43:304-377.
9. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, et al. (2010) The surviving sepsis campaign: Results of an international guideline-based Performance improvement program targeting severe sepsis. Crit Care Med 38: 367-374.
10. Jean M, Henry M, Herwig G, Thierry C, Jonathan C, et al.Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock:Intensive Care Med (2004) 30:536-555.

การพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม

รามย์ สุตรสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมืองนครพนม 48000

270 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นำกระบวนการ PDCA มาใช้ในการศึกษา
พัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่ โรงพยาบาลนครพนม จำนวน
30 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม 2562 การศึกษามี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอน
ที่ 1 การวางแผน (P = Plan) 1) ศึกษารวบรวมข้อมูล สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รักษาด้วยยาต้าน
ไวรัส ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยวางแผนการจัดทำรูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ
กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการกลุ่มและ
แรงสนับสนุนทางสังคม สร้างแบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบวัดการเห็นคุณค่า
ในตนเอง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (D = Do) ดำเนินการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการดำเนินการ กิจกรรมประกอบ
ด้วย การให้ความรู้และแลกเปลี่ยนกิจกรรมกลุ่ม เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรับประทานยา
สม่ำเสมอ (Adherence) ,CD4 ,VL การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การให้คำปรึกษา
รายบุคคลและครอบครัว การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อให้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งใน
โรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก ดำเนินการเป็นเวลา 2 เดือน ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลการศึกษา (C = Check)
ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และ ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญหา
(A = Action) โดยประเมินผลลัพธ์ จากผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์ ปรับปรุงและพัฒนาจากปัญหาที่พบระหว่างจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์
เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำผลที่ได้จากการรวบรวม สรุป วิเคราะห์ มาปรับปรุง มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
และผู้วิจัยเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองและวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการ
พัฒนา และติดตามประเมินความสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัส (Adherence) ใช้แบบสอบถามชุดเดิม เครื่องมือ
ที่ใช้ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบสอบถามความ
รู้ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR - 20) ได้ค่าความเที่ยง 0.72 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

ตนเองและแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้ค่าความเที่ยง 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาโดยการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test) ติดตามประเมินความสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัส (Adherence) โดยหาค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.67 สถานภาพ คู่ร้อยละ 73.33 การศึกษา ระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 รายได้ของครอบครัว 1,001-5,000 ร้อยละ 80 ลักษณะของครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 66.67 สถานภาพของครอบครัว เป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 53.33 ผู้ดูแลช่วยเหลือมากที่สุดคือ คู่สมรสร้อยละ 56.67 ลักษณะของชุมชนที่อยู่อาศัย นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 80 จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด บุหรี่ สุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีวินัยการรับประทานยาต้านไวรัส ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัส 100% ร้อยละ 96.67 ผลการเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนมก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ และการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อสรุป รูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ต่อเนื่อง ตรงเวลาและมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ,โรคเอชไอวี,นครพนม

The Development of the Health Behavior Care Model among HIV/AIDS Patients who received Anti-HIV Drug at Outpatient Department of Nakhon Phanom Hospital

Ramai Sootsuwan Registered Nurse, Professional Level

Anti-HIV Viral Clinic, Outpatient Department, Nakhon Phanom Hospital

270 Apibalbanha Road Distric in in the city . Mueang Distric Kakhon Phanom Province.

Abstract

Objective : To develop the health behavior care model among HIV/AIDS patients who received anti-HIV drug at Outpatient department of Nakhon Phanom Hospital

Materials and methods : This action research applied the PCDA concept to study the development of the health behavior care model among 30 HIV/AIDS patients who received anti-HIV drug at outpatient department of Nakhon Phanom Hospital between December 2018 and March 2019. There were 4 steps including Step 1) Plan (P) by studying and collecting the information on the situation of HIV/AIDS patients who received anti-HIV drug at outpatient department, designed the health behavior care model using the “Group Dynamics” including group discussion, in-depth interview, participating observation, and social support. Moreover, the questionnaire on knowledge, practicing in self-healthcare and self-esteem measurement test were created. Step 2) Do (D) by developing the health behavior care model using the group dynamics and social support. There were many activities such as education, group exchanges, about AIDS, HIV treatment by anti-HIV drug, drug adherence, CD4 ,Viral Load, training on exercise skill, stress relief, individual and family counselling, self-help group of HIV infected patients, social support in both inside and outside the hospital during 2 months period. Step 3) Check (C) by measuring the outcome of the development of the health behavior care model and Step 4) Act (A), by evaluating the outputs of the implemented of new health behavior care model then adjusting and developing the model using all obstacles from the group dynamic concept. Besides, to do the pretest and posttest to compare the knowledge, practicing in self-healthcare, and self-esteem measurement before and after the development. Evaluated the anti-HIV drug adherences. The questionnaire’s content were analyzed by 3 experts, the validation of KR – 20 at 0.72 (Knowledge). For the questionnaire on the practice and self-esteem were Conbrach’s alpha coefficient at 0.71 and 0.70, respectively. Quantitative data were analyzed by frequency, mean, and percentage including the follow-up of anti-HIV drug adherence and comparison of mean of knowledge, practice and self-esteem before and after development using Paired t-test whereas

qualitative data were analyzed using the content analysis from the group discussion, in-depth interview and participating observation

Results : Patients were mostly female, age ≥ 41 year old (70.67%), marriage status (73.33%), education in primary school (83.33%), agriculturist (56.67%), average income in 1,001-5,000 THB (80%), single family (66.67%). They were family member in 53.33%, while their couple were the family supporter (56.67%). They mostly living outside the municipality area (80%). From using the developed of the health behavior care model among HIV/AIDS patients found that the self-healthcare behaviors were appropriately improvement, avoiding the narcotics, tobacco, alcohol, safe sex, disciplined on anti-HIV drug consumption and taking anti-HIV drug adherence 100% and 96.67%, respectively. Patients had higher average score on knowledge, practice, and self-esteem statistically significant than prior study implementation ($p < .05$)

Conclusion : The health behavior care model of HIV/AIDS patients who received the anti-HIV by using the group dynamics and social support could induced the patients to have a good discipline on anti-HIV consumption, high anti-HIV drug adherence, and effectively of their self-healthcare.

Keywords : *Health Behavior Care, HIV, Nakhon Phanom*

ความสำคัญ

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งนี้ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีเป้าหมายเพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สิ่งที่สำคัญเพื่อเป้าหมายดังกล่าว นอกเหนือไปจากการรักษาผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตามบทบาทของบุคลากรผู้ให้การรักษาแล้วคือความร่วมมือในการรักษา (Cooperation of Treatment) ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมของบุคคลหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เลือกจะกระทำหรือเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ¹ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้าน การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน (การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย, การรับประทานยา) และด้านการมาตรวจติดตามตามนัด ซึ่งในการที่ผู้ป่วยรายหนึ่งจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีหรือไม่ดีอาจมีสาเหตุมากมายหลายประการโดยศึกษาจากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้² ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวคือความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) และพฤติกรรมแต่ละด้านส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้ายซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยล้วนส่งผลกระทบต่อผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น

ข้อมูลจาก สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานผู้ป่วยเอดส์ ปี 2560 รวมทั้งสิ้น 440,000 ราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 5,500 ราย³ โรงพยาบาลนครพนม จากผลการดำเนินงานในปี 2561 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ ที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งหมด จำนวน 977 ราย เป็นผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนรายใหม่ จำนวน 82 ราย ในปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 24 ราย โรงพยาบาลนครพนมดำเนินการโครงการยาต้านไวรัสเอดส์มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 ให้บริการแบบคลินิกเฉพาะโรคตรวจรักษามีกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ทุกครั้งในวันนัด แต่ทั้งนี้ยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 50 copies เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยาซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อดื้อยาด้านไวรัส และพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งติดเชื้อฉวยโอกาสอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นและสำคัญคือบั่นทอนคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตสั้นลง

ทั้งนี้มีประเด็นที่น่าสนใจคือความสำเร็จในการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นอกจากในด้าน การดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งต้องปฏิบัติตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษาแล้วพฤติกรรม การรักษาของผู้ป่วยเองก็มีความสำคัญ ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนครพนมจึงเห็นว่า ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และเหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนในสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส เนื่องจากกระบวนการกลุ่ม (Group Dynamics) เป็นกระบวนการที่กลุ่มบุคคลมารวมตัวกัน มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน สู่ความสำเร็จของกลุ่ม หรือของงานการลงมือ ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว เป็นกระบวนการที่อาศัยการร่วมแรงกาย แรงใจ ความคิดและความรู้สึกว่า

เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้แรงสนับสนุนจากสมาชิก ในครอบครัว/ญาติ ใช้แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/พยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพ อาสาสมัคร และองค์กรช่วยเหลือ ภายนอก มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวนี้มาเป็นแนวทาง จัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ของ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อให้ ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น ยึดระยะเวลาแสดง อาการเจ็บป่วย สามารถประกอบอาชีพหารายได้ให้ ครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการพัฒนา
3. เพื่อศึกษาร้อยละความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นำกระบวนการ PDCA มาใช้ในการ ศึกษา พัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่ โรงพยาบาลนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน มีเกณฑ์คัดเลือก เป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ไม่เป็นวัณโรค ระยะแพร่เชื้อ เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ดำเนินการศึกษา ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม 2562

ขั้นตอนการศึกษา การศึกษาแบบปฏิบัติการนี้ (Action research) นำกระบวนการ PDCA มาใช้ ดำเนิน การศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน⁽⁴⁾

1. ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P = Plan)

- 1.1) ศึกษารวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่มารับบริการแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม เช่น สถิติข้อมูลผู้มารับ บริการ ข้อมูลการรับยาต้านไวรัส ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัส ข้อมูล การดื้อยา วิเคราะห์สถานการณ์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 1.2) ทบทวนเอกสารตำรา วรรณกรรมและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง
- 1.3) จัดประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่ทีม สุขภาพอื่นๆ อาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อหา สาเหตุเกี่ยวกับปัญหาการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/เอดส์ และออกแบบกิจกรรมรูปแบบการดูแล พฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน
- 1.4) การสะท้อนข้อมูล จากการ เก็บข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนา กลุ่มเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นการดูแล สุขภาพตนเอง รวมถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรม การ ดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รับประทานยาต้านไวรัสไม่ สม่ำเสมอ ทำให้ไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 50 copies เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยา และยังมีพฤติกรรมการแพร่ เชื้อไปยังผู้อื่นโดยไม่ได้ป้องกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนหนึ่งติดเชื้อฉวยโอกาส และพบบางส่วนยังขาดความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์, CD4, การใช้ยาต้านไวรัส, ชาติทักษะในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง, มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวและหน่วยงานจากองค์กรต่างๆ ด้านเงินช่วยเหลือและเงินทุนประกอบอาชีพ เช่น บางรายบอกว่า “ไม่รู้ไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเองเป็นพิเศษจากตอนไม่ติดเชื้อ รู้ว่าต้องกินยาแต่บางครั้งก็เบื่อไม่อยากกิน” “ยุ่งงานอนามัย ไม่ได้ใส่ ผัวหนูไม่ยอมใส่ ก็กินยาเหมือนกัน ไม่เห็นเป็นไร” “บุหรี่ยิ่งดูบ้างเวลากินเหล้าสังสรรค์กับเพื่อน หรือเวลาเครียดๆ” “เงินไม่ค่อยพอใช้จ่าย บางครั้งไม่มีค่ารถมาเอา” ผู้วิจัยสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อรับทราบร่วมกันและจัดทำรูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม 1.5) เสนอแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อหัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อให้ความเห็นชอบในหลักการ 1.6) สร้างแบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

2. ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติ (D = Do)

2.1) สร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย และสมาชิกทีมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วย 2.2) ทดสอบความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองและวัดการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2.3) ดำเนินการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการดำเนินการ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และแลกเปลี่ยนกิจกรรมกลุ่ม เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรับประทานยาสม่ำเสมอ (Adherence), CD4, VL การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว จัด

กิจกรรมกระบวนการกลุ่มย่อย การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อให้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก ดำเนินการเป็นเวลา 2 เดือน

3. ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลการศึกษา (C = Check)

3.1) สะท้อนผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของกลุ่มและผู้วิจัย หลังพัฒนา 1 เดือน ประชุมเพื่อทบทวนปัญหาและผลของการปฏิบัติ 3.2) ผู้ศึกษาประเมินความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองและแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการพัฒนา 2 เดือน

4. ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญห (A = Action) นำผลที่ได้จากการรวบรวม สรุป วิเคราะห์ มาปรับปรุงดำเนินการแก้ไขพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส เตรียมวางแผนการดำเนินการพัฒนาหลังปรับปรุงอีกครั้ง และมีการติดตามผลการใช้เป็นระยะ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความตรงในเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ทดลองใช้และปรับปรุงเครื่องมือเพื่อนำมาใช้เก็บข้อมูลได้จริง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เชิงปริมาณได้แก่ แบบสอบถาม ความรู้โรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพการสมรส การศึกษา ลักษณะครอบครัว สถานภาพทางครอบครัว ผู้ดูแลช่วยเหลือ ลักษณะชุมชนที่อาศัย 2) แบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง 4) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยแยกการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ซึ่งประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ความรู้โรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง และวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

1.3 ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง และวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนและหลังพัฒนา 2 เดือน โดยการทดสอบแบบจับคู่ (Paired t-test)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม

ผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.67 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 20 และระหว่างอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 3.33 สถานภาพโสดร้อยละ 23.33 คู่ร้อยละ 73.33 หม้าย หย่า แยกร้อยละ 3.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 83.33 มัธยมศึกษา ร้อยละ 13.33 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 3.33 อาชีพปัจจุบันมากที่สุด เกษตรกร ร้อยละ 56.67 รับจ้าง ร้อยละ 36.66 ค้าขาย ร้อยละ 6.67

รายได้ของครอบครัว <1,000 บาท ร้อยละ 13.33 1,001-5,000 ร้อยละ 80 5,001-10,000 ร้อยละ 6.67 ลักษณะของครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 66.67 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 33.33 สถานภาพของครอบครัว สมาชิกครอบครัว ร้อยละ 53.33 หัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 46.67 ผู้ดูแลช่วยเหลือมากที่สุด คู่สมรส ร้อยละ 56.67 ญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 36.67 บุตร ร้อยละ 30 ปิตา/มารดา ร้อยละ 26.67 เพื่อนร้อยละ 13.33 ลักษณะของชุมชนที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 80 ในเขตเทศบาล ร้อยละ 20

ผลการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยให้กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ/เอดส์ที่ศึกษาตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ คะแนนความรู้ก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 9.06 คะแนน และคะแนนความรู้หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 13.33 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับคะแนนต่ำ 0-4 คะแนน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 คะแนน ระดับคะแนน ปานกลาง 5-9 คะแนนจำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 60 ระดับคะแนนสูง 10-14 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 หลังการพัฒนาระดับคะแนน ปานกลาง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ระดับคะแนนสูง 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ เรื่อง โรคเอดส์ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 30)

ระดับความรู้	คะแนนก่อนการพัฒนา		คะแนนหลังการพัฒนา	
	จำนวนคน(n)	ร้อยละ	จำนวนคน(n)	ร้อยละ
ระดับสูง	8	26.67	28	93.33
ระดับปานกลาง	18	60	2	6.67
ระดับต่ำ	4	13.33	0	0

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเท่ากับ 23.40 หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเท่ากับ 26.10

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาจำแนก

ตามระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีคะแนนปฏิบัติระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตนระดับมาก จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ดัง รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 30)

ระดับการปฏิบัติ	คะแนนก่อนการพัฒนา		คะแนนหลังการพัฒนา	
	จำนวนคน(n)	ร้อยละ	จำนวนคน(n)	ร้อยละ
ระดับมาก	13	43.33	28	93.33
ระดับปานกลาง	15	50	2	6.67
ระดับน้อย	2	6.67	0	0

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา จากผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการพัฒนา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระดับดี เท่ากับ 3.87 หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 4.11

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการพัฒนา มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองระดับมาก 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 30)

ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง	คะแนนก่อนการพัฒนา		คะแนนหลังการพัฒนา	
	จำนวนคน(n)	ร้อยละ	จำนวนคน(n)	ร้อยละ
ระดับมาก	11	36.66	27	90
ระดับปานกลาง	19	63.33	3	10
ระดับน้อย	0	0	0	0

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ และการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการพัฒนาโดยทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test) แตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการพัฒนา กล่าวคือ หลังการพัฒนา ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม มีความรู้ การปฏิบัติและการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการพัฒนา ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ การปฏิบัติและการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 30)

การพัฒนาแบบการดูแล พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส	ก่อนการพัฒนา $\bar{x}$	หลังการพัฒนา $\bar{x}$	t	p-value
ความรู้	9.06	13.33	9.81	0.000*
การปฏิบัติ	23.40	26.10	6.67	0.000*
การเห็นคุณค่าในตนเอง	3.87	4.11	4.51	0.000*

*P<0.05

ผลการประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence) (เป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 95%) ผลการประเมินพบว่า ส่วนใหญ่รับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ร้อยละ 96 จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.33

กลุ่ม พบว่า ผู้ติดเชื้อมีวิธีการเตือนการกินยาที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือและนาฬิกาปลุก บางรายดูเวลาเคารพธงชาติ เวลาข่าวในพระราชสำนัก คู่สมรส กินยาเวลาเดียวกันเตือนกัน บุตรช่วยเตือน พกยาติดตัวตลอดเวลา จัดยาใส่ตลับ เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนา

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence)

Adherence	จำนวน	ร้อยละ
100	29	96.67
96	1	3.33

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา การพัฒนาแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าระดับ

ความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่หลังการพัฒนา มีคะแนนสูงขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรม ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ภายในกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี การให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิก จะช่วยให้สมาชิกได้รับการสนับสนุน ได้วิธีการแก้ปัญหา กระบวนการกลุ่มจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นำไปปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ การได้รับความรู้และข้อมูลจากทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ทั้งในส่วนของเรื่องโรค การรักษา รวมถึงข้อมูล และคำแนะนำการดำเนินชีวิต การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อผู้ติดเชื้อต้องการ ตลอดจนมีการพบกลุ่มของจิตอาสากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านร่างกาย รวมถึงด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจเพื่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศทั้งในยุโรปและแอฟริกา^{5,6,7} ต่างพบว่า การได้รับการดูแล ให้ข้อมูลและช่วยสนับสนุนในสิ่งที่จำเป็น ซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ข้อมูลจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพ จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและคุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความพึงพอใจในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ตระหนักในความสำคัญตนและรู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่า สนใจดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถตน คือภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ผลการประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence) (เป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 95%) พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 คิดเป็นร้อยละ 96.67 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อสนใจดูแลตนเอง มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ต่อเนื่อง ตรงเวลา ความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอจะส่งผลดีต่อการรักษาทำให้มีชีวิที่ยืนยาว⁸ ซึ่งการพัฒนาโดยจัดและเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แสดงความคิดเห็น ร่วมแก้ไขปัญหา การ

มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกกิจกรรม และได้รับการส่งเสริม ภาวะสุขภาพให้แข็งแรง มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มีการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้มีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

ข้อสรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ต่อเนื่อง ตรงเวลาและมีการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ ยุทธชัย ตริสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพนม

บุคลากรทีมสหวิชาชีพ คลินิกยาต้านไวรัส และทีมผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

เอกสารอ้างอิง

1. Dracup, K.A., & Meleas, I.A. Compliance : An interactionist approach. Nursing Research 1982; 31(1): 31-2.
2. Schwartz, N.E. Nutritional Knowledge attitude , and practices of high school. J AM Diet Assoc 1975; 66(1):28 – 31.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560

4. อภิญญา จำปามูล. แนวทางการปรับปรุงคุณภาพ. เอกสารประกอบการสอนวิชาการจัดการคุณภาพทางการพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549
5. Garrido-Hernansaiz H, Alonso-Tapia J. Associations Among Resilience, Posttraumatic Growth, Anxiety, and Depression and Their Prediction From Stress in Newly Diagnosed People Living With HIV. J Assoc Nurses AIDS Care 2017; 28:289-94.
6. Halkitis PN, Krause KD, Vieira DL. Mental health, psychosocial challenges and resilience in older adults living with HIV. Interdiscip Top Gerontol Geriatr 2017; 42:187-203.
7. Subramaniam S, Camacho LM, Carolan MT, Lopez-Zeron G. Resilience in low-income African American women living and aging with HIV. J Women Aging 2016; 1-8.
8. เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, ธันยวีร์ ภูธนกิจ, โอภาส พุทธเจริญ, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, วินัย รัตนสุวรรณ, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล, และคณะ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ชฎารัตน์ ภูโอบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

270 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล และอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest design) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 2 กลุ่ม คือ พยาบาล จำนวน 16 คน และผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยไม่มีปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 63 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย แผนการอบรมและคู่มือเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ บอร์ดแสดงผลการให้ข้อมูลย้อนกลับ โปสเตอร์เตือน และอุปกรณ์สนับสนุน ได้แก่ หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ในการทำมาสะอาดมือ และอุปกรณ์วัดดวงตาเตียง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาล แบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล และแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้และสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องก่อนและหลังส่งเสริมการปฏิบัติด้วยสถิติ Paired t-test และไคสแควร์ตามลำดับ และใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ ในการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังส่งเสริมการปฏิบัติ

ผลการศึกษา : ภายหลังการส่งเสริมปฏิบัติ พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 11.31 คะแนน เป็น 17.06 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สัดส่วนในการปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.06 เป็นร้อยละ 75.11 โดยเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 18.29 ครั้ง เป็น 5.43 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ($RR = 5.17$, 95% CI:2.17-11.54)

ข้อสรุป : การส่งเสริมการปฏิบัติโดยใช้กลยุทธ์หลายวิธี เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงควรส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องในหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ : การส่งเสริมการปฏิบัติ ปอดอักเสบ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

Effects of Promoting Practice in Prevention of Pneumonia on Knowledge and Practice of Nurses and Incidence of Ventilator-associated Pneumonia

Chadarat Puoub

Intensive Care Unit Nursing Group, Nursing Division, Nakhonphanom Hospital

270 Apibalbanha Road Distric in in the city . Mueang Distric Nakhon Phanom Province.

Abstract

Objectives : To compare knowledge score and the proportion of nurses' correct practices and incidents of ventilator-associated pneumonia before and after promotion of practices under the guidelines of prevention of ventilator-associated pneumonia.

Materials and Methods : This study was the quasi experimental research in one group pretest-posttest design conducted in Surgical Intensive Care Unit of Nakhonphanom Hospital. The study period was 6 months from September 2019 to February 2020. The sample groups were divided into 2 groups consisting of 16 nurses and 63 patients using ventilator without ventilator-associated pneumonia. The research tools were comprised of training plan and manual of practices to prevent ventilator-associated pneumonia, feedback board, warning poster, and supplementary equipment such as surgical masks, hand sanitizers and bedside angle measuring devices. Data collection tools included general questionnaires for nurses, tests of knowledge of ventilator-associated pneumonia prevention, records of nursing practice observations, and records of infection monitoring in the hospital. The data was analyzed by using descriptive statistics to compare the knowledge score and the proportion of nurses' correct practices before and after promotion of practices to obtain paired t-test and chi-square, respectively, and using relative risk to compare the incidents of ventilator-associated pneumonia before and after promotion of practices.

Results : After the promotion of practices, the nurses had higher knowledge score from 11.31 to 17.06 points, which was statistically significant ($p < .001$). The overall proportion of nurses' correct practices was higher from 43.06 percent to 75.11 percent in all activities, which was statistically significant ($p < .001$), and the incidents of ventilator-associated pneumonia reduced from 18.29 times to 5.43 times per 1,000 days of ventilator usage ($RR = 5.17$, 95% CI:2.17-11.54).

Conclusion : Promotion of practices by implementing multimodal strategies are important for prevention of ventilator-associated pneumonia. Therefore, correct practices should be promoted in other wards where there are patients using ventilators.

Keywords : Promotion of practices, pneumonia, prevention of ventilator-associated pneumonia

ความสำคัญ

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia [VAP]) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วันโดยนับจากวันแรกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและภายใน 2 วันแรกหลังเอาท่อช่วยหายใจออก¹ พบเป็นอันดับแรก ๆ ของกลุ่มโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและพบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักได้ถึงร้อยละ 20-50² ความเสี่ยงของการเกิด VAP จะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกิน 24 ชั่วโมง จะเกิด VAP ร้อยละ 6-12 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28 ถ้าใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกิน 48 ชั่วโมง³

สาเหตุหลักของการเกิด VAP เกิดจากการสูดสำลักเอาเชื้อที่อยู่ในปากและลำคอเข้าไปในทางเดินหายใจส่วนล่าง หรือสูดเอาเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจซึ่งอาจปนเปื้อนตั้งแต่กระบวนการใส่ท่อช่วยหายใจ กระบวนการดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การได้รับยาลดกรด การได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ⁴ ร่วมกับปัจจัยด้านการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีผลโดยตรงต่อการเกิด VAP เช่น การดูดเสมหะ การพ่นยา การให้อาหารทางสายยาง การไม่เปลี่ยนที่ค้างอยู่ในวงจรสายเครื่องช่วยหายใจ (respirator circuit) การปนเปื้อนขณะปลดและต่อเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการทำความสะอาดมือ^{5,6}

ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลรักษาของโรงพยาบาล เนื่องจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล (Healthcare-associated Infections [HAI]) ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 6 – 16 วัน⁷ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานๆ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อดื้อยาตามมา ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น 26,690 บาทต่อการเกิด VAP 1 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นค่ายาต้านจุลชีพมากถึงร้อยละ 75.3 ที่สำคัญเกิดอัตรา

การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 9⁸ แต่ถ้าหากติดเชื้อในระยะหลังของการใช้เครื่องช่วยหายใจ (late onset) อัตราการเสียชีวิตจะสูงถึงร้อยละ 66.67⁹ นอกจากนี้ ผลกระทบที่เกิดต่อโรงพยาบาลส่งผลให้มีอัตราการครองเตียงสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยอื่นได้ บุคลากรการแพทย์มีการงานเพิ่มขึ้นซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง¹⁰

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่รวบรวมมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา¹¹ และสมาคมพยาบาลวิชาชีพสหรัฐอเมริกา¹² ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องและกำหนดเป็นแนวทางเพื่อช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างได้ผล และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล¹³ ได้สรุปเป็นกลุ่มการปฏิบัติ (care bundle) เรียกว่า WHAPO ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้ (Weaning) การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) การป้องกันการสำลัก (Aspiration precaution) การป้องกันการปนเปื้อน (Prevent contamination) และการทำความสะอาดช่องปากและฟัน (Oral care) จากผลการใช้ WHAPO ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิด VAP ลดลงเท่ากับ 15.15 ครั้ง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ เกิด VAP 56.45 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁴ และในโรงพยาบาลระดับทั่วไป พบอัตราการเกิด VAP ลดลงจาก 14.98 ครั้ง เป็น 3.42 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁵

อย่างไรก็ตามการให้การพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้หรือการรับรู้แนวทางการปฏิบัติเท่านั้น แต่จะขึ้นอยู่กับว่าจะทำอะไรให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ เพราะหากพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จะมีผลต่อการเกิด VAP¹⁶ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลยังมีการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการเกิด VAP ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอัตราการล้างมือเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบเพียงร้อยละ 18 และไม่สวมถุงมือขณะ

ทำความสะอาดช่องปากและฟันผู้ป่วยร้อยละ 23¹⁷ สำหรับในกิจกรรมอื่นๆ พยาบาลมีการปฏิบัติในแต่ละหมวดกิจกรรมตามแนว WHAPO เพียงร้อยละ 55.6 – 61.5 เนื่องจากขาดความรู้ ผู้ปฏิบัติเกิดความไม่แน่ใจ มีภาระงานมากเกินไป ขาดการกระตุ้นจิตใจในการปฏิบัติและการสนับสนุนอุปกรณ์ไม่เพียงพอ¹⁸ ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความตระหนัก และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAP จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติ พบว่า ควรใช้กลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการปฏิบัติประกอบกัน อาทิเช่น นอกจากการให้ความรู้ ยังต้องมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) การติดโปสเตอร์เตือน รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอ และสะดวกในการใช้ เป็นต้น จากข้อมูลการศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งใช้กลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริม พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 90 ในกิจกรรมการทำความสะอาดมือ การทำความสะอาดปากฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การดูแลความสะอาดของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลห่มหะ ส่วนกิจกรรมการวัด cuff pressure มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.90¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ ควบคุมการติดเชื้อเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ.2562 พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในทุกกิจกรรมได้ถึงร้อยละ 87–91 เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการส่งเสริมปฏิบัติได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 58–70²⁰ และผลจากการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิด VAP จาก 12.09 ครั้ง เป็น 7.58 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁹

โรงพยาบาลนครพนม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 35 รายต่อวัน จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก 5.73 – 11.06 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ต้องต่ำกว่า 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ถึงแม้ว่าคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP มาอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันได้ใช้ WHAPO bundle มาเป็นเวลา 4 ปี ร่วมกับประเมินนิเทศติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลปฏิบัติไม่ถูกต้องในแต่ละกิจกรรมและต่ำกว่าเกณฑ์ไม่ถึงร้อยละ 80 ตามเป้าหมายรวมถึงมีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเกิด VAP โดยคาดว่าจะช่วยกระตุ้นให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้นและส่งผลให้อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การส่งเสริมการปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ตามกรอบแนวคิด PRECEDE MODEL²¹ ในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลในด้านความรู้ เพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจประพฤติปฏิบัติ 2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อบุคคลให้ยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมนั้น 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนด้านต่างๆ ให้เพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้ ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยนำ และใช้การกระตุ้นเตือนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้รางวัลและคำชมเชย เป็นปัจจัยเสริม ส่วนในด้านปัจจัยเอื้อเป็นการสนับสนุนหาอุปกรณ์ให้เพียงพอและอุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนให้สะดวกแก่การปฏิบัติ โดยหวังว่า 3 ปัจจัยนี้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตามกิจกรรมที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา¹¹ และสมาคมพยาบาลวิชาชีพสหรัฐอเมริกา¹² กำหนดเรียกว่า WHAPO ประกอบด้วย การหย่าเครื่องช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้ (Weaning) การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) การป้องกันการสำลัก (Aspiration precautions) การป้องกันการปนเปื้อน (Prevent contamination) และการทำความสะอาดช่องปากและฟัน (Oral care)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการ

ทดลอง (One Group Pretest-Posttest design) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาล และอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติ ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือนตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. พยาบาลที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sample) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งหมด 16 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกราย ในช่วง เดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563

2. ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่มีปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติ จำนวน 36 ราย และกลุ่มหลังการส่งเสริมการปฏิบัติ จำนวน 27 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการอบรมเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คู่มือการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ บอร์ดและจดหมายปิดผนึกในการให้ข้อมูลย้อนกลับ โพสต์เตอร์เตือนอุปกรณ์ในการทำความสะอาดมือ อุปกรณ์วัดค่าเตียงและหน้ากากอนามัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก และข้อมูลการได้รับการอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย เรื่องที่ได้รับการอบรม ปีที่รับการอบรม และจำนวนครั้งในการอบรมหรือสัมมนา รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2.2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งว่าข้อคำถามนั้น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ

2.3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นแบบการตรวจสอบรายการ (checklist) ตามกิจกรรมการปฏิบัติ ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้ (Weaning) การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) การป้องกันการสำลัก (Aspiration precautions) การป้องกันการปนเปื้อน (Prevent contamination) และ การทำความสะอาดช่องปากและฟัน (Oral care) รวม 10 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในกิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้อง หรือ X ในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ

2.4 แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เลขที่ผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรคแรกรับ อาการสำคัญ โรคประจำตัว วันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม จำนวนวันรวมที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก การรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย จำนวนวันรวมที่การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การได้รับอาหารทางสายยาง การได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ การได้รับการ

ผ่าตัด การได้รับยาต้านจุลชีพ การได้รับการพ่นยา การได้รับยาป้องกันการเกิดแผลกดทับ การได้รับยานอนหลับ รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ และการสรุปผลของการเกิดและไม่เกิดปอดอักเสบจากการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา การศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาล แบบวัดความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สุ่มสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล และเฝ้าระวังปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 2 การส่งเสริมปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 4 เดือน โดยมีกิจกรรมการส่งเสริม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แจกคู่มือ และ สื่อ power point เรื่องการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทางอินเทอร์เน็ตออนไลน์ 2) การติดโปสเตอร์เตือน 3) การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลและภาพรวม 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดมือ และ อุปกรณ์วัดอุณหภูมิ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการส่งเสริมการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยดำเนินการเหมือนระยะที่ 1 ยกเว้นการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และความแปรปรวน
2. ข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติ คำนวณเป็น

ความถี่ และค่าร้อยละ

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังโดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบสัดส่วนของการปฏิบัติที่ถูกต้องระหว่างก่อนและหลัง โดยใช้สถิติไคสแควร์

5. คำนวณหาอุบัติการณ์ของการเกิด VAP ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ จากสูตร

$$\text{อุบัติการณ์การเกิด VAP} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ}}{\text{จำนวนวันรวมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 1,000$$

6. เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังส่งเสริมการปฏิบัติ โดยใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk)

ผลการศึกษา

พยาบาลมีอายุระหว่าง 26 – 53 ปี เฉลี่ย 36 ปี ช่วงอายุมากที่สุด 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระยะเวลาในการปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก 4-32 ปี เฉลี่ย 13.94 ปี ประสบการณ์ในการทำงานในผู้ป่วยหนักเกิน 10 ปี มีถึงร้อยละ 50 จบระดับการศึกษาปริญญาโท 1 คน และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (4 เดือน) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 31.25 และเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 68.75 ในจำนวนนี้ผ่านการอบรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 12.50

ก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 11.31 คะแนน หลังได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติ (n=16)

คะแนนความรู้	Mean ± S.D.	Range	t	p-value
ก่อน	11.31 ± 2.21	7 - 15	9.05	.001
หลัง	17.06 ± 1.95	14 - 20		

หมายเหตุ : คะแนนเต็ม 20 คะแนน

หลังการส่งเสริมการปฏิบัติ พยาบาลมีส่วนร่วมการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.06 เป็นร้อยละ 75.11 กิจกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 90 คือ ยกหัวเตียงสูง 30-45 องศา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 97.26 และเปลี่ยน circuits เมื่อปนเปื้อน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.27

เป็นร้อยละ 90.41 ส่วนกิจกรรมที่มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุดไม่ถึงร้อยละ 70 คือ การแปรงฟันทุก 12 ชั่วโมง การทำความสะอาดก่อน suction และการดูแลเสมหะเมื่อจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 68.75, 62.34 และ 60.27 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลก่อนและหลังการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำแนกตามหมวดกิจกรรม (WHAPO)

กิจกรรม	ก่อน		หลัง		x ²	p-value
	ปฏิบัติถูกต้อง	ร้อยละ	ปฏิบัติถูกต้อง	ร้อยละ		
1. การหย่าเครื่องช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้	17/60	28.33	58/73	79.45	34.994	.001
2. การทำความสะอาดมือ						
ก่อน suction	15/69	21.74	48/77	62.34	22.824	.001
หลัง suction	36/69	52.17	68/77	88.31	23.192	.001
3. การป้องกันการสำลัก						
ยกหัวเตียงสูง 30-45 องศา	46/69	66.67	71/73	97.26	22.887	.001
วัด cuff pressure เวนระยะ 1 ครั้ง	19/60	31.67	39/55	70.91	17.677	.001
4. การป้องกันการปนเปื้อน						
เปลี่ยน circuits เมื่อปนเปื้อน	51/66	77.27	66/73	90.41	4.491	.034
หน้ากากใน circuits	16/57	28.07	48/66	72.73	24.438	.001
ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น	19/69	27.54	44/73	60.27	15.402	.001
5. การทำความสะอาดช่องปาก						
แปรงฟันทุก 12 ชม.	20/54	37.04	44/64	68.75	11.867	.001
เช็ดช่องปากด้วย 0.12% CHG Mouth wash	31/54	57.41	48/64	75.00	4.097	.043
รวม	270/627	43.06	522/695	75.11	74.920	.001

อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติลดลงจาก 18.29 ครั้ง เป็น 5.43 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดเกิด VAP ก่อนและหลังการส่งเสริมการปฏิบัติ

	จำนวนวันใช้ เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	จำนวนการติดเชื้อ (ครั้ง)	อุบัติการณ์ (ครั้งต่อ 1,000 วันใช้ เครื่องช่วยหายใจ)	RR (95% CI)	P-value
ก่อน	164	3	18.29	5.17	.001
หลัง	184	1	5.43	(2.17-11.54)	

อภิปรายผล

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล

ก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 11.31 คะแนนหลังได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) ตรงกับสมมุติฐานข้อที่ 1 คะแนนความรู้ก่อนการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องจากเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 68.75 ในจำนวนนี้ผ่านการอบรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 12.50 อาจทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่หลังได้รับการอบรมผ่านไป 3 เดือน ทำให้คะแนนความรู้สูงขึ้น อธิบายได้ว่า ความรู้ เป็นปัจจัยนำในการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลได้รับรู้ข้อเท็จจริงที่จะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปเป็นความคิดรวบยอด ทำให้เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญตามความรู้ที่ได้รับมา และสามารถตัดสินใจได้ว่าถูกต้อง²² การวิจัยครั้งนี้ อบรมให้ความรู้โดยบรรยาย ร่วมกับเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์มาอภิปรายร่วมกัน มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของสโลเวนสกีและพอสเตียน²³ เหมาะกับช่วงอายุของพยาบาลเฉลี่ย 36 ปี ช่วงอายุมากที่สุด 30-40 ปี ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้โดยเฉพาะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานที่ต้องปฏิบัติจึงยิ่งทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การใช้สื่อประสมในการอบรมให้ความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การนำเสนอโดยใช้โปรแกรมไมโครซอฟท์ เพาเวอร์พอยท์ ประกอบภาพเคลื่อนไหว ร่วมกับสาธิตและการฝึกปฏิบัติ วิธีนี้จะกระตุ้นความสนใจและตั้งใจให้อยากเรียน²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบและอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ พบว่า หลังได้รับการสอนด้วยสื่อประสมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น²⁵ ภายหลังการอบรมผู้วิจัยยังได้แจกคู่มือในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจฉบับย่อให้แก่พยาบาล รวมทั้งคู่มือและสื่อโปรแกรมไมโครซอฟท์เพาเวอร์พอยท์เชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ต (online) ทำให้พยาบาลสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองซ้ำๆ ตามต้องการ จึงอาจเป็นผลให้คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้น

เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ภายหลังการส่งเสริมการปฏิบัติ พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.06 เป็นร้อยละ 75.11 และเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม (ตารางที่ 2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับสมมุติฐานข้อที่ 2 อาจเนื่องมาจากผลของ 3 ปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE MODEL (1) เริ่มจากปัจจัยนำ คือ การอบรมให้ความรู้ที่ใช้วิธีสาธิตและการฝึกปฏิบัติในเรื่องเทคนิควิธี การดูแลเสมหะ การวัดความดันในกระเปาะหลอดลมคอ และการทำความสะอาดมือ โดยให้พยาบาลทุกคนมีการสาธิตย้อนกลับด้วยตนเอง ทำให้พยาบาลนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้อย่างถูกต้อง วิธีการให้ความรู้และการสาธิตดังกล่าวข้างต้นทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอนได้ดีกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว²⁶ ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การกระตุ้นเตือนด้วยการติดโปสเตอร์โดยใช้ข้อความสั้นๆ กระชับ เข้าใจง่าย ใช้สีที่ชัดเจนและสะดุดตา โดยติดไว้ในบริเวณที่เห็นได้ชัดและใกล้กับบริเวณที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ และเปลี่ยนรูปแบบแต่เนื้อหาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกๆ เดือนโดยหวังว่าการติดโปสเตอร์จะเป็นที่สนใจและเกิดการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของแซ็ก และคณะ²⁷ พบว่า การติดโปสเตอร์เตือนในบริเวณที่ปฏิบัติงานในเรื่องการปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผลทำให้บุคลากรทางสุขภาพมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัย ให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีหลังการปฏิบัติงาน ทั้งที่ปฏิบัติถูก ได้กล่าวชมเชย และถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและเหตุผลให้ทราบ โดยไม่มีการตำหนิ ข้อความเหล่านี้เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล ด้วยการส่งข้อความทางโปรแกรมบนมือถือไลน์ แอปพลิเคชัน (Line Application) การให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีในลักษณะนี้จะทำให้พยาบาลยังจดจำเหตุการณ์ได้ และยอมรับสิ่งที่ปฏิบัติ จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ในคราวต่อไป²⁸ นับว่า เป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและเป็นกระบวนการตรวจสอบซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นให้การปฏิบัติมีความยั่งยืน²⁹ ในส่วนของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอหาได้ง่าย และเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ได้แก่ กระดาษเช็ดมือ และกล่องใส่กระดาษเช็ดมือ เครื่องจ่ายน้ำยาทำความสะอาดมืออัตโนมัติ ติดอุปกรณ์การวัดองศาระดับหัวเตียง สิ่งอำนวยความสะดวกนี้มีผลทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับหลายๆ การศึกษาที่มีการสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานล้วนส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น^{19,30,20}

เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติลดลงจาก 18.29 ครั้ง เป็น 9.62 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อาจเนื่องจากการส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม ย่อมส่งผลผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติ จาก 12.90 เป็น 7.58 ครั้งต่อ 1,000

วันใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁹ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มการปฏิบัติ (care bundle) “WHAPO” เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิง ถ้าสามารถปฏิบัติตามแนวทางนี้ได้ถูกต้องในทุกกิจกรรม ก็จะสามารถลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้จริง ดังการศึกษาของนวลสวาท นภาสกุล¹⁵ ศึกษาผลของการใช้ WHAPO พบว่า อัตราการเกิดปอดอักเสบลดลงจาก 14.98 ครั้ง เป็น 3.42 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อสรุป

ผลการวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้กลยุทธ์หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ การติดโปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ สามารถส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการปฏิบัติได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความปลอดภัยและช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องในหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าทีมพยาบาลควรติดตามนิเทศ หรือตรวจสอบการปฏิบัติของพยาบาล และให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3. ควรมีการจัดกิจกรรมการทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
4. ร่วมมือกับทีมแพทย์ที่รักษาเพื่อให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจมีแนวทางที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. 2017 [cited 2019 Aug 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/6pscVAPcurrent.pdf>
- National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS). System Report, data summary from January 1992 through June 2004. AJIC 2004;32:470-485.
- Bouadma L, Mourvillier B, Deiler V, Le Corre B, Lolom I, Régnier B, et al. A multifaceted program to prevent ventilator-associated pneumonia: impact on compliance with preventive measures. Crit Care Med 2010;38(3):789-96.
- Keyt H, Faverio P, Restrepo M. Prevention of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: A review of the clinically relevant recent advancements. Indian J Med Res 2014;139(6):814-821.
- Adams AE, White CL, Kennedy GT. Implementing an evidence-based intervention to improve care for ventilator-dependent residents in a nursing home facility. Clinical Nursing Studies 2015;3(2):109-114.
- ศิรินาฏ สอนสมนึก, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, สุปรีดา มั่นคง. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560;23(3):284-297.
- Schleder BJ. Taking charge of hospital-acquired pneumonia. Nursing Practitioner 2004;29(3):50-53.
- เพ็ญศรี ละออ, รัตนา เอกจริยาวัฒน์. อุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลนครนายก. ว.วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2553;4(1):9-18.
- Gadani H, Vyas A, Kar AK. A study of ventilator-associated pneumonia: Incidence, outcome, risk factors and measures to be taken for prevention. Indian J Anaesth 2010;54(6): 535-540.
- Bartlett JG. Management of Respiratory tract infection. 2nded. Pennsylvania Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003 recommendations of the CDC and the healthcare infection control practices advisory committee. Respiratory Care;49(8):926-939.
- American Association of Critical-Care Nurses. AACN Practice Alert: Ventilator Associated Pneumonia. AACN Advanced Critical Care 2005. P. 105-9.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Patient Safety Goal : SIMPLE. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.); 2551.
- เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม. ว.วิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา 2562;25(1):25-42.

15. นวลสวาท นาสกุลคุ. ผลของการใช้ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2557. ว.โรงพยาบาลนครพนม 2557;1(3):116-22.
16. Kaynar AM, Mathew JJ, Hudlin MM, Gingras DJ, Ritz RH, Jackson MR, et al. Attitudes of respiratory therapists and nurses about measures to prevent ventilator-associated pneumonia: a multicenter, cross-sectional survey study. *Respir Care* 2007;52(12):1687-94.
17. Cason CL, Tyner T, Saunders S, & Broome L. Nurses' Implementation of Guidelines for Ventilator-Associated Pneumonia From the Centers for Disease Control and Prevention. *American journal of critical care* 2007;16(1):28-37.
18. จันทร์ทิตรา เจียรณัย และศรีัญญา จุฬาริ. พฤติกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. ว.การพยาบาลและการศึกษา 2555;3(3):16-27.
19. พนิดา กาวินา, ทองปาน เงือกงาม และศรีสุดา อัสวาลังกูร. ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. ว.กองการพยาบาล. 2560;44(3):34-57.
20. ขวีกา มีสวัสดิ์. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติควบคุมการติดเชื้อเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. ว.สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้. 2562;33(4):16-23.
21. GREEN LW, KREUTER MW. Health program planning: an educational and environmental. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
22. สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: ธีระป้อมวรรณกรรม; 2544.
23. Slovensky DJ, Paustian PE. Training the adult learner in health care organizations. Guide to effective staff development in health care organizations, New York;2002.
24. ชัยยงค์ พรหมวงศ์. เทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2532.
25. ภาวิดา เล็กภูมิกรณ์. ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบ และอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2554;21(1):4-17.
26. Schneider N, Gallego E, Fracaro M. The Use of Video in Infection Control. *AJIC* 2004;32(3):E129.
27. Zack JE, Garrison T, Trovillion E, Clinkscale D, Coopersmith CM, Fraser VJ, et al. Effect of an education program aimed at reducing the occurrence of ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Med*. 2002;30(11):2407-12.
28. Feet DDV, and Peterson TO. Contemporary management. 3rd ed. Boston:Houghton Mifflin;1994.
29. Adams AE, White CL, and Kennedy GT.Implementing an evidence-based intervention to improve care for ventilator-dependent residents in a nursing home facility. *Clinical Nursing Studies* 2015;3(2):109-114.
30. ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า และณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลาง. ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ. *Nursing Journal* 2015;42:95-104.

การพัฒนารูปแบบ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย

กุลภากร ปัญสวัสดิ์* พยาบาลวิชาชีพ อรอนันท์ ไสแสง** พยาบาลวิชาชีพ วาสนา แก่นกุล*** พยาบาลวิชาชีพ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี และ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน 1.) ขึ้นวางแผนปรับปรุงแผน 2.) ขึ้นปฏิบัติการ 3.) ขึ้นสังเกตการณ์ และ 4.) ขึ้นสะท้อนผล ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจำนวน 5 ราย ผู้นำชุมชนและอสม. จำนวน 15 ราย สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงจิตอาสาจำนวน 35 ราย ระยะเวลาในการศึกษา มีนาคม 2561 ถึง กันยายน 2561 พื้นที่ในการวิจัย ชุมชนในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : 1.) ระยะศึกษาสถานการณ์ ในชุมชนที่สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 150 ราย พบว่า อายุเจ้าหน้าที่มากที่สุดร้อยละ 74.28 รองลงมาสถานที่ตรวจห่างไกลร้อยละ 62.85 ไม่ทราบประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 43.33 กลัวพบโรคร้อยละ 20 และไม่มีเวลาร้อยละ 15 2.) ระยะปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ผู้นำชุมชน อสม. ปรับวิธีการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่นอกพื้นที่เป็นผู้ตรวจคัดกรอง ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ Liquid based วัสดุในการตรวจใช้ Disposable Speculum รายงานผลตรวจภายใน 2 สัปดาห์ ดำเนินการจัดบริการในโรงพยาบาลและเชิงรุกในชุมชน รับสมัครสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงจิตอาสาจำนวน 35 ราย โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ 3.) ระยะประเมินผล สตรีจิตอาสาออกให้ความรู้เชิงรุกในชุมชนโดยชักชวน โฉมน้าวสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ามารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79.88

ข้อสรุป : การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลหนองคาย โดยการจัดบริการ โปรแกรมและจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเผยแพร่ความรู้ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการมากขึ้น

ความสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30 - 60 ปี

Development of Cervical Cancer Screening Model for Women aged 30 – 60 years in Primary Care Cluster Nongkhai Hospital

1. Kunpaphon Phasawat*, RN., 2. Onanan Saiseang**, RN., 3. Wassana Keankoon***, RN.

Social Medicine Department of Nongkhai Hospital Nongkhai Municipality Nongkhai Province 43000

Objectives : The purpose is to study the situation, context factors that related to cervical cancer, cervical cancer screening model among high-risk women aged 30 – 60 years and the result of using new cervical cancer screening model at primary care cluster Nongkhai Hospital.

Methodology and methods : This study is action research. There are 4 steps, include; 1.) Planning and Improvement, 2.) Action Period, 3.) Observation and 4.) Reflection. The data provider consists of 5 staffs, 15 community leaders, 15 volunteers and 35 high-risk women. The period of this study was from February to September 2018. Communities at primary care cluster Nongkhai Hospital were the conduct and study area. Three conducting research namely; 1.) Situation analysis, 2.) Action period and 3.) Evaluation period. Analyze quantitative data by using descriptive statistics, the different of mean scores, plan with Paired t-test and qualitative data was analyzed by content analysis

Results : There are 3 factors periods of the research result. 1.) Education analysis period, many reasons that make the women did not come to cervical cancer screening 150 sample are embarrassment of staff 74.28 percent, the remote inspection location 62.85 percent, did not know the benefits of mechanical's cervical cancer screening, afraid of discovering the disease 20 percent and not having time 15 percent. 2.) Action period: first of all, the researcher convened a meeting of staffs, community leaders and volunteers. Then adjust the cervical cancer screening method by using outside staffs and, disposable speculum and Liquid Based cytology. After that, notify the result within 2 weeks. Last, proactively and providing services and recruit 35 high-risk women to be a role model. Last, organize education and health belief model plans. The average comparison result between before and after implementation were significantly different at 0.05 ($p < 0.05$). 3.) Evaluation period, after the proactively provide cervical cancer screening knowledge in the communities and persuade with high-risk women aged 30 -60 years who did not take the cervical cancer screening, causing those women to come for cervical cancer screening rate increase to 78.88 percent.

Conclusions : The new cervical cancer screening model innovation has been used for encourage the high-risk women to receive cervical cancer screening service at primary care cluster Nongkhai Hospital in order to maximize benefits to clients.

Keywords : Development of Cervical Cancer Screening Model for Women aged 30 – 60 years

ความสำคัญ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของสตรีทั่วโลก จากรายงานของ International Agency for Research on Cancer (2018)¹ พบผู้ป่วยรายใหม่ 569,847 ราย และมีผู้เสียชีวิต 311,365 ราย ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นเดียวกัน จากสถิติในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยรายใหม่ราว 62,406 ราย และผู้ป่วยครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตลง ประเทศอินโดนีเซียมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 23.4 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ โดยส่วนใหญ่พบในสตรีอายุระหว่าง 35-60 ปี ในปี 2557 มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 5,513 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 รายต่อประชากร 100,000 ราย (Cancer in Thailand 2013-2015)² และจากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 2,251 ราย หรือคิดเป็น 6.8 รายต่อประชากร 100,000 ราย สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญ คือ การติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) โดยเฉพาะเชื้อไวรัสสายพันธุ์ HPV 16 และ 18 สามารถก่อให้เกิดโรคได้ถึงร้อยละ 70 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)⁴ โดยไวรัสจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกและกลายเป็นมะเร็งได้ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกหากเป็นระยะเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มต้นหรือที่เรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง (Pre invasive lesion) ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติ ถ้าตรวจพบในระยะนี้จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในประเทศที่พัฒนาแล้วและสามารถควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกได้สำเร็จคือควรมีการจัดให้มีระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมร้อยละ 80 ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย และมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุก 3-5 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)⁵

งานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30 – 60 ปี ปัญหาที่พบในประเทศไทย คือมีอัตราการตรวจคัดกรองต่ำ และไม่ครอบคลุม³ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รายงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ปี (2558-2560) คิดเป็นร้อยละ 54.95⁶ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสม ปี (2558-2560) คิดเป็นร้อยละ 17.96⁷ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 65)⁸ ที่กำหนดคือร้อยละ 65⁸ เพื่อแก้ปัญหาหน้างานดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรี กลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย โดยการมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้รับบริการ ซึ่งรูปแบบเดิมเจ้าหน้าที่ออกแบบกิจกรรมการตรวจคัดกรองทั้งหมด การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ใช้แนวคิด Kemmis & McTaggart (1988)⁹ และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (จุฬารัตน์ โสตะ)¹⁰ เพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น และนำมาเป็นรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหน่วยบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ของ Stephen Kemmis and Robin Mctaggart, (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 รอบ

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในชุมชนที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ จำนวน 150 ราย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 5 ราย ผู้นำชุมชนและ อสม. 15 ราย สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงจิตอาสาอายุ 30-60 ปี จำนวน 35 ราย (ตัวแบบ) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากรายงานก่อนหน้า¹¹อาศัยอยู่ในชุมชนเขตรับผิดชอบตลอดปี 2560 มีสถิติสัมปัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและตอบคำถามได้ไม่เคยผ่าตัดเอามดลูกและปากมดลูกออก ระยะเวลาในการศึกษา มีนาคม 2561 ถึง กันยายน 2561

ขั้นตอนในการศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 3 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการ 2. ระยะปฏิบัติการวิจัย 3. ระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจงชุมชนในเขตรับผิดชอบที่มีสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ 2. ระยะปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ขั้นวางแผน (Plan) ศึกษาสภาพปัญหา/บริบท/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สาเหตุของปัญหา/ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยการสังเกตสภาพทั่วไปของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ศึกษาจากเอกสาร/รายงานในปีที่ผ่านมา ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนและจากรายงาน สังเกต สัมภาษณ์แบบเจาะ

ลึกในประเด็นที่ต้องการ ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและปัญหา ร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน/อสม. ผู้รับบริการ โดยวิธีการสนทนากลุ่มนำมาวางแผนการพัฒนารูปแบบใหม่ 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) จัดกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ตามแผนที่วางไว้ 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) สังเกต ควบคุมกำกับ นิเทศและติดตามการดำเนินงาน ประเมินผลระหว่างดำเนินการก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม 4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) อุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมทั้งแนวทางแก้ไข พัฒนาในรอบที่ 2 และ

3. ระยะประเมินผลภายหลังจากพัฒนารูปแบบใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างประกอบด้วยข้อมูล 4 ชุด คือ แนวทางการสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี แนวทางการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน/อสม.และผู้รับบริการ แบบสังเกตบริบทด้านสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ชื่อใช้ของ เสาวลักษณ์ สัจจา (2551)¹¹ และการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่ต้องการ(In-depth Interview)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ จัดระดับของคะแนนเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังของกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่า

คะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย อนุมัติเลขที่ 10/2561 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2561 เมื่อผ่านการอนุมัติผู้วิจัย จึงได้ลงมือทำการศึกษาโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและชี้แจงสิทธิกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อบริการที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมา

ใช้ประโยชน์ต่อการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ระยะเตรียมการ ทำการศึกษาช่วง เดือน มีนาคม 2561 ผลจากการศึกษาสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ซึ่งสนใจตอบแบบสอบถาม ได้ข้อสรุปดังนี้ สาเหตุที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รู้สึกอายมากที่สุดร้อยละ 74.67 รองลงมาสถานที่ตรวจห่างไกลร้อยละ 62.66 ขาดความรู้และไม่ทราบประโยชน์ของการตรวจคัดกรองร้อยละ 43.33 กลัวตรวจพบว่าเป็นโรคร้อยละ 20 และไม่มีเวลาร้อยละ 15.33 แสดงในตารางที่ 1 และนำผลจากการศึกษาที่ได้เข้าสู่ระยะปฏิบัติการ(Action Research)

ตารางที่ 1 ผลจากการตอบแบบสอบถามสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคนหนึ่ง (ตอบได้หลายข้อ)

ลำดับ	สาเหตุที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=150)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
1	รู้สึกอาย	112	74.67
2	สถานที่ตรวจไกล	94	62.66
3	ขาดความรู้และไม่ทราบประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง	65	43.33
4	กลัวตรวจพบว่าเป็นโรค	30	20.00
5	ไม่มีเวลา	23	15.33

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย กระบวนการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหออกรับครรภ์โรงพยาบาลหนองคาย ระยะเวลาในการศึกษา เดือน เมษายน -พฤษภาคม 2561 ผู้วิจัยนำผลของการศึกษาในระยะเตรียมการคืนข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน มีการประชุมร่วมกัน รวมถึงการสนทนากลุ่มประกอบด้วยคณะผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน/อสม. สรุปผลดังนี้

รูปแบบเดิม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบออกแบบกิจกรรมดำเนินการตรวจคัดกรองปีละ 1 ครั้งในช่วงเดือนสิงหาคม สถานที่จัดบริการในหน่วยบริการ โดยให้อสม.แจกแผ่นพับ

ความรู้ และเชิญกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรอง รายงานผลตรวจใช้เวลา 1 เดือน บันทึกข้อมูลในระบบ HoSXP. ค่า ผลการตรวจคัดกรองสะสม 3 ปี (2558-2560) ต่ำร้อยละ 17.06 (เกณฑ์ร้อยละ 65)

รูปแบบใหม่โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ขึ้นวางแผน (Plan) 1.)เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน/อสม และผู้รับบริการ ออกแบบกิจกรรมการตรวจคัดกรองร่วมกัน 2.) จัดตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน/เปิดบริการทุกวันศุกร์ในคลินิกหออกรับครรภ์/OPD สูตินรีเวชกรรมทุกวันทำการ 3.) ให้เจ้าหน้าที่ภายนอกชุมชนเป็นผู้ตรวจคัดกรอง 4.) คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Liquid-based cytology

5.) อุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (Speculum disposable) 6.) รายงานผลตรวจภายใน 2 สัปดาห์ 7.) สื่อการสอนเป็นวิดีโอภาพเคลื่อนไหวเห็นการเปลี่ยนแปลงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และแผ่นพับความรู้ 8.) สร้างตัวแบบสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 35 คน 9.) จัดโปรแกรมการเรียนรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 10.) วัดความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังดำเนินการ 11.) ตั้งกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 12.) บันทึกข้อมูลภายหลังตรวจคัดกรองเสร็จ 13.) ในรายที่มีผลผิดปกติส่งต่อโรงพยาบาลหนองคาย 14.) สรุปรายงานผล

ขั้นปฏิบัติการ(Action) ดำเนินการตามแผนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่
ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ผลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	n	$\bar{x}$	S.D	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก						
ก่อนการทดลอง	35	13.0	3.0	39.3 ถึง 40.5	130.8	< 0.001
หลังการทดลอง	35	18.3	1.5			
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	35	25.3	4.3	33.7 ถึง 34.8	125.7	< 0.001
หลังการทดลอง	35	34.23	1.6			
การรับรู้ต่อความรุนแรง						
ก่อนการทดลอง	35	14.2	3.6	19.7 ถึง 20.4	122.5	< 0.001
หลังการทดลอง	35	20.0	0.9			
การรับรู้ต่อประโยชน์						
ก่อนการทดลอง	35	20.4	4.3	25.3 ถึง 26.1	132.8	< 0.001
หลังการทดลอง	35	25.7	1.1			
การรับรู้ต่ออุปสรรค						
ก่อนการทดลอง	35	22.9	4.9	30.9 ถึง 32.0	116.5	< 0.001
หลังการทดลอง	35	31.4	1.6			
การสนับสนุนทางสังคม						
ก่อนการทดลอง	35	32.8	5.3	39.3 ถึง 40.5	130.8	< 0.001
หลังการทดลอง	35	39.9	1.8			

สะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflect) จากการดำเนินการในรอบที่ 1 พบว่าสตรีกลุ่มทดลองบางรายไม่สามารถเข้ามารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมีเวลาไม่ตรงกับช่วงที่จัดบริการในชุมชน จึงปรับปรุงรอบที่ 2 โดยเพิ่มบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหน่วยบริการทุกวันจันทร์และประสาน OPD แผนกผู้ป่วยนอกสูติและนรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย พร้อมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 100

3. ระยะประเมินผล จากการที่สตรีจิตอาสา (ตัวแบบ) ออกไปให้ความรู้แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนที่ยังไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 174 ราย โดยมีระยะเวลา เดือน พฤษภาคม 2561 ถึง กันยายน 2561 การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกรวมถึงสาเหตุของการเกิดโรค และการป้องกันตนเองพร้อมแจกแผ่นพับความรู้ และเล่าประสบการณ์ของตนเองที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมทั้งแจ้งถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองจำนวน 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.88

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) จากสถานการณ์สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ในชุมชนที่มารับการตรวจคัดกรองต่ำ พบว่าอายุมากที่สุดร้อยละ 74.28 สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรี

อายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสาเหตุที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่บอกว่าคืออายุหมอร้อยละ 62.21¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บุญรอด (2558) ศึกษาการพัฒนาแบบการสนับสนุนให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เหตุผลที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติ อายุในการตรวจ¹²

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมีความคุ้นชินกับเจ้าหน้าที่ประจำชุมชนทำให้รู้สึกอายจึงไม่กล้าที่จะมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่จากภายนอกที่ไม่คุ้นชินก็จะไม่อายและอยากตรวจ ส่วนสถานที่ตรวจไกลทำให้ไม่สะดวกจึงไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า “ถ้ามาตรวจที่โรงพยาบาลต้องเสียเวลาไปครึ่งวัน ทำให้ขาดรายได้ในวันนั้น” สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร ไขแก้ว (2556) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงาน สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรู้สึกอาย กลัวการตรวจ ไม่สะดวก ไม่มีเวลา ไม่รู้แหล่งให้บริการ¹³

การรับสมัครสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง (ตัวแบบ) จำนวน 35 คน ผลการศึกษาพบว่า ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ง่าย รวมถึงการแจ้งผลตรวจภายใน 2 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บุญรอด (2558) ที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวแบบในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อน¹² ขึ้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ พบว่าสตรีจิตอาสา (ตัวแบบ) ที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทบทวนโดยมีการเล่าประสบการณ์ของตนเอง “อยากให้คนอื่นที่ยังไม่มาตรวจ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะไปได้ปลอดภัย” สอดคล้องกับการศึกษาของจเรช ธรรมกร่าง และคณะ(2557)¹⁴ ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองและการศึกษาของ ศศิประภา จำปาหวาย, วิราวัฒน์ ชมนิรัตน์ (2557)¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่กล่าวว่าสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรับรู้ถึงประโยชน์จึงชักชวนคนใกล้ชิดมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการศึกษาครั้งนี้สตรีจิตอาสา(ตัวแบบ)ได้ไปชักชวนบุคคลใกล้ชิดและญาติให้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการพัฒนาสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 12.30 หลังการพัฒนารูปแบบขึ้นมาใหม่พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79.88 สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บุญรอด (2558)¹² การสนับสนุนทางสังคมการจัดบริการเชิงรุก ชุดตรวจคัดกรอง สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงจิตอาสา(ตัวแบบ)¹⁰ การให้จิตอาสาไปชักชวนจะทำให้ได้รับข้อมูลเกิดความมั่นใจ “ฉันเข้าใจ จะไปตรวจเพราะเห็นว่ามีประโยชน์” ไม่อายจึงมารับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรจเรข ธรรมกร่างและ คณะ(2557)¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิประภา จำปาหวาย, วิราวัฒน์ ชมนิรัตน์(2557)¹⁵ ในเรื่องการพูดคุย กระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษารวมถึงการชักชวนให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ต้องรอผลตรวจนาน อธิบายได้ว่าการพัฒนาแบบตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบให้ความรู้โดยจิตอาสา(ตัวแบบ) ผ่านโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม จิตอาสาซึ่งเป็นตัวแบบที่ดีไปชักชวนและให้ความรู้ในสตรีที่ไม่มาตรวจให้มีความรู้ ความเข้าใจเห็นประโยชน์จึงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษารจเรข ธรรมกร่างและ คณะ(2557)¹⁴ และ สอดคล้องกับการศึกษาศศิประภา จำปาหวาย, วิราวัฒน์ ชมนิรัตน์(2557)¹⁵ ในเรื่องการพูดคุย กระตุ้น

เตือน ให้คำปรึกษารวมถึงการชักชวนให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 79.88

สรุป

การพัฒนารูปแบบ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา(2558-2560) ร้อยละ 17.06 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน(เกณฑ์ร้อยละ 65) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามิชุมชนที่สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคัดกรองต่ำเพียงร้อยละ 12.30 จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลหนองคายปี 2558-2560 พบมีผู้มารับการตรวจเพียงร้อยละ 17.06 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและยังพบว่ามีชุมชนที่สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคัดกรองต่ำเพียงร้อยละ 12.30 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมศึกษาบริบทและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างจากแบบสอบถามสาเหตุที่สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงรู้สึกลายมากที่สุด รองลงมาเป็น สถานที่ตรวจไกลร้อยละ 62.66 ขาดความรู้และไม่ทราบประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ ร้อยละ 43.33 ถัดมาตรวจพบว่าเป็นโรคร้อยละ 20 และไม่มีเวลา ร้อยละ 15.33 ผู้วิจัยได้นำผลจากการศึกษาคืนข้อมูลให้และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน มีการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันออกแบบการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขึ้นใหม่ ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ วางแผน (Plan), ลงมือปฏิบัติงาน (Action), สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observe) และสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflect) ปรับปรุง 2 วงรอบ ผลจากการพัฒนาแบบใหม่นี้พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในชุมชนกลุ่มเสี่ยงสูงมารับการตรวจ

คัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79.88 และนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลหนองคายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุรกิจ ยศพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคายที่อนุญาตให้ทำการศึกษา และนำเสนอผลงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์ดร.สุทิน ชนะบุญ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สอนและให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการอบรมครั้งนี้ทุกท่าน ขอขอบคุณภาคีเครือข่าย สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงจิตอาสาและสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนที่ทำการศึกษ ที่ให้ความร่วมมือในวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Globolcan 2018: Available from <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
2. W. Imsamran, A. Chaiwerawattana, Wiangnon et al. Cancer in Thailand Vol. VIII, 2013-2015.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2558.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย . 2560. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2560
7. โรงพยาบาลหนองคาย . 2560. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2560
8. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง; 2560.
9. Kemmis & McTaggart. The Action Research Planer. : Deakin University; 1988.
10. จุฬารัตน์ โสตะ. กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546 หน้า72-78
11. เสาวลักษณ์ สัจจา .2551.ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เขตเทศบาลเมือง จังหวัดหนองคาย วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551.
12. วันเพ็ญ อยู่รอด. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารราชชนรินทร์ มกราคม-มิถุนายน 2558; 153-160.
13. สุคนธ์ ไข่แก้ว และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(3): 8-13.
14. รจเรข ธรรมกร่าง และคณะ. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. Veridian E-Journal Scienc and Technology Silpakorn University 2557; 1(5): 19-29.
15. ศศิประภา จำปาหวาย, วิราวันย์ ขมนิรัตน์. การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(2): 190-196.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึก โดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ

น้ำผึ้ง สุคันธรัต พ.บ.

วิสัญญีแพทย์ กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลชุมแพ

82 ม.8 ถนนมลิวรรณ ตำบลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 40130

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective review) ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลังโดยใช้ยาชาร่วมกับมอร์ฟีนที่โรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนมกราคม 2554 – กันยายน 2558 เก็บข้อมูลผู้ป่วยเลือกผู้ป่วยจากการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการดมยาสลบผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังแต่ระดับไม่เพียงพอต้องได้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบร่วมด้วย และข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบ ซึ่งสถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา แสดงผลในรูป จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำ โดยทำการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์หลายตัว (Multivariable Analysis)

ผลการศึกษา : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดและได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังในการศึกษานี้มี 1,300 ราย ความดันโลหิตต่ำ (SBP < 100 mmHg หรือมีการลดลงของ SBP > 20% ของค่าเริ่มต้น) คิดเป็นร้อยละ 69.69 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำคือ การที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิต SBP เริ่มต้น < 120 mmHg (P-value < 0.01 และ 95% CI 0.35-0.75) และการเสียเลือดในการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (P-value < 0.01)

ข้อสรุป : ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ คือ ความดันโลหิต SBP เริ่มต้น < 120 mmHg และการเสียเลือดในการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร

คำสำคัญ : การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง, ความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์

Factors associated with hypotension in pregnancy receiving spinal anesthesia for cesarean section in Chumphae hospital, Thailand

Numphung Sukantarat M.D.

Division of Anesthesia, Chumphae Hospital, Khonkean 40130

Abstract

Objective : The aim of this study is to determine risk factors of hypotension during spinal anesthesia for cesarean section in Chumphae hospital

Materials and Methods : This study is retrospective review in patients received spinal anesthesia for cesarean section in Chumphae hospital, Thailand during January 2011 to September 2015. Exclusion criteria were patients who received general anesthesia, inadequate spinal anesthesia and incomplete data. Descriptive statistic were presented as number, mean median, standard deviation (SD) for demographic data. Inferential statistic was used for factors that associated with hypotension by multivariable Analysis.

Result : The 1,300 patients were enrolled to this study. The incidence of hypotension (SBP < 100 mmHg or SBP > 20% of baseline) was 69.69%. The risk factors that increase incidence of hypotension included baseline systolic blood pressure <120 mmHg (P-value <0.01 and 95% CI 0.35-0.75) and intraoperative blood loss was more than 1,000 ml (P-value <0.01).

Conclusion : From this study, the risk factors that increase incidence of hypotension in pregnancy undergoing cesarean section with spinal anesthesia included baseline systolic blood pressure <120 mmHg and intraoperative blood loss was more than 1,000 ml.

Keywords : Spinal anesthesia, Maternal hypotension, Pregnancy

ความสำคัญ

ในปัจจุบันพบว่าการผ่าตัดคลอดบุตรมีอัตราสูงขึ้น เช่นในประเทศไทย พบถึง ร้อยละ 15-16¹รวมถึง ประเทศไทยอัตราการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังเช่น ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2530 -2539 พบร้อยละ 20.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ใน 10 ปีที่ผ่านมา⁴ วิธีที่นิยมใช้ระงับความรู้สึกในปัจจุบันคือ การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง^{1,2} มากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเช่นเดียวกับ โรงพยาบาลชุมแพวิธีที่นิยมใช้ก็คือ การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง โดยคิดเป็นร้อยละ 55, 62 ,และ 57 ในปี 55, 56 และ 57 ตามลำดับ⁴ ทั้งเนื่องจากการให้ความระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสามารถทำให้เกิดการสำลักอาหาร และน้ำย่อยเข้าปอด รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจยาก^{6,7,9} เป็นต้น

การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเป็นวิธีที่นิยมใช้ในผู้ที่มารับผ่าตัดคลอดบุตรนั้นมีผลข้างเคียงได้ดังนี้ อาทิเช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ภาวะกตการหายใจ^{2-6,8} จากการศึกษาในโรงพยาบาลชุมแพภาวะความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอด พบร้อยละ 69.69⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่ผ่านมา เช่น โรงพยาบาลศิริราช และจุฬาลงกรณ์ปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 50-80

ความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในมารดาและทารกได้¹⁰ โดยในมารดาภาวะแทรกซ้อนรอง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะหลังจากการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงสามารถทำให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว หัวใจหยุดเต้น จนกระทั่งเสียชีวิตได้^{5,11} ในทารกการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังสามารถเกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ (fetal

acidosis)^{3,6} low Apgar scores และสามารถทำให้เกิด hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE)^{3,7} เนื่องจากการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์สามารถทำให้เกิดความเสี่ยงเลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ลดลงส่งผลต่อทารกได้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทั้งในมารดาและในทารกเป็นภาวะที่วิสัญญีแพทย์ต้องเผชิญ ซึ่งถ้าทราบปัจจัยที่สัมพันธ์ที่จะเกิดความดันโลหิตต่ำจะสามารถป้องกัน ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิต(morbidity and mortality) ทั้งมารดาและทารก และ สามารถเตรียมตัววางแผน ตัดสินใจและนำไปสู่การส่งต่อที่เหมาะสมได้

จากที่ได้กล่าวมา ปัญหาความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอด สามารถทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตต่ำ เพื่อแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและรักษาความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการศึกษาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective review) ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลังโดยใช้ยาชาร่วมกับมอร์ฟีนที่โรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น

ในระหว่างเดือนมกราคม 2554 – กันยายน 2558 จำนวน 1,300 รายซึ่งได้มาจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาและคัดผู้ป่วยเลือกผู้ป่วยออกจากเกณฑ์การศึกษา ดังนี้ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการดมยาสลบผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้สึกทางไขสันหลังแต่ระดับไม่เพียงพอจนต้องให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบร่วมด้วย และข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบ ซึ่งมีผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่ออกจากเกณฑ์การศึกษา 548 ราย

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูล จากใบบันทึกการให้ยา ระงับความรู้สึก (anesthetic record) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบบันทึกการใช้ยา และแบบประเมินระดับความปวด ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่

ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการประเมินและเก็บข้อมูล ได้แก่ อายุ American Society of Anesthesiologists physical status (ASA physical status) น้ำหนัก ส่วนสูง body mass index (BMI) โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น complete blood count (CBC) เป็นต้น

ระหว่างผ่าตัดรวบรวมข้อมูลเรื่อง ปริมาณยาชา 0.5% heavy bupivacaine ที่ได้รับ (9-12 มิลลิกรัม) ระดับการชาที่ทดสอบหลังการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลัง ปริมาณยาตีบหลอดเลือดที่ใช้ระหว่างการผ่าตัด ยา sedation ยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียน ยาให้มดลูกหดตัว การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ เลือด และส่วนประกอบของเลือด ปริมาณการเสียเลือด ระยะเวลาการผ่าตัด และ anesthetic time (ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด)

ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจก่อนให้ยาชาเป็นค่าความดันพื้นฐาน ค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ที่ต่ำสุด อัตราการเต้นของหัวใจ และเวลาแรกที่เกิดความดันโลหิตต่ำ การรักษาความดันโลหิตต่ำ ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ในขณะนั้น

ข้อมูลหลังผ่าตัด ได้แก่ คะแนนความปวด post

anesthesia care unit time (PACU time) และ สารน้ำที่ได้รับหลังผ่าตัดรวมถึงเลือดและส่วนประกอบของเลือด

ภาวะแทรกซ้อนที่ทำการบันทึก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (ความดัน systolic ที่ลดลงมากกว่า 20 per-cent ของความดันเลือดขณะพักหรือ systolic blood pressure < 100 mmHg) ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะ high spinal หรือ total block อาการ ปวดหลัง อาการปวดศีรษะหลังฉีดยาชาเข้าช่อง ไขสันหลัง (PDPH) เป็นต้น

การวิเคราะห์ผลข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลในรูป จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำ โดยทำการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระคราวละหลายๆ ตัว (Multivariable Analysis) ก่อนทำการวิเคราะห์คราวละหลายๆ ตัวแปร ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยการวิเคราะห์หัดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น เลขที่โครงการ KEC62024/2562

ผลการศึกษา

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด และได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังในการศึกษานี้ มี 1,300 ราย อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์คือ 28 ปี body mass index (BMI) เฉลี่ย 28.6 kg/m² หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จัดอยู่ใน ASA physical status class 1 และเป็นการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (elective case) โดยคิดเป็นร้อยละ 72.3 ความดันเฉลี่ย systole ของผู้ป่วย 121.8 mmHg ความดันเฉลี่ย diastole ของผู้ป่วย 78.7 และอัตราการเต้น

ของหัวใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นเลือดมากกว่า 30% ผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ความรู้สึกมากกว่า T5 มีจำนวน 487 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 เวลาที่ใช้ในห้องผ่าตัดเฉลี่ยประมาณ 50 นาที การเสียเลือดในการผ่าตัดรวมเฉลี่ย 450 มิลลิลิตร ได้สารน้ำในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 1,500 มิลลิลิตร ดังแสดงในตารางที่ 1

การศึกษานี้ให้คำนิยามความดันโลหิตต่ำคือ SBP < 100 mmHg หรือมีการลดลงของ SBP > 20% ของค่า

เริ่มต้น พบว่าเกิดความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 69.69 และทั้งใน univariable และ multivariable ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำคือ การที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิต SBP เริ่มต้น < 120 mmHg (P-value < 0.01 และ 95% CI 0.35-0.75) และการเสียเลือดในการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (P-value < 0.01) ดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

Table 1 Demographic, Anesthetic and Surgical Factors of Patients

Parameter	N (%)	Mean + SD
Total Number of Patients	1,300 (100.0)	
Age of Patient (Years)		28.0 (6.0)
Body Weight (kgs.)		71.1 (11.9)
Height (cm)		157.6 (6.0)
Body Mass Index (kg/m ²)		28.6 (4.4)
ASA Classification		
Class I	984 (75.7)	
Class II	185 (14.2)	
Class III	131 (10.1)	
Types of Surgery		
Elective	940 (72.3)	
Emergency	360 (27.7)	
Systolic Blood Pressure (mmHg)		121.8 (12.2)
Diastolic Blood Pressure (mmHg)		78.7 (10.1)
Heart Rate (time/min)		90.8 (12.7)
Hematocrit (%)		37.3 (3.6)
Anesthetic levels		
• ≥ T 5		
• < T 5	487 (62.5)	
	813 (37.5)	
Anesthetic Time (minutes)		51.3 (10.4)
Amount of Blood Loss (ml)		492.8 (221.2)
Amount of Crystalloid received (ml)		1,567.8 (598.0)

Table 2 Demographic factors and risk factors of patients with and without intraoperative hypotension

Predictors		Hypotension		Without Hypotension		P Value****
		Number (N=906)	% by row (% by column)	Number (N=394)	% by row (% by column)	
ASA Classification	Class I	692	70.32 (76.38)	292	29.67 (74.11)	0.486
	Class II	122	65.95 (13.47)	63	34.05 (15.99)	0.211
	Class III	92	70.23 (10.15)	39	29.77 (9.90)	0.483
Type of schedule	Emergency	244	67.78 (26.93)	116	32.22 (29.44)	0.854
	Elective	662	70.43 (73.07)	278	29.57 (70.56)	0.381
Baseline SBP*	>120	435	65.22 (48.01)	232	34.78 (58.88)	<0.001
	≤120	471	74.41 (51.99)	162	25.59 (41.12)	
Anesthetic LV.	<T5	562	69.13 (62.03)	251	30.87 (63.71)	0.575
	≥T5	344	70.64 (37.97)	143	29.36 (36.29)	
Heart rate	≥60	904	69.75 (99.78)	392	30.25 (99.49)	0.434
	<60	2	50 (0.22)	2	50 (0.51)	
Previous C/S	Yes	676	69.05 (74.62)	303	30.95 (76.90)	0.401
	No	230	71.65 (25.38)	91	28.35 (23.10)	
Blood loss	<1000	851	68.63 (93.93)	389	31.37 (98.73)	<0.001
	≥1000	55	91.67 (6.07)	5	8.33 (1.27)	
Underlying Diseases	GDM**	48	72.72	18	27.27	0.68
	PIH***	40	78.43	11	21.57	0.213

Table 2 Demographic factors and risk factors of patients with and without intraoperative hypotension

Predictors		Hypotension		Without Hypotension		P Value****
		Number (N=906)	% by row (% by column)	Number (N=394)	% by row (% by column)	
HCT	Anemia	19	70.37	8	29.63	1
	≥30	887	69.46 (97.90)	390	30.54 (98.98)	0.252
	<30	19	82.61 (2.10)	4	17.39 (1.02)	
	0.5% heavy Marcaine					
	< 10 mg	99	69.71 (10.93)	43	30.28 (10.91)	1
	≥10 mg	807	69.69 (89.07)	351	30.31 (89.09)	
Age	Mean (SD)	27.6 (6.2)		28.1 (5.9)		0.192
BMI	Mean (SD)	28.5 (4.4)		28.8 (4.4)		0.346
Anesthetic time	Mean (SD)	51.4 (9.9)		51.1 (11.3)		0.694

*SBP: Systolic blood pressure, **GDM: Gestational diabetic mellitus, ***PIH: Pregnancy induced hypertension P Value****: Comparison between hypotension and non-hypotension

Table 3 Multivariate multinomial logistic regression analysis for maternal and anesthesia related risk factors of spinal induced maternal hypotension

Variable	Group	P value	Adjusted OR	95%CI for OR
Age	<35	0.479	1	(0.59-1.27)
	≥35		0.87	
Height (cm)	≥155	0.226	0.84	(0.63-1.11)
	<155			
ASA status	1	0.323	1	(0.84-1.67)
	2		1.19	
	3		0.68	
Baseline SBP (mmHg)	>130	0.223	1	(0.57-1.14)
	120-130		0.81	
	<120		0.51	
Level of sensory block	<T5	0.567	1	(0.72-1.19)
	≥T5		0.93	

ผลการศึกษพบว่ามีการให้ยาตีบหลอดเลือดทั้ง Ephedrine และ Norepinephrine รวมถึงการให้สารน้ำในกลุ่มของหญิงที่มีความดันโลหิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

Table 4 Vasoactive agents and intravenous fluid (IV) administration

Predictors		Hypotension		Without Hypotension		P Value
		Number (N=906)	% by row (% by column)	Number (N=394)	% by row (% by column)	
Ephedrine	Yes	727	90.99 (80.24)	72	9.01 (18.27)	<0.001
	No	179	35.73 (19.76)	322	64.27 (81.73)	
Norepinephrine	Yes	388	94.87 (42.83)	21	5.13 (2.32)	<0.001
	No	518	52.80 (57.17)	373	47.20 (97.68)	
Atropine	Yes	5	83.33 (0.55)	1	16.67 (0.25)	0.674
	No	901	69.63 (99.45)	393	30.37 (99.75)	
Total intraoperative IV fluid	Mean (SD)	1617 (611.7)		1454 (549.7)		<0.001

อภิปรายผล (Discussion)

การรับรู้ความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง เป็นวิธีที่นิยมใช้ในผู้ที่มีการผ่าตัดคลอดบุตรนั้น ผลข้างเคียงที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ^{13-17,19} ภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละการศึกษา ได้ให้คำจำกัดความไว้มากมาย¹⁴ เช่นการศึกษาของ Atou F.¹⁴ ได้แบ่งระดับความรุนแรง ของภาวะความดันโลหิตต่ำออกเป็นสามระดับ คือ ระดับต่ำ (10-20% ของความดันโลหิต systolic blood pressure (SBP) เริ่มต้น) ระดับปานกลาง (20-30% ของความดันโลหิต systolic blood pressure (SBP) เริ่มต้น) และระดับรุนแรง (>30% ของความดันโลหิต systolic blood pressure (SBP) เริ่มต้น) และถือว่าถ้าความดันโลหิตลดลง <10% ของความดันโลหิตเริ่มต้น จะถือว่าไม่มีความดันโลหิตต่ำ¹⁴ ส่วนการศึกษาของ DG bishop ได้ให้คำนิยามความดันโลหิตต่ำว่า SBP < 90 mmHg ซึ่งสามารถจำได้ง่าย และพบอุบัติการณ์ได้ประมาณ 71% ในรพ. ชุมแพ การศึกษานี้ได้ให้คำนิยามของความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ว่า SBP ต่ำกว่าค่าเริ่มต้น < 20% หรือ SBP < 100 mmHg^{15,19,35} ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาข้างต้นง่ายแก่การจดจำและให้การรักษาง่ายจากการศึกษาในโรงพยาบาลชุมแพ พบว่าภาวะความดันโลหิตต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การรับรู้ความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดพบร้อยละ 69.69¹⁵ การรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดนั้นขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ เห็นได้จากการให้ ephedrine และ norepinephrine ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เกิดความดันโลหิตต่ำ (9.1% และ 5.1%ตามตาราง) แสดงให้เห็นว่ามีการรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำก่อนที่จะเข้ากัณนิยามของการศึกษานี้ หรือ วิสัญญีแพทย์ได้เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำและรักษาก่อนที่จะเกิดขึ้น แต่ยังไม่ได้วัดความดันที่ต่ำที่สุดไว้

ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรับรู้ความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำ

ไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดมี 2 ปัจจัยหลัก¹⁴ คือ ปัจจัยทางด้านมารดา และ ปัจจัยด้านทางวิสัญญี ปัจจัยทางด้านมารดานั้นประกอบด้วยอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์, BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, ประวัติความดันโลหิตสูง⁵, ความดัน SBP ก่อนผ่าตัด < 120 mmHg หรือ Diastolic blood pressure (DBP) < 80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ > 80 ครั้งต่อนาที ส่วนปัจจัยด้านวิสัญญี ได้แก่ สารน้ำที่ให้ก่อนการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร¹¹ และระดับยาชาที่ $\geq T5$ ¹⁴

ปัจจัยทางด้านมารดาปัจจัยแรกเรื่องของอายุในการศึกษานี้ไม่พบว่าอายุมากกว่า 35 ปีเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาพบว่าอายุที่มากขึ้นสามารถทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในมารดาได้มากขึ้น^{14,16,19,20} โดย A. Fakhherpour พบว่าอายุที่มากกว่า 35 ปี ซึ่งถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ในมารดาอายุมาก ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการลดลงของ cardiac reserve การเปลี่ยนแปลงของ baroreceptor และ ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ในหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาของ DG bishop¹⁶ พบว่าอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

Body mass index (BMI) มากเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของหญิงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ^{21,22,23} เนื่องจากปริมาณน้ำไขสันหลังที่ลดลงของหญิงตั้งครรภ์จากการที่ความดันในช่องท้องสูงขึ้นและช่องไขสันหลังลดลงจากการที่หลอดเลือดดำ epidural ขยายขนาด และมีการเพิ่มขึ้นของไขมันบริเวณช่อง epidural space มากขึ้น²⁰ การเพิ่มขึ้นของความดันในช่องท้องจากการกด subarachnoid cavity ทำให้เกิดการแพร่ของยาชาได้มากขึ้น^{18,19,25} แต่ไม่สามารถคาดการณ์ระดับยาชาได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีขนาดใหญ่มากและ BMI มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีภาวะ aortocaval compression ยิ่งมีผลมากในหญิงตั้งครรภ์ที่อ้วนเพราะขนาดมดลูกและ BMI

ก็จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้¹⁴ ค่า BMI ที่มีผลต่อความดันโลหิตยังไม่มีค่าที่แน่ชัด ในหลายการศึกษาพบได้ 25-35 kg/m² การศึกษาของ Pichaya.O¹⁹ และ A. Fakherpour¹⁴ พบว่า BMI $\geq$ 35 kg/m² มีผลต่อความดันโลหิตของมารดา ส่วนในการศึกษาของ Fernodo N.²⁰ ใช้ BMI $\geq$ 25 มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำในมารดา อย่างไรก็ตามการศึกษาของ DG Bishop¹⁶ พบว่าที่ BMI ไม่สามารถคาดคะเนความดันโลหิตต่ำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maygan, Brenck F.^{25,26} และการศึกษาอื่น

นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันพื้นฐานต่ำสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตต่ำมากขึ้นหลังจากให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการศึกษานี้พบว่าความดันพื้นฐานที่น้อยกว่า 120 mmHg เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้มากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ เหมือนเช่นในการศึกษาของ Saowapark C. พบว่าความดันโลหิต SBP ที่ต่ำกว่า 130 mmHg เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตต่ำได้มากขึ้น³⁵ สาเหตุที่เกิดขึ้นยังไม่ชัดเจน คาดว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการควบคุมของ autonomic nervous system ในขณะที่ตั้งครรภ์ ดังนั้น จะสามารถเกิด sympathectomy ระหว่างการให้ความรู้ระงับความรู้สึกทางไขสันหลังได้^{14,16,31,35}

ในการศึกษานี้ไม่พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำเช่นเดียวกับ Toyama ไม่ได้รวมอัตราการเต้นของหัวใจพื้นฐานให้เป็นตัวประเมินความเสี่ยงต่อความดัน อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ A. Fakharpour¹⁴ พบว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำ^{14,16} สาเหตุสามารถเกิดจากความกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและเกิดการกระตุ้นระบบ Sympathetic¹⁶

การศึกษานี้และการศึกษาของ Marrle et al.³² ได้พบว่าความสูงของมารดาไม่มีผลต่อความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มาให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ต่างจากการศึกษาของ Saowapark C.³⁵

ที่ความสูงน้อยกว่า 155 เซนติเมตรเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ

ความเสี่ยงทางด้านวิสัญญีปัจจัยแรกคือ เรื่องสารน้ำ ในหลายการศึกษาพบว่า มีการให้สารน้ำก่อนการผ่าตัดทั้ง Crystalloid หรือ Colloid มากกว่า 87% ในการผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในการศึกษาหนึ่งพบว่าระดับความดันโลหิตต่ำน้อย หรือ ปานกลาง การให้สารน้ำก่อนการผ่าตัดจะสามารถลดการเกิดความดันโลหิตต่ำในมารดาลงได้แต่ในความดันโลหิตที่ต่ำมากกว่า 30% ของค่าเริ่มต้นการให้สารน้ำก่อนการผ่าตัดไม่ได้ช่วยลดภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์^{14,31} ยิ่งไปกว่านั้น การให้ Crystalloid ในปริมาณมากจะทำให้เกิด acute hemodilution ได้และเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดน้ำท่วมปอดในหญิงตั้งครรภ์^{14,16} เนื่องจากสารน้ำไปทำลาย endothelial glycocalyx¹³ ปัจจุบันไม่พบว่าการให้สารน้ำก่อนการผ่าตัดมากกว่า 250 มิลลิลิตรทำให้ภาวะความดันโลหิตต่ำเกิดลดลงแต่การให้สารน้ำที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้^{14,16} การศึกษาของ Cochrane พบว่าการให้ Colloid เป็นสารน้ำก่อนการผ่าตัด อาจจะดีกว่าการให้ Crystalloid^{27,31} แต่ควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ colloid เช่น อาการแพ้ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดได้⁵ อย่างไรก็ตาม การให้สารน้ำขณะผ่าตัดดีกว่าการให้สารน้ำก่อนผ่าตัดในหลายการศึกษา^{13,28,29,31} ส่วนชนิดของสารน้ำสามารถใช้ได้ทั้ง crystalloid และ colloid¹³ ในการศึกษาให้สารน้ำทั้งก่อนและขณะผ่าตัดมากกว่า 1,000 ml ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องน้ำท่วมปอด แต่ยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลการให้สารน้ำก่อนการผ่าตัดได้แต่การให้สารน้ำในการศึกษานี้พบว่าสามารถลดความดันโลหิตต่ำในมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางคลินิกการให้สารน้ำต่างกันประมาณ 200 มิลลิลิตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดอาจช่วยเรื่องความดันโลหิตต่ำในแต่ละรายแตกต่างกันไปได้

ปัจจุบันพบวาระดับยาชาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ¹⁶ สาเหตุเกิดจากการระงับ Cardiac accelerator fiber ระดับ T1-T4 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดและ มีการลดลงของ vasomotor tone ของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในระดับ L1-T5 ยิ่งระดับยาชาสูงความดันโลหิตยิ่งต่ำ^{14,16,24} อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของ Ning zhang²⁴ พบว่าอัตราการขึ้นของระดับยาชามีความสำคัญเหมือนกับยาชาระดับสูงสุดโดยปกติแล้วปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายตัวของยาชาคือ ปริมาณน้ำไขสันหลัง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีปริมาณน้ำไขสันหลังแตกต่างกันตั้งแต่ 25 ถึง 45 มิลลิลิตร เพราะฉะนั้นจึงไม่สามารถประเมินระดับยาชาได้ การประเมินความดันโลหิตต่ำจึงใช้อัตราการขึ้นของระดับยาชาแทนโดยพบว่าถ้าระดับยาชาที่มากกว่าเท่ากับ T8 ที่ 3 นาทีหลังจากฉีดยาชา จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ นอกจากนี้การศึกษาของ Seltennich et al.²⁸ พบว่าระดับยาชาที่เท่ากันอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตต่ำต่างกันเป็นเพราะขณะเกิด slower onset ของระบบ sympathetic จะทำให้มีเวลาสำหรับการปรับตัวของร่างกาย (physiologic compensation) ซึ่งเหมือนกับการศึกษาในสิ่งมีชีวิตระดับยาชาจะเกินระดับ T5 แต่บางครั้งไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ อย่างไรก็ตามการศึกษาต่อไปศึกษาความสัมพันธ์ของอัตราการเพิ่มของระดับยาชา

การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์มี 3 วิธีหลักคือ 1. การให้สารน้ำดังที่กล่าวในข้างต้นแล้ว 2. การให้ยาตีบหลอดเลือด 3. การจัดทำผู้ป่วย

การให้ยาตีบหลอดเลือดเป็นวิธีการที่ดีในการป้องกันและรักษาความดันโลหิตต่ำมากกว่าการให้สารน้ำ¹³ ในการจัดการภาวะความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการศึกษานี้การจัดการขึ้นกับการตัดสินใจส่วนบุคคล การศึกษาพบว่าการให้ Ephedrine 18% และ Norepinephrine 5.32% ในกลุ่มที่ไม่พบความดันโลหิตต่ำ แสดงให้เห็นว่ามีการรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำก่อนที่จะถึงค่านิยามของ

ภาวะความดันโลหิตต่ำที่ได้ให้ในการศึกษานี้และไม่ได้บันทึกความดันที่หายาตีบหลอดเลือดไว้

การจัดทำผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์คือ 1. ลด Aortocaval compression 2. เพิ่ม venous returnการจัดทำ Left uterine displacement (LUD) ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าช่วยลดภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือ ลด Aortocaval compression พบว่ามีทั้งการศึกษาที่ได้ประโยชน์และ ไม่ได้ลด Aortocaval compression ในการศึกษาที่หญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัด ได้ทำ LUD ทุกคน ผลคือไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความดันโลหิตต่ำและความดันปกติ¹⁵ ซึ่งอธิบายได้เหมือนกับในการศึกษาของ Higuchi³⁰ และ JK Mitra³¹ พบว่าการทำLUD ไม่ได้ช่วยลด Aortocaval compression

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ใช้จำนวนประชากรมาก โดยใช้สูตรการคำนวณประชากรแบบ ความสัมพันธ์แบบ Multivariable Analysis ใช้สถิติ Multiple logistic regression (Hsieh, et al, 1998) ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่เพียงพอคือ 606 คน แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง เพื่อเพิ่มอำนาจของการทดสอบ (Power of test) จึงเก็บทั้งหมดจำนวน 1,300 คน มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่ออกจากเกณฑ์การศึกษา 548 ราย เนื่องจากการได้รับการระงับความรู้สึกทั้งตัว 521 ราย ได้รับการให้ความรู้สึกทางไขสันหลังแต่ระดับไม่เพียงพอจนต้องให้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบร่วมด้วย 17 ราย และข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบ 10 ราย ซึ่งการศึกษาเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังถูกจำกัดด้วยเรื่อง ข้อมูลที่ไม่บันทึก เช่น การให้สารน้ำก่อนการผ่าตัด ซึ่งสามารถทำให้เกิดการแปลผลที่ผิดพลาดได้ การศึกษาต่อไปจะเก็บข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติม

สรุปผลการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและหญิงตั้งครรภ์ที่มาระงับความรู้สึกคือความ

ดันโลหิต < 120 mmHg ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้องเฝ้าระวังก่อนการผ่าตัดไม่สามารถแก้ไขได้ ปัจจัยอื่น ๆ ยังต้องศึกษากันในอนาคต การศึกษาในอนาคตศึกษาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดคลอดโดยใช้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ทั้งในเรื่องการให้สารน้ำ การเตรียมยากระตุ้นความดันโลหิต รวมถึงการจัดทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัด และยังสามารถนำข้อมูลไปทำ guideline ป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำต่อไปได้ นอกจากภาวะความดันโลหิตต่ำที่พบได้บ่อยแล้วยังสามารถดูแลและป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Labor NL. Interrupted Cesareans, "cascading interventions," and finding a balance of sensible care. Harvard Magazine 2012 Nov-Dec:22-6
2. Pitchaya O. and et al. Prospective Study of Hypotension after Spinal Anesthesia for Cesarean Section at Siriraj Hospital: Incidence and Risk Factors, Part 2. J Med Assoc Thai 2008;91:75-80.
3. W C. New trend Anesthesia for cesarean section. Srinagarind medical journal 2005; 20:1-12.
4. Pranom R. Development of Clinical Practice Guideline for the Prevention of Hypotension during Spinal Anesthesia for Cesarean Section in Anesthetic Department, Surin Hospital.
5. Lawrence C. Anesthesia for Cesarean Delivery. In: Chestnut (DH): Chestnut's obstetric anesthesia; 2014
6. Afolabi BB, Merah N. Regional versus general anaesthesia for caesarean section (Review). Cochrane Library 2007:1-44.
7. DG. B. Predicting spinal hypotension during Caesarean section. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia 2014;20:170-3.
8. อนุวัธวิทย์ ช. การศึกษาผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตรารัต. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2012 Apr. - Jun. ;29:129-32.
9. พนาวรรณจ., อรรวรรณส. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในมารดาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลคัคตรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556 ตุลาคม - ธันวาคม;1:105-16.
10. พ.บ. ปส. ภาวะความดันโลหิตต่ำภายหลังได้รับการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า. วิทยาลัยสาร 2554มค - มีค;37:18-25.
11. ปราการรัตน์. ศ. ตำราวิทยาลัยวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เอ-พลัสพริ้น; 2556.
12. Thitima C. and et al. Incidence and Risk Factors of Hypotension and Bradycardia During Spinal Anesthesia. Siriraj Med J 2006;58:696-701.
13. Ahmed H and et al. Post-spinal anesthetesai hypotension during cesarean delivery, a review article. Egyptian Journal of Anesthesia;33:189-193.
14. A. F. and et. Maternal anesthesia-related risk

- factors and incidence of spinal anesthesia induced hypotension in elective cesarean section : A multinomial logistic regression. Indian Journal of Anesthesia 2018;62(1):36–45.
15. Sukantarat, N. Complications Post-Spinal Anesthesia for Cesarean Section in Chumphae hospital, Thailand. Nakornpanom J 2017;4(2):32–41
 16. Bishop D. and et. Obstetric spinal hypotension : Preoperative risk factors and the development of a preliminary risk score- the PRAM score. SAMJ 2017;107(12):1127–1131.
 17. Butwick, A. J. Prevention spinal hypotension during cesarean delivery: what is the last? BJA 2015;11(2):183–186.
 18. Friedman EA. Hypertension-Hypotension in pregnancy correlation with fetal outcome. JAMA 1986;239(21):2249–2251.
 19. O, P. Prospective study of hypotension after spinal anesthesia for cesarean section at siriraj hospital : incidence and risk factor, part 2. J Med Assoc Thai 2008;91(5):675–680.
 20. S, F. Correlation between the body mass index (BMI) of pregnant women and the development of hypotension after spinal anesthesia for cesarean section. Revista Brasileira de Anestesiologia 2011;61(1): 21–25.
 21. Al., X. A. M. and et. Risk assessment of morbidity obese parturient in cesarean section delivery . A prospective, cohort, single-center study. Medicine 2017;96(42):1–7.
 22. SM, L. Cesarean section in morbidity obese parturient: Practical Implication and complications. North American Journal of Medical Science 2012;4(1):13–18.
 23. Al, M. L. and et. The risk of cesarean delivery in obese women. Gynecology 2017; 44(1):20–27
 24. Zhang, N. Level of sensory block after spinal anesthesia as predictor of hypotension in parturient. Medicine 2017;96(25):1–6.
 25. Maayan A, Schushan I, Tordns A. Maternal hypotension during elective cesarean section and short term neonatal outcome. AM J Obstet Gynecol 2010;202(1):56–62.
 26. Brenck F, H. B. Hypotension after spinal anesthesia for cesarean section : Identification of risk factors using an anesthesia information management system. J Clin Monit Comput 2019;23(2):85–92.
 27. AM, C. Techniques for preventing hypotension during spinal anesthesia for cesarean section. The Cochrane Database of Systemic Review 2006, CD002251.
 28. Al, N. K. and et. Prevention of hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery : effective technique using combination phenylephrine infusion and crystalloid co hydration. Anesthesiology 2005;103(4):744–750.
 29. J-W. Influence of the timing of administration of crystalloid on maternal hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery : Preload versus coload. BMC Anesthesiology 2014;14(1):33–42.
 30. Higuchi H. Effect of lateral tilt angle on the volume of the abdominal aorta and inferior

- vena cava in pregnant and non pregnant women determined by magnetic resonance imaging. *Anesthesiology* 2015;122(2):286–293.
31. Mitra, J. Changing trends in the management of hypotension following spinal anesthesia in cesarean section. *Journal of Postgraduate Medicine* 2013;59(2):121–126.
 32. Mc, N. Height, weight and the spread of subarachnoid hyperbaric bupivacaine in the term parturient. *Anesth Analg* 1988;67:555–558.
 33. Harten J. Effects of a height and weight adjusted dose of local anesthesia for elective cesarean section. *Anesthesia* 2005;60:348–353.
 34. Chamadol S. Combined Spinal Epidural Anesthesia Versus Spinal Anesthesia for Cesarean Section; Effect on Maternal Hypotension, a Randomized, Double Blind Controlled Trial. *Thai Anesthesio* 1999;25:192–200.
 35. Saowapark C. Incidence and Risk factors of hypotension during spinal anesthesia for cesarean section at Siriraj hospital. *J Med Assoc Thai* 2004;87(8):1127–1132.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

นางรัชวรรณ พลศักดิ์ นางสาวารุณ เข้มพรหมมา และ นางธัญวลัย บุญเกิด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

161 หมู่ 13 ถ.หนองสองห้อง - ศรีเชียงใหม่ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 43110

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปฏิบัติการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ใบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR record) แฟ้มประวัติหรือ OPD card ของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติกเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งหมดของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในปี 2561 จำนวน 110 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.1 เพศหญิง 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ค่าเฉลี่ยอายุ 59.95 หน่วยที่เรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพมากที่สุด คือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.4 คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกที่มีการช่วยฟื้นคืนชีพคือ Asystole (AS) และ PEA ร้อยละ 66.4 และอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วรอดมี ROSC จำนวน 63 รายคิดเป็นร้อยละ 50.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนชีพที่มีการกลับคืนของระบบไหลเวียน (ROSC) คือการทำช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) เพียงปัจจัยเดียวที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p - value .05) เป็น 6.82 เท่าของตัวแปรอื่น ๆ (AOR 6.82 , 95 % .CI :1.920 ถึง 24.248)

ข้อสรุป : จากการศึกษาครั้งนี้ พบปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ คือการทำช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ทั้งบุคลากรและประชาชนมีศักยภาพหรือทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การช่วยฟื้นคืนชีพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการช่วยฟื้นคืนชีพ ROSC

Factors related to Cardiopulmonary Resuscitation in Thabo Crown Prince Hospital.

Rachawan Polsak, Samran Khemphomma, Thanwalai Bunkerd

Registered nurse, Professional level.

Thabo Crown Prince Hospital 161 Moo 13, Nong Song Hong-Si Chiang Mai Road, Tambon Tha Bo, Tha Bo District, Nong Khai Province 43110

Abstract

Objective : This study aimed to study factors related to ROSC.

Material and methods : This retrospective descriptive design was conduct to determine factor related to ROSC. One hundred and one patients at the Thabo Crown Prince Hospital during October 2017 to September 2018receiving CPR were recruit in the study. Research instrument: data collection forms were CPR recording and documents of patient receiving CPR. Data were analysed using descriptive statistics and multivariable logistic regression.

Results : Finding revealed that: one hundred patients receiving CPR were male 59.1% (65), female 40.9% (45) and mean age 59.95 years. Emergency room was the most unit that call for CPR team 66.4% (104). The first show EKG when start CPR was systole and PEA (pulse less electro activity) 66.4%. ROSC was 50.9% (63). Only basic life support (BLS) that was significantly associated with ROSC (AOR 6.82 , 95 % CI :1.920 to 24.248, $p < .05$).

Conclusion : BLS was the factor that effect to ROSC. Should provide and continuous support personal and people to learn BLS program.

Keyword : *cardio pulmonary resuscitation (CPR), factor related to CPR, ROSC*

ความสำคัญ

ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) คือ ภาวะที่หัวใจหยุดเต้นทันที ทำให้อวัยวะต่างๆ หยุดทำงาน ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ หายใจหายใจ คลำชีพจรไม่ได้ เป็นภาวะวิกฤตคุกคามและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ¹ หากได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง โดยการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation : CPR)^{2,3} จะเป็นการช่วยเหลือ ที่เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ จากการรายงานของจากสถิติของสมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association) พบว่า ในปี ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นภายนอกโรงพยาบาล เท่ากับ 359,400 คน⁴ ในภาพรวมของประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลสถิติการเกิดหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่ชัดเจน สำหรับสถิติของโรงพยาบาลต่างๆ ปี พ.ศ. 2552 ในโรงพยาบาลศิริราช⁵ พบว่ามีภาวะหัวใจหยุดเต้นทั้งหมด 582 ราย เกิดขึ้นภายในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล 384 ราย เกิดขึ้นที่แผนกฉุกเฉิน 198 ราย และในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน 287 ราย มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 6.55⁶ สำหรับโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีภาวะ หัวใจหยุดเต้นทั้งหมด 238 ราย เกิดขึ้นภายในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล 94 ราย เกิดขึ้นที่แผนก ฉุกเฉิน 144 ราย⁷

การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน (basic life support; BLS) การกดหน้าอกและการช่วยหายใจ (early cardiopulmonary resuscitation ; CPR) การกระตุ้นหัวใจผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในเวลาที่เหมาะสม (early defibrillation) ทำได้ใน 4 นาที และการช่วยชีวิตขั้นสูง (early advanced cardiovascular life support ; ACLS) ทำได้ใน 8 นาที รวมเรียกขั้นตอนทั้งหมดว่าห่วงโซ่ของการมีชีวิตรอด (chain of survival) ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้ถ้ามีความพร้อมมีการทำงานอย่างเป็นระบบ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการ จะทำให้ห่วงโซ่ของการมีชีวิตรอดมีประสิทธิภาพสูงขึ้น อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น⁸

ปัจจัยที่เพิ่มอัตราการฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ได้แก่สาเหตุที่มีการเรียกทีมโรคประจำตัว และปริมาณ adrenaline ที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนการช่วยฟื้นคืนแบบ pulseless electrical activity (PEA) มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จกับการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย ปัจจัยที่เพิ่มอัตราการฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ได้แก่การมีผู้พบเห็นผู้ป่วยขณะหัวใจหยุดเต้น การกดหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล การช็อกไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็ว และหัวใจหยุดเต้นเป็นชนิดที่กระตุ้นไฟฟ้าได้⁹ ปัจจัยที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากความแตกต่างของประชากร และความพร้อมทีมช่วยฟื้นคืนชีพในแต่ละโรงพยาบาล อัตราการรอดชีวิตขึ้นกับหลายปัจจัย ไม่ใช่แค่การมีโรงพยาบาลที่มีการรักษาที่ดี มีเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย แต่ยังขึ้นกับปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว สาเหตุของหัวใจหยุดเต้น รวมถึงผู้พบเห็นเหตุการณ์ สถานที่เกิดเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น¹⁰

จากการศึกษาของอูรา แสงเงิน⁶ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 248 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.51 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับต่ำ ส่วนทักษะร้อยละ 66.88 คะแนนอยู่ในระดับสูง นอกจากนั้นมีการศึกษาความรู้และทักษะ ภายหลังการฝึกอบรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงระยะสั้นของวิสัญญีพยาบาล 30 คน ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น¹¹ พบว่าคะแนนความรู้และทักษะก่อนอบรมน้อยกว่า คะแนนความรู้และทักษะหลังอบรมทันที และหลังอบรม 3 เดือน ส่วนคะแนนความรู้หลังอบรมทันทีมากกว่า คะแนนความรู้หลังอบรม 3 เดือน แต่คะแนนทักษะ ก่อนและหลังอบรมคะแนนไม่ต่างกัน⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ความสามารถ และทักษะของบุคคลในการช่วยฟื้นคืนชีพจะสูงขึ้นหรือ ลดลง ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการฝึกอบรม การช่วยฟื้นคืนชีพ และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ลักษณะงาน สถาน ที่ปฏิบัติงานหรือ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และการช่วยฟื้นคืนชีพ

ที่มีประสิทธิภาพสูง จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้น ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเกิดมีภาวะหัวใจหยุดเต้นขึ้น การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเร่งด่วน ถูกต้องและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้ โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถประเมินสภาพผู้ป่วย และช่วยเหลือโดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น และสามารถเรียกทีมมาช่วยเหลือได้ให้ประสบความสำเร็จ เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือความปลอดภัยของผู้ป่วยได้¹¹

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ได้มีการจัดทีมช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐานของ JCI และมีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการในการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นประจำทุกปีละ 1 ครั้ง ให้กับทีมช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR Team) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และปัญหาอุปสรรคของการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพของทีมช่วยฟื้นคืนชีพโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ และปัจจัยที่สัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาระบบส่งเสริมให้ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ โดยเฉพาะพยาบาล ให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ตามมาตรฐานการดูแลรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ ในการดูแลรักษาที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน กันยายน 2561 จำนวนทั้งสิ้น 110 ราย และทีมช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR Team) เลือกแบบเจาะจงจำนวน 163 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ใบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR record) แฟ้มประวัติหรือ OPD card ของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ แบบเก็บข้อมูลที่เป็นตารางสำหรับบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้

รับการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค สถานที่เกิดเหตุ หรือที่อยู่ เป็นต้น ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น วิธีการมาโรงพยาบาล การกดหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล และ ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น อายุ ประสบการณ์ตรงในการช่วยฟื้นคืนชีพ การได้รับการฝึกอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 หลังจากได้รายชื่อผู้ป่วย เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย(Hospital Number : HN) แล้วนำมาสืบค้นในเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อบันทึกรายละเอียดข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล ด้านจริยธรรมทีมผู้วิจัยจัดทำโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเลขที่ 7/2563 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปทำการวิเคราะห์โดยใช้จำนวน ความถี่ ร้อยละ การหาความสัมพันธ์ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) แสดงค่า OR และ 95 % , CI และ p.value มีระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

1.กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งหมดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในปี 2561 จำนวน 110 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.1 เพศหญิง 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ค่าเฉลี่ยอายุ 59.95 (SD=17.38) อายุต่ำสุดคือ 1 วัน อายุมากที่สุดคือ 94 ปี สาเหตุที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) คือโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.7 รองลงมาคืออุบัติเหตุจำนวน 18 รายร้อยละ 16.4 หน่วยที่เรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพมากที่สุด คือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.4 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ถูกนำตัวเข้าโรงพยาบาลโดยญาติสูงที่สุดพบ 72 ราย คิด

เป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือนำส่งโดยกู้ชีพร้อยละ 17.3 และมีการนำส่งโดย EMS ร้อยละ 11.8 คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกที่มีการช่วยฟื้นคืนชีพคือ Asystole (AS) และ PEA ร้อยละ 66.4 และเมื่อมีการเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพจะมีการ

ทำ BLS (การช่วยชีวิตพื้นฐาน) เพียงร้อยละ 19.1 ไม่ทำจำนวน 89 รายคิดเป็น ร้อยละ 80.9 และอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วรอดมี ROSC จำนวน 63 รายคิดเป็นร้อยละ 50.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ (n =110)

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	65 (59.1)
- หญิง	45 (40.9)
อายุ ค่าเฉลี่ย (SD) (ต่ำสุด – มากสุด)	59.95 (SD 17.38) (1 วัน -94 ปี)
การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	
-โรคหัวใจและหลอดเลือด	91 (82.7)
- อื่นๆ(อุบัติเหตุ,โรคไต)	19 (17.3)
หน่วยงานหรือสถานการณืเรียกทีม CPR	
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)	106 (96.34)
- หอผู้ป่วย	4 (3.64)
EKG แกร็บ	
- แบบช็อกไม่ได้ (AS, PEA)	73 (66.4)
- แบบช็อกได้ (VF ,VT)	37 (33.6)
การนำส่งหรือการเข้าถึงโรงพยาบาล	
- โดยญาติ	72 (65.5)
- โดยทีม(กู้ภัย, EMS)	38 (35.5)
การทำBLS	
- ทำ	21 (19.1)
-ไม่ทำ	89 (80.9)
ทำการช็อกไฟฟ้าหัวใจ	
- ทำ	38 (34.5)
- ไม่ทำ	72 (65.5)
จำนวนการให้ยา Adrenalin	
- < 10 doses	28 (25.5)
- > 10 doses	82 (74.5)
รวมระยะเวลาทำ CPR	
- < 30 นาที	32 (29.1)
- >30 นาที	78 (70.9)
การรอดชีวิต	
- รอด (ROSC)	63 (57.3)
- ไม่รอด (Dead)	47 (42.7)

2. ทีมช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลพระยุพราช ทำบ่อตามมาตรฐานบุคลากรทุกหน่วยงาน เป็นสมาชิกทีมช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR team) จากการสุ่มสอบถามจำนวน 163 คน พบว่าเป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 13.5) เพศหญิง 141 คน (ร้อยละ 86.5) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 78.5 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 15.3 อายุราชการหรือประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 55 รายคิดเป็นร้อยละ 37.74 อยู่ในช่วง 11-20 ปี จำนวน 80

คน คิดเป็นร้อยละ 49.07 ด้านประสบการณ์ในการทำ CPR (ในรอบ 1ปี) เคยทำจำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.8 ไม่เคยทำร้อยละ 28.2 และในกลุ่มที่เคยทำ CPR จำนวนครั้งของการทำ CPR น้อยกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 42.94 มากกว่า 5 ครั้งร้อยละ 57.26 ส่วนประเด็นการได้รับการฝึกอบรมหรือทบทวนความรู้และทักษะทำ CPR พบเคยได้รับจำนวน 116 คนคิดเป็นร้อยละ 71.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. แสดงข้อมูลทั่วไปของทีมช่วยฟื้นคืนชีพ(n=163)

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	22 (13.5)
- หญิง	141 (86.5)
อายุ	
- < 25 ปี	42 (25.7)
- 26-40 ปี	84 (51.54)
- 41-50 ปี	27 (16.56)
- > 51 ปี	10 (6.14)
ตำแหน่ง	
- พยาบาล	128 (78.5)
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	25 (15.3)
- อื่น ๆ	10 (6.2)
ประสบการณ์ในการทำงาน(ปี)	
- 0-10	55 (37.74)
- 11-20	80 (49.07)
- 21-30	25 (15.33)
- ≥31	3 (1.84)
ประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (ใน1ปี)	
- เคย	117 (71.8)
- ไม่เคย	46 (28.2)
จำนวนครั้ง(กรณีที่เคย)	
- น้อยกว่า < 5 ครั้ง	70 (42.94)
- มากกว่า > 5 ครั้ง	93 (54.16)
การได้รับการฝึก / ทบทวนความรู้ (ในรอบ 1ปี)	
- เคย	116 (71.2)
- ไม่เคย	47 (28.2)

3.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ROSC แบบ Multiple Logistic Regression Adjusted OR , 95% CI of Adjusted OR (n=110) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนชีพที่มีการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) ในผู้ป่วยที่มีการทำการฟื้นคืนชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่พบ การนำส่งโรงพยาบาล การช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillations) จำนวนยา Adrenalin ที่ได้รับ และ

ระยะเวลาช่วยฟื้นคืนชีพทั้งหมด ไม่มีผลต่อการกลับคืนระบบไหลเวียนโลหิต แต่พบเพียงปัจจัยเดียวคือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS)เท่านั้นที่มีผลต่อ ROSC ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p - value .05) โดยการทำ BLS มีผลต่อการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) ในผู้ป่วยช่วยฟื้นคืนชีพ เป็น 6.82 เท่าของตัวแปรอื่น ๆ (AOR 6.823 , 95 % . CI :1.920 ถึง 24.248) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ROSC แบบ Multivariate (n= 110)

ปัจจัย	ผล		Adjusted OR	95% CI	p-value
	ROSC จำนวน(ร้อยละ)	Dead จำนวน(ร้อยละ)			
1.เพศ					
- ชาย	34 (52.3)	31 (47.7)	1.913	.75 ถึง 4.88	.175
- หญิง	29 (64.4)	16 (36.6)	1		
2. อายุ					
- < 60 ปี	28 (54.9)	23 (45.1)	1.071	.42 ถึง 2.71	.885
- > 60 ปี	35 (59.3)	24 (40.7)	1		
3. การวินิจฉัยโรค (Dx)					
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (MI)	54 (49.3)	37 (40.7)	.660	.22 ถึง 1.64	.340
- โรคอื่น ๆ (ไต,อุบัติเหตุ)	9 (47.4)	10 (52.6)	1		
4. EKG ที่พบ					
- แบบช็อกได้ (VT,VT)	22 (59.5)	15 (40.5)	158	.48 ถึง 2.98	.952
- แบบช็อกไม่ได้ (AS, PEA)	41 (56.2)	32 (43.8)	1		
5. การนำส่งโรงพยาบาล					
- โดยระบบ (ศูนย์ EMS, refer)	15 (39.4)	23 (60.52)	1.615	.742 ถึง3.51	.227
- โดยญาติ	48 (66.7)	24 (33.3)	1		
6. การทำ BLS ก่อน CPR team มาถึง					
- ทำ	5 (23.3)	16 (76.2)	5.84	1.17 ถึง29.49	.031*
- ไม่ทำ	58 (65.2)	31 (34.8)	1		
7 การช็อกไฟฟ้า					
- ทำ	20 (52.6)	18 (47.4)	.877	31 ถึง 2.43	.801
- ไม่ทำ	43 (59.7)	29 (40.3)	1		

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ROSC แบบ Multivariate (n= 110) (ต่อ)

ปัจจัย	ผล		Adjusted OR	95% CI	p-value
	ROSC จำนวน(ร้อยละ)	Dead จำนวน(ร้อยละ)			
8.จำนวนการให้ยา					
Adrenalin					
- > 10 doses	49 (59.8)	33 (40.2)	.57	.20 ถึง 1.55	.274
- < 10 doses	14 (20)	14 (50)	1		
9. รวมระยะเวลาทำ CPR					
- < 30 นาที	16 (50)	16 (50)	1.15	.44 ถึง 2.98	.762
- > 30 นาที	47 (60.3)	31 (39.7)	1		

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าอัตราการความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ จนมีการกลับคืนของระบบไหลเวียน (ROSC) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 57.3 ซึ่งมีอัตราที่ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับฐานข้อมูลทางการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย ปี 2554 - 2558 (Nongchang, et al ,2017 อ้างถึงในชมพูนุช แสงพานิชย์, 2561)¹¹ ซึ่งมีอัตราความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 82.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ ลิ้มสุริยกานต์¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มี ROSC ร้อยละ 62.61 ซึ่งมีร้อยละใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ มาลี คุณคงคาพันธ์⁹ ที่พบอัตราความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 40.7 ซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะของผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดหัวใจหยุดเต้นในการศึกษารั้งนี้พบมีห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและเป็นผู้ป่วยที่เกิดหัวใจหยุดเต้นจากนอก โรงพยาบาลมากกว่า

ปัจจัยด้านเพศและอายุจากการศึกษารั้งนี้ ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นแล้วได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วมีการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 34 ราย (ร้อยละ 53.9) มีอายุเฉลี่ย 59.9 ปี และด้านเพศและอายุ ไม่มีผลต่อการกลับคืนของระบบไหลเวียน

โลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุช แสงพานิชย์¹¹ และ ธวัช ขาญขุณานนท์⁷

ปัจจัยสาเหตุของการเรียกทีม CPR แล้วมีการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) พบในกลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่น MI , HT มากที่สุด อธิบายว่าเป็นภาวะที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที การเรียกทีม CPR จะเป็นการช่วยแก้ไขเรื่องการหายใจ หรือการให้ยากระตุ้น หรือแม้กระทั่ง การกดหน้าอก หรือช็อกไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช ขาญขุณานนท์⁷, ชมพูนุช แสงพานิชย์¹¹ และวสันต์ ลิ้มสุริยกานต์¹⁰

ปัจจัยเกี่ยวกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กรณีมีการเรียกทีม CPR เป็นแบบช็อกไม่ได้ เช่น PEA และ Asystole จำนวน 41 ราย(ร้อยละ 56.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ ลิ้มสุริยกานต์¹⁰ ซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกัน ปัจจัยด้านการนำส่งเข้าสู่การรักษาโดยส่วนใหญ่พบว่าเป็นการนำส่งของญาติ 48 ราย (ร้อยละ 66.7) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้นี้การเรียกทีม CPR ณ ห้องฉุกเฉินมากที่สุด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เกิดหัวใจหยุดเต้นจากนอกโรงพยาบาล ผู้พบเห็นผู้ป่วยเป็นญาติ และจากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) 59 ราย (ร้อยละ 53.6) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วสันต์ ลิ้มสุริยกานต์¹⁰

ที่พบว่าผู้ป่วยถูกนำส่งเข้าสู่โรงพยาบาลด้วยญาติหรือระบบอื่นๆ เพียงร้อยละ 37.39 แต่นำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 49.57

ปัจจัยด้านการช็อกไฟฟ้า (Defibrillation) โดยทีมกู้ชีพ จากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบช็อกไม่ได้ (AS, PEA) ค่อนข้างสูง 41 ราย (ร้อยละ 56.2) ในกลุ่มที่มี ROSC ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ ลิ้มสุริยกันต์¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยทำ CPR จำนวน 115 ราย พบว่าการทำ Defibrillation แล้วทำให้มี ROSC ร้อยละ 66.67

ปัจจัยการได้รับยา Adrenaline หรือยาอีพินเฝรินในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกลุ่มที่มี ROSC ได้รับยา Adrenaline จำนวนมากกว่า 10 doses พบได้ 49 ราย (ร้อยละ 59.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุช แสงพานิชย์¹¹ ที่มีอัตราใกล้เคียงกันคือร้อยละ 59.7 การให้ยา Adrenaline เพิ่มอัตราความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแตรกรับเป็นแบบช็อกไม่ได้ การได้ยาเร็วยิ่งเพิ่มอัตราความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพและอัตราการรอดชีวิต

ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำ CPR การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ CPR แล้วมีการกลับคืนมาของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) ในกลุ่มที่มีระยะเวลา CPR รวมเกิน 30 นาที พบ 47 ราย (ร้อยละ 60.3) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วสันต์ ลิ้มสุริยกันต์¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วย CPR ที่มี ROSC มีระยะเวลาการทำ CPR แต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย การ CPR ที่ใช้เวลานานขึ้นโอกาสรอดชีวิตจะลดลง การศึกษาของ มาลี คุณคงคาพันธ์⁹ พบว่า ระยะเวลาที่ได้ผลสำเร็จมากที่สุดคือ 1-40 นาที และเมื่อใช้เวลารักษามากกว่า 40 นาที จะไม่พบว่ามีผู้ป่วยรอด

ปัจจัยด้านการทำการฟื้นคืนชีพด้วย BLS จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคืน

กลับมาของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) ในผู้ป่วยช่วยฟื้นคืนชีพ เป็น 6.82 เท่าของตัวแปรอื่น ๆ (AOR 6.823 , 95 % . CI : 1.920 ถึง 24.248) เนื่องจากการช่วยชีวิตพื้นฐานเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น การตระหนักรู้และการค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การเรียกขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือตามทีมที่มีความชำนาญ¹³ การเริ่มกดหน้าอกอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นับเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุช แสงพานิชย์¹² วสันต์ ลิ้มสุริยกันต์¹⁰ และ มาลี คุณคงคาพันธ์⁹

ข้อสรุป

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในปี 2561 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย พบการคืนกลับมาของระบบไหลเวียนโลหิต (ROSC) ร้อยละ 57.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ROSC คือ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS)

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำทีมช่วยฟื้นคืนชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และ นางณฤดี ทิพย์สุทธิ์ ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือและกำลังใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สุกิจ วิยสัตยา, บวร วิทย์ชำนัญกุล, กรองกาญจน์ สุธรรม . แนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ 2553 . เชียงใหม่. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553
2. พลิดา เหลือชูเกียรติ.คู่มือการช่วยชีวิตพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์.นนทบุรี.ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.2561
3. ปิยดา จันทรกุล.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล โรงพยาบาลชิริะภูเก็ต.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11.2562,33(2);339-352.
4. GO,A.S. Mogattarian, D., Roger, V.C., Benjamin , E.J. Berry, J.D., Borden , W.B. et al. Heart disease and stroke statistic – 2013 Update a report from the American Heart Association . Circulation.2013,127 : e6-e245.
5. รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ ,ปาณิสรา แสงสังข์ และ คณะ. ปัจจัยทำนายผลที่ได้รับของการกู้ชีพหัวใจและปอด ในประเทศกำลังพัฒนา : การลงทะเบียนการกู้ชีพ หัวใจและปอดของศิริราช. J Med Assoc Thai ,2009,92(5):618-623.
6. อูรา แสงเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และ ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล โรงพยาบาล สงขลานครินทร์.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555,32(1) :1-10
7. ธวัช ชาญชญาณนธ์.ผลของการปฏิบัติการช่วย ฟื้นคืนชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วย ฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.สงขลา นครินทร์เวชสาร.2554,29(1),39-49.
8. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 2015 . Circulation. 2015,132 : S313 –S314
9. มาลี คุณคงคาพันธ์ ,ฐิติพันธ์ จันทรพันธ์. ลักษณะ ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจและปัจจัย ที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย.2561,12(3):33-47.
10. วสันต์ ลิ่มสุริยกันต์.ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอก โรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.วารสารสมาคม เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561,8(1),15-23.
11. ชมพูนุท แสงพานิชย์.ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอก โรงพยาบาล ณ จุด เกิดเหตุ โดยศูนย์กู้ชีพโรงพยาบาล อุดรดิตถ์.วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุดรดิตถ์ ฉบับพิเศษ.2561:85-96.
12. ดวงเนตร ลิตู, พลพันธ์ บุญมาก และคณะ .ความมั่นใจ ของวิสัญญีพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ หยุดเต้น.วิสัญญีสาร. 2561,44(1): 5-11.
13. มาลี คำคง. ห่วงโซ่การรอดชีวิต , วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี.2561,12(3):33-47.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พรสวรรค์ สังฆะมณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

270 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการส่งเสริมการจัดการครอบครัว

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Two Group Post Test Only Design) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีระดับคะแนน Braden scale ≤ 18 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมใจรักษ์ โรงพยาบาลนครพนม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือเรื่องการป้องกันแผลกดทับ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 2) แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและการบันทึกการเกิดแผลกดทับ 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวโดยใช้สถิติที และเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว โดยใช้สถิติฟิชเชอร์

ผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยความสามารถของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวอยู่ในระดับสูง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และไม่พบการเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการครอบครัวพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป จำนวน 5 ครั้ง

ข้อสรุป : ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีระดับความสามารถสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดแผลกดทับ

คำสำคัญ : การส่งเสริม การจัดการครอบครัว แผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล

Effects of Family Management Promotion Program on Caregiver's Ability for Prevention of Pressure sore in Stroke Patients

Pornsawan Sungkamanee Registered Nurse, Professional Level

Medical Patient Nursing Group, Nursing Group, Nakhon Phanom Hospital

270 Apibalbancha Road Distric in in the city . Mueang Distric Kakhon Phanom Province.

Abstract

Objectives : To compare the average capability scores of the caretakers in prevention against bedsore of patients with stroke and the emergence of bedsore between the group receiving and not receiving the family management promotion.

Materials and Methods : This research used the quasi-experimental research methodology based on two group post-test only design. There were 2 groups of samples used in the research, i.e., the patients evaluated for the risk of opening bedsore with the Braden scale ≤ 18 , admitted in the Ruam Chai Rak Medical Ward, Nakhon Phanom Hospital, and divided into the control and experimental group, 15 people of each. The tools used in the research consisted of 1) the lesson plan regarding stroke and prevention against bedsore, stoke manual, and bedsore prevention manual. The tools used in data collection were 1) General Information Record Form for the patients with stroke and the caretakers; 2) Record Form for Evaluation of Risk of Bedsore and Record of Bedsore; 3) Evaluation Form for Capability of Caretaker in Prevention of Bedsore. The personal information of the patients, caretakers, and nurses were analyzed by descriptive statistic and the T-statistic was applied to compare the capability scores of the caretakers between the group receiving and not receiving the family management promotion program and the Fisher statistic was used to compare the emergence of bedsore in the patients with stroke between the group receiving and not receiving the family management promotion program.

Results : The average score of the group receiving the family management promotion program was ranked at a high level. After comparing with the control group yielding the average score at the moderate level, the statistically significant difference was observed ($p < .001$), and there is no bedsore discovered in the group receiving the family management promotion program but 5 times of bedsore at level 2 and above were found in the group not receiving the family management promotion program.

Conclusion : These research results support the concept of family management and provide the capability of the caretakers at a high level for preventing patients with stroke against bedsore.

Keywords : *promotion, family management, bedsore, patient with stroke, caretaker*

ความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทแบบทันทีทันใด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเสียชีวิตได้¹ ในแต่ละปีเสียชีวิตสูงถึงปีละ 6.5 ล้านคนทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิต 47.8 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2560 พบเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตรองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ² ปัจจุบันด้วยความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้นโดยมักมีความพิการเรื้อรังจากสภาพและรอยโรค ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้³ หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 40⁴ โดยส่วนใหญ่ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง หรืออัมพาตภายหลัง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้สูงถึงร้อยละ 80⁵ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดการติดเชื้อ ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น⁶ และเพิ่มภาระงานของพยาบาล⁷ สูญเสียงบประมาณของรัฐบาล ต้นทุนการรักษาสูงขึ้น และนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้⁸

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากภาวะร่างกายอ่อนแอ เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ นอกจากนี้นักสูญเสียความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังเปื่อยขึ้นตลอดเวลา ประกอบกับมีการสูญเสียความรู้สึกต่อแรงกดที่มารกระทำต่อเนื้อเยื่อ⁹ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 42¹⁰ โดยพบมากในวันที่ 2 ของการรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล และภายใน 1 สัปดาห์เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 34.5¹¹ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมที่สำคัญทำให้เกิดแผลกดทับ เช่น การลากดึงผู้ป่วยทำให้ผิวหนังชั้นนอกหลุดลอก เนื้อเยื่อในระดับลึกถูกทำลาย⁹ แรงเฉือนหรือแรงเสียดทานที่มารกระทำต่อเนื้อใต้ปุ่มกระดูกซึ่งเป็นบริเวณ

รับแรงกดมากที่สุด¹² ภาวะทุพโภชนาการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการกลืนลำบาก ความอยากอาหารลดลง ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นโดยเฉพาะโปรตีน เมื่อระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ¹³ โดยพบได้ในสัปดาห์แรกร้อยละ 26.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในสัปดาห์ที่ 2 หลังเกิดภาวะทุพโภชนาการ¹⁴ ด้วยภาวะเช่นนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีภาวะในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นหลักเมื่อกลับบ้านสูงถึงร้อยละ 74¹⁵ และเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ¹⁶

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมขององค์กรพยาบาลที่กำหนดไว้ในด้านวิชาชีพ แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้¹⁷ และแนวทางการรักษาผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เมื่อรักษาในโรงพยาบาลจนอาการคงที่แล้ว แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นหลัก ดังนั้นหากผู้ดูแลยังไม่ได้เรียนรู้หรือมีทักษะการฟื้นฟูสภาพน้อย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจหรือปรับตัวไม่ได้ทำให้ความสามารถในการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง พบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 อยู่ระหว่าง 3 – 11 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านภายในระยะ 28 วันด้วยการเกิดแผลกดทับร้อยละ 12.4 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคาดหวังว่า บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการ ตัดสิน

ใจและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ให้เกิดแผลกดทับได้ด้วยตนเอง และไม่กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย :

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการส่งเสริมการ จัดการครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการ ส่งเสริมการจัดการครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบ แนวคิดการจัดการครอบครัว (Individual and Family self-Management model [IFM]) เป็นทฤษฎีที่พัฒนา มาจากแนวคิดการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการควบคุม ตนเอง โดยรวมแล้วมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัว สามารถเปลี่ยนแปลงระบบในครอบครัวได้โดยมีการเสริม แรงและส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแล สุขภาพผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง^{18,19} รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ดูแล ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม²⁰ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ครอบครัว หมายถึง สมาชิกของครอบครัว หรือผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการดำเนินการ 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความ สามารถของผู้ดูแล 2) กระบวนการฝึกทักษะการจัดการ ครอบครัว และ 3) กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วย เหลือ เป็นที่ปรึกษา และติดตามแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์

หลังการทดลอง (Two Group Post Test Only Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผล กดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง เดือนมีนาคม 2563

ตัวแปรอิสระ หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการ ครอบครัว

ตัวแปรตาม หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลใน การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเกิดแผลกดทับ

ประชากร หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีระดับคะแนน Braden scale ≤ 16 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมใจรักษ์ โรงพยาบาลนครพนม กำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างที่พอเหมาะอย่างน้อยที่สุดควรมี 30 คน โดยแต่ละ กลุ่มไม่ควรมีจำนวนต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม 21 โดยแบ่งเป็นกลุ่มให้การพยาบาลตามปกติ กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือ พี่ น้อง
3. สามารถพูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. เป็นผู้สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ในสัปดาห์แรกที่ เข้าร่วมการส่งเสริมการจัดการครอบครัวทุกวันและ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการ

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

2. มีคะแนนความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน 6-16 คะแนน ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี หรือมีคะแนน 6-18 ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี

3. ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ อวัยวะในช่องทรวงอก ท้อง และกระดูก

4. ไม่มีมลึ่ในในจังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดทั้ง 1 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว

3. ผู้ป่วยที่ได้รับเตียงนอนน้ำป้องกันแผลกดทับ

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยย้ายออกจากโรงพยาบาล

3. ผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับลดลงภายใน 24 ชั่วโมงโดยมีคะแนนมากกว่า 16 คะแนน ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี หรือมีคะแนนมากกว่า 18 ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี

4. ผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนเกิน 3 เดือน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือเรื่องการป้องกันแผลกดทับ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบ

บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยดูแล 2) แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและการบันทึกการเกิดแผลกดทับ 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ดูแลตามปกติ

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 กระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ดูแล และให้ความรู้และให้คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วันที่ 2-4 กระบวนการฝึกทักษะการจัดการครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และฝึกทักษะการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด และการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว

วันที่ 5-6 กระบวนการฝึกทักษะการจัดการครอบครัว (ต่อ) ฝึกทักษะการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ

สัปดาห์ที่ 2-3 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ สอบถามปัญหาและการปฏิบัติให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ กระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ ฝึกทักษะการดูแลเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 5 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ ประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ

จัดการครอบครัว โดยใช้สถิติ Independent t-test ภายหลังการทดสอบการกระจายข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test แล้วพบว่า แจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Fisher's exact test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างในลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนและระดับความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$ (ระดับ)	SD	$\bar{X}$ (ระดับ)	SD		
การดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด	3.39 (ปานกลาง)	.245	4.86 (สูง)	.123	-20.697	.001
การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว	2.87 (ปานกลาง)	.203	4.82 (สูง)	.157	-29.373	.001
การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ	3.17 (ปานกลาง)	.173	4.81 (สูง)	.170	-26.336	.001
รวม	3.14 (ปานกลาง)	.196	4.83 (สูง)	.150	-26.493	.001

หมายเหตุ.

* แผลกดทับ มี 4 ระดับ (4stage) และไม่สามารถระบุระดับได้ ดังนี้

- Stage 1 ผิวหนังยังสมบูรณ์ แต่ผิวหนังสีระแวง
- Stage 2 ผิวหนังมีการสูญเสียถึงชั้น Dermis โดยพื้นแผลแดงไม่มีเชิงตายสีเหลือง ไม่มีรอยข้ำ อาจจะเปื้อนตุ่มน้ำพอง น้ำใสๆหรือน้ำใสปนเลือดจางๆ
- Stage 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด คือ ชั้น epidermis และ dermis ไปจนถึง subcutaneous fat แต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูก อาจมีเนื้อตายสีเหลือง โปร่งได้ผิวหนังหรือช่องได้
- Stage 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อเส้นเอ็นกระดูก อาจพบเนื้อตายสีเหลืองและ/หรือ เนื้อตายสีดำแข็ง มีโพรงใต้ผิวหนัง และช่องได้ หรือคลำพบกระดูก
- Unstageable คือ ระดับที่ พื้นแผลทั้งหมดถูกคลุมไว้ด้วยเนื้อตายสีเหลือง สนิ้ตาล หรือเนื้อตายสีดำ จนไม่เห็นความลึกของการสูญเสียชั้นของผิวหนัง โดยจะสามารถประเมินระดับความลึกของแผลได้เมื่อกำจัดเนื้อตายออกแล้วเท่านั้น

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มควบคุม เกิด 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มทดลอง (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและได้รับการส่งเสริมการจัดการครอบครัว

อุบัติการณ์	กลุ่มควบคุม n = 15		กลุ่มทดลอง n = 15		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	5	33.33	0	0.00	5.80	0.21
ไม่เกิดแผลกดทับ	10	66.67	15	100.00		

อภิปราย

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 1) อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้และช่วยพัฒนาด้านทักษะในการดูแลทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งได้ฝึกกระบวนการคิด วิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง แม้จะไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 86.7 ก็ตาม แต่ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะความสามารถในระดับสูง สามารถอธิบายในแต่ละกระบวนการของการจัดการครอบครัวได้ว่า กระบวนการที่ 1 เป็นกระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล เริ่มจากการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลกดทับ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับให้คู่มือประกอบรูปภาพอธิบายขั้นตอนได้อย่างชัดเจน การส่งเสริมในกระบวนการนี้มีการใช้ตัวแบบพูดชักจูงให้เกิดการสนทนาด้านอารมณ์ 22 กระบวนการที่ 2 เป็นการฝึกทักษะการจัดการครอบครัวในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด การฝึกทักษะในกระบวนการนี้มีขั้นตอนการฝึกเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถ โดยเริ่มจาก

การตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ และตามด้วยการสะท้อนคิดให้เกิดการจัดการหาวิธีการป้องกัน จากนั้นจึงเริ่มฝึกทักษะและวางแผนปฏิบัติ จนสามารถสะท้อนคิดได้ว่าสิ่งที่กระทำถูกหรือผิด²³ ตามแนวคิดนี้เป็นการฝึกทักษะความสามารถให้ผู้ดูแลได้คิดวิเคราะห์แก้ปัญหาด้วยตนเองได้และสามารถประเมินได้ว่าการกระทำใดถูกหรือผิด และกระบวนการที่ 3 การสนับสนุนให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้ดูแล รวมทั้งให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมด้านการจัดการครอบครัวจึงมีความมั่นใจ และตระหนักถึงความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ความสามารถของผู้ดูแลกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของญาติในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการที่จะฝึกทักษะการดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากได้รับการฝึกทักษะไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัวและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย²⁴

การส่งเสริมการจัดการครอบครัว เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะเฉพาะในเรื่องของการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการส่งเสริมการวางแผนและเป็นขั้นตอน ด้วยกระบวนการในการจัดการครอบครัวนี้มีการตั้งเป้าหมายชัดเจนและการฝึกทักษะในการป้องกัน

แผลกดทับไม่มีขั้นตอนซับซ้อน ผู้ดูแลมีความตระหนักถึงผลกระทบต่าง ๆ จากการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจึงมีความตั้งใจและมั่นใจในการดูแลส่งผลให้ไม่เกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการครอบครัว

ข้อสรุป

การนำแนวคิดการจัดการครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการปฏิบัติและเกิดกำลังใจ คาดการณ์ผลลัพธ์ที่ดีได้

เอกสารอ้างอิง

1. Wauters Y, Oupra R, & Tanasuwan P. Development of a Teaching Model for Prevention of Stroke among People at Risk in Northern Thai Community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016; 3(2): 100-116.
2. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control. World paralysis day campaign issue 2017[internet]. 2018. [cited 2018 June 8]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail>
3. Ali ZH. Effect of Nursing Care Strategy on the Functional and Physical Abilities of Patients Following Stroke. JNN 2013; S8.
4. Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, Caron CD, Ska B, BRAD group. Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive deficits. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2011; 52(3) :336-43.
5. Indredavik B. Stroke unit care is beneficial both for the patient and for the health service and should be widely implemented. Stroke 2009; 40(1): 1-2.
6. Theisenet S, Drabik A, & Stock. Pressure ulcers in older hospitalised patients and its impact on length of stay: A retrospective observational stud. Clinical Nursing Journal 2012; 21(3-4): 380-387.
7. จินพิชญชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ:ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2555; 20(5): 478-490.
8. Yap TL, & Kennerly SM. A nurse-Led Approach to Preventing Pressure Ulcers. Rehabilitation Nursing 2013; 36(3): 106-110.
9. Braden B, & Bergstrom N. A Conceptual schema for the study of the etiology of pressure. Rehabilitation nursing 2000; 25(3): 105-109.
10. พัฒนา ขวลิขิตสุเกรณี. การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้ในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
11. อารี บุรณกุล. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
12. Schue RM. & Langemo DK. Prevalence, incidence, and prediction of pressure ulcers on a rehabilitation unit. JWOCN 1999; 26(3): 121-129.

13. ปองหทัย พุ่มระย้า. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเกิดผลกดทับในผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
14. Antoni, D. (1996). Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome. American Heart Association, 27(6), 1028-1032.
15. Gillespie D, & Campbell F. Effect of stroke on family carers and family relationships. Nursing Standard 2011; 26(2): 39-46.
16. Ween JE, Alexander MP, & D'Esposito M. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. Neurology 1996; 47(2): 388-392.
17. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
18. Lubkin IM, Larsen PD, editors. Chronic illness: Impact and interventions. Jones & Bartlett Learning; 2006.
19. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing outlook. 2009; 57(4): 217-25.
20. Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. Nursing outlook 2006; 54(5): 278-86.
21. Burns N, & Grove S. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
22. Bandura A. Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs; 1987.
23. Bernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, Thrift AG, Ellery F, Collier J, et al. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. Lancet 2015; 386(9988): 46-55.
24. Duncan PW, Gresham GE, Stason WB, Adams HP, Adelman AM, Holland AL. Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline. Pro Ed. 1995.

การลดความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกด้วยการใช้รูปภาพประกอบ ขณะห่อชุดเครื่องมือ โรงพยาบาลนครพนม

ณิชาดา เจริญนามเดชากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกโดยวิธีใช้รูปภาพประกอบและไม่ใช้รูปภาพประกอบ

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงประสิทธิภาพ รูปแบบ Historical controlled intervention ที่งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม เป็นชุดเครื่องมือ ที่ห่อชุดแบบเดิม 83 ชุด ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2560 ห่อชุดแบบใหม่ 91 ชุด ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนเมษายน 2561 จำแนกเป็น Set small, Set tibia-femoral และ Set spine เปรียบเทียบร้อยละของความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูก ก่อนและหลังใช้รูปภาพประกอบในการห่อชุดเครื่องมือโดยใช้สถิติ Exact probability test

ผลการศึกษา : จากการศึกษาพบว่า การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด จำนวน 174 ชุดแบ่งเป็นแบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 83 ชุด พบมีการห่อผิดพลาด จำนวน 13 ชุด (15.7%) และแบบใช้รูปภาพ จำนวน 91 ชุด พบการห่อผิดพลาด จำนวน 2 ชุด (2.2%) โดยจำแนกเป็นการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบ Set small แบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 37 ชุด ผิดพลาดจำนวน 6 ชุด (16.2%) และใช้รูปภาพ จำนวน 40 ชุด ผิดพลาดจำนวน 1 ชุด (2.5%) การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูก Set tibia femoral แบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 21 ชุด ผิดพลาด จำนวน 2ชุด (9.5%) แบบใช้ภาพจำนวน 21 ชุด ไม่พบความผิดพลาด และการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบ Set spine แบบไม่ใช้รูปภาพจำนวน 25 ชุด ผิดพลาดจำนวน 5 ชุด (20%) แบบใช้รูปภาพจำนวน 30 ชุด ผิดพลาดจำนวน 1 ชุด (3.3%) เมื่อเปรียบเทียบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบไม่ใช้รูปภาพและแบบใช้รูปภาพ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการห่อชุดเครื่องมือในภาพรวม (15.7% vs. 2.2%, $p=0.001$) และการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบ Set small (16.2% vs. 2.5%, $p=0.043$)

สรุป : การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกโดยใช้รูปภาพ สามารถลดความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดในภาพรวมได้และควรนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำแทนวิธีการเดิม

คำสำคัญ : Surgical Instrument, Orthopedic Surgery, Error, Supply, Wrapping

The Error Reduction of Orthopedic Surgery Instruments Wrapping using Illustrations Guide in Nakhon Phanom Hospital

Nichada Charoennamdechakun; Registered Nurse, Expert Level

Central Sterile Supply Department, Nakhon Phanom Hospital. Muang district.

Nakhon Phanom Province 48000

Abstract

Objective : To compare the error of orthopedic surgery instruments wrapping method between using illustrations guide and without illustration guide

Materials and Method : This efficiency study was conducted at Central Sterile Supply Department in Nakhon Phanom Hospital by using Historical controlled intervention method to compare the error of orthopedic surgery instruments wrapping between without illustration guide during the period of April – September 2017 (83 sets) and using illustrations guide during period of October 2017 – April 2018 (91 sets); the orthopedic surgery instruments sets were Set Small, Tibia-femoral, and Set Spine. The exact probability test was applied to compare the percentage of error of the orthopedic surgery instruments wrapping between two wrapping methods.

Result : There were 174 of orthopedic surgery instruments wrapping sets; 83 sets that wrapped without illustrations guide found totally 13 error sets (15.7%) and 91 sets that wrapped using illustrations guide found totally 2 error sets (2.2%). To classify by orthopedic surgery instruments sets as Small Set were 37 sets wrapping without illustrations guide and found 6 error sets (16.2%) and 40 sets wrapping using illustrations guide and found 1 error set (2.5%), Set Tibia-femoral were 21 sets wrapping without illustrations guide and found 2 error sets (9.5%) and there was not found an error of 21 sets wrapping using illustrations guide, and Set Spine were 25 sets wrapping without illustrations guide and found 5 error sets (20%) and 30 sets wrapping using illustrations guide and found 1 error set (3.3%)

To compare the percentage of error of the orthopedic surgery instruments wrapping between with illustrations guide and without illustrations guide; it was reduced statistical significantly for the overall orthopedic surgery instruments wrapping (15.7% vs. 2.2%, $p=0.001$), and for Set Small wrapping (16.2% vs. 2.5%, $p=0.043$)

Keywords : Surgical Instrument, Orthopedic Surgery, Error, Supply, Wrapping

ความสำคัญ

การห่อชุดอุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องได้รับการเตรียมเครื่องมือในหีบห่อเพื่อให้คงสภาพไม่ชำรุดและพร้อมใช้ได้ตลอดเวลา นอกจากอุปกรณ์ที่อยู่ภายในชุดเครื่องมือ (Set) จะคงสภาพปราศจากเชื้อแล้วเครื่องมือต่างๆ ที่อยู่ภายใน set ต้องครบถ้วน¹ การห่อชุดเครื่องมือทางการแพทย์ของงานจ่ายกลางมีมาตรฐานในการจัดเตรียมห่ออุปกรณ์เครื่องมือที่สมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทยกำหนด² หากพบความผิดพลาดในการจัดชุดเครื่องมือไม่ครบจะต้องมีการจัดเตรียม set ใหม่ ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้³ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยรอผ่าตัดนาน ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเพิ่มขึ้นหรืออาจต้องเลื่อนการผ่าตัด นอกจากนี้อาจเกิดอันตรายจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูญเสียโลหิต และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้น⁴

งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม พบอุบัติการณ์จากการบรรจุเครื่องมือผ่าตัดที่ไม่ครบโดยเฉพาะ ชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกที่มีเครื่องมือมากกว่า 30 ชิ้นต่อชุด โดยพบอุบัติการณ์ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาร้อยละ 9.5 – 16.2 ของจำนวนชุดเครื่องมือ ผ่าตัดกระดูกทั้งหมด (งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม, 2559) ทำให้มีข้อร้องเรียนจากห้องผ่าตัด เนื่องจากการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด ใช้ใบรายการชื่อเครื่องมือประกอบในการห่อชุด ซึ่งเขียนเป็นภาษาอังกฤษ อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดพลาดในกรณีที่ผู้บรรจุไม่รู้จักชื่อชนิดเครื่องมือได้ครบทุกชิ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้วิธีการห่อชุดเครื่องมือที่มีรูปภาพประกอบ และระบุชื่อชนิดเครื่องมือให้ชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อลดความผิดพลาดให้น้อยลงหรือไม่เกิดความผิดพลาดขึ้นเลยตามมาตรฐานสมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย งานจ่ายกลางจึงคิดนวัตกรรมในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด ลดความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด และเพื่อการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดได้มาตรฐานตามที่สมาคมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทยกำหนด ทำให้งานผ่าตัดทางการแพทย์โรงพยาบาลนครพนมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความผิดพลาดการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกโดยวิธีใช้รูปภาพประกอบและไม่ใช้รูปภาพประกอบ

วัสดุและวิธีการศึกษา

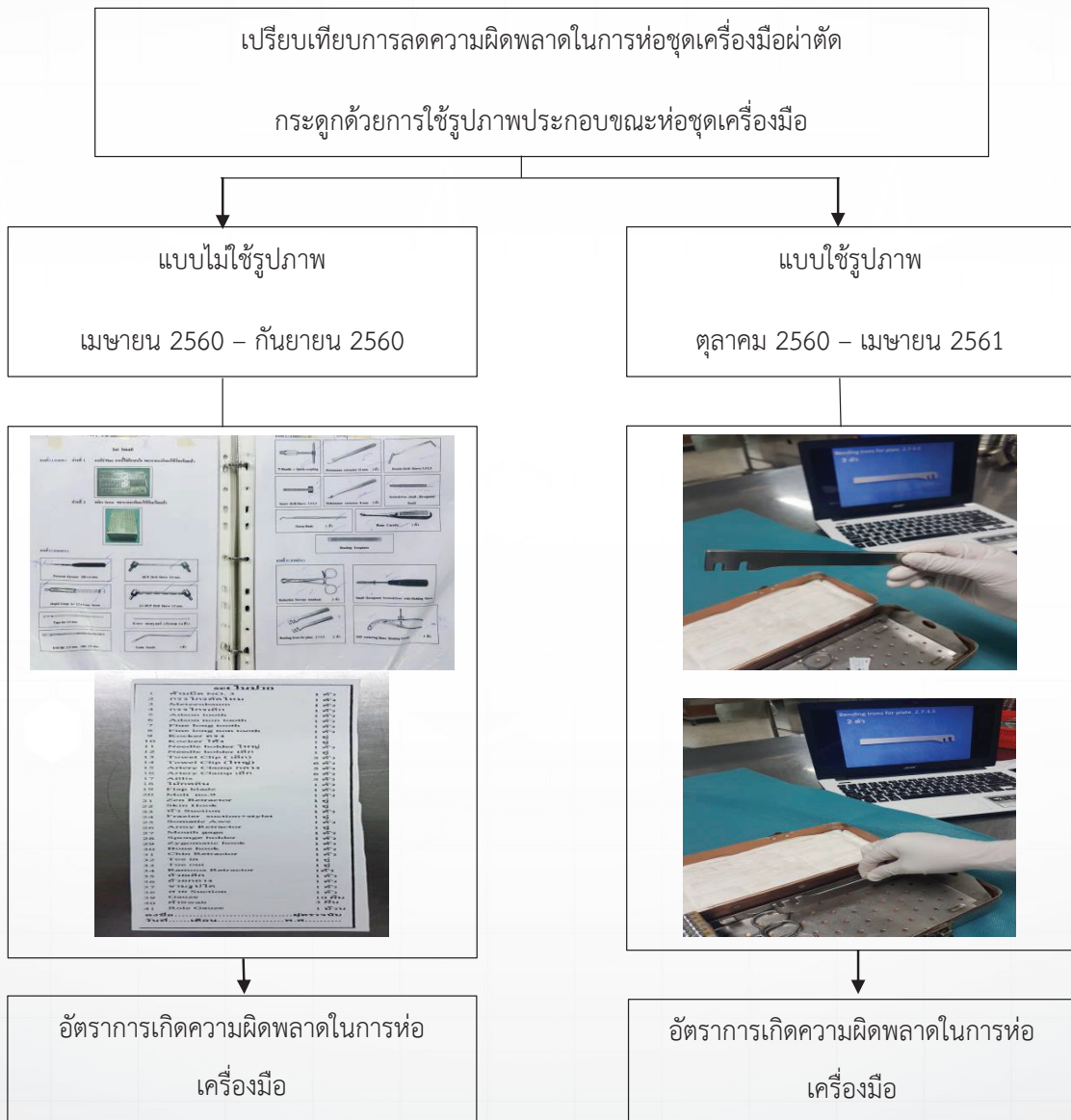
การศึกษาใช้รูปแบบ Historical controlled intervention ที่งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม เลือกใช้วัสดุที่เป็นเครื่องมือผ่าตัดกระดูก ในแต่ละชุดมีจำนวนเครื่องมือตั้งแต่ 30 – 38 ชิ้น รวมทั้งหมดจำนวน 83 ชุด ทำการศึกษาในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2560 ช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนเมษายน 2561 ใช้วิธีการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกชนิดเดียวกัน แต่เปลี่ยนวิธีการห่อชุดเครื่องมือแบบใหม่โดยใช้รูปภาพประกอบในคอมพิวเตอร์ให้เรียงภาพที่ละหน้าจำนวนทั้งหมด 91 ชุด ทั้งนี้ ใช้สถิติ exact probability test ในการเปรียบเทียบร้อยละของความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกทั้งสองวิธีเพื่อศึกษาการลดความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูก Set small เกิดความผิดพลาดร้อยละ 16.2 Set tibia femoral เกิดความผิดพลาดร้อยละ 9.5 Set spine เกิดความผิดพลาดร้อยละ 20 ภายใต้สมมุติฐานว่า หลังใช้รูปภาพประกอบในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดจะไม่เกิดความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกโดยกำหนดให้การทดสอบมีความคลาดเคลื่อนชนิดที่ I แบบ one-sided เท่ากับ 5% และ power 80% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของ Set Small 46 ชุด Set tibia femoral 81 set และ Set Spine 37 ชุด

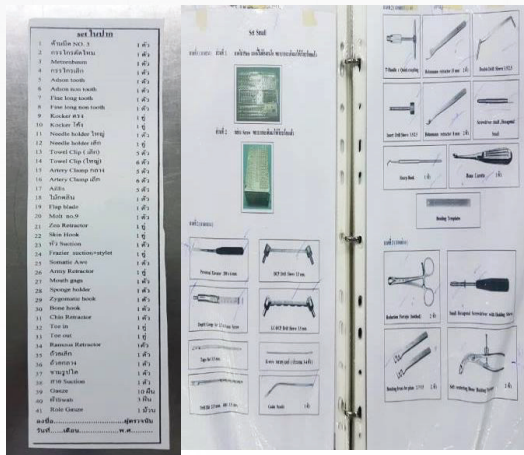
วิธีการศึกษาเริ่มจากนำเครื่องมือผ่าตัดกระดูกที่ผ่านกระบวนการล้างและอบแห้งแล้ว จำแนกเป็น set small, Set tibia-femoral, set spine ในจำนวนชุดที่แตกต่างกัน จำนวนทั้งหมด 83 ชุด ทำการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดแบบเดิมใช้แบบรายการ check list 1 แผ่น รายชื่อส่วนใหญ่เป็นภาษาอังกฤษ บุคลากรที่จะต้องทำการห่อชุดต้องมี

ความชำนาญและจดจำลักษณะของเครื่องมือได้อย่างแม่นยำและทำการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดโดยใช้รูปภาพประกอบ จำนวน 91 ชุด เริ่มจากเปิดภาพเครื่องมือชิ้นที่1 บนจอคอมพิวเตอร์จะปรากฏภาพเดียวกัน จากนั้นหยิบเครื่องมือที่ตรงกับภาพบนจอคอมพิวเตอร์ใส่ในถาดชุด

เครื่องมือและเลื่อนสไลด์ต่อไปเพื่อเปิดภาพชิ้นต่อไปทำไปเรื่อย ๆ จนครบตามภาพที่ปรากฏในแต่ละสไลด์ทุกชิ้นแล้ว จึงทำการห่อชุดเครื่องมือก่อนนำสู่กระบวนการต่อไป

ดูภาพ 1-2 ประกอบ





ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของเครื่องมือที่อยู่ในชุดเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ในการศึกษา

Set Small	Set tibia-femoral	Set spine
1.Periosteal elevator 1 ตัว	1.Hand Reamer 6, 7, 8 mm. อย่างละ 1 ตัว	1.Scalpel handle No.7 1 ตัว
2. Hohnmann retractor 15 mm. 2 ตัว	2.SynReam Flexible Shafts 1 ตัว	2.Fine Non-Tooth forceps 1 ตัว
3. Hohnmann retractor 8 mm. 2 ตัว	3.SynReam Medullary reamers head 8.5 - 13.5 mm 11 ตัว	3. Fine Tooth forceps 1 ตัว
4.DCP drill guide 3.5 mm. 1 ตัว	4.Tray Reamer head 1 ชิ้น	4.Needle Holders (ด้ามทอง) 1 ตัว
5.LC-DCP drill guide 3.5 mm. 1 ชิ้น	5.Guide Radivac 1 ตัว	5.Guide Radivac 1 ตัว
6.Double drill guide 3.5/2.5 mm. 1 ตัว	6. Reverse Awl 1 ตัว	6.Dura dissector 1 ตัว
7.Depth gauge for 2.7 - 4.0 mm. Screw 1 ตัว	7. Centering Pin dia 4.0 mm. 1 ตัว	7. Mcdonald Raspatories 2 ตัว
8.Screwdriver, hexagonal, small dia. 2.5 mm. 1 ตัว	8.Cannulated Cutter dia 11.0 mm. 1 ตัว	8.Nerve root retractor 1 ตัว
9.Holding sleeve 1 ตัว	9.Protector sleeve 1 ตัว	9.Kocher 2 ตัว
10.Screwdriver shaft , hexagonal, small dia. 2.5 mm. 1 ตัว	10.T-handle with quick coupling 1 ตัว	10.หัว suction 4 mm. 1 ตัว
11.T-handle with quick coupling 1 ตัว	11.Tissue protector 1 ตัว	11.หัว suction 6 mm. 1 ตัว
12.Drill bit dia 2.5 mm 2 ตัว	12.Reduction Head, Straight 1 ตัว	12.Bone Curette 1 ตัว
13.Drill bit dia 3.5 mm 1 ตัว	13. Reduction Head, angled 1 ตัว	13.Cobb elevator 19 mm 1 ตัว
14. Drill sleeve insert 1 ตัว	14.Pin wrench dia 4.5 mm. 1 ตัว	14.Cobb elevator 25 mm

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของเครื่องมือที่อยู่ในชุดเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

Set Small	Set tibia-femoral	Set spine
15.Tap for cortex screw dia 3.5 mm. 2 ตัว	15. Conical Bolt for 13-16 mm. Femoral Nails. 1 ตัว	15.Gelpi Retractor 2 ตัว
16.Sharp hook 1 ตัว	16. Conical Bolt for 9-12 mm. Femoral Nails. 1 ตัว	16.Beckmann-Adson Retractor 2 ตัว
17. Countersink dia. 3.5 mm. 1 ตัว	17. Conical Bolt for 9-12 mm. Tibial Nails. 1 ตัว	17. Scoville Haverfield Retractors 1 ตัว
18. Bone curette 1 ตัว	18. Knurled Nut for 13-16 mm. Femoral Nails. 1 ตัว	18. Scoville blade 55 mm. 1 ชิ้น
19.Bending template 1 ชิ้น	19. Knurled Nut for 9-12 mm. Femoral Nails. 1 ตัว	19. Scoville blade 63 x 25 mm. 2 ชิ้น
20.Reduction forceps, toothed, ratchet lock 2 ตัว	20. Knurled Nut for 9-12 mm. Tibial Nails. 1 ตัว	20.Taylor blade 47 x 37 mm 2 ชิ้น
21.Bone holding forceps, speed lock 2 ตัว	21. Dill Bit dia. 4.5 mm แบบยาว 1 ตัว	21.Taylor blade 62 x 52 mm 2 ชิ้น
22.Bending Iron 2 ตัว	22.Dill Bit dia. 4.5 mm แบบสั้น 1 ตัว	22. Kerrison rongeur 3 mm 1 ตัว
23.K-wire 1.4 , 1.6 อย่างละ 2 ตัว	23.Dill Bit dia. 3.2 mm. 1 ตัว	23. Kerrison rongeur 5 mm 1 ตัว
24.Washer , Spike washer อย่างละ 3 ตัว	24.Depth gauge for locking bolts 1 ตัว	24.Disc rongeur 3 mm. (Up bite) 1 ตัว
24.Tray plate 1 tray	25.Protection sleeve 11.0 /8.0 1 ตัว	25.Disc rongeur 3 mm. (Down bite) 1 ตัว
25.กล่องใส่ Screw 1 กล่อง	26.Drill sleeve 8.0 /4.5 1 ตัว	26.Disc rongeur 3 mm. (Straight) 1 ตัว
	27.Trocar dia. 8.0 mm 1 ตัว	
	28.Removing Tool for Synream 1 ชิ้น	
	29.Holder ปากเสีย 1 ตัว	

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด จำนวน 184 ชุด แบ่งเป็น แบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 83 ชุด พบมีการห่อผิดพลาด จำนวน 13 ชุด (15.7%) และแบบ ใช้รูปภาพ จำนวน 91 ชุด พบการห่อผิดพลาด จำนวน 2 ชุด (2.2%) โดยจำแนกเป็นการห่อเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบ Set small แบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 37ชุด ผิดพลาด จำนวน 6 ชุด (16.2%) และใช้รูปภาพจำนวน 40 ชุด ผิด

พลาดจำนวน 1ชุด (2.5%) การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด กระดูกแบบ Set tibia femoral แบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 21 ชุด ผิดพลาดจำนวน 2 ชุด(9.5%) แบบใช้ภาพจำนวน 21 ชุด ไม่พบความผิดพลาด และการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด กระดูกแบบ Set spine แบบไม่ใช้รูปภาพ จำนวน 25 ชุด ผิดพลาดจำนวน 5 ชุด (20%) แบบใช้รูปภาพ จำนวน 30 ชุด ผิดพลาดจำนวน 1 ชุด (3.3%)

เมื่อเปรียบเทียบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบไม่ใช้รูปภาพและแบบใช้รูปภาพ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการห่อชุดเครื่องมือในภาพรวม(15.7% vs. 2.2%,

$p=0.001$) และการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบ Set small (6.0% vs. 2.5%, $p=0.043$) ในขณะที่ไม่พบความแตกต่าง และผิดพลาดจากการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกโดยใช้ภาพประกอบและไม่ใช้ภาพประกอบ

ชุดเครื่องมือ ผ่าตัดกระดูก	การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูก						p-value
	ไม่ใช้รูปภาพ			ใช้รูปภาพ			
	จำนวน (set)	ผิดพลาด (set)	ร้อยละ	จำนวน (set)	ผิดพลาด (set)	ร้อยละ	
Set small	37	6.0	16.2	40	1.0	2.5	0.043
Set tibia femoral	21	2.0	9.5	21	0	0.0	0.244
Set spine	25	5.0	20	30	1.0	3.3	0.061
รวมทุกชนิด	83	13.0	15.7	91	2.0	2.2	0.001

อภิปรายผล

เดิมลักษณะการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดของงานจ่ายกลาง จะใช้แบบรายการ check list 1 แผ่น รายการเครื่องมือส่วนใหญ่เป็น ภาษาอังกฤษ บุคลากรที่จะต้องทำการจัดชุดเครื่องมือ ต้องมีความชำนาญและจดจำลักษณะของเครื่องมือได้อย่างแม่นยำ อย่างไรก็ตาม ก็พบการจัดห่อชุดเครื่องมือที่ผิดพลาดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากบุคลากรในหน่วยงานจ่ายกลางมีการสับเปลี่ยนเข้าทำงานใหม่ในทุกๆ ปี ทำให้ยังจดจำลักษณะเครื่องมือยังไม่ชำนาญและแม่นยำ ต่อมาเริ่มมีการพัฒนารูปแบบการจัดห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูก โดยใช้ภาพวาดประกอบหลายๆ ภาพ ในหนึ่งหน้ากระดาษ และเป็นภาพขาว - ดำ แต่ก็ยังพบว่า เกิดความผิดพลาดได้เช่นกัน เนื่องจาก ภาพไม่สมจริง ภาพที่ปรากฏหลาย ๆ ภาพ อาจทำให้เกิดความสับสน ในการหยิบเครื่องมือว่า หยิบชิ้นไหนลงไปแล้วบ้าง ความผิดพลาดในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดไม่ครบ มีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วยในขณะที่ทำการผ่าตัดได้

เพราะต้องเสียเวลาในการจัดเตรียมเครื่องมือชุดใหม่ ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้น หรืออาจต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป

ดังนั้น งานจ่ายกลาง จึงคิดค้นนวัตกรรมในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัด ให้มีความชัดเจนมากขึ้นและไม่ให้เกิดความสับสนในการหยิบเครื่องมือเข้าไปในชุด จึงเล็งเห็นประโยชน์ของการใช้ภาพจริงประกอบซึ่งได้จากการถ่ายภาพเครื่องมือแต่ละชิ้นอย่างชัดเจนและเรียงภาพประกอบขึ้นทีละชิ้นหรือทีละภาพในแต่ละสไลด์ แสดงให้เห็นบนจอเข้าใจได้ง่ายและตรงกัน จดจำง่าย ภาพชัดเจนขึ้น⁵ จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างจากแบบเดิมที่เป็นภาพขาวดำและมีหลายๆ ภาพในแผ่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าในภาพรวมของการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดโดยใช้รูปภาพประกอบสามารถลดความผิดพลาดของการห่อชุดเครื่องมือไม่ครบจากร้อยละ 15.7 หรือ ร้อยละ 2.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($P = 0.001$)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมเวลาในการห่อชุดเครื่องมือ ซึ่งการห่อชุดเครื่องมือแบบใหม่ อาจจะใช้เวลานานขึ้น นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการห่อแบบไม่ใช้รูปภาพและใช้รูปภาพประกอบ ว่าแบบใดที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นกว่าและมีประสิทธิภาพมากกว่า สำหรับประเด็นบุคลากรในการห่อชุดเครื่องมือนั้นในการศึกษาทั้ง 2 ระยะเวลาเป็นบุคคลคนละกลุ่มกัน รวมทั้งบุคลากรจะยังไม่คุ้นชินกับคอมพิวเตอร์จึงอาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาดแม้มีการใช้รูปภาพประกอบในการจัดชุดห่อเครื่องมือผ่าตัด โดยสาเหตุที่ไม่ได้ใช้บุคคลคนเดียวหรือกลุ่มเดียวกันในทั้ง 2 ระยะเวลา เพราะบุคลากรไม่เพียงพอต้องมีการสับเปลี่ยนกัน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรแก้ไขโดยการอบรมขั้นตอนและกระบวนการให้เข้าใจก่อนเริ่มทำงาน และเมื่อทำงานไปสักระยะจนเกิดความชำนาญแล้ว ข้อผิดพลาดจากการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดก็จะค่อยๆ ลดน้อยลงไปจนในที่สุดไม่เกิดข้อผิดพลาดดังกล่าวขึ้นอีกต่อไป

ข้อสรุป

จากการศึกษาของงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม การห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกโดยใช้รูปภาพประกอบมีประสิทธิภาพดี ควรนำวิธีการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดโดยใช้รูปภาพไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำแผนกวิธีการเดิม จะส่งผลให้ลดอุบัติเหตุในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกไม่ครบลงได้หรือไม่เกิดขึ้นเลย ทำให้งานผ่าตัดของแพทย์ พยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่รับการรักษา อย่างไรก็ดี ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางห่อชุดเครื่องมือทางการแพทย์แบบใช้รูปภาพประกอบ ควรมีการศึกษาริบทให้ละเอียดและครอบคลุมทุกกระบวนการทั้งด้านศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความผิดพลาดจากตัวแปรกวนที่อาจเกิดระหว่างการเก็บข้อมูล การทำงานเป็นทีม (Team

work) การเป็นส่วนหนึ่งของทีมและการรู้คุณค่าในตนเอง ควรมีการตระหนักใส่ใจและตั้งใจในการปฏิบัติงานคือปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพงานที่สำคัญ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการห่อชุดเครื่องมือผ่าตัดกระดูกแบบใช้รูปภาพและไม่ใช้รูปภาพประกอบ

คำขอบคุณ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ

1.นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

2.ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ และคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพนม

3.ศ.ดร.นพ.ชยันต์ธรรพ์ ปทุมานนท์ ภาควิชาระบาศติศาสตร์คลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

4.นางวนิดา แสนพุก รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. อะเคื่อ อุณหเลขกะ. หลักและแนวปฏิบัติในการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (Principle and Guideline for disinfection and sterilization). 2554
2. ชมรมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย. 2552
3. ชมรมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย. แนวทางประเมินสมรรถนะงานจ่ายกลาง. 2556
4. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. 2557
5. นิพนธ์ สุขปริดี, ประโยชน์ของการใช้รูปภาพประกอบ. 2552

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม

วาสนา ศรีวรรณย์ นวก.สาธารณสุขชำนาญการ

สาธารณสุขจังหวัดนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม จำนวน 354 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม ด้วยสถิติ Chi-square

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ($\bar{X}=9.18$ $SD=1.29$) และทัศนคติในระดับสูง ($\bar{X}=3.45$ $SD=0.27$) ส่วนระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนมได้แก่ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ ($\bar{X}=3.23$ $SD=0.27$) ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ($\bar{X}=3.40$ $SD=0.26$) และด้านสถานที่ ($\bar{X}=3.08$ $SD=0.39$) ชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยระดับสูง ส่วนด้านกระบวนการให้บริการ ($\bar{X}=2.87$ $SD=0.46$) และด้านราคา ($\bar{X}=2.91$ $SD=0.45$) ชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง ด้านการประชาสัมพันธ์ ($\bar{X}=1.96$ $SD=0.43$) ชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยระดับปานต่ำ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม พบว่าด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ด้านสถานที่และด้านราคา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การได้รับการบริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการและปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ ปัจจัยด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ และด้านราคาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อสรุป : การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีผลทางบวกต่อการตัดสินใจและยังมีปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ที่สถานบริการสาธารณสุขจะต้องพัฒนาเพื่อเป็นการเพิ่มสัดส่วนการใช้บริการแพทย์แผนไทยในอนาคต

คำสำคัญ : การตัดสินใจ บริการแพทย์แผนไทย คุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ

Factors related with decision making on Thai traditional medicine using among people in the hospital of Nakornphanom Province

Vasana Srivarom , Public Health Technical Officer Professional level

Nakhonphanom Provincial Public Health Office, Nakhonphanom province, 48000

Abstract

Objective : This research aimed to study factors related with decision making on Thai traditional medicine using among people in the hospital of Nakhonphanom province.

Materials and methods : This study was cross-sectional analytical study. 354 subjects were obtained in this study. The questionnaire interviews were used to collect data. Descriptive statistic and Chi-square were used for data analysis.

Results : The results found that the sample groups had high level of knowledge ($\bar{X} = 9.18$ $SD=1.29$) and attitude ($\bar{X} = 3.45$ $SD=0.27$) towards Thai traditional and alternative medicine. The level of decision-making on Thai traditional medicine using included the products and service qualities ($\bar{X} = 3.23$ $SD=0.27$), the service provider ($\bar{X} = 3.40$ $SD=0.26$) and place ($\bar{X} = 3.08$ $SD=0.39$) which induced to decision-making on Thai traditional medicine using were high whereas the service process ($\bar{X} = 2.87$ $SD=0.46$) and price ($\bar{X} = 2.91$ $SD=0.45$) were moderate and the information ($\bar{X} = 1.96$ $SD=0.43$) was low. The education level was related statistically significant with the decision-making on Thai traditional medicine using. The personal factors, age related statistically significant with the service provider, place and price ($p<0.05$), the marriage status related statistically significant with service process ($p<0.05$), the career related statistically significant with the service provider ($p<0.05$), the experience related statistically significant with the service process and the service provider ($p<0.05$), the education level related statistically significant with service process, the product and service quality, the service provider and price ($p<0.05$).

Conclusion : The decision making on Thai traditional medicine using among people in the hospital of Nakhonphanom province found that several positive factors affect to the decision making. The information factor should be developing to raise decision making on the utilization of Thai traditional medicine.

Keywords : Decision-making, Thai traditional service, Service quality, Access to service

ความสำคัญ (Importance)

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาด้านการดูแลรักษาสุขภาพของชนชาติไทยที่มีการใช้สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน จนกระทั่งการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามามีบทบาทมากขึ้น จนความเชื่อถือและการเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยลดน้อยลง¹ อย่างไรก็ตามการจัดบริการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลัก ยังคงมีข้อจำกัดในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมและทั่วถึง ประกอบกับมีการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตามข้อมูลในทางปฏิบัติกลับพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการนำเข้ายาจากต่างประเทศนั้นมิได้ลดลงแต่กลับมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง² กล่าวคือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและรายจ่ายสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในช่วงปีพ.ศ.2550-2554 เพิ่มขึ้นจาก 303,853 ล้านบาท เป็น 434,237 ล้านบาท และหากพิจารณาข้อมูลสถิติที่ได้จากการสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือนทั่วประเทศ ในปีพ.ศ.2558 พบว่าเมื่อเจ็บป่วยประชาชนเลือกใช้สมุนไพร/ยาแผนไทยรักษาอาการร้อยละ 2.50 และเลือกไปพบแพทย์แผนไทยเพียงร้อยละ 1.37 เท่านั้น ในขณะที่เลือกซื้อยาแผนปัจจุบันมารักษาอาการเองสูงถึงร้อยละ 96.11 สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยของประเทศไทยเขตสุขภาพที่ 8 และจังหวัดนครพนมปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 21.50 26.32 และ 28.92 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด (เป้าหมายร้อยละ 18.5) ตามลำดับ^{3,4} โรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม ได้เปิดให้บริการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นหนึ่งแนวทางเลือกในการส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จค่อนข้างดีและได้รับคัดเลือกเป็น

พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ชนะเลิศอันดับที่ 1 ระดับประเทศประจำปี 2562⁴ ถึงแม้ว่าการได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดนครพนมจะผ่านเกณฑ์ แต่การพัฒนางานที่ต่อเนื่องที่จะทำให้การให้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่จะทำให้ประชาชนมาใช้บริการต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม จะทำให้ทราบข้อมูลปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของประชาชน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์แผนไทยของจังหวัดนครพนมให้ตรงกับความต้องการของประชาชน อันจะนำมาสู่การใช้บริการการแพทย์แผนไทยที่ต่อเนื่องและมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัย

ที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของ
ผู้มารับบริการโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป็นผู้มาใช้บริการในคลินิกแพทย์
แผนไทยโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่า
สัดส่วนประชากร⁵

$$n = \frac{Z^2 \alpha PQ}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า $Z = 1.96$

P = ค่าสัดส่วนของประชากรที่เข้ารับบริการแพทย์แผนไทยของจังหวัดนครพนมเท่ากับร้อยละ 28.92

$Q = 1 - P$

D = ร้อยละความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (0.05)

แทนค่าในสูตร

$$\frac{1.96 \times 1.96 \times 0.289 \times 0.72}{0.05 \times 0.05} = 319$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย (Missing data) ดังนี้

$$\begin{aligned} n_{adj} &= n / (1 - R) \\ &= 319 / (1 - 0.01) \\ &= 354 \end{aligned}$$

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified
Random Sampling) แบบเป็นสัดส่วน โดยแบ่งกลุ่ม
ตัวอย่างออกเป็น 12 กลุ่มตามสัดส่วนของการให้บริการ
ในแต่ละโรงพยาบาลดังนี้

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานบริการ

โรงพยาบาล	สัดส่วนการใช้บริการ (ร้อยละ)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลนครพนม	16.06	57
โรงพยาบาลปลาปาก	13.12	46
โรงพยาบาลท่าอุเทน	6.62	23
โรงพยาบาลบ้านแพง	6.73	24
โรงพยาบาลนาทม	4.34	15
โรงพยาบาลเรณูนคร	7.38	26
โรงพยาบาลนาแก	2.415	8
โรงพยาบาลศรีสงคราม	21.52	77
โรงพยาบาลนาหว้า	6.47	23
โรงพยาบาลโพนสวรรค์	8.02	29
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	5.74	20
โรงพยาบาลวังยาง	1.53	6
รวม	100	354

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย มี 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดจำนวน 6 ด้าน 30 ข้อ

ส่วนที่ 5 ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาสูงกว่า 0.60 หลังจากนั้นนำไปทดลอง ใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.72 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.98 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ ข้อมูล ลักษณะทั่วไปได้แก่ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หมายเลขโครงการ HE630007

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ เพศชาย ร้อยละ มีอายุระหว่าง 40-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.40 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.30 จบการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.90 การนับถือศาสนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.40 รายได้ต่อเดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.50 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ประสิทธิภาพการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาล ร้อยละ 84.50

2. ระดับความรู้แพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง ตารางที่ 2 ระดับความรู้แพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	4	1.10
ปานกลาง	36	10.20
สูง	314	88.70
ค่าคะแนนเฉลี่ย 9.18		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29		

ระดับความรู้แพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 88.70 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.20 และความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 1.10 (ตารางที่ 2)

3. ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	99	28.00
สูง	255	72.00

ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติที่สูง ร้อยละ 72.00 รองลงมา มีทัศนคติในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

4. ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ตารางที่ 4 ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ปัจจัย	ระดับการตัดสินใจ	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ	สูง	3.23	0.27
ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ	สูง	3.40	0.26
ด้านสถานที่	สูง	3.08	0.39
ด้านกระบวนการให้บริการ	ปานกลาง	2.87	0.46
ด้านราคา	ปานกลาง	2.91	0.45
ด้านการประชาสัมพันธ์	ต่ำ	1.96	0.43

ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนมได้แก่ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ ($\bar{X} = 3.23$ SD= 0.27) ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ($\bar{X} = 3.40$ SD= 0.26) และด้านสถานที่ ($\bar{X} = 3.08$ SD= 0.39) ชักงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยระดับสูง ส่วนด้านกระบวนการให้บริการ ($\bar{X} = 2.87$ SD= 0.46) ด้านราคา ($\bar{X} = 2.91$ SD= 0.45) ชักงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง และด้านการประชาสัมพันธ์ ($\bar{X} = 1.96$ SD= 0.43) ชักงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยระดับต่ำ

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ปัจจัย	เพศ		อายุ		สถานภาพสมรส		อาชีพ	
	X ²	p-value	X ²	p-value	X ²	p-value	X ²	p-value
ด้านกระบวนการให้บริการ	1.91	0.384	14.33	0.021	15.20	0.004**	5.37	0.251
ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ	0.27	0.603	3.92	0.141	0.201	0.904	0.243	0.886
ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ	0.20	0.652	11.34	0.031**	2.06	0.356	13.02	0.022**
ด้านสถานที่	0.06	0.937	8.44	0.015**	3.04	0.218	2.40	0.301
ด้านราคา	0.97	0.322	5.91	0.04**	0.34	0.841	0.28	0.866
ด้านการประชาสัมพันธ์	0.07	0.781	1.74	0.418	0.64	0.726	4.25	0.119
ภาพรวม	2.70	0.258	3.83	0.429	5.21	0.266	5.18	0.269

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม (ต่อ)

ปัจจัย	รายได้		ประสบการณ์การ ได้รับการบริการแพทย์ แผนไทย		ระดับการศึกษา	
	X ²	p-value	X ²	p-value	X ²	p-value
ด้านกระบวนการให้บริการ	4.64	0.590	11.266	0.046**	12.28	0.031**
ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ	5.35	0.148	2.49	0.114	11.12	0.021**
ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ	4.28	0.232	16.02	0.022**	14.76	0.047**
ด้านสถานที่	6.60	0.086	2.50	0.113	0.80	0.371
ด้านราคา	0.15	0.983	1.72	0.189	11.86	0.035**
ด้านการประชาสัมพันธ์	5.70	0.127	0.30	0.580	0.30	0.580
ภาพรวม	9.68	0.138	1.36	0.506	12.56	0.010**

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม พบว่าด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ด้านสถานที่และด้านราคา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การได้รับการบริการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบริการและปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบริการ ปัจจัยด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ และด้านราคาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปราย (Discussion)

1.ระดับความรู้แพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.80 เคยมีประสบการณ์การเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้คำแนะนำเรื่องการแพทย์แผนไทย รวมถึงการใช้สมุนไพรจากบุคลากรทางการแพทย์ และในปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ง่ายโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต การค้นหาข้อมูลทางวิชาการจากที่ต่างๆ ทำให้สามารถได้รับความรู้อย่างรวดเร็ว กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แพทย์แผนไทยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พร ทองเมือง⁶ ได้ทำการศึกษาความรู้และเจตคติต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้เข้ารับบริการด้านแพทย์แผนไทยในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับดีและการ ศึกษาของ ชลอรรัตน์ ศิริเชตรกรรม⁷ ได้ทำการศึกษาความรู้ ทศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือกจังหวัดอุทัยธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 มีระดับความรู้เกี่ยวกับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับดี การได้รับความรู้ที่ถูกต้องจะส่งผลให้เพิ่มสัดส่วนการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของประชาชนมากขึ้น

2. ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลอรัตน์ ศิริเชตรกรณ⁷ ได้ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดอุทัยธานี พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.80 ปัจจุบันหน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้มีการสนับสนุนส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ข้อมูลเรื่องการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมากยิ่งขึ้น

3. ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

3.1 ด้านกระบวนการให้บริการ

ปัจจัยด้านการบริการชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการให้บริการในแต่โรงพยาบาลมีลักษณะที่แตกต่างกัน บางโรงพยาบาลมีตู้กดบัตรคิวอัตโนมัติโดยไม่ต้องยื่นบัตรผ่านห้องบัตร บางโรงพยาบาลมีระบบจองคิวล่วงหน้า หรือการเปิดให้ในวันหยุดราชการ ส่งผลให้ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง การให้ความเสมอภาคในการให้บริการ การให้บริการตามลำดับ ขั้นตอนการให้บริการที่ไม่ซับซ้อน ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ จะส่งผลให้ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยสูงขึ้น⁸

3.2 ด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ

ปัจจัยด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการ ชักจูง

สู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยในระดับสูง ปัจจัยด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะด้านเจ้าหน้าที่ การให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลจำเป็นจะต้องมีแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยที่ห้องตรวจที่คลินิกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล โดยบริการที่จัดได้แก่การตรวจวินิจฉัย จ่ายยา นวดแผนไทย อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร ทบหม้อเกลือ พอกยา ฯลฯ มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติรองรับการจัดบริการทุกแห่งมี การปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา มีการบูรณาการรักษาร่วมกัน การจัดบริการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการทำงานเชิงรุก มีกิจกรรมบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยได้อย่างครอบคลุม มีการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพและหลากหลาย มีรายการยาแผนไทย (ยาเดี่ยวจากสมุนไพร ยาตำรับและยาปรุงเฉพาะราย) สำหรับให้บริการไม่น้อยกว่า 30 รายการ การที่โรงพยาบาลจัดบริการการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจ อีกทั้งนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมบริการแพทย์ไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถจัดหาบุคลากรและผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ครบถ้วน เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย ดีไพศาลสกุล และวิโรจน์ เกษภูาลักษณ์⁹ ได้ทำการศึกษาการสร้างคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตอบรับของผู้รับบริการและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจากปัจจัยด้านคุณภาพของหน่วยบริการและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ส่วน ถวัลย์ พวงบุบผา⁸

ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ แพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังผาง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่าปัจจัยด้าน คุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ใช้บริการแพทย์แผนไทยในระดับสูง

3.3 ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ

ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยในระดับสูง บุคลากรเป็น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการเลือกใช้บริการ โรงพยาบาล ทุกแห่งมีการจัดหามูลค่าในการให้บริการให้มีความ เหมาะสมและเพียงพอต่อการจัดบริการ ทำให้ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจสูงในทุกๆ ด้านของบุคลากรได้แก่ มีบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทยให้บริการอย่าง พอเพียง ใส่ใจต่อปัญหาผู้มาใช้บริการ ให้บริการด้วยความ เต็มใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้มาใช้บริการ มีบุคลากรของ โรงพยาบาลคอยให้บริการตลอดเวลาที่ใช้บริการ แพทย์ แผนไทยมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการตรวจและวินิจฉัย อาการของผู้มาใช้บริการ และบุคลากรแพทย์แผนไทยมี ความสามารถในการดูแลรักษาและให้คำปรึกษา สอดคล้อง กับการศึกษาอัจฉรา เชียงทอง และคณะ⁹ ที่ได้ศึกษา คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์ แผนไทย พบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจกับปัจจัยด้าน บุคลากรในระดับสูง

3.4 ด้านสถานที่

ปัจจัยด้านสถานที่ชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการ แพทย์แผนไทยในระดับสูง ในประเด็นที่มีระดับการตัดสินใจสูงคือ บริเวณสถานที่ที่ให้บริการสะอาด สะดวกสบาย เหมาะแก่การให้บริการนวดแผนไทย และสถานที่บริการ จัดเป็นสัดส่วน เป็นส่วนตัว ตามลำดับ เนื่องจากปัจจุบัน โรงพยาบาลทุกแห่งได้ดำเนินนโยบายตามมาตรฐาน GREEN AND CLEAN Hospital และมาตรฐานโรงพยาบาล คุณภาพมาใช้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ทำให้สถานที่ บริการมีความสะอาด สวยงาม ปลอดภัยของทั้งผู้ให้

บริการและผู้รับบริการ ผู้ที่จะเข้าไปใช้บริการจึงต้องการให้ เน้นในเรื่องของความสะอาด ปลอดภัย เมื่อได้เข้ามาใช้ บริการและเกิดความมั่นใจในบริการที่ได้รับ นอกจากนี้ สถานที่จอดรถที่เพียงพอเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการมารับ บริการการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา อยู่ประเสริฐ¹⁰ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือก รับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อและ โครงสร้างทั่วไปที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน พบว่าสถานที่ จอดรถเพียงพอ สะดวกปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการ เลือกใช้บริการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 ด้านราคา

ปัจจัยด้านราคาชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการ แพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากบริการ แพทย์แผนไทยเป็นบริการที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ได้ และผู้ใช้สิทธิจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะครอบคลุมการให้บริการแพทย์แผนไทย (การรักษาด้วย สมุนไพร / นวด / ประคบ) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ ได้ตลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ถวัลย์ พวงบุบผา⁸ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ แพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังผาง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่าปัจจัยด้านค่า ใช้จ่ายในการรักษาโดยภาพรวมมีระดับการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง

3.6 ด้านการประชาสัมพันธ์

ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ชักจูงสู่การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ โดยประเด็นที่มีผล ต่อการตัดสินใจได้แก่การได้รับคำแนะนำจากผู้ป่วยและ ญาติที่เคยมารับบริการรองลงมาคือ คำแนะนำจากเจ้า หน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ อาจจะเนื่องมาจากโรง พยาบาลเป็นหน่วยงานของรัฐ การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ มี ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและการเบิกจ่าย เนื่องจากต้อง ใช้งบประมาณค่อนข้างสูง ดังนั้นการได้รับข้อมูลจาก

ประสบการณ์การได้รับบริการจากผู้ป่วย ญาติ อาสาสมัคร
สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลจึงเป็นช่องทางที่สำคัญที่จะให้ประชาชนได้รับข้อมูล
การให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อ
เป็นการเพิ่มสัดส่วนการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของ
ประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม การประชาสัมพันธ์เรื่อง
การแพทย์แผนไทยจึงเป็นสิ่งที่จะต้องดำเนินการเพิ่มเติม
โดยเฉพาะรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่สามารถเข้าถึงกลุ่ม
เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยที่ สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของ ประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์
กับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการ
ศึกษาของ ศุรดา มั่นพันธ์¹¹ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ
โรงพยาบาลบางปลาหม้อ พบว่าผู้รับบริการที่มีระดับ
การศึกษาต่างกันมีระดับการตัดสินใจที่ต่างกัน ดังนั้นผู้ที่
มีอายุน้อยจึงมีโอกาสได้ศึกษาสูงกว่าคนสมัยก่อน ทำให้
มีความรู้ในระดับสูงมีโอกาสได้ใช้บริการแหล่งข้อมูล
ความรู้ได้อย่างทั่วถึง มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล
หาข้อมูลความรู้ ทำให้ได้รับความรู้จากการสืบค้นและการ
เรียนได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า¹²

ข้อสรุป (Conclusion)

การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน
ในเขตจังหวัดนครพนมพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีผล
ทางบวกต่อการตัดสินใจ และยังมีหลายปัจจัยโดยเฉพาะ
ด้านการประชาสัมพันธ์ที่สถานบริการสาธารณสุขจะต้อง
พัฒนาเพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการเพื่อเป็นการ
เพิ่มสัดส่วนการใช้บริการแพทย์แผนไทยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. การแพทย์แผนไทย
การแพทย์องค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2539.
2. รัชนี้ จันเกษม นนิกา สังข์ศักดิ์ดา และปรียา มิตรตรานนท์.
สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ปี 2552
2554 2556. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559;
10(2): 103-116.
3. กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก. การตรวจราชการกระทรวง
สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.
กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. ผลการ
ดำเนินงานแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2562.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2562.
5. Chirawatkul, A., Laopaiboon, M., Jeeraporn,
K., et al. Biostatistics for health science
research. Khon Kaen: Department of
Biostatistics and Demography, Faculty
of Public Health, Khon Kaen University.2004.
6. พิมพ์ ท่องเมือง.ความรู้ และ เจตคติ ต่อการรักษา
ด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้เข้ารับบริการด้านแพทย์
แผนไทย ในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยและ
พัฒนา 2553; 2:40-46.
7. ชลอรัตน์ ศิริเชตรกรณ. ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และ
พฤติกรรมในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก จังหวัดอุทัยธานี. วารสาร
สถาบันบำราศนราดูร 2562; 13(2): 111-122.
8. ถวัลย์ พวงบุบผา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
ใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตเทศบาล
ตำบลวังผาง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
2558

9. อัจฉรา เชียงทอง อรุณช ภาชื่น ฉวีวรรณ บุญสุยาและฉัตรชัย สวัสดิไชย. คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 34(3): 206-221.
10. อัจฉรียา อยู่ประเสริฐ. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อและโครงร่างทั่วไปที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. 2551.
11. ศรดา มั่นพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการโรงพยาบาลบางปลาม้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. 2551.
12. Ketpama, K. Bangkok residents' knowledge, attitudes and behavior on food consumption for good health. Master's Thesis, Human and Social Development, Chulalongkorn University. 2005.
13. Sherer, P. Situations, behavior of using alternative medicine of Thai people. Research, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. 2008.

เปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาโดยใช้และไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

อุบลรัตน์ ขวัญมา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาโดยใช้และไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ถูกปรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนมและได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จำนวน 60 ราย ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 มีนาคม 2560 โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมที่พัฒนาขึ้นโดยทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 มีนาคม 2560 จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการดูแลแบบปกติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2559 โดยทำการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน จำนวน 30 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วย Sepsis ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ใช้แนวทางการดูแลรักษาส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.7 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ร้อยละ 63.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 ครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 56.70 และอัตราการตายร้อยละ 33.30 ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และเกิดภาวะจากการติดเชื้อ ร้อยละ 3.30 และอัตราการตาย ร้อยละ 0.0 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการรักษา โดยการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

ข้อสรุป : การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นควรมีการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

คำสำคัญ : การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Comparison of Septic Shock Among Hospitalized Sepsis Patients between Using and Non-using Sepsis Clinical Practice Guideline of Nakhon Phanom Hospital

Ubonrat Khwanma

Registered nurse, Professional level. Female medical ward, Nakhon Phanom Hospital
270 Apibalbancha Road Distric in in the city . Mueang Distric Kakhon Phanom Province.

Abstract

Objective : This study aimed to compare of septic shock and mortality rate among hospitalized patients with sepsis between using and non-using sepsis clinical practice guideline of Nakhon Phanom hospital in female medical ward, Nakhon Phanom hospital

Materials and methods : This quasi-experimental study was applied to study the septic shock among 60 female patients with sepsis aged ≥ 15 years old hospitalized in female medical ward of Nakhon Phanom hospital during October 1, 2016 – March 31, 2017. The study group were female patients with sepsis who treated by sepsis clinical practice guideline of Nakhon Phanom hospital that developed by medical patient care team of Nakhon Phanom hospital during 1 January 2017- 30 March 2017 in 30 patients and controls group were female patients with sepsis who had not treated by sepsis clinical practice guideline of Nakhon Phanom hospital during 1 October 2016-31 December 2016 that review patient charts in 30 patients. Descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation was applied to present the patient characteristics while inferential statistics such as Chi-square test and Fisher's exact test were used to compare the septic shock and mortality rate at $p < 0.05$

Results : All 60 female patients with sepsis, thirty cases were mostly ≥ 60 years old in 53.3%, have underlying disease in 76.7%, and farmer in 36.7% whereas 30 controls were mostly ≥ 60 years old in 63.3%, have underlying disease in 83.3% and half of them were farmer. Septic shock was found in 56.7% and mortality rate was found in 33.3% among controls. For cases, septic shock was found in 3.3% and mortality rate was 0.0%. All septic shock and mortality rate were statistically significant among cases and controls ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively)

Conclusion : Sepsis patients treated followed the sepsis clinical practice guideline of Nakhon phanom hospital have statistically different of septic shock capered with treated without sepsis clinical practice guideline. Therefore, the sepsis clinical practice guideline of Nakhon phanom hospital should be used for sepsis patient treatment

Key words : Sepsis, Septic Shock, Sepsis Clinical Practice Guideline

ความสำคัญ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุการป่วยและตายในประเทศที่มีรายได้น้อยหรือรายได้ปานกลางทั่วโลก โดยการมีความตระหนักในระดับต่ำ ความยากจน ความไม่เท่าเทียม ทรัพยากรไม่เพียงพอ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเป็นอุปสรรคสำคัญในการแก้ปัญหาติดเชื้อในกระแสเลือด¹

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยรายงานผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 คน และเสียชีวิต 45,000 คนต่อปี โดยพบสัดส่วนของการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 32² กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และบรรจุในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)³ โดยมีเป้าหมายที่จะลดสัดส่วนของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2565 และในเขตบริการสุขภาพที่ 8 การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุของการป่วยและมีอัตราการตายสูงอยู่ในลำดับต้นๆ ของทุกโรงพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาลนครพนม อัตราตายของผู้ป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุ โรคร่วม ภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาในการติดเชื้อ โรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุ การรักษาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาจำเพาะได้แก่การให้ยาต้านจุลชีพ การควบคุมตำแหน่งที่ติดเชื้อ และการรักษาประคับประคอง โดยเฉพาะในช่วงระยะวิกฤติ ซึ่งกลไกการเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดกล่าวโดยย่อคือการติดเชื้อกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงทั่วร่างกายที่เรียกว่า Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อควบคุมเชื้อที่เป็นสาเหตุล่าช้า การให้สารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสมมีปริมาณน้อย การเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อที่เป็นสาเหตุล่าช้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อกนาน สามารถดำเนินโรคมามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการ

ประเมินและการวินิจฉัยให้ยาเพื่อการรักษาเบื้องต้น กำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ และไม่ได้รับการดูแลรักษาในระยะแรกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อจากกระแสเลือดรุนแรง และ Septic shock มีภาวะ Multi-organ dysfunctions จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูงมากถึง 92.86%^{4,5}

โรงพยาบาลนครพนม พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปีงบประมาณ 2557, 2558 และ 2559 จำนวน 443 ราย, 390 รายและ 520 ราย ตามลำดับ และในกลุ่มนี้เสียชีวิต จำนวน 58 ราย (13.09%), 49 ราย (12.56%) และ 62 ราย (10.0%) ตามลำดับ โดยมีอัตราการตายลำดับที่ 2 รองจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลนครพนม⁵ จากการทบทวนพบว่า ก่อนใช้แนวทางการดูแลรักษา พบว่ามีประเมินคนไข้ไม่ครอบคลุม และทำให้ได้รับการดูแลให้ไม่ทันท่วงที ดังนั้นจึงมีการนำการประเมิน Search Out Severity Score (SOS) มาใช้ช่วยในการประเมินในผู้ป่วยทุกราย โดยให้คะแนนจากอุณหภูมิ ชีพจร หายใจ ความดันโลหิต และความรู้สึกตัว จำนวนปัสสาวะ⁵⁻⁷ จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การวินิจฉัยภาวะนี้ได้อย่างรวดเร็ว⁸ และให้การรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม อาจรวมกับการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (Vasopressor) เพื่อทำให้การไหลเวียนและแรงดันเลือดดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายใน 6 ชั่วโมงที่เรียกว่า Early goal directed therapy (EGDT) สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะเสียหน้าที่ (Organ failure) ได้^{9,10} จากการศึกษาของศุภโชค เข็มลา พบว่าการให้สารน้ำที่เพียงพอและทันท่วงทีสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้⁷ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลนครพนม จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมขึ้น⁶ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิงเป็นเวลา 33 ปี จึงต้องการศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมในผู้ป่วยติดเชื้อใน

กระแสเลือดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษา สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาในภาวะเร่งด่วน มุ่งเน้นความปลอดภัย โดยมีกระบวนการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยหวังว่า จะเป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานและได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการทำพินคินซีฟอย่างทันท่วงที ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษารักษาโดยใช้และไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษารักษาโดยใช้และไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษารักษาโดยใช้และไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม โดยทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 - 30 เมษายน 2561

ประชากรศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลนครพนม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G power ของ Cohen (1977) ¹¹ โดยกำหนด effect size = 0.50 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และผู้ป่วยมี 2 ข้อหรือมากกว่าของ SIRS criteria หรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเพศหญิงอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม ด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560 - 30 มีนาคม 2560 และสุ่มเลือกผู้ป่วยหมายเลขคี่จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จนครบจำนวน 30 ราย

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยเพศหญิงอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนมด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบปกติ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 ธันวาคม 2559 และสุ่มเลือกผู้ป่วยหมายเลขคี่จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จนครบจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

2) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ Search out Severity Score (SOS score)

SOS Score (Search Out Severity Score)							
Score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	>38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ซีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ			21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วตื่น ตาสลึมสลือ	ซึมมาก ต้องกระตุ้นถึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/วัน		≤500	501-999	≥1,000			
ปัสสาวะ/8ชม.		≤160	161-319	≥320			
ปัสสาวะ/4ชม.		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1ชม.		≤20	21-39	≥40			

ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดตามแนวทางการดูแลรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม มีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. โดยจะประเมิน SOS score ในผู้ป่วยทุกราย โดยให้คะแนนจาก อุณหภูมิ ซีพจร หายใจ ความดันโลหิต และความรู้สึกตัว จำนวนปัสสาวะ

2. เมื่อรวมคะแนนแล้ว ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

2.1 คะแนน 0 ให้ทำการบันทึกสัญญาณชีพตามปกติ และประเมิน SOS score ตามปกติ

2.2 คะแนน 1-3 ให้ทำการบันทึกสัญญาณชีพ (Vital sign) และปริมาณน้ำเข้าออก (Intake/ Outtake)

ทุก ๆ 4 ชั่วโมง ประเมิน SOS score ตามความเหมาะสม รายงานพยาบาลเจ้าของไข้และพิจารณารายงานแพทย์เจ้าของไข้ตามความเหมาะสม

2.3 คะแนน ≥4 รายงานแพทย์เจ้าของไข้ รายงานหัวหน้าเวร รายงานแพทย์ฝึกหัดทันทีทำการบันทึกสัญญาณชีพ (Vital sign) และปริมาณน้ำเข้าออก (Intake/ Outtake) ทุก ๆ 15 – 30 นาที พิจารณาย้ายผู้ป่วยมาอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิดร่วมกับพิจารณาห้อง ICU ร่วมกับการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลง (Source of infection) เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หรือหัวใจวายเฉียบพลัน (Acute MI) เป็นต้น ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 15 – 30 นาที จน SOS

score น้อยกว่า 4 คะแนน หรือจนกว่าแพทย์บอกว่าอาการคงที่ แล้วค่อยปรับเป็น ทุกๆ 1 ชั่วโมง จนครบ 4 ชั่วโมง หรือจนค่า SOS score < 4 คะแนน ที่วัดได้ทุกๆ 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง

3. SIRS (Systemic inflammatory response syndrome) ประกอบด้วย 1) Fever > 38° or < 36°, 2) RR > 20 /min, 3) PR > 90 /min, 4) WBC > 12,000 or < 4,000 cells หรือ Band form > 10%

4. การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ ผู้ป่วยที่มี SOS score ≥ 4 คะแนน ร่วมกับอาการของ SIRS 2 ใน 4 ข้อ จะได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้

5. การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe sepsis) การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากภาวะ Tissue hypo perfusion หรือ Organ dysfunction ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) Hypotension, 2) Urine output < 0.5 cc/kg/hr, 3) Creatinine > 2 mg/dL, 4) Bilirubin > 2 mg/dL , 5) Platelet < 100,000 cell/ mL หรือ 6) International Normalized Ratio > 1.5 or partial thromboplastin time > 60

6. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) คือ มีอาการเข้าได้กับ SIRS > 3 ใน 4 ข้อ ร่วมกับการอักเสบหรือมีแหล่งติดเชื้อ หรือ tissue perfusion ร่วมกับ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) SBP>90mmHgหรือMAP<65mmHg หรือลดลงจากBP ปกติของผู้ป่วย 40 mmHg, 2) Urine output < 0.5cc/kg/hr, 3) เกิด Metabolic acidosis, 4) Alteration of conscious

7. โดยผู้ป่วยที่วินิจฉัยแล้วเข้ากับอาการแสดงตามข้อ 4-6 จะให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของนครพนม รายละเอียดดังตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมคณะทำงาน เพื่อทำความเข้าใจ เตรียมความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงาน จัดทำช่องทางการ

สื่อสารการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

2. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

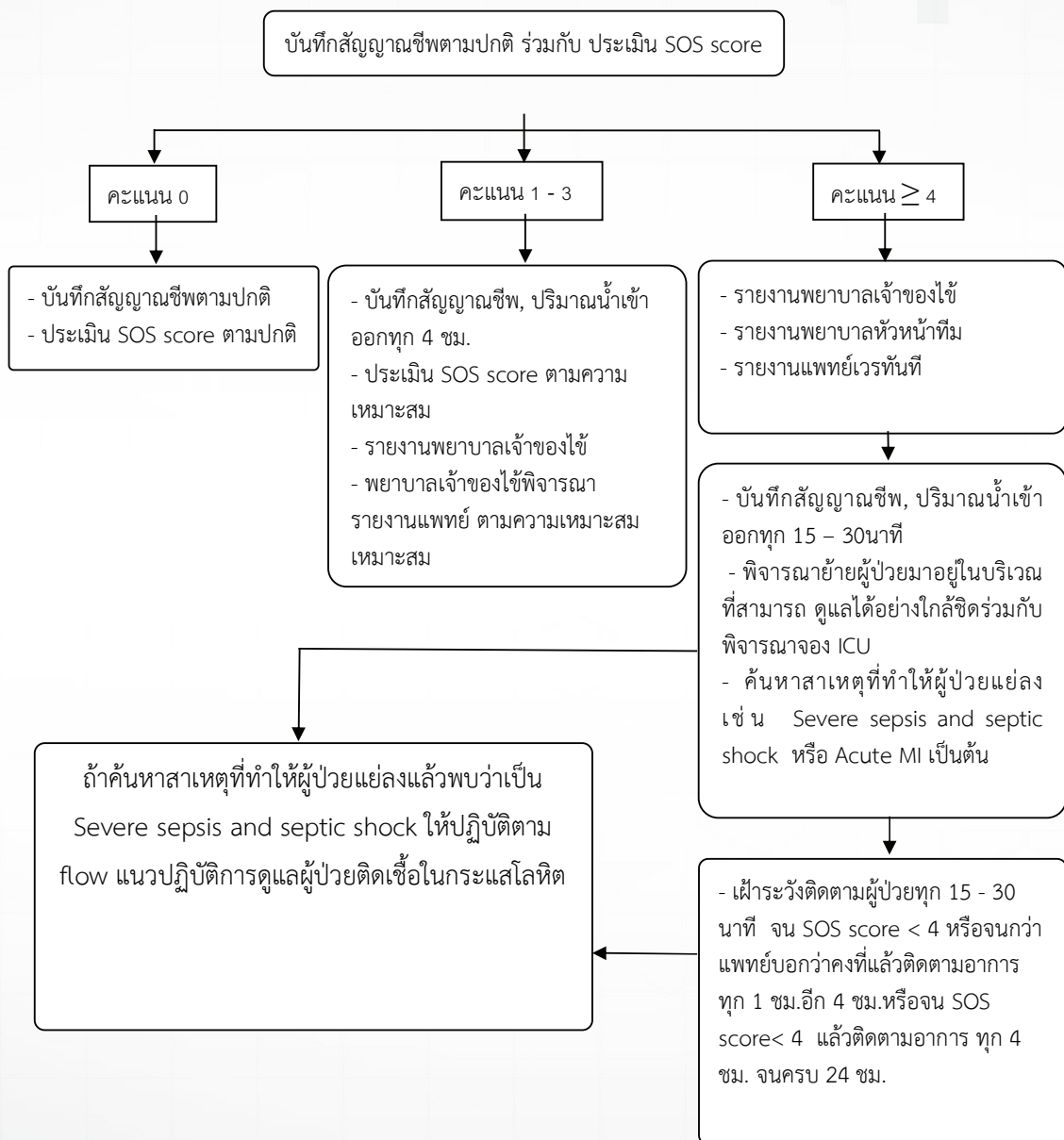
การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับนำเสนอลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Chi-Square test และ Fisher's Exact test เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

จริยธรรมการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการกลั่นกรองเอกสารขอรับการพิจารณาการศึกษาในคน ระดับอำเภอมืองจังหวัดนครพนมแล้ว และได้รับการอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรียบร้อยแล้ว เลขที่ใบจริยธรรมการวิจัย IEC-NKP,37/2559 (20 เมษายน 2559 -19 เมษายน 2560)

แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดของ
โรงพยาบาลนครพนม



ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) กลุ่มละ 30 ราย ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการดูแลรักษา ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงมาอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 30.0 มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 76.7 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 43.3 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 36.7 และครึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียน ร้อยละ 26.7 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 63.3 รองลงมาอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 23.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 ครึ่งหนึ่งเป็นเกษตรกร และส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนร้อยละ 56.7 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
21 - 40 ปี	5	16.7	4	13.3
41 - 60 ปี	9	30.0	7	23.3
มากกว่า 60 ปี	16	53.3	19	63.3
	$\bar{X}=61.4$ SD =18.5		$\bar{X}=62.7$ SD =16.9	
	Min =25 Max=91		Min =21 Max=88	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	7	23.3	5	16.7
มี	23	76.7	25	83.3
การประกอบอาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	13	43.3	5	16.7
เกษตรกร	11	36.7	15	50.0
รับราชการ	2	6.7	0	0
รับจ้าง	2	6.7	2	6.7
แม่บ้าน	1	3.3	4	13.3
ค้าขาย	1	3.3	3	10.0
นักเรียน/นักศึกษา	0	0	1	3.3
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	8	26.7	17	56.7
ประถมศึกษา	15	50.0	11	36.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	16.7	1	3.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	6.7	1	3.3

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินการใช้ SOS score การให้สารน้ำทดแทนและการได้รับยาต้านจุลชีพ

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน SOS score (Search out severity score) มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง และพบว่าร้อยละ 68.3 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วตั้งแต่วินาทีแรกจะทำให้อัตราการตายจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อต่ำได้รับลำช้า และร้อยละ 86.8 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อจะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อต่ำกว่าได้รับยาต้านจุลชีพมากกว่า 1 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้

รับการให้น้ำอย่างเพียงพอและทันเวลาที่ จะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสารน้ำไม่เพียงพอหรือล่าช้า

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาโดยไม่ได้ใช้และใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 56.7 และ 3.3 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock)		χ^2	P-value
	เกิดภาวะ Septic shock	ไม่เกิดภาวะ Septic shock		
- ได้รับการดูแลแบบปกติ	17 (56.7)	13 (43.3)	17.857	< 0.001*
- ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลรักษา	1 (3.3)	29 (96.7)		

* = $p < 0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลแบบปกติ 30 ราย พบมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 56.7 อาการไม่ดีขึ้น ร้อยละ 10.0 และเสียชีวิต ร้อยละ 33.3 ในขณะที่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการรักษาโดยใช้แนวทางการดูแลรักษาการติดเชื้อในกระแส

เลือดของโรงพยาบาลนครพนม มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 96.7 อาการไม่ดีขึ้น ร้อยละ 3.3 และไม่พบผู้เสียชีวิต โดยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาโดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการตายภาวะช็อกจากการติดเชื้อระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

การดูแลรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือด	ผลการรักษา			χ^2	P-value
	อาการดีขึ้น	อาการไม่ดีขึ้น	เสียชีวิต		
- ได้รับการดูแลแบบปกติ	17 (56.7)	3 (10.0)	10 (33.3)	13.076	< 0.001*
- ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลรักษา	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0.0)		

* = p < 0.05

การอภิปรายผล

การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาโดยแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบปกติหรือได้รับการรักษาโดยไม่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการใช้แนวทางการดูแลรักษาทำให้สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ในระยะแรกของการพัฒนาของโรค (Early detection) โดยการทราบค่า SOS อย่างรวดเร็ว, การรักษาอย่างรวดเร็ว (Early treatment), การได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment), มีการทำ Hemodynamic resuscitation หากพบความดันเลือดลดลง (BP < 90/60) และการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous monitoring) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน SOS score (Search out severity score) มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง ดังนั้นหากเจ้าหน้าที่ได้นำหลักการประเมิน SOS

score อย่างรวดเร็วมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยทุกราย จะทำให้ค้นหาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วแล้วทำการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมมาใช้จนสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึงที่และลดการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาคณะกรรมการมาตรฐานโรคติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์¹²

อย่างไรก็ตามลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยก็อาจมีผลต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อซึ่งพบสูงในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน เป็นต้น มีโอกาสเกิดการติดเชื้อรุนแรง (Severe sepsis) และมีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ได้¹³

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดย้อยละ 68.3 ได้รับการยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้อัตราการตายจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อต่ำได้รับล่าช้า และ ร้อยละ 86.8 ได้รับยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ

และได้รับการให้น้ำอย่างเพียงพอและทันท่วงที จะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสารน้ำไม่เพียงพอหรือล่าช้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Claessens และ Dhainaut¹⁴ ที่พบว่า การกำจัดเชื้อและแหล่งติดเชื้อร่วมกับการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วในระยะแรกของภาวะติดเชื้อรุนแรงจะทำให้อัตราการรอดเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Gaieski และคณะที่พบว่า การกำจัดแหล่งติดเชื้อหากทำได้จะเป็นการลดภาวะอักเสบ และภาวะกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS) ได้อย่างดี รวมทั้งการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วในระยะแรกของภาวะติดเชื้อรุนแรงจะทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁵ ควรเริ่มให้ยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากได้เก็บตัวอย่างเลือด หรือหนองที่สงสัยว่าเป็นแหล่งติดเชื้อ¹⁶ สำหรับการให้น้ำที่เป็นการรักษาประคับประคอง (Supportive treatment) นั้น ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และคณะพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำในชั่วโมงแรกน้อยกว่า 800 มิลลิลิตร จะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับสารน้ำมากกว่า 800 มิลลิลิตร และการศึกษาในโรงพยาบาลนครพนมโดย ศุภโชค เข็มลา พบว่าอัตราการตายภายใน 30 วันของผู้ป่วยติดเชื้อจากกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับสารน้ำมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร ต่ำกว่าที่ได้รับสารน้ำน้อยกว่า 1,500 มิลลิลิตรหรือไม่เพียงพอ⁷

สำหรับข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างยังน้อย ควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งต่อไปเพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง¹⁷ และการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและการเสียชีวิตของผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น สุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย อายุ โรคประจำตัว ประสิทธิภาพของพยาบาลและแพทย์ผู้ทำการรักษาในประเด็นการวินิจฉัยและการให้การรักษผู้ป่วย¹⁶ ความทันสมัยของเครื่องมือทางการแพทย์ และห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการวินิจฉัยสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และยาที่ใช้ในการรักษา 8 ซึ่ง

ปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาในครั้งนี้ได้

โดยสรุปการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตต่ำกว่าการรักษาโดยไม่ได้ใช้แนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม ดังนั้นควรมีการใช้แนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเสนอผลการศึกษานี้ต่อผู้บริหาร ทีมพัฒนาการรักษาแผนกอายุรกรรมและองค์กรแพทย์ เพื่อพิจารณานำแนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การกำหนดนโยบายและนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. เนื่องจากหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสเลือดมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ควรมีการติดตามศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม หากมีการปรับปรุงแนวทางในอนาคตเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย
3. ควรทำการศึกษาไปข้างหน้าเกี่ยวกับผลการใช้แนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม โดยควบคุมปัจจัยกวนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการรักษาได้ และเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลรักษาอื่น ๆ ที่เป็นมาตรฐาน เช่น แนวทางการดูแลรักษามุ่งเน้นการกำจัดเชื้อในกระแสเลือดของสมาคมอายุรแพทย์ หรือของประเทศหรือนานาชาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม นพ.ยุทธชัย ตรีสกุล ที่สนับสนุนให้เกิดการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ที่ช่วยเก็บและบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม และสุดท้ายขอขอบคุณดร.สมหมาย คชนาม และอาจารย์สมเกียรติ บุญคง ที่เป็นพี่ปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rudd KE, Kissoon N, Limmathurotsakul D, et al. The global burden of sepsis: barriers and potential solutions. Crit Care. 2018; 22(1): 232-232.
2. Office NHS. Annual Report – Building National Health Security, FY2017. Bangkok, Thailand: National Health Security Office; 2018.
3. Strategy and Planning Division OotPS, Ministry of Public Health Thailand. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036)-First Revision 2018. 2018.
4. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ เขตบริการสุขภาพที่ 8. In: กระทรวงสาธารณสุข, อุดรธานี; 2558.
5. ศุภโชค เข็มลา. สรุปผลการดำเนินงาน Service plan ด้านการติดเชื้อในกระแสเลือดในจังหวัดนครพนม. 2562.
6. ศุภโชค เข็มลา. แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนครพนม. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2556.
7. ศุภโชค เข็มลา. อัตราการตายภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic Shock ภายหลังการให้สารน้ำปริมาณไม่เกิน 1,500 มิลลิลิตรเปรียบเทียบกับให้การให้สารน้ำปริมาณมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2561; 5(2 (พฤษภาคม-สิงหาคม)): 4-14.
8. Rivers EP, McIntyre L, Morro DC, Rivers KK. Early and innovative interventions for severe sepsis and septic shock: taking advantage of a window of opportunity. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2005; 173(9): 1054-1065.
9. Permpikul C, Tongyoo, S., & Akekarin, P. In-hospital outcome of septic shock patients after guideline directed management implementation: The significance of initial volume replacement. Paper presented at: Proceedings of Siriraj-Ramatibodi Medical Congress to commemorate the 60th Anniversary Cerebration of His Majesty's Accession to the Throne 2006; Bangkok.
10. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. New England Journal of Medicine. 2001; 345(19): 1368-1377.
11. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. ed. New York: Academic Press; 1977.
12. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ sepsis และ septic shock. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์; 2562: <http://49.231.15.21/>

deptw1/ upload/files/
medF256210231554379030.pdf.

13. Ruth Kleinpell LA, Christa A. Schorr.
Implications of the New International Sepsis
Guidelines for Nursing Care. Am J Crit Care
2013; 22(3): 212-222
14. Yann-Erick Claessens J-FD. Diagnosis
and treatment of severe sepsis. Crit Care.
2007;11(5):S2.
15. Gaieski DF, Mikkelsen ME, Band RA, et al.
Impact of time to antibiotics on survival in
patients with severe sepsis or septic shock
in whom early goal-directed therapy was
initiated in the emergency department.
Critical care medicine. 2010; 38(4):
1045-1053.
16. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al.
Surviving sepsis campaign: international
guidelines for management of severe sepsis
and septic shock: 2012. Critical care
medicine. 2013; 41(2): 580-637.
17. Sitanshu Sekhar Kar AR. IS 30 THE MAGIC
NUMBER? ISSUES IN SAMPLE SIZE
ESTIMATION. National Journal of
Community Medicine. 2013; 4(1 (Jan-Mar)):
175-179.

การเขียนหนังสือราชการ (Official Letter)

นายประสิทธิ์ ใจกล้า นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มภารกิจอำนวยการ โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

การเขียนหนังสือราชการ เป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของการปฏิบัติงานราชการ เนื่องจากมีงานหลายส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับหนังสือราชการและเอกสาร การเขียนหนังสือราชการให้ถูกต้องมีใช้เพียงจะช่วยสื่อสารความหมายให้ตรงกันระหว่างหน่วยงานเท่านั้น แต่ยังช่วยในการประหยัดเวลา และทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้ตรงจุดประสงค์ ทั้งยังเป็นการบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรและองค์กรนั้น ๆ อีกด้วย

ดังนั้น การเขียนหนังสือราชการจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อผู้ที่เข้าราชการในหน่วยงานของโรงพยาบาลนครพนม โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีความรับผิดชอบในด้านงานสารบรรณ ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องนี้ “เทคนิคการเขียนหนังสือราชการ” เป็นองค์ความรู้สำหรับบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลนครพนม และหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับร่างหนังสือราชการได้ง่ายขึ้น

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ.2526 และระเบียบสารบรรณ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2548 ได้ให้คำนิยามของหนังสือราชการไว้ว่า หนังสือราชการ หมายถึง เอกสารที่เป็นหลักฐานในราชการ ได้แก่

1. หนังสือราชการที่มีไปมาระหว่างส่วนราชการ ตัวอย่างเช่น หนังสือราชการจากโรงพยาบาลนครพนม มีถึงกระทรวงสาธารณสุข

2. หนังสือส่วนราชการที่มีถึงหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่ใช่สำนักงานราชการ หรือเป็นหนังสือส่วนราชการที่ส่งถึง

บุคคลภายนอก ตัวอย่างเช่น หนังสือราชการจากโรงพยาบาลนครพนม มีถึงบุคคลท่านหนึ่ง

3. หนังสือหน่วยงานอื่นใดที่ไม่ใช่ส่วนราชการ หรือหนังสือจากบุคคลภายนอก ส่งถึงส่วนราชการ ตัวอย่าง เช่น หนังสือจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ส่งถึงโรงพยาบาลนครพนม

4. เอกสารที่ทางราชการจัดทำขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานในราชการ ตัวอย่างเช่น ใบเสร็จรับเงินที่ออกจากโรงพยาบาลนครพนม

5. เอกสารที่ทางราชการจัดทำขึ้นตามกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ ตัวอย่างเช่น ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ ฯ

ประเภทของหนังสือราชการ

หนังสือราชการ มี 6 ชนิด ได้แก่ หนังสือภายนอก หนังสือภายใน หนังสือประทับตรา หนังสือสั่งการ หนังสือประชาสัมพันธ์ และหนังสือเจ้าหน้าที่ทำขึ้นหรือรับไว้เป็นหลักฐานในราชการ ซึ่งหนังสือราชการแต่ละประเภทมีความหมายและรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **หนังสือภายนอก** หมายถึง หนังสือติดต่อราชการที่เป็นแบบพิธี ความเป็นทางการ โดยใช้กระดาษตราครุฑ ตัวอย่างเช่น หนังสือติดต่อราชการระหว่างส่วนราชการด้วยกัน หรือส่วนราชการที่มีถึงหน่วยงานอื่นใดซึ่งไม่ใช่ส่วนราชการ หรือที่มีถึงบุคคลภายนอก

2. **หนังสือภายใน** หมายถึง หนังสือติดต่อราชการที่มีความเป็นแบบพิธีน้อยกว่าหนังสือภายนอก เป็นหนังสือ

ติดต่อภายในกระทรวง ทบวง กรม หรือภายในจังหวัดเดียวกัน โดยใช้กระดาษบันทึกข้อความ

3. หนังสือประทับตรา หมายถึง หนังสือที่ใช้ประทับตราแทนการลงชื่อของหัวหน้าส่วนราชการในระดับกรมขึ้นไป โดยให้หัวหน้าส่วนราชการระดับกอง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการระดับกรมขึ้นไปเป็นผู้รับผิดชอบลงชื่อกำกับตรา โดยหนังสือประทับตรานี้มีจุดประสงค์เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระในการลงชื่อในหนังสือราชการเพื่อความสะดวกและรวดเร็วขึ้นเอง ซึ่งการใช้หนังสือประทับตรานั้น จะใช้ในกรณีที่เป็นเรื่องไม่สำคัญมากนัก เช่น การขอรายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องต่างๆ การส่งสำเนาเอกสาร การตอบรับทราบเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับราชการสำคัญ การตอบรับทราบเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเงิน การแจ้งผลการดำเนินการ เป็นต้น

4. หนังสือสั่งการ มีอยู่ด้วยกัน 3 ชนิด ได้แก่ คำสั่ง ระเบียบ และข้อบังคับ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 คำสั่ง หมายถึง ข้อความที่ผู้บังคับบัญชาสั่งการให้ปฏิบัติโดยชอบด้วยกฎหมาย เขียนโดยใช้กระดาษตราครุฑ และให้จัดทำตามแบบที่ได้กำหนดไว้

4.2 ระเบียบ หมายถึง ข้อความที่ผู้มีอำนาจหน้าที่ได้วางไว้ โดยอาศัยอำนาจของกฎหมายหรือไม่ก็ได้ โดยมีจุดประสงค์ให้ถือปฏิบัติเป็นการประจำ เขียนโดยใช้กระดาษตราครุฑ และให้ใช้ตามแบบที่กำหนดไว้

4.3 ข้อบังคับ หมายถึง ข้อความที่ผู้มีอำนาจหน้าที่กำหนดให้ใช้โดยอาศัยอำนาจของกฎหมายที่บัญญัติให้กระทำได้ เขียนโดยใช้กระดาษตราครุฑ และให้จัดทำตามแบบที่กำหนดไว้

5. หนังสือประชาสัมพันธ์ มีอยู่ด้วยกัน 3 ชนิด ได้แก่ ประกาศ แถลงการณ์ ข่าว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ประกาศ หมายถึง ข้อความที่ทางราชการประกาศ หรือชี้แจงให้ทราบ หรือข้อความที่แนะแนวทางปฏิบัติ เขียนโดยใช้กระดาษตราครุฑ และให้จัดทำตามแบบที่กำหนดไว้

5.2 แถลงการณ์ หมายถึง ข้อความที่ทางราชการแถลงเพื่อความเข้าใจในกิจการของทางราชการ ตลอดจน

เหตุการณ์ หรือกรณีอื่น ๆ ให้รับทราบโดยทั่วกัน เขียนโดยใช้กระดาษตราครุฑ และจัดทำตามแบบที่กำหนดไว้

5.3 ข่าว หมายถึง ข้อความที่ทางราชการเห็นสมควรเผยแพร่ให้ทราบ และจัดทำตามแบบที่กำหนดไว้

6. หนังสือที่เจ้าหน้าที่จัดทำขึ้นหรือรับไว้เป็นหลักฐานในราชการ หมายถึง หนังสือที่ทางราชการทำขึ้นนอกเหนือจากหนังสือราชการชนิดต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น หรือหนังสือที่หน่วยงานอื่นใดที่ไม่ใช่หน่วยงานราชการ หรือบุคคลภายนอก มีมาถึงส่วนราชการ และส่วนราชการรับไว้เป็นหลักฐานของราชการ มี 4 ชนิด ได้แก่

6.1 หนังสือรับรอง หมายถึง หนังสือที่ส่วนราชการออกให้เพื่อรับรองแก่บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงาน เพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งให้ปรากฏแก่บุคคลโดยทั่วไป ไม่จำเพาะเจาะจง เขียนโดยใช้กระดาษตราครุฑ และให้จัดทำตามแบบที่กำหนดไว้

6.2 รายงานการประชุม เป็นบันทึกความคิดเห็นมติของที่ประชุม ซึ่งทำไว้เป็นหลักฐาน และจัดทำตามแบบที่กำหนดไว้

6.3 บันทึก หมายถึง ข้อความซึ่งผู้ใต้บังคับบัญชาเสนอต่อผู้บังคับบัญชา หรือผู้บังคับบัญชาสั่งการแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือข้อความที่เจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานระดับต่ำกว่าส่วนราชการระดับกรมติดต่อกันในการปฏิบัติราชการ ซึ่งโดยปกติแล้วจะเขียนโดยใช้กระดาษบันทึกข้อความ

6.4 หนังสืออื่น คือ หนังสือ ตลอดจนเอกสารอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางราชการ อาจหมายถึง ภาพถ่าย แถบบันทึกเสียง แถบบันทึกภาพต่าง ๆ ฟิล์ม ตลอดจนหนังสือของบุคคลภายนอกที่ยื่นต่อเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่ได้ลงทะเบียนรับหนังสือของทางราชการแล้ว โดยมีรูปแบบตามที่กระทรวง ทบวง กรมจะกำหนดใช้ขึ้นหรือรูปแบบตามความเหมาะสมก็ได้ เว้นแต่มีแบบกฎหมายเฉพาะเรื่องให้ทำตามแบบ ตัวอย่างเช่น โฉนด แผนที่ แบบแผนผัง หลักฐานการสืบสวน สอบสวน และคำร้องต่างๆ

ก่อนที่จะร่างหนังสือราชการ ผู้ที่ได้รับมอบหมายในการร่างหนังสือ จะต้องใช้ดุลยพินิจของตนเอง เพื่อให้หนังสือราชการที่ร่างออกมานั้น มีข้อความที่กะทัดรัดรัดกุม แต่มีความชัดเจนและถูกต้องครบถ้วน และสามารถสื่อสารเนื้อหาที่สำคัญได้

หลักการร่างหนังสือราชการ

ผู้ได้รับมอบหมายให้ร่างหนังสือราชการ สามารถนำหลักการเขียนมาเป็นแนวทางใช้ในการปฏิบัติสำหรับการร่างหนังสือราชการได้อย่างถูกต้อง ดังต่อไปนี้

1. การเขียนให้ถูกแบบ โดยผู้ร่างหนังสือจะต้องทราบหนังสือที่จะร่างนั้นเป็นหนังสือชนิดใด เป็นหนังสือภายใน หนังสือภายนอก หนังสือประทับตรา หรือหนังสือชนิดอื่น ๆ เมื่อเลือกชนิดของหนังสือได้แล้ว ก็จะสามารถจัดโครงสร้างหนังสือให้ถูกต้องตามแบบฟอร์ม และจัดวางข้อความได้อย่างถูกต้องตลอดจนสามารถเลือกใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมและถูกต้องตามที่กำหนดได้ ตัวอย่างเช่น

1.1 เรื่อง จะต้องเขียนในหนังสือภายใน และหนังสือภายนอก โดยไม่ต้องเขียนในหนังสือประทับตรา

1.2 คำขึ้นต้น ให้ใช้ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ

1.3 คำลงท้าย เขียนเฉพาะหนังสือภายนอก โดยใช้คำลงท้ายตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ ส่วนหนังสือภายในและหนังสือประทับตรานั้น ไม่ต้องมีคำลงท้าย

2. การเขียนให้ถูกเนื้อหา ในส่วนของเนื้อหานั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 สาเหตุที่มีหนังสือไป เช่น สาเหตุจากเรื่องสืบเนื่อง เรื่องที่เกี่ยวข้อง สาเหตุจากที่มีผู้มีหนังสือไปจากบุคคลภายนอก หรือจากเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้น เป็นต้น

2.2 จุดประสงค์ของการเขียนหนังสือไป เช่น จะให้ผู้รับหนังสือปฏิบัติอะไรหรือปฏิบัติอย่างไรต่อ

2.3 ส่วนสรุปใจความ จะเห็นได้ว่า การที่จะเขียนหนังสือให้ถูกต้องในเนื้อหานี้จะต้องมีการเตรียมการก่อนลงมือเขียน โดยมีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

(1.) การศึกษาเรื่องที่จะเขียน

(1.1) จุดมุ่งหมายในการศึกษาเรื่องนั้น ผู้ที่จะร่างหนังสือควรศึกษาเรื่องที่จะเขียนให้ละเอียด และเข้าใจเนื้อหาว่ามีความเป็นมาอย่างไร ตัวอย่างเช่น มีใครขอความร่วมมือด้านใด ขอมตาม กฎระเบียบข้อบังคับใด มีเหตุผลประกอบการขออย่างไร ทางคณะกรรมการได้มีมติพิจารณาแล้วลงความเห็นอย่างไร และหนังสือตอบกลับนั้นจะมีจุดประสงค์อย่างไร

(1.2) เทคนิคในการศึกษาเรื่องที่จะเขียน โดยผู้ร่างหนังสือ ควรอ่านเนื้อหาให้รู้เรื่องว่าเรื่องนี้มีความเป็นมาอย่างไร เพื่อที่จะเขียนชี้แจงเนื้อหาความในหนังสือได้อย่างถูกต้อง อาจมีการถามผู้ที่มีความเกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนเพื่อให้ทราบรายละเอียดเพิ่มเติม ควรรับฟังความคิดเห็นตลอดจนเรื่องราวที่ผ่านมาว่า เนื้อความที่จะร่างหนังสือนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งใดบ้าง สิ่งที่สำคัญคือควรคิดวิเคราะห์เนื้อหาสาระที่สำคัญของเรื่อง รวมถึงจุดประสงค์ที่จะมีหนังสือไป ไม่ควรเินความคิดเห็นส่วนตัวหรืออคติใด ๆ ลงไปในหนังสือที่ร่างจนเนื้อความมีการเบี่ยงเบน และควรค้นคว้าเรื่องที่เกี่ยวข้องรวมถึงค้นคว้าหาตัวอย่างมาประกอบการร่างหนังสือด้วย

(2.) การจับประเด็นที่สำคัญของเรื่อง เป็นสิ่งที่สำคัญของเรื่องที่จะต้องเขียนไปถึงผู้รับ

(3.) การย่อเรื่อง เป็นการสรุปใจความที่เป็นสาระสำคัญ โดยเขียนในเนื้อหาด้วยใจความกะทัดรัด

3. การเขียนให้ถูกหลักภาษา จะต้องคำนึงถึงเรื่องหลัก ๆ ได้แก่ รูปประโยค และความสัมพันธ์ของข้อความ

4. การเขียนให้ถูกหลักความนิยม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ ได้วางหลักการเขียนข้อความในหนังสือราชการ ดังนี้

4.1 ส่วนที่เป็นเหตุ ให้เขียนเฉพาะเท่าที่จำเป็น

และหากเป็นเรื่องที่เคยติดต่อกันมาก่อนหน้านี้แล้ว สามารถอ้างอิงถึงเรื่องเดิมอย่างย่อได้

4.2 ส่วนที่เป็นความประสงค์ให้ระบุให้ชัดเจนว่า จะทำอะไรเพื่อให้สะดวกแก่ผู้รับ จะได้สามารถปฏิบัติตาม ได้อย่างถูกต้อง หากมีความประสงค์ที่จะให้ปฏิบัติหลาย ข้อ ให้แยกเป็นข้อ ๆ ได้ เพื่อความสะดวกและชัดเจน ตัวอย่างการใช้ประโยคเพื่อระบุความประสงค์ ได้แก่

หนังสือฉบับแรก มักขึ้นต้นเนื้อความว่า “เนื่องด้วย.....” “ด้วย.....” “เพื่อ.....” และขึ้นต้นข้อความที่ประสงค์จะให้ปฏิบัติ ว่า “จึง.....”

หนังสือตอบรับ มักขึ้นต้นเนื้อความว่า “ตามที่.....” และขึ้นต้นข้อความที่ตอบรับความประสงค์นั้นว่า “บัดนี้.....”

ในส่วนของข้อความลงท้ายในตอนจบของหนังสือราชการ มักใช้ประโยคว่า “จึงเรียนมาเพื่อทราบ” “จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติ” หรือ “จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ”

ลักษณะการร่างหนังสือราชการและสำนวนของหนังสือราชการที่บกพร่อง มีดังต่อไปนี้

1. สำนวนภาษาที่ไม่ชัดเจน

การใช้ประโยคหรือคำที่คลุมเครือ หรือตีความหมายที่ไม่ชัดเจน จะทำให้เกิดความสับสน หรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ ตัวอย่างเช่น

“หากมีข้อขัดข้องประการใด โปรดแจ้งให้ทราบด้วย”

ควรแก้ไขเป็น

“หากมีข้อขัดข้องประการใด โปรดแจ้งให้ทางคณะผู้จัดงานให้ทราบภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือนี้”

2. สำนวนภาษาที่ไม่สุภาพ

การใช้คำหรือข้อความที่ไม่เหมาะสม ห้วน หรือไม่สุภาพ อาจจะทำให้ผู้ที่ได้รับหนังสือเข้าใจผิด หรือมีความรู้สึกถูกขู่บังคับ ส่งผลให้การสื่อความหมายผิดพลาด หรือเกิดผลเสียในด้านความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อกันระหว่างหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น

“ดังนั้นทาง.....ขอให้ท่านนำเงินค่า.....ที่ค้างชำระไว้ไปชำระที่.....ภายในเวลาที่กำหนดด้วย มิฉะนั้นจะจัดการตามระเบียบต่อไป”

ควรแก้ไขเป็น

“ดังนั้นทาง.....ใครขอความร่วมมือจากท่านให้นำเงินค่า.....ไปชำระที่.....ภายในกำหนดเวลาดังกล่าว เพื่อปฏิบัติให้ถูกต้องตามระเบียบต่อไป”

3. ใช้คำหรือรูปประโยคไม่ถูกต้อง

การเขียนที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบของหนังสือราชการ ใช้ภาษาหรือสำนวนที่เป็นภาษาพูดตัวอย่างเช่น

“ขอเรียนว่าไม่ได้รับข้อมูลอะไรที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณาเลย”

ควรแก้ไขเป็น

“ขอเรียนว่าทางคณะกรรมการยังไม่ได้รับข้อมูลอันใดที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณา”

4. การเขียนที่ขาดความสมบูรณ์

การเขียนที่ขาดสาระสำคัญบางตอน อาจทำให้หนังสือที่ร่างไปนั้นขาดความชัดเจน ตัวอย่างเช่น

“ตามที่ท่านได้ค้างชำระค่า.....นั้น ใครขอความร่วมมือจากท่านให้นำเงินไปชำระภายในกำหนดเวลาด้วย”

ควรแก้ไขเป็น

“ตามที่ท่านได้ค้างชำระค่า..... เป็นจำนวนเงิน.....บาทนั้น ตามระเบียบของ...(ชื่อหน่วยงาน)..... เมื่อท่านได้รับใบแจ้งหนี้ค่า.....แล้ว ท่านจะต้องนำเงินไปชำระที่.....ภายในเวลา 15 วัน โดยจะไม่มีเจ้าหน้าที่ออกไปเก็บเงินจากท่าน ดังนั้นทาง...(ชื่อหน่วยงาน)....ใครขอความร่วมมือจากท่านให้นำเงินไปชำระภายในกำหนดเวลาดังกล่าว”

5. การใช้ข้อความที่ไม่กะทัดรัด

การใช้ข้อความ คำ ประโยคที่ยาวเกินไป ทำให้สรุปใจความของเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารได้ยาก จึงควรสรุปใจความให้ได้เนื้อหาที่ชัดเจน ไม่ใช้คำหรือประโยคที่ฟุ่มเฟือยจนเกินไป ตัวอย่างเช่น

“จากมติที่ประชุมของคณะกรรมการได้กำหนด

นโยบายด้านต่าง ๆ นั้น ท่านจะต้องติดตามว่านโยบายใดสำคัญและรีบด่วนอะไรบ้าง นโยบายไหนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของท่านเอง ก็จะได้นำนโยบายนั้นไปกำหนดแผนปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการ”

ควรแก้ไขเป็น

“จากมติที่ประชุมของคณะกรรมการได้กำหนดนโยบายด้านต่าง ๆ นั้น ท่านจะต้องติดตามว่านโยบายใดสำคัญและรีบด่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานซึ่งจะต้องนำไปกำหนดแผนปฏิบัติงานให้สอดคล้องต่อไป”

6. การใช้ประโยชน์ที่ขาดความสละสลวย

ข้อความของหนังสือราชการควรมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เรียงลำดับตามความสำคัญให้เหมาะสม ตัวอย่างเช่น

“หน่วยงาน.....ขอเรียนว่าได้ดำเนินการตามที่ท่านได้ขอให้หน่วยงาน.....ดำเนินการเรื่อง.....ตามที่ท่านประสงค์แล้ว ปรากฏว่า.....”

ควรแก้ไขเป็น

“ตามที่ท่านได้ขอให้หน่วยงาน.....ดำเนินการเรื่อง.....นั้น บัดนี้ทางหน่วยงานได้ดำเนินการตามที่ท่านประสงค์แล้ว ปรากฏว่า.....”

7. การสะกดคำที่ถูกต้อง

หลังจากที่ผู้ร่างหนังสือราชการได้ลงมือร่างหนังสือจนเสร็จ และดำเนินการเขียนหรือพิมพ์แล้ว ควรตรวจสอบตัวสะกดให้ถูกต้องด้วย

จากหลักการร่างหนังสือราชการที่ได้กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนั้น จะเห็นได้ว่า หากผู้ร่างหนังสือทราบหลักการตลอดจนได้มีการฝึกร่างหนังสือบ่อยๆ นั้น ก็จะสามารถร่างหนังสือได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ทั้งยังมีประสิทธิภาพเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของหน่วยงานนั้นอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาพ รุ่งเจริญ คู่มือการเรียนการสอน พช 314 ภาษาไทยธุรกิจ 2. พิมพ์ครั้งที่ 4' กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ครุ สภาลาดพร้าว, 2533
www.thaiis.com
2. Website: มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน midnight's encyclopedia, midnight's writers, midnight's dictionary
3. สมบูรณ์ วรเศรษฐมงคล ผู้อำนวยการส่วนระเบียบกลาง สำนักกฎหมายและระเบียบกลาง สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี จาก www.opm.go.th/opminter/download/download.html - 3k
4. สุภาพ รุ่งเจริญ คู่มือการเรียนการสอน พช 314 ภาษาไทยธุรกิจ 2. พิมพ์ครั้งที่ 4' กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ครุสภา ลาดพร้าว, 2533
5. นภลัย สุวรรณธาดา และอดุล จันทศักดิ์.2552. เทคนิคการเขียนหนังสือราชการ หนังสือโต้ตอบและรายงานการประชุม.พิมพ์ครั้งที่ 6 ปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯการพิมพ์.
6. สำนักนายกรัฐมนตรี. 2539. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ.2526 พร้อมภาคผนวก ฉบับแก้ไข พ.ศ.2539 และคำอธิบาย. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
7. วรวรรณ ศรียาภัย. 2551. การเขียนเชิงราชการ หนังสือราชการ รายงานการประชุมภาษาไทยและภาษาอังกฤษ. นนทบุรี : สำนักพิมพ์สัมปชญะ. www.thaiis.com
8. Website: มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน midnight's encyclopedia, midnight's writers, midnight's dictionary

