



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน 2563

Volume 7 No.1 January – April 2020

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป		
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม		
บรรณาธิการที่ปรึกษา	<p>นพ.ยุทธชัย ตริสกุล</p> <p>พญ.เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ</p> <p>รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า</p> <p>ผศ.ดร.ภก.แสวง วัชรระชนกิจ</p> <p>ผศ.ดร.ภก.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ สาขาวิชาเภสัชคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p>รศ.สมจิตร แदनศรีแก้ว</p> <p>รศ.ดร.มารีสา ไกรฤกษ์</p> <p>นพ.ศุภกานต์ เตชะพงศธร</p> <p>นพ.ณัฐพล สันตระกูล</p> <p>ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง</p>	<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม</p> <p>นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านอายุรศาสตร์</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p> <p>คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี</p> <p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p> <p>กลุ่มวิชาการศึกษาวิจัยและการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล</p> <p>มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล</p> <p>มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม</p>	
บรรณาธิการ	พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์	กลุ่มงานศัลยกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์ คูสกุลวัฒน์	กลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์ สุตรสุวรรณ	กลุ่มงานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม
กองบรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณ	กลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.ทศพล นุตตะรังค์	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลนครพนม
	พญ.งามจิตร นิลวัชรารัง	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	นพ.พุทธภูมิ สุจารีกุล	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลพนมสารคาม
	พญ.ศุภพร วิมลรัตน์	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
	พญ.ปานวาด อุธิโย	กลุ่มงานจักษุวิทยา	โรงพยาบาลมุกดาหาร
	พญ.อนันตยา เปี้ยสา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลแม่สอด
	ทพญ.โจมา แสงแก้ว	กลุ่มงานทันตกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	ทพญ.ภาราณี สกุลคู	กลุ่มงานทันตกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	ภก.วิชิต เหล่าวัฒนาถาวร	กลุ่มงานเภสัชกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
	นางสาวสุดใจ ศรีสงค์	กลุ่มการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม
	นางสาวอรรจจิมา ศรีชนม์	กลุ่มการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม

คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์ เหมะธูลิน	งานเวชนิทัศน์	โรงพยาบาลนครพนม
	นางพิณทิพย์ ช้ายกลาง	ศูนย์คอมพิวเตอร์และสารสนเทศ	โรงพยาบาลนครพนม
	นางเดือนฉาย ใจคง	งานห้องสมุด	โรงพยาบาลนครพนม
	นางวิไล ฤทธิธาดา	งานห้องสมุด	โรงพยาบาลนครพนม
	นางสาวศิลปะกร อาจวิชัย	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.อภิบาลปัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000
 โทรศัพท์ 0-4219-9222 ต่อ 1016
 มือถือ 085-6487472
 โทรสาร 0-4251-3193
 E-mail : nkjournal_9@hotmail.com

พิมพ์ที่

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

บทบรรณาธิการ

นับว่าเป็นปีที่ค่อนข้างหนักสำหรับคนไทยทุกคนเลยนะค่ะ สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบเป็นวงกว้างไปทั่วโลก หลายประเทศเกิดการระบาดอย่างรุนแรง มีผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก หลังจากนั้นอาจใช้เวลาสักระยะกว่าที่เราจะสามารถฟื้นฟูเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสิ่งต่างๆ ให้กลับมาใกล้เคียงตามเดิม

สิ่งที่น่าสนใจในขณะนี้ คือเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่เราก็จะมีงานวิจัยและข้อมูลใหม่ๆ เกิดขึ้นอีกหลายอย่าง ค่ะ ซึ่งจะเป็นองค์ความรู้ที่มีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาการสาธารณสุขไทยต่อไปในอนาคตนะค่ะ

ทางทีมบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลนครพนม ขอเป็นอีกหนึ่งกำลังใจให้บุคลากรทางการแพทย์ ทุกๆ ท่าน มีพลังกายและพลังใจในการปฏิบัติหน้าที่และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงค่ะ

พญ. นทวรรณ หุ่นพยนต์

บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

Original Articles

หน้า

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง : โรงพยาบาลนครพนม 5
วันเมษา บรรจงศิลป์
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย
ในสตรีวัยรุ่นที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม 16
กนกอร สุมนาทย์ ปริกส์, ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 29
วารางคณา แสนนาม
4. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
คลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลนครพนม 41
รัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี
5. การพัฒนารูปแบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครพนม 52
อุไรวรรณ นนทคนหมั่น
6. ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครพนม 63
กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ
7. ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลนครพนม 75
ติยาภรณ์ เจริญรัตน์
8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก
ของประชาชนในจังหวัดนครพนม 84
दनัย เนวะมาตย์
9. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 95
พรชนก กุลยะ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง : โรงพยาบาลนครพนม

วันเมษา บรรจงศิลป์ พบ. สูตินรีเวชกรรม

โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการแสดงทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ผลลัพธ์การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผลลัพธ์ด้านทารก

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 -30 กันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 67.77) ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 56.20) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ (ร้อยละ 38.84) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง $> 25-29 \text{ kg/m}^2$ (ร้อยละ 35.53) วิธีการคลอดส่วนใหญ่ โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 71.08) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีภาวะช็อก 2 ราย (ร้อยละ 1.65) pulmonary edema และ HELLP syndrome อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.83) ผลการรักษาหาย ร้อยละ 100.00 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อยู่ในช่วง 3-5 วัน (ร้อยละ 95.04) อาการแสดงทางคลินิกทุกรายมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท และพบโปรตีนในปัสสาวะ (ร้อยละ 93.38) อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 98.44) อาการตาพร่ามัว (ร้อยละ 59.90) และจุกแน่นลิ้นปี่ (ร้อยละ 48.76) ผลลัพธ์ด้านทารก พบว่า ทารกที่คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป (ร้อยละ 88.42) มีทารก 1 ราย เกิด Birth Asphyxia (0.83%)

บทสรุป : ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีผลกระทบทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา จะลดความรุนแรงทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เกิดความปลอดภัย

คำสำคัญ : ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

Severe Preeclampsia at Nakhonphanom Hospital

Wanmesa Banjongsilp , M.D.Gynecologist and Obstetrician

Nakhonphanom Hospital, Nakhonphanom Province , Thailand 48000

Abstract

Objective : To describe the demographic data clinical presentation, complication, outcome and length of stay.

Materials and methods : A descriptive retrospective study was conducted by a retrospective review of medical records of patients with severe preeclampsia in Nakhonphanom Hospital during October 2018 to September 2019.

Results : There were 121 severe preeclampsia patients. The age was between 20-34 years (67.77%). Pregnancy sequence was primigravida (56.20%) gestational age 34-36 weeks (38.84%) BMI was $> 25-29 \text{ kg/m}^2$ (35.53%). Cesarean section was 71.08%. The complication included eclampsia were 2 cases (1.65%), pulmonary edema was 1 case (0.83%) and HELLP syndrome was 1 case (0.83%).

Outcome, All of patient with severe Preeclampsia had completed recovery (100%) Length of stay was 3-5 day (95.04%). Clinical presentation all of them have high Blood pressure ($> 160/110 \text{ mmHg}$) Proteinuria (93.38%), Headache (98.44%), blurred vision (59.90%) and epigastric pain (48.76). infants outcome, weight over 2,500 gram (88.42%). 1 case has Birth Asphyxia (0.83%)

Conclusion : severe preeclampsia was effected to pregnant and fetus. Early diagnosis and prompt treatment were decreased violence, the pregnant and fetus have safety.

Keyword : Severe preeclampsia

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 4.71 สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.22 ถึงแม้ว่าจะพบไม่มาก แต่ก็มีผลรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตเป็นอันดับ 3 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ³

ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด (Endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (Vasospasm) ทำให้มีความดันโลหิตสูงใหม่ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์⁴ ภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 75 เป็นชนิดไม่รุนแรง และร้อยละ 25 เป็นชนิดรุนแรง⁵

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ ความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 2 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ (epigastric pain) ตาพร่ามัว ค่าการทำงานของตับและไตผิดปกติ เกร็ดเลือดต่ำ^{4,6}

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงนอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เสียชีวิตแล้ว ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด สาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามอันตรายนอกจากผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยวิธีการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง ในปี พ.ศ. 2562 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มารับการรักษา 121 คน และพบอุบัติการณ์การชัก 2 คน ตามลำดับ⁷ จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการ ทั้งอาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และผลการรักษา เพื่อนำข้อมูลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษาทางด้านทารก และศึกษาเปรียบเทียบรายละเอียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและมีภาวะชัก

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 จำนวน 121 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.11/2561 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนแล้วนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 67.77) ลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครรภ์แรก (ร้อยละ 56.20) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 34-36 สัปดาห์ (ร้อยละ 38.84) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง $> 25-29 \text{ kg/m}^2$ มากที่สุด (ร้อยละ 35.53) การฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพร้อยละ 51.24 วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดย

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) (ร้อยละ 71.08) การเกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะชัก 2 ราย (ร้อยละ 1.65) pulmonary edema 1 ราย (ร้อยละ 0.83) และเกิด HELLP syndrome 1 ราย (ร้อยละ 0.83) ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 81.82) ผลการรักษาย หาย (ร้อยละ 100.00) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-5 วัน (ร้อยละ 95.04) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<20	8	6.61
20-34	82	67.77
≥ 35	31	25.62
$\bar{X}=30.66$ SD=6.82 min=16 max=43		
ลำดับการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	68	56.20
ครรภ์ที่ 2	39	32.23
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	14	11.57
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
$\geq 24-33$	30	24.80
$\geq 34-36$	47	38.84
$\geq 37-39$	40	33.05
≥ 40	4	3.31
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (kg/m^2)		
< 25	37	30.57
$\geq 25-29$	43	35.55
≥ 30	41	33.88
การฝากครรภ์		
ไม่ได้ฝากครรภ์	18	14.88
ฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพ	41	33.88
ฝากครรภ์มีคุณภาพ	62	51.24

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคลอด		
Vaginal delivery	35	28.92
Cesarean section	86	71.08
การเข้ารับการรักษา		
ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	99	81.82
มาเอง	22	18.18
ภาวะแทรกซ้อน*		
ช้ำ	2	1.65
Pulmonary edema	1	0.83
HELLP syndrome	1	0.83
ผลการรักษา		
หาย	121	100.00
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)		
3-5	115	95.04
6-8	5	4.13
> 8	1	0.83

*ผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ

2. ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีลักษณะอาการทางคลินิกเข้าได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (preeclampsia with severe fetus) พบว่าทุกคนมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท โดยบางรายไม่มีอาการแสดงทางคลินิกที่นำมาโรงพยาบาล แต่ตรวจพบจากการมาตรวจครรภ์หรือเจ็บครรภ์คลอด มาคลอด แล้วตรวจพบมีความดันโลหิตสูง โปรรตีนรั่วใน

ปัสสาวะ (ร้อยละ 93.38) และมีอาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 98.44) อาการจุกแน่นลิ้นปี่ (ร้อยละ 48.76) มีอาการตาพร่า (ร้อยละ 59.50) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าการทำงานของตับสูงขึ้นเกิน 2 เท่า จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.47) และมีเกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร 2 ราย (ร้อยละ 1.65) การเกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะช้ำ 2 ราย (ร้อยละ 1.65) และเกิด HELLP syndrome 1 ราย (ร้อยละ 0.83) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (n=121)

อาการแสดงทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท	121	100.00
โปรตีนรั่วในปัสสาวะ	113	93.38
ปวดศีรษะ	120	98.44
จุกแน่นลิ้นปี่	59	48.76
ตาพร่ามัว	72	59.90
เกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร	2	1.65
ค่าการทำงานของตับสูงขึ้นเกิน 2 เท่า	2	1.65

*หญิงตั้งครรภ์ 1 ราย มีมากกว่า 1 อาการ

3. ผลลัพธ์ด้านทารก

ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 88.42 และพบน้ำหนักน้อยกว่า

1,800 กรัม ร้อยละ 6.61 ทารก 1 ราย มีภาวะ Birth asphyxia โดยมี Apgar score 4,6,7 และได้รับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยหนัก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ด้านทารก (n=121)

ข้อมูลด้านทารก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารก (กรัม)		
< 1,800	8	6.61
≥ 1,800-2,499	6	4.95
≥ 2,500 กรัม	107	88.42
Apgar score ที่ 1 นาที		
< 7	1	0.83
≥ 7	120	99.17
Apgar score ที่ 5 นาที		
< 7	1	0.83
≥ 7	120	99.17
Apgar score ที่ 10 นาที		
< 7	0	0.00
≥ 7	121	100.00

4. รายละเอียดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและเกิดภาวะชัก

จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและเกิดภาวะชัก จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย (18 ปี) รายที่ 2 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก (39 ปี) เป็น elderly primigravidarum และลำดับการตั้งครรภ์ เป็นครรภ์แรก ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดครรภ์เป็นพิษ ผู้ป่วยทั้งสองรายมี

อาการแสดงทางคลินิก คือ ความดันโลหิตมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ รายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อน HELLP syndrome และ pulmonary edema ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลการรักษาหายทั้งสองราย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 8, 14 วัน ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายละเอียดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีภาวะชัก

รายที่	อายุ (ปี)	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ลำดับการตั้งครรภ์	อาการแสดงทางคลินิก	ภาวะแทรกซ้อน	การรักษา	วิธีการคลอด	น้ำหนักทารก (กรัม)	ระยะเวลาอนาถา (วัน)
1	18	36 ⁺²	ครรภ์แรก	- BP=180/110 mmHg - ปวดศีรษะ - ตาพร่ามัว - จุกแน่นลิ้นปี่ - โปรตีนในปัสสาวะ +3 - ปฏิกริยาระบบประสาทตอบกลับอัตโนมัติ +3	- Hellp syndrom - pulmonary edema	ยากันชัก - MgSO ₄ ยาลดความดันโลหิต - Adalat - Methylodopa เลือดส่วนประกอบของเลือด - FFP - PRC	Cesarean section	2,434	8
2	39	34 ⁺⁴	ครรภ์ที่ 2	- BP=200/113 mmHg - ปวดศีรษะ - ตาพร่ามัว - จุกแน่นลิ้นปี่ - โปรตีนในปัสสาวะ +4 - ปฏิกริยาระบบประสาทตอบกลับอัตโนมัติ +3	Elevated Liver Enzyme	ยากันชัก - MgSO ₄ ยาลดความดันโลหิต - Adalat - Hydralazine - Nicardipine - Amlodipine	Cesarean section	2,235	14

วิจารณ์

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญของทีมนำทางคลินิกสูติกรรม ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง 121 คน คิดเป็นร้อยละ 4.06 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงประมาณร้อยละ 2-10 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด¹ กลุ่มอายุที่เกิดส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี และเป็นครรภ์แรก ซึ่งอาจจะแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีครรภ์เป็นพิษรุนแรงส่วนใหญ่จะกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อย และเป็นครรภ์แรก อายุครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไป ถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถือว่าอายุครรภ์ครบกำหนด ดังนั้นเมื่อได้รับการรักษาด้วย $MgSO_4$ และยาลดความดันโลหิต และสามารถพิจารณาให้คลอดได้ทันทีหลังอาการคงที่แล้ว

ด้านการฝากครรภ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 14.88 และฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพร้อยละ 33.88 เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มสูงถึงร้อยละ 48.76 ซึ่งเป็นสัดส่วน 1: 1.08 การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่ผ่านมาสถานบริการสุขภาพได้มีการณรงค์เกี่ยวกับการฝากครรภ์มาโดยตลอด แต่อัตรการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพก็ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนด (ร้อยละ 60)⁹ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งมีการศึกษาหลายที่ที่สนับสนุนว่าการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดความเสี่ยงต่าง ๆ ในทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อย และลดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ⁹

ดัชนีมวลกาย พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินมาตรฐาน (BMI > 25) ร้อยละ 69.43 โดยมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 35.5 และดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อ

ตารางเมตร ร้อยละ 33.88 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aksomphusitaphong และ phutong¹⁰ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25-29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 3.5 เท่า (95% CI 1.3-8.9) และถ้าหญิงตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 16.2 เท่า (95% CI 4.5-58.8)¹¹ ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในระยะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นถึง 4.2 เท่า¹² ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วนจะมีระดับของไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) และกรดไขมันอิสระ (Free Fatty acid) อยู่ในระดับสูง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของเซลล์เยื่อบุผิวหลอดเลือดทำงานผิดปกติ และเกิดความดันโลหิตสูงตามมา

วิธีการคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (casarean section) ร้อยละ 71.08 การคลอดเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามถ้าเป็นไปได้ควรเลือกการคลอดทางช่องคลอด และทำการผ่าตัดคลอดเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมเท่านั้น หรือกรณีที่มี Nonreassuring fetal status¹³

ภาวะแทรกซ้อน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.65) หรือคิดเป็นอุบัติการณ์ 5.18 ต่อหญิงคลอดบุตร 10,000 ราย ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาที่พบอุบัติการณ์ 5.9-8.6 รายต่อหญิงคลอดบุตร 10,000 ราย และในประเทศไทยที่ศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบอุบัติการณ์ 5.3 รายต่อหญิงคลอดบุตร 10,000 ราย และแตกต่างกับการศึกษาในโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ที่พบอุบัติการณ์สูงถึง 15.4 ต่อหญิงมาคลอดบุตร 10,000 ราย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาล

มหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ทำการรับส่งต่อผู้ป่วยจากทั้งจังหวัดนครราชสีมา จึงทำให้พบอุบัติการณ์สูง สำหรับโรงพยาบาลนครพนมในการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักรทั้ง 2 รายเป็นการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The American College of obstetricians and Gynecologists (ACOG) ที่ใช้การวินิจฉัย Severe preeclampsia โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงทุกคนมีความดันโลหิตสูง Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ โปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 8 ราย (ร้อยละ 6.62) ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเริ่มมีความผิดปกติในอวัยวะใดก่อนก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มจากไต อาทิเช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีเกร็ดเลือดต่ำหรือการทำงานของตับผิดปกติ โดยในการศึกษานี้พบภาวะเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า 100,000 /cumm³ 2 ราย (ร้อยละ 1.65) และอาการทางคลินิกที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คืออาการปวดศีรษะ ซึ่งพบถึงร้อยละ 98.44 อาการตาพร่ามัว พบร้อยละ 59.90 และอาการจุกแน่นลิ้นปี่ พบร้อยละ 48.76 ซึ่งอาการดังกล่าวหญิงตั้งครรภ์สามารถใช้เพื่อสังเกตอาการของตนเองได้ สำหรับอาการ pulmonary edema ซึ่งพบ 1 ราย โดยพบหลังการคลอด ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเกิด Left Ventricular failure ภาวะนี้อาจจะเกิดขึ้นได้แม้ว่า pulmonary wedge pressure จะไม่สูงมากนัก ทั้งนี้เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของ pulmonary capillary permeability

หลักการสำคัญของการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia คือ การป้องกันชักร การควบคุมความดันโลหิต การยุติการตั้งครรภ์ ในส่วนการรักษาเพื่อ

ป้องกันภาวะชักร เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pregnancy with severe pre-eclampsia จะมีการให้ MgSO₄ ทางหลอดเลือดดำ และเป็นการให้ผ่าน infusion pump โดยไม่มีการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และมีการติดตามระดับของ Magnesium ในเลือดทุก 4 ชั่วโมง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา MgSO₄ ทุกราย และมีการเฝ้าระวังติดตามอาการทางคลินิก เช่น deep tendon reflex อัตราการหายใจ ปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง โดยทำเป็นใบตารางบันทึกในแต่ละชั่วโมง จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีอาการชักร หรือชักรซ้ำ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Eclampsia และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา MgSO₄

การเปรียบเทียบรายละเอียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและมีอาการชักร

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและมีภาวะชักร 2 ราย จัดอยู่ในกลุ่ม Preeclampsia คือ มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีไข่ขาวในปัสสาวะและบวมตามร่างกาย หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และมีอาการแสดงของ Severe preeclampsia คือ มีความดันโลหิตสูงมาก (BP > 160/110 mmHg) อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมี Elevated Liver enzyme

ผู้ป่วยรายที่ 1 พบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ อายุน้อย (อายุ 18 ปี) และเป็นครรภ์แรก ให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอด ปวดศีรษะไปโรงพยาบาลชุมชน มีความดันโลหิตสูง 180/100 มิลลิเมตรปรอท จึงรับไว้ในโรงพยาบาล ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมารดามีอาการชักร จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลนครพนม ได้ให้การรักษาด้วยยากันชัก ยาลดความดันโลหิต ตรวจพบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ จึงต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดเพื่อช่วยชีวิตทารกในครรภ์ ผู้ป่วยรายนี้ยังพบว่าเกิด HELLP syndrome ซึ่งมี

อาการแสดงครบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ 1) microangiopathic hemolytic anemia (MAHA) โดยสังเกตได้จากค่าของระดับ LDH = 2,659 U/L (ค่าปกติ 240-480 U/L) และตรวจพบปริมาณออตแมนของเม็ดเลือดแดงลดลง 40% เป็น 33% ภายหลังการคลอด 16 ชั่วโมง 2) ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (<100,000/mm³) โดยพบปริมาณเกร็ดเลือด 59,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ 3) Elevated Liver Enzyme โดยพบว่า Enzyme เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ AST 794 U/L (ค่าปกติ 0-32 U/L) ALT=402 U/L (ค่าปกติ 0-41 U/L) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Fresh Frozen plasma (FFP) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในรายที่มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด และ Pack Red cell เพื่อแก้ไขภาวะซีดหลังคลอด 6 วัน เอนไซม์ตับและเกร็ดเลือดกลับคืนเข้าสู่ภาวะปกติ และผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดหลังคลอด โดยพบในวันที่ 2 หลังการคลอด ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด morbidity/mortality ของมารดา ภาวะน้ำท่วมปอดมักพบระหว่าง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากการเคลื่อนที่กลับของของเหลวออกหลอดเลือด (Extravascular fluid) หรือการได้รับสารน้ำที่มากเกินไป และเนื่องจากมีการให้ Volume expansion ไม่มีหลักฐานถึงผลดี ดังนั้นจึงควรมีการจำกัดปริมาณน้ำเท่าที่เป็นไปได้ อย่างน้อยก็จนกระทั่งช่วงปัสสาวะออกมากหลังคลอด (postpartum diuresis)

สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 พบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษคือ อายุมาก (อายุ 39 ปี) ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงคือ ความดันโลหิตสูงมาก 200/113 mmHg และมีภาวะ Elevated Liver enzyme (AST=225 U/L, ALT=151 U/L) โดยไม่มี HELLP syndrome ร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานถึง 14 วัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพราะอาจเกิดภาวะชักซ้ำได้

สรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยปัจจุบันยังไม่ทราบพยาธิกำเนิดของโรคแน่นอน จึงยังไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้โดยทั้งหมด ดังนั้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรก ๆ ก็จะทำให้มีการเฝ้าระวังหรือให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงลงได้ หรือถ้ามีอาการแล้ว ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา ก็จะทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KM, Bloom SL, et al. Pregnancy Hypertension. In: Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2014.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Blom, et al. Pregnancy Hypertension. In: Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
4. WHO Maternal mortality, [Internet] [cited 2015 April 6]. Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
5. Sibai BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 61: 1520-6.

6. Diagnosis and management of preeclampsia and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 159-67.
7. งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลนครพนม. สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ปี พ.ศ. 262. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารอัดสำเนา).
8. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557.
9. Liu CM, Chang SD, Cheng PJ. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2012; 51: 4: 576-82.
10. Aksomphusitaphong A, Phupong V. Risk factors of early and late onset pre-eclampsia. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013; 39(3): 627-31. (in Thai)
11. Luealon P, Phupong V. Risk factors of preeclampsia in Thai women. *J Med Assoc Thai.* 2010; 93(6): 661-6. (in Thai)
12. Fortner RT, Pekow P, Solomon CG, Markenson G, Chasan-Taber L. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and risk of hypertensive pregnancy among Latina women. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(2): 167. e1-7.
13. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลครรภ์เป็นพิษ. สืบค้นวันที่ 12 กันยายน 2561 Available from <http://www.inspection.anamai.moph.go.th>
14. Liu S, Joseph KS, Liston RM, Bartholomew S, Walker M, Leon JA, et al. Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 5: 987-94.
15. Thornton C, Dahlen H, Korda A, Hennessy A. The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in Australia from populationlinked datasets: 2000-2008. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208: 6: 476.
16. Chinayon P. Clinical management and outcome of eclampsia at Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai* 1998; 81: 8: 579-85.
17. สิริยา กิติโยดม. การศึกษาภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศิระเกษศ สุรินทร์ บุรีรัมย์,* 2557 29(3): 129-138.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในสตรีวัยรุ่น ที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

นางกนกอร สุนนาคย์ บริกส์ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
นายแพทย์ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในมารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบ case control study เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 418 คน แบ่งเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 59 คน และมารดาที่คลอดทารกน้ำหนัก ตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป 359 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นผ่านการศึกษาผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบไปด้วย 4 ตอน คือข้อมูลทั่วไป ประวัติการคลอด ประวัติการดูแลระหว่างที่ตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ Chi-square Test หาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

ผลการศึกษา : อุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2500 กรัม จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2895.8 กรัม (\bar{X} = 2295.8, SD = 374.50) มีทารกแรกเกิดน้ำหนักสูงสุด 4,430 กรัม และมีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำสุด 1,980 กรัม ระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ระดับฮีโมโกลบินของมารดาวัยรุ่น ประวัติการมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และประเภทของการตั้งครรภ์กับมารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความสูง น้ำหนักมารดาก่อนคลอด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และประวัติจำนวนครั้งของการแท้งบุตรของมารดาวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ข้อสรุป : ควรลดอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อทารกน้ำหนักตัวน้อย (เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดเฉพาะข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาจากเวชระเบียนเท่านั้น) และควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในบริบทสังคมไทย เพื่อจะได้กำหนดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ปัจจัยเสี่ยง อุบัติการณ์

Factors associated with incidence of low birth weight in teenage pregnancy at the delivery room of Nakhonphanom hospital

Kanok-on Sumanat Briggs , Registered Nurse

Khwanchai Prasertying, MD

Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province, Thailand 48000

Abstract

Objective : The purpose of this study is to find out the factors that are associated with low birth weight (LBW) in adolescent pregnancy at Nakhon Phanom hospital.

Material and Methods : 418 adolescents who gave birth from October 2014 to September 2015 were included in the case control study. They were divided into 2 groups; 59 newborns with birth-weight less than 2500 gram and 359 newborns with birthweight of 2500 grams or more. The variables studied were split into 4 sections; general data, history of delivery, history of care during pregnancy and complications during pregnancy. Data was analyzed with descriptive statistics and Chi square.

Result : Birthweight lower than 2500 grams is considered as low birthweight. The results showed that the incidence of low birthweight was 14.1%. Normal birthweight was 85.9%. The mean of birth-weight was 2895.9. (\bar{X} = 2295.8, SD = 374.5). The highest birthweight was 4,430 grams and the lowest was 1,980 grams.

Educational level, history of premature birth or low birthweight of previous child, hemoglobin level, history of bleeding during pregnancy and type of teenage pregnancy were associated with low birthweight. The association had a statistically significant result. Age, marital status, occupation, height, mother's weight before giving birth, numbers of pregnancy and history of abortion were not related to the incidence of low birthweight

Conclusion : According to the results, birth control in adolescents who are younger than 20 years old is recommended. Moreover, additional factors should be considered in the future studies. And long term study should be performed to follow up the growth and development of the infants to obtain the results which can be useful for developing effective strategies to create health care for these children when they grow up.

Key word : low birth weight, risk factors, incidence

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นทวีความซับซ้อน และรุนแรงขึ้น และสังคมไทยกำลังประสบปัญหาคนเกิดน้อย และสัดส่วนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาท้องวัยรุ่นกำลังทำให้คนไทยที่เกิดน้อยอยู่แล้วให้เป็นคนที่ย่อยคุณภาพ ดังนั้น ถ้าแก้ปัญหานี้ไม่ได้ ในอนาคตอีก 10 หรือ 20 ปีข้างหน้า ปัญหาทางสังคมจะมีความรุนแรงอย่างแน่นอน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่รวบรวมจากงานการวิจัย 34 โครงการใน 20 ประเทศที่กำลังพัฒนา ระหว่างปี ค.ศ.1992-1996 พบว่าในทุกพื้นที่กิจกรรมทางเพศของประชากรวัยเยาว์จะเริ่มต้นในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นกิจกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรค ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น ครอบครัว สังคมและประเทศชาติโดยเฉพาะวัยรุ่นจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม การทำแท้งผิดกฎหมาย ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์สูญเสียความเจริญก้าวหน้าในอนาคต

ขณะที่ประเทศอย่าง ญี่ปุ่น เกาหลี จีน มีอัตราส่วนของมารดาวัยรุ่นเพียง 4-5 คนต่อพันคนในกลุ่มอายุเดียวกัน ในไทยปี 2550 พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 16-20 ปีสูงเป็นอันดับหนึ่งในเอเชีย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี 2556 มีวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี คลอดบุตรสูงถึง 130,000 คน (เด็กอายุ 10 ปี คลอด 60-70 คน) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และพบวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำมากกว่า 15,295 คน อายุเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14 ปี เร็วที่สุดคือ อายุ 10 ปี ที่น่าตกใจคือ บางคนมีคู่นอนมากถึง 20 คน วัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี ราว 60,000 คนที่กำลังติดเชื้อเอดส์ และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุในวัยรุ่น

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม^{1,2,3} ซึ่งเป็นได้ทั้งทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) หรือทารกครบกำหนด^{1,3} และ ทารกน้ำหนักน้อยเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญ

ในการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน^{4,5,6} มีการศึกษาพบว่า ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อแรกคลอดจะมีอัตราการตายสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติถึง 40 เท่า และเพิ่มเป็น 200 เท่า ถ้าน้ำหนัก ต่ำกว่า 1,500 กรัม^{5,7} ทารกกลุ่มนี้ที่รอดชีวิตก็มีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการมากกว่าทารกปกติ⁵ มีโอกาสเกิดพัฒนาการล่าช้า^{5,8} และโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในระยะต่อมาเมื่อเป็นผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น⁹ พบภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดมากขึ้น เช่น ภาวะขาดออกซิเจน การสูดสำลักซี่เทา ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่างๆ ตามมา^{1,6,7,9} ซึ่งทารกที่อยู่กลุ่มนี้ต้องการการดูแลอย่างเป็นพิเศษ ต้องใช้ทรัพยากรและเวลาในการดูแลรักษามากขึ้น

สำหรับจังหวัดนครพนม มีวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี คลอดบุตรสูงถึงร้อยละ 15.80 (กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่เกินร้อยละ10) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาอุบัติการณ์การเกิดทารกน้ำหนักน้อย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อย เพื่อนำข้อมูลไปสู่การปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีมาตรฐานในการบริการด้านการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แบบองค์รวม โดยมีกระบวนการเชิงระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพในคลินิกเพื่อนใจวัยทีน (ทีมสหวิชาชีพทั้งภาครัฐ/เอกชน) ให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมและพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วยเพื่อลดอุบัติการณ์ของการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิดลงได้ ทั้งนี้ สามารถนำผลวิจัยมาสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอน วิชา การพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ การพยาบาลอนามัยชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างค่านิยมใหม่ให้สตรีวัยรุ่นไทยรู้จักรัก/เห็นคุณค่าของตนเอง และใช้คัดกรองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ แนะนำการเลี้ยงดูบุตร/วางแผนครอบครัว เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาระหว่าง

ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective Analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลนครพนม โดยคลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558

กลุ่มตัวอย่างได้แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ดังนี้

- **กลุ่มศึกษา (Study Group)** คือ มารดาครรภ์เดี่ยวที่คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 36 - 42 สัปดาห์) โดยที่ทารกมีชีวิตและน้ำหนักแรกเกิดของทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 59 ราย

- **กลุ่มควบคุม (Control Group)** คือ มารดาครรภ์เดี่ยวที่คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 36-42 สัปดาห์) โดยที่ทารกมีชีวิตและน้ำหนักแรกเกิดของทารกตั้งแต่ 3,000 กรัม จำนวน 359 ราย

ในการเลือกกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเพื่อให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ได้กำหนดลักษณะของทารกที่เกิดจากมารดาทั้ง 2 กลุ่มให้คล้ายคลึงกัน โดยที่ Case ควบคุมจะเลือก Case ที่คลอดในเวลาใกล้เคียงกับ Case ศึกษามากที่สุด อาจจะคลอดก่อนหรือหลังก็ได้ โดยใช้ อัตราส่วน 1 : 1

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบบันทึกข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นผ่านการศึกษาผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบไปด้วย 3 ตอน คือข้อมูลทั่วไปของมารดา ข้อมูลสุขภาพของมารดา และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้ง ครรภ์และการคลอด

ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยขออนุมัติการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ข้อมูลเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษา

และขออนุญาตระหว่างกรเข้าไปถึงข้อมูล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึก โดยบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจากเวชระเบียนที่สุ่มได้ จัดทำคู่มือลงรหัสและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบบันทึก และนำข้อมูลทั้งหมด จากแบบบันทึกมาลงรหัส และนำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และประมวลผล นำข้อมูลและประเมินผลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติพรรณนา ได้แก่จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน ได้แก่ Chi - Square test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาปัจจัยของมารดาวัยรุ่นที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครพนม ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. อุตการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.4 มีอายุ 15 -19 ปี การศึกษาของ ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 94.5 และเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 5.5 อาชีพของมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้บันทึกไว้ในรายงานการคลอด คิดเป็นร้อยละ 65.3 และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 34.7 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกร้อยละ 78.2 และมีระดับฮีโมโกลบินมากกว่าหรือเท่ากับ 30 mg% ร้อยละ 99.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่น จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
10 - 14 ปี	11	2.6
15 - 19 ปี	407	97.4
\bar{X} =17.45 SD=1.425 Min=12 Max=19		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	395	94.5
มัธยมศึกษา	23	5.5
อาชีพมารดา		
เกษตรกรกรรม	145	34.7
ไม่ได้บันทึกไว้	273	65.3
ส่วนสูงของมารดา		
น้อยกว่า 150 ซม.	42	10
มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ซม.	376	90
\bar{X} =156.7 SD=5.93 Min=138 Max=170		
ลำดับที่การตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	327	78.2
ครรภ์ที่ 2	78	18.7
ครรภ์ที่ 3	13	3.1
จำนวนการแท้งบุตร		
เคย	39	9.1
ไม่เคย	379	90.7
การคลอดก่อนกำหนด		
เคย	25	6.0
ไม่เคย	393	94.0
น้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์		
น้อยกว่า 50 กก.	37	8.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 50 กก.	381	91.1
\bar{X} =61.39 SD = 8.89 Min=45 Max=90		
ระดับฮีโมโกลบิน		
น้อยกว่า 30 mg%	2	0.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 30mg%	416	99.5
\bar{X} =37.41 SD = 3.156 Min = 26 Max = 46		
ประวัติความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg		
มี	1	0.2
ไม่มี	417	99.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่น จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด		
ไม่มี	418	100
ประวัติมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์		
มี	2	0.5
ไม่มี	416	99.5
ประเภทการตั้งครรภ์		
เดี่ยว	414	99.0
แฝด	4	1.0
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่มี	418	100

2. อุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ผลการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 59 คนคิดเป็นร้อยละ 14.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2500 กรัม

จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 2895.8 กรัม (\bar{X} = 2295.8, SD = 374.50) มีทารกแรกเกิดน้ำหนักสูงสุด 4,430 กรัมและมีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำสุด 1,980 กรัม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นจำแนกตามการเกิดทารกน้ำหนักน้อย

น้ำหนักทารกแรกเกิด	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 2500 กรัม	59	14.1
มากกว่าหรือเท่ากับ 2500 กรัม	359	85.9
รวม	418	100

\bar{X} = 2895.8 SD = 374.50 Min = 1980 Max = 4430

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ประวัติดีก่อนกำหนด หรือคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ระดับฮีโมโกลบินของมารดาวัยรุ่น ประวัติการมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และประเภทของการตั้งครรภ์ กับมารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือมากกว่าเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายคือ ร้อยละ 72.9 และ 27.9 ตามลำดับ มารดาวัยรุ่นที่มีระดับฮีโมโกลบิน < 30 mg% ทำให้มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนมารดาวัยรุ่นที่มีระดับฮีโมโกลบิน > 30 mg% จะทำให้มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 13.7 และทำให้มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่าหรือ

เท่ากับ 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 86.3 มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมมากกว่าไม่เคยมีประวัติ คือ ร้อยละ 78 และ 22 ตามลำดับ มีประวัติการมีเลือดออกกระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าไม่เคยมีประวัติ คือ ร้อยละ 96.6 และ 3.4 ตามลำดับ ประเภทของการตั้งครรภ์เดี่ยวมากกว่าประเภทของการ

ตั้งครรภ์แฝด คือร้อยละ 93.2 และ 6.8 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้าน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความสูง น้ำหนัก มารดาก่อนคลอด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และประวัติ จำนวนครั้งของการแท้งบุตรของมารดาวยังรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ตัวแปร	น้ำหนักทารกแรกเกิด		χ^2	df	p
	<2500 กรัม	>2500 กรัม			
อายุ					
10-14	3(5.1)	8(2.2)	1.610	1	0.205
15-19	56(94.9)	351(97.8)			
สถานภาพสมรส					
เดี่ยว	35(59.3)	193(53.5)	0.428	1	0.513
คู่	24(40.7)	166(46.2)			
อาชีพ					
เกษตรกรกรม	21(35.6)	124(34.5)	0.000	1	0.992
ไม่ได้บันทึกไว้	38(64.4)	235(65.5)			
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	43(72.9)	352(98.1)	61.58	1	.000
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16(27.1)	7(1.9)	6		
ความสูง					
< 150 ซม.	6(10.2)	36(10.0)	0.000	1	1.000
≥ 150 ม.	53(89.8)	323(90.0)			
น้ำหนักมารดาก่อนคลอด					
< 50 กก.	7(11.9)	30(8.4)	0.399	1	0.528
≥ 50 กก	52(88.1)	329(91.6)			
ระดับฮีโมโกลบิน					
< 30mg%	2(100)	0(0)	12.19	1	0.000
≥30mg%	57(13.7)	359(86.3)	9		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					
ครรภ์แรก	44(74.6)	283(78.8)			
ครรภ์ที่ 2	12(20.3)	66(18.4)	1.082	2	0.582
ครรภ์ที่ 3	3(5.1)	10(2.8)			

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (ต่อ)

ตัวแปร	น้ำหนักทารกแรกเกิด		χ^2	df	p
	<2500 กรัม	>2500 กรัม			
จำนวนการแท้งบุตร					
ไม่เคยแท้ง	54(91.5)	325(90.5)	0.000	1	0.998
เคยแท้ง	5(8.5)	34(9.5)			
จำนวนการคลอดก่อนกำหนด หรือคลอดบุตรน้อยกว่า 2500 กรัม					
ไม่มี	13(22.0)	12(3.3)	31.40	1	0.000
มี	46(78.0)	347(96.7)	7		
ประวัติมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์					
ไม่มี	2(3.4)	0(0)	12.19	1	.000
มี	57(96.6)	359(100)	9		
ประเภทการตั้งครรภ์					
เดี่ยว	55(93.2)	359(100)	24.51	1	.000
แฝด	4(0.8)	0(0)	5		

สรุปผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาปัจจัยของมารดาวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในมารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลนครพนมเป็นการศึกษาแบบ case control study เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 418 คน แบ่งเป็นมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 59 คน และมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป 359 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นผ่านการศึกษาผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบไปด้วย 4 ตอน คือข้อมูลทั่วไป ประวัติการคลอด ประวัติการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square Test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

อุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 59 คนคิดเป็นร้อยละ 14.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 2,895.8 กรัม (\bar{X} =2295.8, SD =374.50) มีทารกแรกเกิดน้ำหนักสูงสุด 4,430 กรัมและมีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำสุด 1,980 กรัม

ผลการวิจัย ระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ระดับฮีโมโกลบินของมารดาวัยรุ่น ประวัติการมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และประเภทของการตั้งครรภ์กับมารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความสูง น้ำหนักมารดา ก่อนคลอดจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และประวัติจำนวนครั้งของการแท้งบุตรของมารดาวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.อุบัติการณ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งใกล้เคียงกับ อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย คือพบเฉลี่ยร้อยละ 6.21-13^{3,11-15} ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 2,895.8 กรัม ($\bar{X} = 2295.8, SD = 374.50$) มีทารกแรกเกิดน้ำหนักสูงสุด 4,430 กรัมและมีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำสุด 1,980 กรัม จากผลการศึกษาในครั้งนี้

2. ปัจจัยของมารดาวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดบุตร น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ระดับฮีโมโกลบินของมารดาวัยรุ่น ประวัติการมีเลือดออกกระหว่างตั้งครรภ์ และประเภทของการตั้งครรภ์กับมารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือมากกว่าเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ ร้อยละ 72.9 และ 27.9 ตามลำดับ มารดาวัยรุ่นที่มีระดับฮีโมโกลบิน <30 mg% ทำให้มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนมารดาวัยรุ่นที่มีระดับฮีโมโกลบิน >30 mg% จะทำให้มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 13.7 และทำให้มารดาวัยรุ่นคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 86.3 มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดบุตร น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมมากกว่าไม่เคยมีประวัติ คือ ร้อยละ 78 และ 22 ตามลำดับ มีประวัติการมีเลือดออก

ระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าไม่เคยมีประวัติ คือ ร้อยละ 96.6 และ 3.4 ตามลำดับ ประเภทของการตั้งครรภ์เดี่ยวมากกว่าประเภทของการตั้งครรภ์แฝด คือร้อยละ 93.2 และ 6.8 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความสูง น้ำหนักมารดา ก่อนคลอด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และประวัติจำนวนครั้งของการแท้งบุตรของมารดาวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เรณูและคณะ¹⁰เกี่ยวกับแนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ได้แก่ ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา น้ำหนักในวันคลอด อายุครรภ์ ประวัติการได้รับยาบำรุงครรภ์ ซึ่งระดับการศึกษา พบว่าเป็นปัจจัยป้องกันต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม กล่าวคือ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ และกำแหง¹¹ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยพบว่าการศึกษาของมารดามีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย

ดังนั้น ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรแตกต่างจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ควรเน้นระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ นอกจากนั้นควรหาหนทางให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ให้ได้มากกว่าในปัจจุบัน เพื่อเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อแม่และลูกได้ อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่นเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ และมีบุตรอยู่ในระดับต่ำ จากปัจจัยดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และขาดความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ทำให้ไม่รับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อแม่และลูก จากการตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี จึงไม่เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับการมีบุตรเมื่ออายุน้อย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ขาดความรู้ ความ

เข้าใจเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้อง

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพมารดาและสูติกรรม พบว่า ปัจจัยด้านอายุครรภ์ คืออายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ การไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และการมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยด้านอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์^{12,15} การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คุณภาพ 4 ครั้ง^{12-14,16-18} และการมีเลือดออกขณะตั้งครรภ์^{13,16,19,20} เป็นปัจจัยเสี่ยงกวนการศึกษาของปีนมนิ แซ่เตีย¹⁵ เพียงการศึกษาเดียวที่พบว่า ปัจจัยเรื่องการฝากครรภ์ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยง ส่วนปัจจัยลำดับของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก ประวัติเคยมีการแท้งบุตร การมีภาวะโลหิตจาง หรือค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 33 กรู๊ปเลือดมารดา ผลการคัดกรองความผิดปกติของเม็ดเลือด OF/DCIP ผลการตรวจพบแอนติเจนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบ ผลการตรวจพบ Antibody ของเชื้อไวรัส HIV การตรวจพบเหงือกอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในการศึกษานี้ ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ นพัสร ทรัพย์พิพัฒน์¹⁴ ส่วนการศึกษาที่ขัดแย้งกับการศึกษานี้คือพบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยลำดับของการตั้งครรภ์ครั้งแรก^{15,19} ประวัติเคยมีการแท้งบุตร¹² ค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30.16 และน้อยกว่าร้อยละ 33.12 การติดเชื้อ HIV¹⁵ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ¹² และการมีความดันโลหิตสูง^{12,16,17,20}

จากการที่ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตมากที่สุดในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ทำให้เด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อยกว่าที่ควรจะเป็น การมีเลือดออกทางช่องคลอดระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้เลือดและอาหารจากมารดาไปยังทารกน้อยลง ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า

ปกติได้ และการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากทำให้มารดาไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในแต่ละระยะการตั้งครรภ์ ไม่ได้รับการตรวจติดตามภาวะผิดปกติ ดังนั้นจึงควรเน้นให้มารดาเห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ตามนัด เพื่อที่จะดูแลติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และเพื่อวินิจฉัยภาวะผิดปกติได้เร็ว เพื่อการช่วยเหลือได้ทัน และให้คำแนะนำเรื่องอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และรับมาโรงพยาบาลโดยเร็ว เพื่อยับยั้งการคลอด อาจช่วยลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ส่วนหนึ่ง

สำหรับปัจจัยด้านโภชนาการมารดา การศึกษานี้พบว่า ค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 24 กิโลกรัม/เมตร² เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในปัจจัยน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่^{9,12,15,18} แต่ปัจจัยค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 24 กิโลกรัม/เมตร² ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ส่วนปัจจัยอื่นนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ น้ำหนักมารดา ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม^{9,12,14,15} ส่วนสูงของมารดาน้อยกว่า 145 ซม.¹⁴ หรือน้อยกว่า 150 ซม.¹² และค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 กิโลกรัม/ เมตร² ^{9,12,18} จะเห็นว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปกติน้ำหนักมารดาควรเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 กิโลกรัมต่อเดือนในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ ดังนั้นการติดตามน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ และใช้กราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์จะช่วยให้วินิจฉัยและแก้ไขได้ทัน ซึ่งนำไปสู่การลดอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยลงได้ สำหรับค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 24 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย ในการศึกษานี้ อาจมีส่วนช่วยในการแก้ไขเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดทารกน้ำหนักน้อยได้บ้าง เนื่องจากจะทราบในวันที่มารดาคลอดแล้ว แต่ก็สามารถ

ช่วยในการวางแผนเพื่อเตรียมการรับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพื่อการดูแลแก้ไขได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปวางแผนการดูแลหรือกำหนดโปรแกรมการดูแลมารดาในกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ดังนั้นเมื่อมารดาในกลุ่มเสี่ยงมาฝากครรภ์ครั้งแรกควรมีการให้คำแนะนำ เพื่อคัดกรองและแก้ไขความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ โดยการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ตรวจ HIV ตรวจโรคธาลัสซีเมีย และสร้างความตระหนักในการมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพเพื่อดูแลให้มารดามีน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลต่อน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด ระยะคลอดควรมีการดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่มักพบภาวะแทรกซ้อนคือ น้ำเดินก่อนกำหนด (Premature Rupture of membrane) การผิส่วนเด็กในครรภ์กับอุ้งเชิงกราน (Cephalo Pelvic Disproportion) และภาวะพร่องออกซิเจนของทารก หลังคลอด

2. ผลการศึกษาวิจัยเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอดในมารดาในกลุ่มเสี่ยง

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

การบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการไม่ครบถ้วน เนื่องจากไม่มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ เช่น อาชีพ ระดับการศึกษาในระบบ/นอกระบบ และยังจัดเก็บรายงานในสมุดรายงาน ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องสืบค้นข้อมูลจากหลายแหล่ง และเกิดความล่าช้า ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ และควรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้สามารถสืบค้นข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยของมารดาวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือ ระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมระดับฮีโมโกลบินของมารดาวัยรุ่น ประวัติการมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ และประเภทของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่น และมารดาผู้ใหญ่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพื่อให้ได้รับ การดูแล ที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. ควรนำผลการศึกษาวิจัยเสนอต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์และคลอดในมารดาวัยรุ่น โดยเน้นว่าควรจะดูแลมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยสูติแพทย์อย่างไรใกล้ชิด และต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัยควรศึกษาต่อในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อทารกน้ำหนักน้อย ระดับการศึกษา ประวัติคลอดก่อนกำหนด และระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 30 mg% ขึ้นไป เป็นปัจจัยของมารดาที่มีผลต่อการต่อทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติควรมีการให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ในรูปแบบของโรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมจะมีบุตรมีความรู้ในเรื่องการเตรียมสุขภาพให้พร้อมก่อนมีบุตร ควรเน้นหนักในเรื่องของโภชนาการในช่วงตั้งครรภ์ ควรอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าดัชนีมวลกายควรอยู่ ในช่วง 20-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ไม่ควรน้อยกว่า 10 กิโลกรัม ซึ่งจะส่งผลให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ ไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม

4. ควรสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดาวัยรุ่น ด้านโภชนาการ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

5. ดูแลมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยโดยการดูแลของสูติแพทย์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

6. ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นต่อประชากรที่มีการศึกษาชั้นน้อย เพราะเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เนื่องจากระดับการศึกษาสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปวช. / ปวส. / ปริญญาตรี จะทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงและมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลในเรื่องของการเตรียมตัวเป็นแม่ และความสามารถในการดูแลครรภ์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า จึงให้เป็นปัจจัยป้องกันต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้อาจยังอธิบายได้ยังไม่แน่ชัด ว่าเป็นการศึกษาระดับใด และมีประเด็นใดบ้างที่ไม่มีหรือไม่มีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ จึงควรจะได้มีการศึกษาวิจัยต่อไป

7. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อทารกน้ำหนักตัวน้อย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเฉพาะข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาจากเวชระเบียนเท่านั้น และควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในบริบทสังคมไทย เพื่อจะได้กำหนดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น พร้อมทั้งติดตามช่วยเหลือครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ให้มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการเต็มตามศักยภาพ

8. ควรมีการรณรงค์ให้หญิงมีครรภ์ทุกคน ที่มารับการฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั้งของรัฐและเอกชน เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ และการรับประทานยาบำรุงครรภ์ เช่น Obimin, Ferrous sulfate,

Folic acid เพราะจะส่งผลต่อน้ำหนักขณะตั้งครรภ์และต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้มีพระคุณหลายท่านที่คอยให้คำแนะนำสนับสนุนและช่วยเหลือมาตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คชนาม อาจารย์ที่ปรึกษา ที่คอยให้คำปรึกษาและความกรุณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง อันเป็นประโยชน์ช่วยให้การศึกษามีความสมบูรณ์ และสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบพระคุณ นายยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานวิจัยนี้ นายชัยมงคล จันทศ รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ นายขวัญชัย บุญประเสริฐ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คือผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี สมกำลัง นายสมเกียรติ บุญคง นางวิสัย คตะตา ที่ให้คำปรึกษา และหัวหน้าห้องคลอด เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. ใน: กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. วันดี วราวิทย์, ประพุกศิริปัญญา, สุรางค์ เจียม จรรยา, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โสลิสติก; 2540. 18-23.
2. Stoll BJ, Kliegman RM. Prematurity and Intrauterine Growth Retardation. In: Behrman RE, Uterigman RM, Jensen HB. Nelson textbook of pediatrics: 17th ed. Philadelphia: Saunders; 204. 500-8.
3. สายฝน ขวาลไพบูลย์. คลอดก่อน กำหนด: ปัญหาระดับชาติ. ใน: คลอดก่อน กำหนด(preterm labour). สายฝน ขวาล ไพบูลย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิง; 2553. 3-14.

4. World Health Organization. Newborn: Reducing mortality. [Internet]2012[Cited 2012 Feb 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs333/en/>.
5. Goldenberg RL, Culhan JF. Low birth weight in the United States 1'2'3.Am J Clin Nutr 2007;85:5845-905.
6. ดวงกมล เจริญเกษมวิทย์. อัตราการรอดชีวิต และ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารก แรกเกิดน้ำหนัก น้อยมากในโรงพยาบาล นครนายก.วารสารไทย เกษศาสตร์และ วิทยาการสุขภาพ 2551; 3:87-96.
7. วราภรณ์ แสงทวีสิน. Care of Low Birth Weight Infants. ใน : ปัญหาทารกแรกเกิด. วราภรณ์ แสงทวีสิน,วิบูลย์ กาญจน พัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธ์,บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2551.143-58.
8. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell WD. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. J Sch Health 1998;68:271-5.
9. สุจิต คุณประดิษฐ์. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย:จุดเริ่มต้น ในทารกสูโรครื่องรังในวัยผู้ใหญ่. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2547;48:309-22.
10. เรณู ศรีสมิต และคณะ. แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงของ น้ำหนักเด็กแรกคลอดต่ำในโรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนุเคราะห์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7(1):32-38.
11. สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑูมิ, กำแพง จาตุรจินดา. ทารก น้ำหนักแรกเกิดน้อย ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไม่ได้. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 1988. 4(1):71.
12. ศันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อยโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร 2550;31:33-42.
13. อุบล จันทร์เพชร, รัชกร เทียมเท่าเกิด,ชุตินา ไตรนภากุล, อนุจิตร ชลิตวงษ์,วรรณิ เพิ่มสิน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลแม่และ เด็กราชบุรี (Internet) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี, 2544[cited .2012 Jan 20]available from: <http://hpc4.anamai.moph.go.th/articles/abstract/2544/article-LBW.pdf>.
14. นพัสร์ ทรัพย์พิพัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงของมารดา ต่อการ เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน โรงพยาบาล กาฬสินธุ์(Internet). 2550 [cited 2012 Jan 20] available from: <http://mkho:moph.go.th/mch-old/downloaddata/research/207-08-18-13.pdf>.
15. ปิ่นมณี แซ่เตีย. ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2555;27:65-76.
16. Kiely JL, Brett KM, Yu S, Rowley DL. Low birth weight and intrauterine growth retardation. CDC's public health surveillance for women, infants, and children.1990; 185-202.
17. สมนึก จิรายุส. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยและการคลอด ก่อนกำหนดในหญิง ตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ดี. ขอนแก่นเวชสาร 2551;32 (พิเศษ7):121-7.
18. Mangklabroks A,Rerkasem A,Wngthane A. The risk factors of low birth weight infants in the Northern part of Thailand.J Med Assoc Thai 2012;95:358-65.
19. Najmi RS. Distribution of birthweights of hospital born Pakistani infants. J Pak Med Assoc 2000;50:121-4.
20. Khan N, Jamal M. Maternal risk factors associated with low birth weight.J Coll Physicians Surg Pak 2003;13:25-8.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วรารัตนา แสนนาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนด มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 – สิงหาคม 2562

ผลการศึกษา : พฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.34$, S.D.=0.32) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดคือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษา ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.86$, S.D.=0.34, $\bar{X}=2.80$, S.D.=0.55, $\bar{X}=2.46$, S.D.=0.45 และ $\bar{X}=2.01$, S.D.=0.46 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพน้อยที่สุดคือ ด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.56$, S.D.=1.15) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สถานภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .150$, $p = .048$) ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.147$, $p = .050$ และ $r = -.146$, $p = .050$ ตามลำดับ) ส่วนเพศ อายุ กรรมพันธุ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.136$, $p = .066$ และ $r = -.016$, $p = .0429$ และ $r = -.064$, $p = .239$ ตามลำดับ)

ข้อสรุป : การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันกำเริบซ้ำ ควรส่งเสริมให้ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษา ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน และด้านเพศสัมพันธ์โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ, อาการกำเริบซ้ำ

Factors affected health behaviors among patients with coronary artery disease come to receive service with recurrent symptoms at emergency room,

Warangkana Saennarm Professional Nurse

Queen Sirikit Heart Center of the North East , Faculty of Medicine , Khonkaen University 40002

Abstract

Objective : To study factors affecting health behavior and to find relationships between personal factors and health behaviors of patients with coronary heart disease who have been repeatedly relied on emergency room, Queen Sirikit Heart Center of the North East , Faculty of Medicine , Khonkaen University

Materials and Methods : Descriptive research Sample is Patients with coronary artery disease who are serviced with relapses, emergency rooms, Queen Sirikit Heart Center of the North East , Faculty of Medicine , Khonkaen University. That has the qualifications and characteristics as specified There are 124 volunteers willing to participate in the study. The tools used in this study are divided into 2 parts, consisting of The general data questionnaire and the health behavior questionnaire of patients with coronary artery disease were constructed by the researcher. The reliability of the health behavior questionnaire for coronary heart disease patients by using the Cronbach's alpha coefficient was obtained. The total reliability was .79. Data were analyzed by using the software program to find frequency, percentage, mean, standard deviation. And analyze the relationship between personal factors and health of coronary heart disease patients by using Pearson's product moment correlation coefficient. Conducted a study between July 2019 - August 2019

Results : The overall health behavior was at a moderate level ($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 0.32). Found that the aspect that has the highest mean of health behavior is Food consumption The practice of treatment Stress management And the exercise and rest area Was at a medium level ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.34, $\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.55, $\bar{X} = 2.46$, S.D. = 0.45 and $\bar{X} = 2.01$, S.D. = 0.46 respectively). The aspect with the least mean health behavior was Sexual relations were at a low level ($\bar{X} = 1.56$, S.D. = 1.15). As for the relationship between personal factors and health behaviors of the samples, it was found that Status was positively correlated with health behaviors of the samples with statistical significance at the level of .05 ($r = .150$, $p = .048$), educational level. And income correlated negatively with health behaviors of the samples with statistical significance at the level of .05 ($r = -.147$, $p = .050$ and $r = -.146$, $p = .050$ respectively). Gender, age, and heredity do not correlate with the health behavior of the samples with statistical significance at the level of .05 ($r = -.136$, $p = .066$ and $r = -.016$, $p = .0429$ and $r = -.064$, $p = .239$ respectively)

Conclusion : Promoting the health behavior of coronary heart disease patients to prevent recurrence. Should promote to cover the whole food consumption behavior The practice of treatment Stress management Exercise and relaxation And sexuality, taking into account personal factors such as gender, age, heredity, status, education level, income in order to achieve good health outcomes.

Key words : personal factors, health behavior, coronary heart disease patients, relapse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ จากสถิติสมาคมโรคหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2003 พบอุบัติการณ์การเกิดเฉื่อยปีละกว่า 1.1 ล้านคน คาดการณ์ว่าปี 2563 จะมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็น 25 ล้านคน² เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก พบอัตราการตายร้อยละ 4.9 ในขณะที่ประเทศไทย ปี 2551 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 271.20 ต่อประชากรแสนคน เป็น 278.64 ต่อประชากรแสนคนในปี 2562 และอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 12.63 ส่งผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้ขาดรายได้ วิตกกังวลเรื่องค่ารักษา สถานภาพและกิจกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องร่วมมือดำเนินการในการแก้ไขเพื่อลดปัญหาดังกล่าวข้างต้นที่อาจเกิดขึ้นตามมา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการแข็งตัวและตีบแคบลง ทำให้เลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลงและไม่เพียงพอกับความต้องการ เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือออกซิเจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้ พบเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 2 ประเภทคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดัน

โลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดและลักษณะบุคลิกภาพชนิด A ภาวะอ้วน ภาวะที่มีระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง การรับประทานยาคุมกำเนิด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁴ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ และพันธุกรรม³ อย่างไรก็ตามการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจเกิดขึ้นตามมา

การควบคุมโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำได้โดยการรักษาด้วยยา การผ่าตัดหรือการทำหัตถการ เช่น การทำทางเปิดขยายของหลอดเลือดโดยการใส่สายสวนขยายหลอดเลือด การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดโดยการตัดคราบไขมันออก การขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์เป็นต้น และผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กันไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและโคเลสเตอรอลสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ ภาวะอารมณ์เครียดและมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นศูนย์โรคหัวใจระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมารับบริการในห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก พบสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในปี 2559-2561 เพิ่มมากขึ้น โดยพบจำนวน 22,932, 20,155 และ 22,557 คน ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3,371, 2,563 และ 2,982 คน ตามลำดับ และในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 140, 100, 89 คน ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวน 737, 792 และ 587 คน ตามลำดับ จากสถิติพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตลดลงเนื่องจากในปัจจุบันวิวัฒนาการการการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็ว ประกอบกับการได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่ความเชี่ยวชาญ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมากขึ้นและเข้าสู่ภาวะของโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยบางรายต้องพึ่งพาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างที่อยู่ยากเพื่อความอยู่รอดของชีวิต แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันกลับพบอัตราผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคและการเกิดอาการกำเริบของโรคซ้ำจนทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบดังกล่าวข้างต้น จึงมีความสนใจจะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นชุดข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ตามศักยภาพของตนเองภายใต้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนด มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 124 คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการวิจัยแบบศึกษาหาความสัมพันธ์ คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Green คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น แบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ .79 ดำเนินการศึกษาภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 – สิงหาคม 2562

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 124 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	85	68.5
หญิง	39	31.5
2. อายุ		
\bar{x} = 64.73 ปี, S.D. = 11.29 ปี		
อายุต่ำสุด 39 ปี, อายุสูงสุด 92 ปี		
3. ศาสนา		
พุทธ	123	99.2
คริสต์	1	0.8
4. สถานภาพสมรส		
โสด	8	6.5
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	71	57.3
คู่ (แยกกันอยู่)	1	0.8
หม้าย	39	31.5
หย่าหรือแยกกันอยู่	5	4.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.2
เรียนหนังสือ	120	96.8
ประถมศึกษา	85	68.5
มัธยมศึกษา	11	8.9
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	6	4.9
ปริญญาตรี	16	12.9
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.6
6. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	34.7
ประกอบอาชีพ	81	65.3
เกษตรกร	43	34.7
รับจ้าง ลูกจ้าง	8	6.5
ค้าขาย	6	4.8
ธุรกิจส่วนตัว นักธุรกิจ	4	3.2
ข้าราชการ/ข้าราชการเกษียณ	20	16.1
7. รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	70	56.5
10,000 - 19,999 บาท	10	8.1
20,000 - 29,999 บาท	10	8.1
30,000 - 39,999 บาท	8	6.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
40,000 - 49,999 บาท	0	0.0
50,000 บาทขึ้นไป	4	3.2
ไม่ทราบรายได้	22	17.7
8. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	24	19.4
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	41	33.1
ไม่เพียงพอ	59	47.5
9. สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	77	62.1
เบิกจากต้นสังกัด	43	34.7
ประกันสังคม	2	1.6
จ่ายเอง	2	1.6
10. ประวัติปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คนในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	18	14.5
โรคความดันโลหิตสูง	74	59.7
โรคเบาหวาน	55	44.4
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	16	12.9
$\bar{x} = 5.31$ มวน/วัน, S.D. = 1.26 มวน/วัน		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	55	44.4

น้ำหนัก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
23.00 - 24.90	19	15.3
25.00 - 29.90	39	31.5
≥ 30	13	10.4

$$\bar{x} = 23.94 \text{ กก./ม}^2, \text{ S.D.} = 4.53 \text{ กก./ม}^2$$

12. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

$$\bar{x} = 12 \text{ เดือน}, \text{ S.D.} = 2.25 \text{ เดือน}$$

13. การมาตรวจตามนัด

มาตรวจทุกครั้ง	91	73.4
ไม่สม่ำเสมอ	33	26.6

14. ชนิดของหัตถการในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

บอลลูน	13	26.0
บอลลูนขดลวดต่างขยาย	33	66.0
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	4	8.0

15. จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบซ้ำ หลังจากเกิดอาการครั้งแรกภายใน 1 ปี (ครั้ง) $\bar{x} = 2.45$ ครั้ง, S.D.= 0.87 ครั้ง

16. การมีโรคอื่นร่วม

ไม่มี	56	45.2
มี	68	54.8

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124 คน)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการบริโภคอาหาร	2.86	0.34	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน	2.01	0.46	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	2.46	0.45	ปานกลาง
4. ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษา	2.80	0.55	ปานกลาง
5. ด้านเพศสัมพันธ์	1.56	1.15	น้อย
พฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวม	2.34	0.32	ปานกลาง

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
เพศ	- .136	.066
อายุ	- .016	.429
กรรมพันธุ์	- .064	.239
สถานภาพ	.150*	.048
ระดับการศึกษา	- .147*	.050
รายได้	- .146*	.050

* correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed)

การอภิปรายผลการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มา รับบริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ

พฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.34$, $S.D. = 0.32$) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.5 จากความแตกต่างทางด้านร่างกาย และจิตใจระหว่างเพศชายและเพศหญิง ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เพิ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 1 ปี ซึ่งระยะเวลาการเป็นโรคและระยะเวลาในการรักษาโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากเจ้าหน้าที่ผ่านการลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกิดกระบวนการเรียนรู้จึงสามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 64.3 ปี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างกัน ดังการศึกษาของ ศิริพร ปารมะ พบว่า เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁵ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลุ่มเรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 96.8 โดยมีระดับการศึกษามากที่สุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.5 ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคและป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สวัสดิภาพ พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁶ นอกจากนี้ยังพบ

ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่ด้วยกัน) คิดเป็นร้อยละ 57.3 ซึ่งคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการตรวจตามนัดจึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น³ จากปัจจัยดังกล่าวจึงส่งผลให้การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาระหว่างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร หอมทอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติด้านการรักษา ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน อยู่ในระดับปานกลาง⁷

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการด้วยอาการกำเริบซ้ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .150$, $p = .048$) และระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.147$, $p = .050$ และ $r = -.146$, $p = .050$ ตามลำดับ) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี มากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด เนื่องจากสถานภาพสมรสนั้น จะเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะการณ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรส ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาย่อมมีความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ ปฏิบัติตนได้ด้วยตนเองอย่างมีเหตุผลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ศึกษา เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ตลอดจนสามารถใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า นอกจากนั้นรายได้ ถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากผู้ที่มีรายได้หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มคนต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ของตนเอง ตลอดจนจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการครองชีพ จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังการศึกษาของจันทิรา ทรงเต๊ะ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ เอื้อพงษ์ธร พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)⁹

ข้อสรุป

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันกันอาการกำเริบซ้ำ ควรส่งเสริมให้ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษา ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน และด้านเพศสัมพันธ์โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ธรรมเนียมปฏิบัติ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณบุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2004). The World Health Report 2004-Changing history. Geneva: World Health Organization.
2. American Heart Association. (2010). ACC/AHA Guideline for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. American Heart Association.
3. Martinez, L. G. (2004). Nursing management of coronary artery disease and acute coronary syndrome. In S. M. Lewis, M. Mc. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), Medical-surgical nursing.
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
5. ศิริพร ปารมะ. (2549). พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
7. วิไลพร หอมทอง. (2547). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. จันทิรา ทรงเต๊ะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. กิตติ เอื้อพงษ์ศร. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลนครพนม

นางรัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี, พย.บ.

โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเปรียบเทียบการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด ตึกพิเศษนำโชค โรงพยาบาลนครพนม

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง คือกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานได้ว่าเป็นผลการทดลองขนาดที่เหมาะสม มีความสำคัญในระดับปฏิบัติการที่ยอมรับได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1 เมษายน 2562 – 31 ตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบการกระจายไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติอนุमान Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่า 1) การเกิดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($X^2=9.102$ $p=.693$) 2) ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดใน 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของภาวะท้องอืด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 3) ความพึงพอใจในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 1.21$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติลดภาวะท้องอืดมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางลดภาวะท้องอืดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อสรุป : ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติสามารถลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และควรขยายผลการใช้แนวปฏิบัติลดภาวะท้องอืดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องอื่นๆ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ ภาวะท้องอืด การดูแลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

The effectiveness of using the Protocol for abdominal distention in cesarean section patients.

Ratchadaporn Chanthani, B.N.S.

Nakhonphanom Hospital, Nakhon Phanom Province, Thailand 48000

Abstract

Objective : To study the effectiveness of practice Protocol for abdominal distention in patients undergoing cesarean section. By comparing the reduction of flatulence in patients before using the Protocol for abdominal distention and patients after using the Protocol for abdominal distention And satisfaction of patients before and after using Protocol for abdominal distention. Numchock private Ward. Nakhon Phanom Hospital.

Materials and methods : This research was a quasi-experimental research. The sample used in this study was cesarean section patients treated in Nakhon Phanom Hospital. The purposive sampling was selected for 60 subjects, divided into control groups were 30 postoperative cesarean group patients using the Protocol for abdominal distention and the experimental group. The group of 30 postoperative cesarean section patients used Protocol for abdominal distention by the researchers hypothesized that the experiment was an appropriate size is important at an acceptable operating level. The research instruments consisted of general data questionnaires, flatulence assessment form in patients after cesarean section and the satisfaction assessment form to follow the Protocol for abdominal distention in patients after cesarean section which has been verified by experts Data were collected from 1 April 2019 - 31 October 2019. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, average and standard deviation. Chi-square test and inferential statistics including Independent t-test

Results : 1) The occurrence of flatulence in patients after cesarean section between control groups and the experimental group were not statistically different ($\chi^2 = 9.102$ $p = .693$). 2) The level of severity of bloating in 48 hours and 72 hours of the experimental group had the intensity of abdominal distention less than control group with statistical significance at the level of .05 3) Satisfaction with the group using the Protocol for abdominal distention in patients after cesarean section, the study found that the satisfaction level was at a high level ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 1.21$). When comparing the mean satisfaction scores, it was found that the groups of patients using the Protocol for abdominal distention were more satisfied with the following methods to reduce flatulence. The group that did not use Protocol for abdominal distention with statistical significance at the level of 0.01.

Conclusion : The results of the research show that the Protocol for abdominal distention can reduce flatulence in patients with cesarean section. And should expand the effect of using the Protocol for abdominal distention to care for patients undergoing other abdominal surgeries.

Keywords : *Protocol, Abdominal distention, Cesarean section Care*

ความสำคัญ

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากสาเหตุหลายประการ คือ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมหรือมีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ และไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ แพทย์วินิจฉัยภาวะที่มารดาและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น การผ่าตัดคลอดซ้ำ ถึงแม้ว่าวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารกค่อนข้างสูง แต่การคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Pilliteri, 2010) มีความเสี่ยงจากการผ่าตัดมาก เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับความบอบช้ำ มีการสูญเสียเลือด การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปร่วมกับการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อความสบายทางด้านร่างกาย และจิตสังคมของสตรีหลังผ่าตัดคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงถึง 72 ชั่วโมงแรกคลอด ความทุกข์ทรมานด้านร่างกายได้แก่ อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และทุเลาลงในระยะ 48 – 72 ชั่วโมงต่อมา ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นจากการไอ การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ไม่กล้าขยับเขยื้อน จนทำให้เกิดภาวะท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้องตามมา นอกจากนี้ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่รบกวนการนอนหลับ หรือการพักผ่อนได้แก่ เสียงดัง สภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าว แสงสว่างที่มากเกินไป ความวิตกกังวล กลัวความเจ็บปวด กลัวการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพกับสามี กลัวการหายของแผลซ้ำ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และจิตใจของสตรีหลังผ่าตัดคลอดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่แตกต่างกัน สุดแท้แต่การเผชิญปัญหา และการได้รับการจัดการอาการรบกวนที่ทันเวลา^{1,3,4}

จากประสบการณ์ การดูแลหญิงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่าหลังผ่าตัดเมื่อเกิดภาวะท้องอืด จะรู้สึกแน่นอึดอัด หายใจไม่อึด

จนนอนไม่หลับ และปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น รู้สึกปวดแน่นตึงท้องจนกลัวแผลแยก ต้องนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการไม่มีกิจกรรมใดๆ ย่อมมีผลต่อการฟื้นคืนสภาพของระบบการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดภาวะท้องอืดที่ยาวนานและรุนแรง การได้รับยาแก้ปวดและยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีผลต่อการลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้การฟื้นคืนสภาพของกระเพาะอาหารและลำไส้เป็นไปได้ช้า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนท้องอืดที่รุนแรง จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลนครพนม พบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นในทุกปี คือ 655, 788 และ 825 ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 ซึ่งร้อยละ 100 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการจัดการความเจ็บปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกจะเป็นยาระงับปวดมอร์ฟีน ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ และในปีงบประมาณ 2562 ในระยะ 6 เดือน ยังพบหญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนท้องอืดแน่น จากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย กลัวปวด และได้รับยาบรรเทาปวดมอร์ฟีน จนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ใน 48 ชั่วโมง และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนท้องอืดแน่นหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 16 ราย อีกทั้งโรงพยาบาลนครพนมยังไม่มีแนวทางการจัดการภาวะท้องอืดที่จำเพาะต่อหญิงหลังผ่าตัดคลอด ถึงแม้ว่าภาวะท้องอืดแน่นหลังผ่าตัดคลอดจะไม่รุนแรงมากเท่าการปวดแผลผ่าตัด แต่ความทุกข์ทรมานนั้นย่อมมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของหญิงผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้^{2,8,11}

จากข้อมูลสถิติรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตึกพิเศษนำโชค พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นในทุกปีเช่นกัน คือ 95, 148 และ 206 ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 ซึ่งร้อยละ 100 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เมื่อศึกษาหญิงผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องรายกรณี 2 ราย ที่มีปัญหาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในปี 2562 พบว่า เมื่อหญิงหลังคลอดเริ่มมีอาการท้องอืด ซึ่งเกิดในระยะตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และนานถึง 3-4 วันหลังการผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะ

ไม่มีการผายลม ไม่มีการเรอ และฟังไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวบิปรูดของลำไส้ แม้จะไม่พบว่าภาวะท้องอืดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบายอย่างมาก ประกอบกับปวดแผลผ่าตัด ไม่มีการเคลื่อนไหวร่าง ทุกข์ทรมานจนส่งผลให้ลูกคุณนมแม่ได้ซ้ากว่าปกติ และน้ำนมมาล่าช้าทั้ง 2 ราย

ในการศึกษาคั้งนี้เป็นขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดไปใช้และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเปรียบเทียบการลดภาวะท้องอืดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติ และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์การใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเปรียบเทียบการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The posttest-only design with nonequivalent groups)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่รับไว้รักษาในตึกพิเศษนำโชค โรงพยาบาล

นครพนม ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2562 – 31 ตุลาคม 2562

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เตรียมผ่าตัด และรับไว้รักษาในตึกพิเศษนำโชค โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2562 – 31 ตุลาคม 2562 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างละ 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เพศหญิง
2. เข้ารับการรักษาที่ตึกพิเศษนำโชค โรงพยาบาลนครพนม และได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
3. ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
5. ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ประกอบด้วย อายุ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัด ประวัติท้องผูก สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ลักษณะของคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบประเมนภาวะท้องอืด โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินของ เนาวรัตน์ สมศรี⁷ สร้างขึ้นและใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ข้อคำถามในแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้ประเมินระดับของภาวะท้องอืดเมื่อครบ 24 , 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้อง การเรอ การผายลม และอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยแต่ละองค์ประกอบแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด ดังนี้⁷

คะแนนรวมตั้ง 1 - 4 ระดับ 1 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับเล็กน้อย

คะแนนรวมตั้ง 5 - 8 ระดับ 2 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับปานกลาง

คะแนนรวมตั้ง 9 ขึ้นไป ระดับ 3 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะของแบบสอบถามเป็น มาตราลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

เกณฑ์การแปลผล ประเมินระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
3.50-4.49	มีความพึงพอใจในระดับมาก
2.50-3.49	มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีความพึงพอใจในระดับน้อย
1.00-1.49	มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะท้องอืด และแบบประเมินความพึงพอใจที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ของเครื่องมือ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินท้องอืดไปหาความเชื่อมั่นของการประเมินของพยาบาล จำนวน 3 คน ที่ทำหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วย 3 คน นำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกับผู้วิจัย และปรับแก้วิธีการประเมิน เพื่อให้มีความเห็นตรงกันทุกข้อ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตจนได้ค่าความเชื่อมั่นของการประเมินเท่ากับ 1 โดยคำนวณจากสูตรจำนวนการประเมินตรงกันหารด้วยผลบวกของจำนวนครั้งของการประเมินที่ต่างกัน และจำนวนการประเมินที่เหมือนกัน (ประคองกรรณสูติ, 2538) ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผู้วิจัยนำไปทดสอบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

coefficient alpha) ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะท้องอืด มากกว่า .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงเจ้าหน้าที่ตึกพิเศษนำโชค และขออนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิให้ผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด และกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ใช้การปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดแบบปกติ ส่วนกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2562 – 31 ตุลาคม 2562 เมื่อครบสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ จำนวน 60 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบการเกิดอาการท้องอืด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test)
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการท้องอืด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เมื่อแรกพบอาการท้องอืดหลังผ่าตัด และหลังพบอาการท้องอืดครบ 12 ชั่วโมง และ 24

ชั่วโมง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย ($\bar{X} = 31.46$) ปี การคลอดคั้งนี้เป็นคั้งแรกสูงสุดร้อยละ 46.67 ไม่เคยผ่าตัดมาก่อนร้อยละ 73.33 มีประวัติท้องผูกนานๆ คั้งร้อยละ 60.00 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 36.67 อาชีพรับจ้างร้อยละ 33.33 สถานภาพคู่ร้อยละ 96.67 เฉลี่ยรายได้ของครอบครัว ($\bar{X} = 25,512$) บาท ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ($\bar{X} = 32.14$) ปี การคลอดคั้งนี้เป็นคั้งที่สองสูงสุดร้อยละ 50.00 ไม่เคยผ่าตัดมาก่อนร้อยละ 63.33 มีประวัติท้องผูกนานๆ คั้งร้อยละ 50.00 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 40.00 อาชีพรับจ้างร้อยละ 26.67 สถานภาพคู่ร้อยละ 100 เฉลี่ยรายได้ของครอบครัว ($\bar{X} = 24,025$) บาท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดและกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้ แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
18 – 24 ปี	10	33.33	10	33.33
25 – 34 ปี	8	26.67	9	30.00
35 – 44 ปี	9	30.00	9	30.00
ตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป	3	10.00	2	6.67
อายุเฉลี่ย (\bar{x})	31.46		32.14	
การคลอดบุตรครั้งนี้เป็นครั้งที่				
ครั้งแรก	14	46.67	13	43.33
ครั้งที่ 2	12	40.00	15	50.00
ครั้งที่ 3	4	13.33	2	6.67
ประวัติเคยผ่าตัด				
ไม่เคย	22	73.33	19	63.33
เคย	8	26.67	11	36.67
ประวัติท้องผูก				
ไม่เคย	6	20.00	8	26.67
นานๆครั้ง	18	60.00	15	50.00
เป็นประจำ	6	20.00	7	23.33
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	5	16.67	4	13.33
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	7	23.33	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	11	36.67	12	40.00
ปวส.หรืออนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4	13.33	5	16.67
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	6.67	2	6.67
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	1	3.33
อาชีพ				
รับจ้าง	10	33.33	8	26.67
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	6	20.00	7	23.33
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.33	5	16.67
เกษตรกร	5	16.67	6	20.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.67	4	13.33
สถานภาพ				

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดและกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้ แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คู่	29	96.67	30	100
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	3.33	0	0.00
รายได้เฉลี่ยครอบครัว (\bar{x})	25,512		24,025	

2. ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.1 เปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมมีภาวะท้องอืดจำนวน 22 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีภาวะท้องอืดจำนวน 21

คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) พบว่าการเกิดภาวะท้องอืดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($X^2=9.102$ $p=.693$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องอืดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติการเพื่อลดภาวะท้องอืด และกลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด

กลุ่มตัวอย่าง	(n)	ภาวะท้องอืด		X ²	p-value		
		เกิดจำนวน (คน)	ร้อยละ			ไม่เกิดจำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม	30	22	73.33	8	26.67	9.102	.693
กลุ่มทดลอง	30	21	70.00	9	30.00		

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดเมื่อแรกพบภาวะท้องอืดและเมื่อครบ 12 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง หลังพบภาวะท้องอืดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อแรกพบอาการท้องอืดไม่แตกต่างกัน เมื่อครบ 12 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง หลังพบอาการท้องอืด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการ

ท้องอืดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัดเมื่อแรกพบภาวะท้องอืดและเมื่อครบ 12 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง หลังพบภาวะท้องอืดครั้งแรกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด

ภาวะท้องอืด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
แรกพบอาการท้องอืด	10.00	1.00	9.76	1.09	-.64	.534
เมื่อครบ 12 ชั่วโมง	7.15	.89	3.07	0.95	-10.63	.000*
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	2.61	.50	.76	.72	-8.31	.000*

* p < .01

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติเพื่อการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$, S.D = .18) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตาม

แนวทางลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, SD = 1.21) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางลดภาวะท้องอืดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติเพื่อการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

คะแนนความพึงพอใจ	(n)	\bar{X}	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม	30	3.16	.18	-3.55	.004*
กลุ่มทดลอง	30	4.35	1.21		

*p < .01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์

1. ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จากการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อประเมินภาวะท้องอืดครั้งแรกหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืด = 10.00 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืด = 9.76 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างไม่

แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัดเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการผ่าตัดไตและท่อไตจะต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ซึ่งฤทธิ์ของยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ดังการศึกษาของ Condon และคณะ¹³ และ Kozier & Erb¹³ ที่พบว่า การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ในระยะ 24 ชั่วโมง จนถึง 2-3 วันหลังการผ่าตัด เนื่องจากฤทธิ์ของยาไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ ดังนั้นจึงทำให้พบว่าเมื่อแรกประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะท้องอืดไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะ 12 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังการพบภาวะ

ห้องอัด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะห้องอัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนห้องอัดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัดนี้ ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ดูแล ประเมินหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ปรับตามบริบทของหน่วยงาน โดยประเด็นสำคัญของแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัด ได้แก่ 1) การประเมินภาวะห้องอัด ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง การเรอ การผายลม และอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ 2) การจัดระดับความรุนแรงของภาวะห้องอัด และ 3) การจัดการภาวะห้องอัดตามระดับความรุนแรง การประเมินภาวะห้องอัดตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะห้องอัดอยู่ในระดับใด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติก็คือ สามารถวางแผนเลือกแนวทางการจัดการภาวะห้องอัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้โดยเร็ว และกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของภาวะห้องอัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดโดยได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติในเรื่องการลดภาวะห้องอัดการฝึกหายใจลึกๆและการไอ,การพลิกตะแคงตัว, ลูกนั่งบนเตียงการ, กระตุ้นลูกเดินเร็วเมื่อหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวและเคลื่อนไหวบ่อยๆ เนื่องการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวและลูกเดินเร็วส่งผลให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดภาวะห้องอัดได้ดี เมื่อครบ 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินภาวะห้องอัดตามแนวทางการปฏิบัติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดลดภาวะห้องอัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี งามประเสริฐ และคณะ^๑ ศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการท้องอืดในผู้ป่วยทางนรีเวชที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ^๒ ศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการจัดการกับอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยเลือก

มากที่สุด ร้อยละ 97.3 คือ การพลิกตัวบ่อยๆ การจัดการกับอาการท้องอืดที่พยาบาลเลือกมากที่สุดร้อยละ 99.5 คือ ดูแลโหล่งน้ำอาหารตามแผนการรักษา

2. ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะห้องอัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัดมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะห้องอัดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 1.21$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัดนั้น ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และปฏิบัติตัวตามแนวทางได้และลดภาวะห้องอัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ¹¹ ศึกษาเรื่องภาวะห้องอัด การจัดการกับภาวะห้องอัด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะห้องอัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่า วิธีการจัดการกับภาวะห้องอัดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลุกเดินบ่อยๆ

ข้อสรุป

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะห้องอัด ใน 48 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความรุนแรงของภาวะห้องอัด น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดในช่องท้องซึ่งก่อให้เกิดภาวะห้องอัดได้ตั้งนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องท้องอื่นๆ ควรใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัดในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะห้องอัดได้
2. ระดับความรุนแรงของภาวะห้องอัด ใน 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะห้องอัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความรุนแรง

ของภาวะท้องอืด ไม่แตกต่างกับกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดเนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีอาการปวดแผลผ่าตัดตั้งนั้นพยาบาลควรมีการจัดการความเจ็บปวด

3. นำผลการวิจัยไปศึกษาต่อถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับความคาดหวังต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาของผู้บริหารโรงพยาบาลนครพนม ที่สนับสนุนงานวิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยที่กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กษยา ตันติผลาชีวะ. “Postoperative ileus : Cause, Prevention and Treatment,” ใน ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32. หน้า 87 – 88. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร; 2549.
2. กนกวรรณ บุญวิทยา. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องอืดภายหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกฉินในโรงพยาบาลรามาริบัติ; 2548.
3. ทวีศักดิ์ บูรณวุฒิ และวารีย์ พร้อมเพชรรัตน์. “สรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว,” ใน สารระสำคัญวิชาสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์; 2549.
4. ทิพวรรณ วัฒนเวช. “ท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง,” วารสารโรงพยาบาลระยอง 2. 2(1) : 1 - 6 ; ธรรมสารมกราคม – มิถุนายน; 2546.
5. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่ : คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540
6. นันทาวดี ศิริจันทร์. การศึกษาอาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. อุดรธานี : มหาวิทยาลัยราชธานี; 2551.
7. เนาวรัตน์ สมศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะท้องอืดสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม; 2552.
8. มาลี งามประเสริฐ. “การศึกษาเบื้องต้นของโปรแกรมการลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยนิเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง : ศึกษาระดับความรุนแรงของอาการท้องอืด,” สารศิริราช 2548; 57(7) :302 – 307.
9. สมพร ชินโนรส. การพยาบาลศัลยศาสตร์. ธรรมสาร:กรุงเทพฯ; 2545.
10. ศิริพรรณ ภมรพล พย.ม. “บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด.” วารสารสภากาชาดไทย 2556; 6(1): 40 – 52.
11. ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ. ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
12. อรทัย ขบาภิวัฒน์, พรณี วิระบรรณ, อวยพร ภัทรภักดีกุล “ความสบายในผู้ป่วยนิเวชหลังผ่าตัดช่องท้อง” วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขานุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2558; 2(2) : 24 – 35.
13. Condom, R.E. Conles, V., Ekbom, G.A., Schulte, W.I., & Hen, G. (1987). Effects of halothane, Enflurance and Nitrous oxide on colon malility. Surgery 81, 101(1). 83.
14. Kozier, B., & Erb, G. Fundamentals of nursing: concepsts and procedures. (2nd el) California: Addison-Wesley; 1983.

การพัฒนาแบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครพนม

อุไรวรรณ นนทคนหมั่น พย.บ.

โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครพนม และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 30 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม 2) พัฒนาแบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) ทดลองใช้ และ 4) ประเมินผล ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา : พบว่าแบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) กำหนดให้มีศูนย์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และ 5) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลลัพธ์ของการใช้แบบแผน พบว่าหลังการใช้แบบแผนพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด 1 ราย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.88$)

ข้อสรุป : จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

The development of one day surgery model Nakhonphanom Hospital

Urain Nonkhonmun B.N.S.

Nakhonphanom Hospital Nakhonphanom province, 48000

Abstract

Objectives : to develop and investigate the one day surgery model

Materials and Methods : This study was a research and development. The subject included of 30 patients who was operated on one day surgery, 8 personnel from multidisciplinary team. The development process consisted of 4 steps; 1) situation analysis of operation service in surgical department. 2) development of one day surgery model 3) Implementation and 4) Evaluation. This study was conducted during October 2018 to September 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Results : The results of this study showed that the one day surgery model composed of 5 elements 1) Care map for one day surgery patients by multidisciplinary 2) The criteria for patients choosing 3) Established one day surgery center 4) family participation and 5) Visit by phone. After the one day surgery model was implemented. One case has infection. The satisfaction levels of patients were highest level ($\bar{X}=4.88$)

Conclusion : the results of this study indicated the one day surgery model development by multidisciplinary teams lead to the effective caring.

Key word : one day surgery model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดแบบวันเดียวกับ (one day surgery: ODS) เป็นการรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการผ่าตัดที่ได้รับ การเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกับวันที่รับไว้ทำการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน¹ ซึ่งปัจจุบัน การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาจะมีสถานที่ให้บริการ เฉพาะที่เป็น one day surgery center มากกว่า 5,000 แห่งทั่วประเทศ² สำหรับประเทศไทยจากแนวยุทธศาสตร์ ของรัฐบาล แนวทางการพัฒนาประเทศไทย Thailand 4.0 ด้านการสาธารณสุขในหัวข้อ Inclusive Growth Engine ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์อย่าง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย โครงการ พัฒนาระบบการให้บริการการรักษาการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับจึงเป็นหนึ่งในการให้บริการทางการแพทย์ที่ จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ลดระยะเวลา รอคอยการผ่าตัดโดยไม่ต้องรอให้โรงพยาบาลว่างก่อน และ ลดระยะเวลาการรักษา นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาระงาน ที่ไม่จำเป็นที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ การสูญเสียทรัพยากร ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล³ การ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจึงเป็นการลดความแออัดใน โรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลมีเตียงรองรับเพียงพอใน การให้บริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนยุ่งยากของโรคและ หัตถการ

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลขนาด 345 เตียง เปิดบริการห้องผ่าตัด 9 สาขา ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมกระดูกใบหน้า ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมหู คอ จมูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมประสาทและสมอง จากสถิติผู้มารับบริการผ่าตัด ในโรงพยาบาลนครพนม พ.ศ. 2559-2560 พบผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 12,658 ราย และ 14,562 ราย ตามลำดับ⁴ ที่ผ่าน มาการจัดระบบบริการผ่าตัดในโรงพยาบาลนครพนมผู้ป่วย ทุกรายต้องรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย

1-2 วัน เพื่อเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดและรอรับการ ผ่าตัดในวันถัดไป หลังผ่าตัดต้องพักฟื้นในโรงพยาบาล 2-5 วัน รวมระยะเวลาตั้งแต่รับไว้จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมอยู่ในโรงพยาบาล 3-7 วัน ผู้ป่วยบางรายยังถูกเลื่อน วันผ่าตัดออกไปยิ่งทำให้วันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล โดยเฉพาะหอ ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ซึ่งมีอัตราการครองเตียงมากกว่า 100 เปอร์เซ็นต์มาตลอด

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ได้ ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว และเพื่อเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีแนวคิดใน การที่จะพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อลด ความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นของผู้ป่วยลง โดยยังคงมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังก็คือ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อถูกจำหน่าย กลับบ้านในวันผ่าตัดและมีความพึงพอใจในบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียว กลับ โรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

กรอบแนวคิด

ในการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดย การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพนี้ โดยกระบวนการ พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์ สถานการณ์ในการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม 2) การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) การ ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) การประเมินผล ผลลัพธ์ที่กำหนด ได้แก่ อัตราการเลื่อนการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับที่แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal Hernia) นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone) และนิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)

2. เป็นผู้ป่วย ASA Class I-II

ผู้ป่วย ASA Class I หมายถึง ผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

ผู้ป่วย ASA Class II หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว แต่ควบคุมอาการได้ดี อย่างน้อย 3 เดือนก่อนผ่าตัด

3. ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลในวันผ่าตัดและนำกลับบ้าน

4. มีโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร

5. ยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยผ่าตัดนานเกิน 2 ชั่วโมง

2. เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดหรือเสียชีวิตมากกว่า 500 มิลลิลิตร

3. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด

กลุ่มที่ 2 บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 8 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ វិសัณญ์แพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลประจำ

หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม พยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม และเจ้าหน้าที่ห้องเวรระเบียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ความเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก การวินิจฉัยโรค

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน พึงพอใจมากเท่ากับ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

3. แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเลื่อนการผ่าตัด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรม โดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลการให้บริการของแผนกศัลยกรรมจากแผนกเวชสถิติ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลกลุ่มโรคที่เข้ามาใช้บริการ และเหตุการณ์ที่ได้รับจำนวนวันนอน อัตราการครองเตียง ค่าใช้จ่าย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับภาระงานในแผนกศัลยกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยวันเดียวกลับ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยวันเดียวกลับ ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล

ผู้ป่วย ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ วัสดุวิ
พยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลผู้ป่วยนอกแผนก
ศัลยกรรม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม และ
เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน

2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการผ่าตัด
แบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย
ที่มารับบริการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรม เพื่อให้คณะ
กรรมการรับทราบและร่วมหาแนวทางกำหนดรูปแบบการ
ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

3. คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วย
แบบวันเดียวกลับได้ยกร่างรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
โดยการกำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละ
วิชาชีพ

3.2 การกำหนดเกณฑ์การเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับ
บริการแบบวันเดียวกลับ หัตถการการผ่าตัด

3.3 การจัดตั้งศูนย์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

3.4 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

3.5 การติดตามผลการรักษา

4. จัดทำแนวทางและคู่มือที่ใช้ในการดำเนินการตาม
รูปแบบ ได้แก่ กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบ
ด้วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด
การฟื้นฟูหลังผ่าตัด เกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
การดูแลต่อเนื่องและการติดตามผลการรักษาหลังการ
ผ่าตัด และจัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยในการดูแลตนเองก่อน
และหลังการผ่าตัด

5. ประชุมคณะกรรมการเพื่อนำเสนอรูปแบบการ
ผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ ตลอดจนแนวทางและคู่มือ
ให้พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ หลังจาก
นั้นสรุปเป็นรูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ เพื่อ
นำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วย
แบบวันเดียวกลับ

1. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทีม
สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามรูปแบบการ
ผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ชั้น
ตอนการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้
ซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน

2. ทดลองใช้รูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียว
กลับ กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่มารับการผ่าตัด
ที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน

3. ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติโดยการ
สังเกตและสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบเพื่อนำ
มาปรับปรุง

4. ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แจ้งผลการ
ปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตลอดจนปัญหา อุปสรรค
ในการปฏิบัติตามรูปแบบและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา
สาเหตุ ผลการปฏิบัติ แล้วร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไข
ปรับปรุงรูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ

5. นำรูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับที่
ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ห้อง
ผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน

6. ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติ พบว่า ผู้
ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด

7. นำเสนอผลการทดลองใช้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ
ว่ามีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตาม
บริบท แล้วสรุปเป็นรูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียว
กลับ โรงพยาบาลนครพนม

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นประเมินผล โดยนำรูปแบบที่ผ่านการ
ปรับปรุง 2 ครั้งไปประเมินผลตามผลลัพธ์ที่กำหนดกับ
ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่มีคุณสมบัติตาม
ที่กำหนด จำนวน 30 คน ผลลัพธ์ที่กำหนด ได้แก่ การเลื่อน
การผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของ
ผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ข้อมูลการเลื่อนการผ่าตัด และข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนเก็บจากเวชระเบียนโดยการติดตามการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและจากการสอบถามทางโทรศัพท์จากการโทรติดตามเยี่ยม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วนำเสนอข้อมูลบรรยาย (Descriptive)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.10/2561 ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในวงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

1.1 แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้มีการกำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

ศัลยแพทย์: ตรวจวินิจฉัยโรค พิจารณาเข้าระบบ one day surgery ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การ

รักษา นัดวันผ่าตัด และเขียนคำสั่งการรักษาสำหรับวันมารับการผ่าตัด

พยาบาลประจำห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก : ให้คำแนะนำผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยพร้อมแฟ้มประวัติและผลทางห้องปฏิบัติการไปที่ศูนย์ one day surgery (ห้องผ่าตัด)

วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล : ประเมินผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีแพทย์ของอเมริกา (America Society of Anesthesia logist physioal statas (ASA PS) Classification system เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดเพิ่มเติม (กรณีหัตถการที่ต้องใช้ทีมวิสัญญี)

พยาบาลห้องผ่าตัด : ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมความพร้อม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ขั้นตอนการมารับการผ่าตัด และนัดหมายวันมารับการผ่าตัด และให้เอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ก่อนวันมารับการผ่าตัด 1 วัน ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยในวันมารับการผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด ประสานและส่งต่อผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หลังการผ่าตัด 3 ครั้ง

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย : ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและจำหน่ายให้กลับบ้านเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ (Discharge Criteria)

เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน : ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด ตรวจสอบสิทธิ ส่ง OPD Card มาที่ศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับล่วงหน้า 1 วัน

1.2 กำหนดเกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal Hernia) นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone) และนิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)

1.3 การกำหนดศูนย์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล การติดต่อประสานงานกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

1.4 การนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กำหนดให้ผู้ป่วยต้องมีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มารับการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดแล้วญาติต้องมาร่วมให้การดูแลและเป็นผู้นำผู้ป่วยกลับบ้าน

1.5 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Visit by phone) เพื่อติดตามผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยการติดตามเยี่ยมหลังการผ่าตัดครั้งที่ 1 หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 หลัง

การผ่าตัด 72 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 93.33) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี (ร้อยละ 56.67) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 43.33) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 67.67) อาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 33.33) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 66.67) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Inguinal Hernia (ร้อยละ 60.00)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	93.33
หญิง	2	6.67
อายุ (ปี)		
≤ 40	5	16.67
40-60	17	56.67
> 60	8	26.66
\bar{X} =50.27, SD=12.54 min=21, max=65		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	33.33
มัธยมศึกษา	13	43.33
อนุปริญญา	2	6.67
ปริญญาตรี	5	16.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกับ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.33
คู่	23	67.67
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	6	20.00
ค้าขาย	4	13.33
รับจ้าง	10	33.33
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.67
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.67
ผู้ดูแล		
คู่สมรส	20	66.67
บุตร	10	33.33
การวินิจฉัยโรค		
Inguinal Hernia	18	60.00
Vesicle stone	7	23.33
Urethral stone	5	16.67

2. ข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2.1 อัตราการเลื่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทุกคนที่มา
รับการผ่าตัดได้รับการผ่าตัดตามที่กำหนด (ร้อยละ 100)

2.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยมี
การติดเชื้อของแผลผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 3.33)

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ

วันเดียวกลับ หลังการใช้รูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียว
กลับ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน
ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.88$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ก็พบ
ว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ และข้อที่
มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ การได้รับการ
ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ($\bar{X}=5.00$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย (n=30)

ความพึงพอใจ	\bar{X}	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านมีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการรับการผ่าตัด (ด้านการซักประวัติ, การตรวจร่างกาย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ)	4.84	.37	มากที่สุด
2. ท่านพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด)	4.85	.35	มากที่สุด
3. ท่านพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของตัวท่านเองก่อนวันรับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัด	4.88	.34	มากที่สุด
4. ท่านพึงพอใจต่อการดูแลภายหลังการผ่าตัด	4.82	.37	มากที่สุด
5. ท่านพึงพอใจต่อการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (ก่อนการผ่าตัด/หลังผ่าตัด)	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ท่านพึงพอใจต่อความสะดวกและรวดเร็วในการบริการ	4.87	.34	มากที่สุด
7. ท่านพึงพอใจต่อการประสานงานของทีมผู้ดูแล	4.95	.18	มากที่สุด
รวม	4.88	.27	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผู้ศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดี โดยประเมินจากการที่ไม่พบอัตราการเลื่อนการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.33) และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จประการที่หนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแต่ละวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาลายที่^{5,6} ที่สนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ อีกประการหนึ่งก็คือ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ในการศึกษา

นี้ได้มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน โดยได้คัดเลือกการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาน้อยในการผ่าตัด ไม่จำเป็นต้องให้เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด และการผ่าตัดจะทำในช่วงเช้า ของวัน กำหนดลักษณะของผู้ป่วยต้องเป็นผู้ป่วย ASA Class I-II เท่านั้น และประการสุดท้ายคือ การมีส่วนร่วม ของบุคคลในครอบครัว โดยกำหนดให้บุคคลในครอบครัว ต้องมาอยู่กับผู้ป่วยในวันมาผ่าตัด และพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยเมื่อจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2.1 อัตราการเลื่อนผ่าตัด จากผลการศึกษาไม่พบ อัตราการเลื่อนการผ่าตัด โดยผู้ป่วยทุกคนได้มีการงดน้ำ งดอาหาร และได้รับการเตรียมความพร้อม และสามารถ ผ่าตัดได้ตามเวลา อธิบายได้ว่าทั้งนี้ เป็นผลเนื่องจากการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ มีการติดตามผู้ป่วยก่อน การผ่าตัดหนึ่งวัน จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวได้ อย่างเหมาะสม และมารับการผ่าตัดตามนัด ซึ่งก็สอดคล้อง กับการศึกษาของ ธิดา ยุคันตวรานันท์⁷ ที่ศึกษาพัฒนา ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งผล การศึกษาไม่พบการเลื่อนการผ่าตัดเช่นกัน

2.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากผลการ ศึกษาพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด ได้แก่ การ ติดเชื้อของแผลผ่าตัด 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยทำ Herniorrhaphy ผลลัพธ์การติดเชื้อก็ไม่เกินค่าเป้าหมาย แสดงให้เห็น ว่าการให้บริการด้วยระบบ one day surgery นี้สามารถ ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมาตรฐานการบริการ ไม่ต่ำกว่าระบบการให้บริการตามปกติ

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความ พึงพอใจต่อรูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดย ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า รูปแบบการ ผ่าตัดวันเดียวกลับนี้ได้มีจุดเน้นที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ หลายประการ อาทิ การทำงานเป็นทีม การเตรียมความ

พร้อมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ในส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยว กับการเตรียมความพร้อม การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลก่อน และหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลนี้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความ พึงพอใจสูงเป็นอันดับที่ 2 ซึ่งเป็นไปได้ว่าข้อมูลที่ให้เป็น ข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการและนำไปปฏิบัติได้จริง เมื่อ ได้รับการตอบสนองจึงส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา ภาณิบุศย์ และ คณะ⁸ และเพ็ญศรี จะนู⁹ ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าผู้ป่วยที่ได้ รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับดีมาก

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. Safety in One Day Surgery (ODS) ความปลอดภัยของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561.
2. Outpatient surgery. WIKIPEDIA The Free Encyclopedia [Internet]. 2014 [cite 2014 Dec 1]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Outpatient_surgery.
3. ชิดา ยุคันตวรนนท์. การพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลเข้าวันผ่าตัดในกลุ่มงาน ศัลยกรรม รพ.ยโสธร. วิทยุสื่อสาร. 2550; 33(1): 21-8.
4. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลนครพนม. รายงานเวชสถิติประจำปี 2559-2560. (เอกสารอัดสำเนา) นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม.
5. นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์, เพชรภรณ์ สุพร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2014; 32(1): 165-175.
6. วรรณวรา ไหลวารินทร์, กัญญา เลียนเครือ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพลพยุหเสนา. วารสารกองการพยาบาล กันยายน-ธันวาคม 2559; 43(3): 92-113.
7. ชิดา ยุคันตวรนนท์. การพัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเขตสุขภาพที่ 10. วิทยุสื่อสาร. 2559; 42(2): 116-125.
8. นัยนา ผาณิบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา & สุนันท์ มกทอง. ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, 2562; 2(4): 50-56.
9. เพ็ญศรี จะนู. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัด

แบบผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด หู คอ จมูก โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์. (ออนไลน์)
[สืบค้นเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2562] Available from
URL:<http://www.hospital.tu.ac.th>

ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครพนม

กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ , พย.บ.

โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 – ตุลาคม 2562 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 30 คนและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอน ได้แก่ แผ่นภาพพลิก คู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและบุคคลในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อสรุป : การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลหน่วยไตเทียมจึงควรเพิ่มมาตรการในการความรู้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Effects of Patient and Family Preparation on Self-Care Behaviors and Quality of Life Among Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Nakhonphanom Hospital

Aimsamran K, Department of Hemodialysis
Nakhonphanom Hospital Nakhonphanom province, 48000

Abstract

Objectives : The main purpose was to compare self-care behaviors and quality of life of patient receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis in pre-post patient and family preparation.

Materials and method : The study tools including 1. The manual flip image sheet for end stage renal disease patient and family, and 2. Questionnaire of self-care behaviors and quality of life which contains general information, measure of knowledge, attitudes and practice of patient receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. The reliability of self-care behaviors research tools were measured by Kuder-. Richardson KR-20 method at 0.71 and alpha of Cronbach method on quality of life patient at 0.88, respectively. The descriptive statistics analysis can extract in table of the number, percentage, mean, and standard deviation. The inferential statistic was used dependent t test to compare mean of self-care behaviors and quality of life score.

Results : The results showed that the patient self-care behaviors and quality of life score can improve after implement the patient and family preparation program. There were statistically significant difference of the patient self-care behaviors and quality of life between pre-post score at p-value 0.001.

Conclusion : The patient and family preparation program can improve patient self-care behaviors and quality of life patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Keywords : *Patient and Family Preparation, self-care behaviors, quality of life, patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis [CAPD]) เป็นการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความยุ่งยากน้อยและผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านได้¹ การรักษาด้วยวิธีนี้จึงเน้นการดูแลตนเองสูงมากกว่าปกติ^{2, 3} ถึงแม้ว่าจะเป็นการรักษาที่ไม่หายขาดแต่สามารถประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาและความสามารถในการดูแลตนเอง³ จึงเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการรักษาที่นำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยคุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ซึ่งการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่บุคคลต้องการ รวมทั้งการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์⁴ เนื่องจากภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลาานหรือตลอดชีวิต ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติ⁵ เกิดความเครียด ซึมเศร้า สิ้นหวัง การดำเนินชีวิตและการงานเปลี่ยนแปลงไป เป็นไปได้ว่าอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ^{6, 7} ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจึงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี^{8, 9} จากการทบทวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป และผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต¹⁰

ดังนั้นกระบวนการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะได้ผลดีมาน้อยเพียงใดต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีความผูกพันมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ที่จะคอย

ให้กำลังใจผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ และเกิดความมั่นใจสามารถปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ และให้กำลังใจผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษามากยิ่งขึ้น โดยเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง^{11, 12} เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยขณะกลับไปพักที่บ้าน บุคคลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาลที่ได้กำหนดไว้และยังช่วยส่งเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย¹³

จากสถิติโรงพยาบาลนครพนม มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 308 คน และเพิ่มขึ้นในปี 2561 จำนวน 330 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 50 คน และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 64 คน ระยะเวลานอนเฉลี่ย 8.4 วันและ 10.7 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 24,952.50 บาท และ 25,225.74 บาทต่อคน ตามลำดับ^{14, 15} สถานการณ์ในช่วง 2 ปีดังกล่าวแสดงให้เห็นแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและไม่สามารถควบคุมอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นตามมาและส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีบุคคลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครพนม เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองควบคุมอาการโรคได้ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

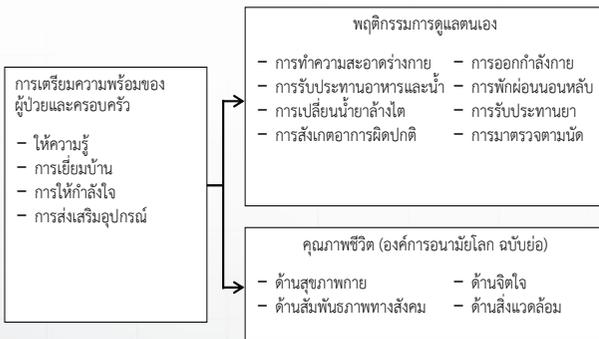
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากขึ้นหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากขึ้นหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental reseach) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (One Group Pre-Post test) ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้

รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลนครพนม ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและบุคคลในครอบครัวที่ติดตามมาดูแลผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครพนม และอาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน ที่รับบริการในโรงพยาบาลนครพนมในระหว่างเดือน มิถุนายน - ตุลาคม 2562 โดยเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 30 คนและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย 30 คน รวมผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว 60 คน ที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

คุณสมบัติผู้ป่วย

1. รู้สึกตัวดี รับผิดชอบต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดี
2. มีอายุตั้งแต่ 20 - 60 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
4. สามารถให้ข้อมูลได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้
5. ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา
7. สามารถมาพบแพทย์และผู้วิจัยได้ทุกเดือน ๆ ละครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 เดือน

คุณสมบัติของบุคคลในครอบครัว

1. รู้สึกตัวดี รับผิดชอบต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดี
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. มีการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่านออก เขียนได้

4. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

5. การได้ยินชัดเจนดี สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี และมีความสามารถในการมองเห็นชัดเจนดี

6. มีเวลาดูแล ช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสม่ำเสมอ

7. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา สามารถให้ข้อมูลได้ สามารถมาพบแพทย์และผู้วิจัยพร้อมกับผู้ป่วยได้ ทุกเดือนๆ ละครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 เดือน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวที่ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาและระหว่างดำเนินผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมที่รุนแรงจำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับอนุมัติการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอน จัดทำขึ้นโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ

ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน จุดประสงค์ของการรักษาประคับประคอง กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหารและน้ำ การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

1.2 อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่ แผ่นภาพ พลิก และคู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและบุคคลในครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิการรักษา ลักษณะครอบครัว ตำแหน่งและบทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และ ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำ

2.3 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหารและน้ำ การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดรวมทั้งสิ้น 34 ข้อ

2.4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF)¹⁶ นำมาใช้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

เดือนที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตพร้อมกับบันทึกคำตอบเป็นรายข้ออย่างครบถ้วน คะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระยะนี้ถือเป็นคะแนนก่อนการเตรียมความพร้อม (Pre-test)

เดือนที่ 2 ผู้วิจัยทำการสอนผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว โดยใช้แผนการสอนและภาพพลิกโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายสาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน จุดประสงค์ของการรักษาประคับประคอง กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหารและน้ำ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด การสอนใช้วิธีการสอนเป็นกลุ่มๆ ละ 4 คน ขณะสอนผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวซักถามเมื่อมีข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปการสอนและแจกคู่มือแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและบุคคลในครอบครัวให้ผู้ป่วยคนละ 1 ชุด เพื่อใช้ศึกษาเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น

เดือนที่ 3 และเดือนที่ 4 ผู้วิจัยติดตามให้คำแนะนำและสอนซ้ำในบางเรื่องเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดูแลตนเอง ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

เดือนที่ 5 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ชุดเดียวกับที่ใช้ประเมินครั้งแรกคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ระยะนี้ถือเป็นคะแนนหลังการเตรียมความพร้อม (Post-test) และนำคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปวิเคราะห์หาค่าสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการเตรียมครอบครัว
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการเตรียมครอบครัวโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.00 ช่วงอายุระหว่าง 22 ถึง 60 ปี อายุเฉลี่ย 47.31 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 70 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.33 ซึ่งเป็นรายได้ที่ไม่แน่นอน ร้อยละ 33.33 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 63.33 และร้อยละ 73.33ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังมากกว่า 5 – 10 ปี
- ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 73.33 มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากร้อยละ 56.67 และ

ร้อยละ 63.33 ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยร้อยละ 40

ผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายกับแพทย์และพยาบาลทุกคน โดยเป็นความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตและการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่

กลุ่มตัวอย่างบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 มีช่วงอายุ 40-60 ปีมากถึงร้อยละ 70 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 46.67 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 40 สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80 และเป็นคู่สมรสกับผู้ป่วยร้อยละ 40 ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5-10 ปี ร้อยละ 63.33 มากกว่า 5-10 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 46.67

บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้

เกี่ยวกับโรคไตวายจากแพทย์และพยาบาลร้อยละ 90 และทุกคนเคยได้รับความรู้เรื่องการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยรวม ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 21.63 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 30.43 คะแนน (n=30) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม (ตาราง 1)

ตาราง 1 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง และจำแนกกิจกรรม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนเต็ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	34	21.63	3.20	30.43	2.33
การทำความสะอาดร่างกาย	6	4.47	1.07	5.73	0.44
การออกกำลังกาย	3	1.80	0.92	2.60	0.62
การพักผ่อนนอนหลับ	5	3.53	0.97	4.50	0.63
การรับประทานอาหารและน้ำ	6	3.23	0.81	4.90	0.84
การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต	5	2.03	1.13	3.97	0.93
การรับประทานยา	3	1.97	0.96	2.87	0.35
การสังเกตอาการผิดปกติ	3	2.06	0.87	2.87	0.43
การมาตรวจตามนัด	3	2.53	0.63	3.00	0.00

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยรวม ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 70.60 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 80.60

คะแนน ซึ่งคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2)

ตาราง 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		\bar{X} (SD)	ระดับคุณภาพชีวิต	\bar{X} (SD)	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-130	70.60 (5.08)	ปานกลาง	80.60 (6.26)	ปานกลาง
ด้านสุขภาพกาย	7-35	17.97 (2.37)	ปานกลาง	20.20 (2.47)	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6-30	16.20 (1.85)	ปานกลาง	18.80 (1.63)	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-15	7.97 (1.63)	ไม่ดี	9.00 (1.72)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-40	22.80 (2.64)	ปานกลาง	26.17 (3.47)	ปานกลาง

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

ชีวิตโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง (ตาราง 3)

ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและคะแนนคุณภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	21.63	3.20	30.43	2.32	14.102	.001
คุณภาพชีวิต	70.06	5.08	80.60	6.26	15.460	.001

อภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 21.63 คะแนนเป็น 30.43 คะแนน ($p < .001$) เมื่อพิจารณาตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่มีระยะเวลาที่รักษามากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 73.33) จึงเป็นประสบการณ์ในการที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้นได้ หรือกล่าวได้ว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง¹⁷ เช่นเดียวกับบุคคลในครอบครัวด้วยระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 5-10 ปี (ร้อยละ 63.33) บุคคลในครอบครัวดังกล่าวจึงมีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน¹⁸ ในส่วนของข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อาจเป็นไปได้ว่าบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.67) ซึ่งลักษณะทางสังคมไทยคาดหวังให้เพศหญิงเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานบ้านและการดูแลบุคคลในครอบครัวได้เป็นอย่างดีและยังอยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี (ร้อยละ 80) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) ที่ต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูงทั้งด้านการทำงาน การดูแลหาเลี้ยงคนในครอบครัว และมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม¹⁹ และการไม่มีโรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 80) ยิ่งทำให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ในด้านร่างกายที่จะดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ อีกทั้งส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ของการเป็นภรรยาและบุตรด้วยสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมาก (ร้อยละ 40 และ 23.33 ตามลำดับ) ความรู้สึกในด้านบวกและรู้สึกยินดีที่ได้ดูแลผู้ป่วยอยากให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีจึงมีมากขึ้น ส่งผลให้มีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี และทำให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงขึ้นได้จากการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี

การเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งความรู้ที่เป็น

จริงและน่าเชื่อถือมาก และอาจเป็นผลจากแบบแผนการให้ความรู้ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนทำให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้ทบทวนความรู้หลังจากเคยได้รับมาก่อนและผลจากการเยี่ยมบ้านที่ทำให้ได้รับคำชี้แนะที่ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้การให้ความรู้ยังมีแบบแผนโดยใช้สื่อประกอบที่เป็นรูปภาพ และการกระตุ้นเตือนเพื่อไม่ให้ใช้ความจำมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกระตุ้นความทรงจำได้ง่ายจากการกระตุ้นเตือนแบบแผนการสอนเป็นกลุ่มเล็กๆ ไม่เกิน 4 คน ทำให้จึงสามารถอธิบายเนื้อหาได้ทั่วถึง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยได้เต็มที่ นอกจากนี้การแจกคู่มือ คำแนะนำความรู้ในเรื่องต่างๆ โดยเน้นรูปภาพให้เข้าใจได้ง่ายและจำได้ง่าย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวติดต่อกับผู้วิจัยเพื่อซักถามปัญหาและข้อสงสัยได้ทั้งทางโทรศัพท์และทางไลน์แอฟพลิเคชั่น และยังได้รับการฝึกฝนจนชำนาญ อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก็เป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีความสนใจและตั้งใจที่จะเรียนรู้ในการดูแลตนเอง

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหลังการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 70.60$, $SD = 5.08$) สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของนิภา อัยยสานนท์²⁰ ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร และการศึกษาของ ศัทธิตยา อุกติ และณัฐนิช จันทจิระโกวิท²¹ ที่ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ทั้งที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการ การรักษาที่ซับซ้อนยาวนาน และต้องการการดูแลจากครอบครัวมาก

ขึ้นเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ต้องมาพบบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.33) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) 40 – 60 ปี ร้อยละ 70 ($X = 47.33$, $SD = 3.76$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต แสดงว่าอายุยิ่งน้อยคุณภาพชีวิตยิ่งดี²² หรือในทางกลับกัน ยิ่งมากคุณภาพชีวิตยิ่งลดลง อีกทั้งสภาวะความเจ็บป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการจัดการของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง ทำให้ขัดขวางการทำงานตามปกติและสภาพร่างกายอ่อนแอลง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้ดูแลมากขึ้น จึงมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง²³

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ไม่มีอาชีพ และระยะเวลาที่ป่วยมานาน 5-10 ปี (ร้อยละ 73.33) ทำให้สภาพร่างกายอ่อนล้า ไม่มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์เนื่องจากไม่ได้ออกไปทำงาน จึงทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมไม่ดีอย่างไรก็ตาม ในระยะของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้มีโอกาสเข้ากลุ่มได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้มีสัมพันธภาพทางสังคมมากขึ้น จึงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านนี้เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับการเตรียมความพร้อมจะเพิ่มขึ้นจาก 70.60 คะแนนเป็น 80.60 คะแนน (ตาราง 2) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากสถานภาพสมรสคู่เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับสนับสนุนทาง

สังคม คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิด ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ นอกจากนี้ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ได้เพิ่มมาตรการออกเยี่ยมบ้านและให้การดูแลเอาใจใส่โดยเพิ่มการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่ายและชัดเจน เช่น การให้คำปรึกษาทางไลน์แอปพลิเคชัน รวมถึง วิดีโอคอล กรณีเกิดปัญหาในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ และผ่อนคลาย เมื่อได้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของกิติมา เศรษฐบุญสร้าง²⁴ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยการให้คำแนะนำผ่านสื่อคู่มือ พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมความรู้ เช่น จัดทำคู่มือเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. ควรจัดโครงการศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย ปรึกษาอย่างใกล้ชิดกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถพูดคุยถึงปัญหาและความต้องการ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและลดความเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. ถ้ามีการศึกษาในลักษณะนี้อีก ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. Sawasdiwom W. Textbook of peritoneal dialysis. Bangkok: Text and Journal Publication .2008.
2. อรทัย วันทา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
3. อุษณา ลูวีระ. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงพึ่งช่วยเหลือเกื้อกูล. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2542; 6(11); 27-30.
4. สมพร ชินโนรส และชุตินา ดีปัญญา. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2556.
5. Beare PG, Myers JL. Principles and practice of adult health nursing. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1994.
6. อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. ใน: ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. Update on CKD prevention: Strategies and practical point. พิมพ์ครั้งที่3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550. หน้า 43-56
7. ณัฐวุฒิ ไทวนำชัย, พิสุทธิ กตเวที, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. Overview of renal replacement therapy. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ) Textbook of peritoneal dialysis (หน้า 1-18). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2551.
8. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559; 4(4) : 485-503.
9. นลิตา เหลาแหลม, พรหมินทร์ ไกรยสินธ์, วชิรียา ปาละกุล, อภริดา ฉิมพาลี, กัตติกา หาลือ, วีระพล จันทร์ดีเยี่ยม. ประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไตและล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลพะเยา. วารสารนเรศวรพะเยา. 2557; 7(2) : 172-177.
10. Sayin A, Mutluy R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritonealdialysis, and transplantation patients. Transplantation proceedings 2007; 39: 3047-53
11. Orem, Dorothea E. Nursing Concepts of Practice. 6th. Mosby, 2001.
12. Artiwitchayanon A, Keeratiyutawong P, Duangpaeng S, Predictors of self-management in patients with chronic kidney disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University; 2015.
13. สุรีย์ จันทร์โมลีและคณะ, 2528. เปรียบเทียบการให้สุขศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและการให้สุขศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเด็กผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสุขศึกษา 8 (กรกฎาคม – กันยายน, 2528) 42-51
14. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครพนม. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี 2560.
15. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนครพนม. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี 2561.
16. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI): <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>

17. Orem DE. Nursing : concepts of practice. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Year Book; 1995.
18. เอมิกา กลยณี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, และอารีย์วรรณ อ่อมธานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1). 128-140.
19. สกุนา บุศนรากร. (2551). การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย (pp. 205-246).
สงขลา: เทมการพิมพ์.
20. นิภา อัยยสานนท์. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). 2560 นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก http://www.thapra.lib.su.ac.th/theses/showtheses_th.asp?id=0000003590.
21. ศัทธิตยา อุดคติ, และณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง.
สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3), 171-177.
22. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.
23. Russo, G. E., et al. (2010). Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. Giornale Italiano Di Nefrologia, 27(3), 290-295.
24. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสาร การพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(4), 485-503.

ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

ติยาภรณ์ เจริญรัตน์ พย.บ.

โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนมต่อความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม ในระหว่างเดือนตุลาคม 2560-กันยายน 2561 จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก การสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การฝึกปฏิบัติ การแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .78 และ .92 ตามลำดับ และแบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที และสถิติทดสอบฟิชเชอร์

ผลการศึกษา : 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
3) กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อสรุป : รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกนี้มีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

Effect of self-care promotion model in patients with cataract surgery Nakhonphanom Hospital

Tiyaporn chareonrat B.N.S.

Nakhonphanom Hosital Nakhonphanom province, 48000

Abstract

Objective : This study aimed to investigate the effect of self-care promotion model in patients with cataract surgery on knowledge, practice and complication.

Material and Methods : This study was quasi-experimental research. The subjects included 60 patients with cataract surgery who admitted in Ear-Eye-Throat-Norse ward Nakhonphanom Hospital during October 2017 and September 2018. The experimental group received nursing follow the self-case promotion model and the control group received usual nursing. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test and fisher's exact test.

Results : the results of the study revealed that

1. The mean score of knowledge of intervention group was significantly higher than control group ($p<0.05$)
2. the mean score of practice of intervention group was significantly higher than control group ($p<0.01$)
3. complication in intervention group was significantly less than control group ($p<0.05$)

Conclusion : self-care promotion model would gain more knowledge and practice in patients with cataract surgery. The nurses could enhance good relationships with patients and families as well as increasing the quality of nursing care.

Key words : *self-care promotion model, patients with cataract surgery*

บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) เป็นโรคทางจักษุที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาสั้นร้ายแรงทั่วโลก^{1,2} จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีประชากรตาบอด 39 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (ร้อยละ 90) และหากไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไข คาดว่าประชากรตาบอดจะเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020³ จากปัญหาดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “The right to sight by the year 2020” ซึ่งหมายความว่า ค.ศ. 2020 ทุกคนควรมีสื่อเข้าถึงบริการทางจักษุวิทยา เพื่อให้สามารถมองเห็นได้และไม่ควรตาบอดจากโรคที่ป้องกันและรักษาได้⁴ ทั้งนี้เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนักและเร่งแก้ปัญหา

สำหรับประเทศไทย โรคต้อกระจกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ จากผลการวิจัยพบประชากรตาบอดถึงร้อยละ 0.59 ในจำนวนนี้ร้อยละ 51.89 เกิดจากโรคต้อกระจก และจากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า มีประชากรเป็นต้อกระจกถึง 4.3 ล้านคน และหากไม่มีการเร่งรัดจัดบริการผ่าตัดจะมีคนตาบอดจากโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้นถึง 42,840 ราย เป็นไปตามอัตราจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นตามประชากร⁵ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขพยายามที่จะเร่งรัดจัดให้มีการผ่าตัดตาเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามองเห็นได้ ตามวิสัยทัศน์ขององค์การอนามัยโลกที่จะลดภาวะตาบอดในประชากรให้น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2563⁴

การผ่าตัดต้อกระจก คือ การเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ ซึ่งได้ผลดีถึงร้อยละ 99.46 ซึ่งในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้การผ่าตัดเกิดแผลเพียงเล็กน้อย หลังจากการใส่เลนส์เทียมเข้าแทนที่ ส่งผลให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็ว แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดจะมีประสิทธิผล จำเป็นจะต้องมีการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วย

ไม่ได้รับการเตรียมก่อนการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกในลูกตา แผลแยก แก้วตาเทียมเลื่อนและการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรืออาจเกิดปัญหารุนแรงทำให้สูญเสียการมองเห็นหรือสูญเสียดวงตา ซึ่งจะมีผลต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย⁵ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลนครพนม แผนก หู ตา คอ จมูก จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2559-2560 พบสถิติผู้ป่วยต้อกระจกเข้ารับการรักษาผ่าตัดต้อกระจกในหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก เพื่อรับการผ่าตัดจำนวน 1,251 และ 1,344 คน ตามลำดับ⁷ และพบผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจาก การติดเชื้อ (Endophthalmitis) จำนวน 2 คน และ 1 คน ตามลำดับ จากการติดตามสอบถามผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในวันที่มาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเช็ดตาและหยอดตา การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัดตา และการใช้ฝากรอบตา ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีมากกว่าร้อยละ 80 ได้มีการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การให้คู่มือปฏิบัติและการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองมีความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)⁸

จากความสำคัญดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก จึงได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ความ

รู้ว่ามีแบบแผนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การฝึกปฏิบัติ การจัดทำคู่มือ การดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเมื่อนำไปใช้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีความพึงพอใจในบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โดย

1. เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด



วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระดูก
2. พูด ฟัง อ่านภาษาไทยเข้าใจและสามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้

3. มีโทรศัพท์ใช้ในการติดต่อสื่อสาร

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 15 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการผ่าตัด การฝึกทักษะเรื่องวิธีการเช็ดตา การหยอดตา การป้ายตาและครอบตา การให้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกนำไปใช้ที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ภายหลังจากจำหน่าย 3 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกจักษุ 2 ท่าน ในด้านความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหาของรูปแบบ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วิชาการ โดยมุ่งเน้นวัดความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ในการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และ

ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนความรู้โดยใช้หลักอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986)⁹ วิเคราะห์โดยคิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน < ร้อยละ 60 (< 11 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ

คะแนน ร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน > ร้อยละ 80 (> 16 คะแนน)

ความรู้ระดับสูง

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราลิกิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำได้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติน้อย ได้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

การแปลผลระดับคะแนน โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนนของบลูม (Bloom, 1986) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-1.00 คะแนน

มีการปฏิบัติดูแลตนเองในระดับต่ำ

คะแนน 1.01-2.00 คะแนน

มีการปฏิบัติดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 2.01-3.00 คะแนน

มีการปฏิบัติดูแลตนเองในระดับสูง

2.3 แบบบันทึกข้อมูลเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นการบันทึกเกี่ยวกับสาเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้

ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และ 1 ตามลำดับ นำแบบทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีทักษะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น แบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร K-R 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 แบบสอบถามการปฏิบัติ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (t-test) ได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normality test) พบว่ามีการกระจายแบบปกติ (Normal Distribution)

3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.36/2560 ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ

และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ > 60 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.33 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.67 และสิทธิในการรักษา พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.33 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง > 60 ปี ร้อยละ 56.60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาเท่ากัน ร้อยละ 36.67 และสิทธิในการรักษา

ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.67

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ก่อนการสอนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=13.35, SD=2.43$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}=13.04, SD=2.54$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พบว่าคะแนนความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.067$)

หลังการสอน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับสูง ($\bar{X}=18.89, SD=1.68$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับสูง ($\bar{X}=15.06, SD=2.56$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ก่อนการสอน	13.35	2.43	13.04	2.54	1.46	0.067
หลังการสอน	18.89	1.68	15.06	2.56	6.12	0.020*

* $p<0.05$

2. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเท่ากับ 19.25 (SD=1.17) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเท่ากับ 16.78 (SD=1.49) เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติตัวโดยรวมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการปฏิบัติ		t	p-value
	\bar{x}	SD		
กลุ่มทดลอง (n=30)	19.25	1.17	7.254	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=30)	16.78	1.49		

*p<0.01

3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่ม มารักษาซ้ำ จำนวน 3 คน ด้วยภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อ ตดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่พบการเกิดภาวะ (Endophthalmitis) 1 ราย และเลนส์เทียมเลื่อน จำนวน แทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมพบการกลับ 2 ราย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	การเกิดภาวะแทรกซ้อน		p-value
	เกิด	ไม่เกิด	
กลุ่มทดลอง (n=30)	0(0.0)	30(100.0)	<.001*
กลุ่มควบคุม (n=30)	3(10.00)	27(90.00)	

*p<0.01

อภิปรายผล

1. ความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า กลุ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกและได้รับการพยาบาล ตามรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเอง (กลุ่มทดลอง) และกลุ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังการ สอนพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เรื่องโรคต่อกระจก การปฏิบัติตัวทั้งก่อนการผ่าตัด

ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดจากพยาบาล โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นการสอนที่ได้รับการวางแผนและมีการเตรียม ล่วงหน้า โดยผู้วิจัยได้ใส่เนื้อหาไว้อย่างครบถ้วน เรียบเรียง เนื้อหาตามลำดับก่อนหลัง เพื่อให้เข้าใจง่ายและเป็นการ ต่อเนื่อง นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์ยังเป็นอุปกรณ์การสอนที่ดี สามารถให้ภาพและเสียงได้ในเวลาเดียวกัน จากการวิจัย พบว่า มนุษย์รับรู้ทางประสาทสัมผัสการมองเห็นด้วยตา ร้อยละ 75 การได้ยิน ได้รับฟังด้วยหูร้อยละ 13 จึงทำให้ คนเราใช้ประสาทสัมผัสรับรู้ผ่านทางหูและตา มากที่สุดถึง

ร้อยละ 88 จึงเป็นข้อยืนยันได้ว่า การให้ผู้เรียนได้ยืน ได้ฟัง ได้เห็นจริงพร้อม ๆ กัน สามารถรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด การจัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ จึงเป็นสิ่งแรกที่ผ่านประสาทสัมผัสที่มนุษย์เรียนรู้ได้ดี ดึงดูดความสนใจของผู้เรียน จึงส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระดูก ยังมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก สาธิตและฝึกปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและครอบตา ให้คู่มือปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกภายหลังได้รับการพยาบาล รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเอง มีความรู้ในการดูแลตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาหลายที่^{8,10,11} ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกนี้ได้นำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับความรู้ ด้วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถให้การดูแลและกระตุ้นการปฏิบัติในผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังได้ให้คู่มือในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งคู่มือนี้จะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้ป่วยสามารถเปิดอ่านได้ตลอดเมื่อเกิดปัญหาหรือหลงลืม และยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินอาการ ภาวะแทรกซ้อน และตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ด้วยด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังกลับไปบ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ รอดเชื้อ^๑ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และการ

ปฏิบัติของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$)

3. การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติการดูแลตนเองหลังปฏิบัติได้ดี โดยมีญาติให้การดูแลและสนับสนุนในการปฏิบัติตัว

เอกสารอ้างอิง

1. Rao GN, Khanna R, Payal A. The global burden of cataract. *Curr Opin Ophthalmol*. 2011; 22(1): 4-9.
2. Bollinger KE, Langston RH. What can patients expect from cataract surgery? *Cleve Clin J Med*. 2008; 75(3): 199-200.
3. Arphawan Sopontammarak. เร่งผ่าตัดต้อกระจกผู้ป่วยในพื้นที่จำกัด. (อินเทอร์เน็ต) [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2560]. Available from URL เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/25941>.
4. World Health Organization. Global Initiative or the elimination of avoidable blindness. Vision 2020, the right to sight. WHO/PBL/1997(97.61 Rev. 2).
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .โรคต้อกระจก. (อินเทอร์เน็ต) (สืบค้นวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561). เข้าถึงได้จาก: <http://www.isaranews.org>.
6. จิตาวรรณ ไชยมณี. เปรียบเทียบคุณภาพผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช, 2551 (อินเทอร์เน็ต) (สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561). เข้าถึงได้จาก <http://www.dric.nrct.go.th>
7. สถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลนครพนม. สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2559-2560. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารอัดสำเนา).
8. อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลราชวิถี. *Journal of Health and Nursing research Journal of Boromarajonani of nursing, Bangkok*: 2012; 28(2): 1-12.
9. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction promgram. Univercity of California at Los Angeles. Vol 2; 1986: 47-62.
10. อมรรภรณ์ ลากชูรัตน์. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ออนไลน์). [สืบค้นวันที่ 3 มีนาคม 2562] เข้าถึงได้จาก : <http://www.srth.moph.go.th>.
11. ยุวดี ขาดีไทย, นภาพร วาณิชกุล & สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ. ผลของการให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 2559; 36(2): 159-170.

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของประชาชน ในจังหวัดนครพนม

นายदनัย เนวะมาตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ในจังหวัดนครพนม จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test F test ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่แบบ LSD และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน

ผลการศึกษา : พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก ด้านความรู้ความเข้าใจด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ด้านสุขภาพพบว่า เพศ อายุ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน ผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน ส่วนอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อสรุป : ระดับความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสม และยั่งยืน

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม ไข้เลือดออก

Health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors of The Population in Nakhon Phanom Province.

Danai Nawamat Public Health Technical Officer Professional Level

Nakhon Phanom Provincial Public Health Office Nakhonphanom province, 48000

Abstract

Objective : This study were aiming to examine the level of health literacy, dengue hemorrhagic fever prevention and control Behaviors, compare the difference between personal factors and personnel health literacy, compare the difference between personal factors and dengue hemorrhagic fever prevention and control Behaviors and the relationship between health literacy and Dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors of the population in Nakhon Phanom province.

Material and Methods : The study design is Survey Research. Samples in this study are 400 people aged between 20 – 60 in Nakhon Phanom province. Questionnaire was used as a research instrument. The statistics used in this study were percentage, mean, standard deviation, Independent Samples t-test, F-test, LSD technique and Pearson’s product Moment Correlation Coefficient.

Results : The findings in this study revealed that health literacy about Dengue hemorrhagic fever prevention and control in term of knowledge and understanding, Accessing information and media literacy about Dengue hemorrhagic fever prevention and control were at a good level. In term of communication skills, decision making skill and self – management about Dengue hemorrhagic fever prevention and control were at a moderate level. Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors were at a moderate level. Regarding to the personnel factors effected to the health literacy, all of personnel factors were not the cause of the difference. Regarding to the personnel factors effected to the Prevention and Control Behaviors, sex, age, education level, and income were not the cause of the difference. Meanwhile occupation differed in their behaviors in statistically significance level at the 0.05. Health literacy had positive relationship with dengue hemorrhagic fever prevention and control Behaviors at a 0.05 statistical significant level.

Conclusion : Health literacy is related to Dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors of people. Therefore, the development of health literacy will effect to appropriate and sustainable dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors.

Keyword : *health literacy, behaviors, Dengue hemorrhagic fever*

ความสำคัญ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ.2561 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สะสมรวม 151 ราย อัตราป่วย 21.05 ต่อประชากรแสน มีผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 โดยพบว่า อัตราป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายน รองลงมาได้แก่ เดือน พฤษภาคม กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 5 – 9 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10- 14 ปี และ กลุ่มอายุ 15 – 19 ปี อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คืออำเภอ โพนสวรรค์ อัตราป่วยเท่ากับ 59.02 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอวังยาง อัตราป่วยเท่ากับ 38.94 ต่อ ประชากรแสนคน อำเภอนาแก อัตราป่วยเท่ากับ 28.67 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอปลาปาก อัตราป่วยเท่ากับ 21.94 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

การควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันที่ได้ผล คือการควบคุมยุงพาหะนำโรคให้ลดลง ทำได้โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์การกำจัดยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำ ซึ่งมีหลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีที่เป็นที่นิยมใช้มากคือการใช้สารเคมี เนื่องจากเห็นผลอย่างรวดเร็วแต่จากการใช้อย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการต้านทานต่อสารเคมี โดยเฉพาะยุงที่มีนิสัยหากินและเกาะพักในบ้าน เช่น ยุงลายบ้านในประเทศไทยมีการต้านทานต่อเพอร์มีทรินกระจายทั่วภูมิภาคของประเทศไทย และมีแนวโน้มต้านทานต่อสารเคมีอีกหลายชนิด เช่น เฟนิโตรไธออน เดลต้ามีทริน ไซฟลูทริน ฯลฯ เป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบจากการใช้สารเคมีปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและตระหนักกันดีว่าการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านต้านทานต่อสารเคมีแล้ว ยังเกิดปัญหาการตกค้างของสารเคมีในสภาพแวดล้อม สัตว์และอาหาร นอกจากนั้นยังอาจมีผลต่อการเป็นโรคผิวหนัง โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมยุงพาหะนำโรค จำเป็นต้องอาศัยการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนเช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านการเกษตรและสิ่งแวดล้อม และประชาชนในท้องถิ่นร่วมคิด ร่วมทำ การใช้ทรัพยากรในการควบคุมยุงพาหะนำโรคที่มีอยู่อย่างเหมาะสม อาจเป็นเครื่องมือ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเห็นผลการปฏิบัติด้วยตนเอง ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมยุงพาหะนำโรคและการใช้ สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค จากประสบการณ์อดีตที่ผ่านมาปรากฏว่า การควบคุมโรคไข้เลือดออกจะถูกมองว่า เป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ประชาชนจะคิดว่า รัฐต้องมาจัดการทั้งหมดคว้นมายุงให้หมดจากชุมชน รัฐต้องเอาทรายที่มีฟอสมาใส่โอ่งน้ำใช้แต่ละหลังคาเรือน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะครั้งคราวและแบบชั่วคราว ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดโรคได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง หรือบางพื้นที่อาจได้ผลเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งสั้นๆ เท่านั้น เพราะปัญหาโรคไข้เลือดออกเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งตัวพฤติกรรมของคน สิ่งแวดล้อมที่มีการเก็บกักน้ำตมและน้ำใช้ รวมทั้งตัวยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกที่มีนิสัยชอบอาศัยอยู่ร่วมกับมนุษย์ จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งด้านการเจ็บป่วยซึ่งประชาชนทุกคนมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออกด้วยกันทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยอายุ 10-24 ปี รวมทั้งการเสียชีวิต ถ้ามีอาการรุนแรง หากได้รับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้อง หรือได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง

อาการที่จะจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออก จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมองเห็นภาพชะง่อนที่มีน้ำขัง มีลูกน้ำ และยุง เป็นปัญหาโรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาของทุกคน ของชุมชนตนเอง ทุกคนต้องมีส่วนร่วมกันแก้ไขจัดการ ไม่ใช่ปัญหาของบ้านใคร บ้านหนึ่งดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ กระบวนการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนา ร่วมคิด ริเริ่ม พิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ และความชำนาญร่วมกับวิทยาการที่

เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงาน ร่วมคิด ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง และผลสำเร็จของชุมชน ประชาชนเองด้วยลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งกองสุศึกษา ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์

ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้ง สามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2554)¹ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย และพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว การจัดการทางสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนได้

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ(Survey Research) ประชากรที่ศึกษาคือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ในจังหวัดนครพนม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุม ไข้เลือดออกและ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test F test ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยจับคู่แบบ LSD (Least Significant Difference) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุม ไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน

(Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุม ไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ในด้านความรู้ความ เข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันและ ควบคุมโรค ไข้เลือดออก และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก ส่วนด้านอื่นๆ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปาน กลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ระดับดี (8.77 – 10)	174	43.5
ระดับปานกลาง (7.72 – 8.76)	145	36.3
ระดับไม่ดี (0.00 – 7.71)	81	20.2
ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ระดับดี (4.19 – 5.00)	147	36.8
ระดับปานกลาง (3.74 – 4.18)	129	32.2
ระดับไม่ดี (3.73 – 1.00)	124	31.0
ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ระดับดี (3.97 – 5.00)	115	28.8
ระดับปานกลาง (3.30 – 3.96)	179	44.8
ระดับไม่ดี (3.29 – 1.00)	106	26.5
ด้านการตัดสินใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ระดับดี (4.13 – 5.00)	114	28.5
ระดับปานกลาง (3.64 – 4.12)	150	37.5
ระดับไม่ดี (3.63 – 1.00)	136	34.0
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก		
ระดับดี (4.06 – 5.00)	124	31.0
ระดับปานกลาง (3.71 – 4.05)	174	43.5
ระดับไม่ดี (1.00 – 3.70)	102	25.5
ด้านความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ระดับดี (4.23 – 5.00)	173	43.3
ระดับปานกลาง (3.74 – 4.22)	88	22.0
ระดับไม่ดี (1.00 – 3.73)	139	34.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก

ระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี(4.25 – 5.00)	117	29.3
ระดับปานกลาง(3.78 – 4.24)	179	44.8
ระดับไม่ดี(1.00 – 3.77)	104	26.0

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เพศที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน

ความรู้ด้านสุขภาพ	เพศ				t	sig
	ชาย (n= 183)		หญิง (n= 217)			
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
รวมทุกด้าน	27.69	2.34	27.71	2.36	-0.071	0.944

* ความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4 อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	10.992	3	3.664	.663	.575
ภายในกลุ่ม	2189.813	396	5.530		
รวม	2200.804	399			
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	19.826	3	6.609	1.200	.310
ภายในกลุ่ม	2180.978	396	5.508		
รวม	2200.804	399			

ตารางที่ 4 อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน (ต่อ)

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
อาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	21.634	5	4.327	.782	.563
ภายในกลุ่ม	2179.170	394	5.531		
รวม	2200.804	399			
รายได้					
ระหว่างกลุ่ม	12.842	4	3.211	.580	.678
ภายในกลุ่ม	2187.962	395	5.539		
รวม	2200.804	399			

* ความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 เพศที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมการป้องกันควบคุม ไข้เลือดออก	เพศ		t	sig		
	ชาย (n= 183)				หญิง (n= 217)	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
รวมทุกด้าน	4.01	0.47	4.02	0.45	-0.229	0.819

* ความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 6 อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	.537	3	.179	.827	.479
ภายในกลุ่ม	85.621	396	.216		
รวม	86.158	399			
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	.248	3	.083	.381	.767
ภายในกลุ่ม	85.910	396	.217		
รวม	86.158	399			
อาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	25.236	5	5.047	32.641	.000*
ภายในกลุ่ม	60.922	394	.155		
รวม	86.158	399			
รายได้					
ระหว่างกลุ่ม	1.167	4	.292	1.356	.249
ภายในกลุ่ม	84.991	395	.215		
รวม	86.158	399			

* ความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .567 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมกับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครพนม

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p - value
ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	.567	.000*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปราย

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครพนม ในครั้งนี้พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการตัดสินใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก และอยู่ในระดับดี ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจังหวัดนครพนมมีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาหลายปี โดยมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรค การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานทางการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออก การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลลูกน้ำยุงลาย ในบ้านเรือนของตนเอง และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในบริเวณบ้านและที่สาธารณะในชุมชน เพื่อไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคไข้เลือดออก ประกอบกับในยุคปัจจุบัน ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ หรือโซเชียลมีเดียได้ง่าย จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไข้เลือดออกค่อนข้างดี

ด้านพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมส่วนใหญ่ที่ทำจะเป็นเรื่องการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และกำจัดลูกน้ำยุงลาย แต่จะละเลยเรื่องการป้องกันยุงกัดหรือป้องกันเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ทั้งนี้เป็นผลมาจากระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปาน

กลางเช่นกัน สอดคล้องกับดอน นัทบีม (Nutbeam D.,2000)² ที่ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcome) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำราญ (2546)³ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็ง กับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ด้านผลการทดสอบสมมุติฐาน พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน และปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ส่วนอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกสูงกว่าทุกอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกัน จะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคติและประสบการณ์ต่างกัน กลวิธีการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในปัจจุบัน ได้เน้นวิธีการควบคุมลูกน้ำยุงลายด้วยการดูแลบ้านเรือนตนเอง ตลอดจนจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากยุงลาย การปิดภาชนะโดยการกักเก็บน้ำเต็มแล้วใช้ฝาโองที่มิดชิดปิดทับ การชดล้างภาชนะ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

การทางมั่งเวลานอน จุดยากันยุงหรือทายากันยุง ซึ่ง บทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลสิ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่ของแม่บ้าน โดยตรง นอกจากนี้ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และ สังคม อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อิทธิพลของครอบครัวและเพื่อน ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรค ใช้เลือดออกในชุมชนขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nemcek (1990)⁴ ที่พบว่า อาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านสุขภาพ ผลการศึกษาของกฤตย์ตีวัฒน์และคณะ (2554)⁵ ที่ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลชะอ้ง จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า การมีมนุษย์สัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงานให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อให้กลุ่มเครือข่ายสามารถนำพลังความสามารถที่มีในตัวตนมาใช้สื่อสารด้านการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมควบคุมป้องกันไข้เลือดออก พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมป้องกันไข้เลือดออก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้ประชาชนเกิดการพัฒนา ชีตความสามารถระดับบุคคลในการที่จะรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเอง ร่วมกับผู้อื่น และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้ง กำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกา (Healthy People, 2010)⁶ ที่สรุปไว้ว่า การไม่รอบรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม

สอดคล้องกับผลการศึกษาของซัน และคณะ(Sun et al.,2013)⁷ ที่พบว่า ความรู้มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพของบุคคลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อสถานะทางสุขภาพ ผลการศึกษาของซุซาและคณะ (Souza et al., 2014)⁸ ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีระดับคะแนนการประเมินความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

สรุป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมควบคุมป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น กระบวนการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกที่จะประสบผลสำเร็จได้นั้น นอกจากจะใช้การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน การให้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ตลอดจนการใช้ทรัพยากรในการควบคุมยุงพาหะนำโรคที่มีอยู่อย่างเหมาะสมแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสม และยังยืนต่อไป

คำขอขอบคุณ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ให้คำแนะนำ ให้ความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูล และแก้ไขข้อบกพร่องของการศึกษา ซึ่งส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ครบถ้วนสมบูรณ์ และประสบผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา. รายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2554.
2. Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for Contemporary health education and communication strategies into health 21st century. [Internet] 2000. Available Source: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.abstract>, September 9, 2013.
3. สำราญ สิริภคมงคล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่มีความเข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอของจังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.
4. Nemcek, M.A. Health beliefs and preventive behavior: a review of research literature. AAOHN Journal. 1990;6(2): 27.
5. กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร. [วิทยานิพนธ์ วท.ด. (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
6. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. US Department of Health and Human Services, Washington DC; 2000.
7. Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., Xie, R. and Chang, C. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory disease: a pathway model. BMC Public Health. 2013; 1: 261.
8. Souza, J. G., Apolinario, D., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., & Jacob-Filho, W. Functional health literacy and glycemic control in older adults with type 2 diabetes: A Cross sectional study. BMJ Open 2014; 4(2): e004180.

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

พรชนก กุลยะ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 143 คน ในระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2563 โดยใช้แบบสำรวจความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER) ของศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 17.0 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ Independent t-test, One-way ANOVA และหาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและความผูกพันต่อองค์กรโดยใช้ Multiple linear regression นอกจากนี้ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency) เพื่อหาระดับความสัมพันธ์ของความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร

ผลการศึกษา : การศึกษาพบว่า มีบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 140 คน (ร้อยละ 98) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 65.0) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 48 คน (ร้อยละ 34.3) การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 95 คน (ร้อยละ 67.9) ปฏิบัติงานมา 3-5 ปี จำนวน 26 คน (ร้อยละ 18.6) ดัชนีความสุข 10 มิติ (Happinometer) ด้านการงานดี (Happy Work Life, $r = 0.665$) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($p < 0.001$) คือ ความสุขด้านสังคมดี (Happy Society, $r = 0.423$), ความสุขด้านน้ำใจดี (Happy Heart, $r = 0.335$), ความสุขด้านสมดุลชีวิตกับงาน (Happy Work Life Balance, $r = 0.334$), ความสุขด้านไฟรู้ดี (Happy Brain, $r = 0.312$), ความสุขด้านสุขภาพกายดี (Happy Body, $r = 0.289$) และความสุขด้านการผ่อนคลายดี (Happy relax, $r = 0.268$) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน คือ ระดับตำแหน่งในการทำงาน ($p = 0.006$) และปัจจัยมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม คือ เพศ ($p = 0.009$) ระยะเวลาการทำงาน ($p = 0.039$) และการจบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($p < 0.001$) ตามลำดับ

ข้อสรุป : ดังนั้นบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมมีความสุขในการทำงานและมีความผูกพันต่อองค์กรมาก หากมีการงานดี (Happy Work Life) จะมีความผูกพันต่อองค์กรสูง และการมีตำแหน่งงานที่มั่นคงจะส่งผลให้มีความสุขในการทำงาน สำหรับปัจจัยเรื่องเพศ ระยะเวลาการทำงานและการจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจะบ่งชี้ถึงความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรให้ทำงานอย่างมีความสุข มีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุการเป็น “องค์กรแห่งความสุข” ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ความสุข, ความผูกพันต่อองค์กร, องค์กรแห่งความสุข, เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล

Factors Associated with Happy Working and Happy Engagement among Officers in Nakhon Phanom Public Health Office

Pornchanok Kulaya, Human Resource Officer, Professional Level

Department of Human resource, Nakhon-Phanom Public Health Office Nakhonphanom province, 48000

Abstract

Objectives : This cross-sectional study aimed to identify factors associated with Happy Working and Happy Engagement among 143 Public Health of Officers in Nakhon Phanom Public Health Office during January- February 2020 by using the HAPPINOMETER questionnaire of Thailand Center for Happy Worker, Mahidol University.

Materials and methods : Data were analyzed using the SPSS program version 17.0. Descriptive statistics analysis were including percentage, mean, and standard deviation. Besides, inferential statistics were using to identify factors associated with Happy Working and Happy Engagement; Independent t-test, One-way ANOVA and multiple linear regression and using the Pearson's correlation coefficient for identifying the level of the association of Happy Working and happy Engagement

Results : There were 140/143 (98%) of public health officers of Nakhon Phanom Public Health Office participated in this study; mostly were female for 91 persons (65.0%), aged > 50 years old 48 persons (34.3%), the education level was frequently found bachelor degree for 95 persons (67.9%) and has been working for 3-5 years for 26 persons (18.6%). The Happy Work Life was associated with Happy Engagement in high level ($r= 0.665$, $p< 0.001$) whereas the other Happinometers such as Happy Society ($r= 0.423$), Happy Heart ($r= 0.335$), Happy Work Life Balance ($r= 0.334$), Happy Brain ($r= 0.312$), Happy Body ($r=0.289$) and Happy relax, $r= 0.268$ were associated with Happy Engagement in moderate level ($p< 0.00$). Factors associated with Happy Working was working position ($p= 0.006$) and factors associated with Happy Engagement were gender ($p = 0.009$) Duration of work ($p = 0.039$) and Education level of bachelor degree or higher ($p< 0.001$), respectively

Conclusion : Nakhon Phanom Public Health officers were working happily with Happy Work Life that cause of high affects to the happy engagement. A consistency job would affect to the happiness of working. Gender, Duration of work, and education level of bachelor degree or higher indicates to the happy engagement that would be efficiency factor to the personnel development plan for the goal of "Organization of Happiness"

Key words : Factors associated, Happiness, Happy Engagement, Fluids, Happy Work Place, Happinometer

ความสำคัญ

“ความสุขคนทำงาน” และ “องค์กรแห่งความสุข” เป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนา “คุณภาพทรัพยากรบุคคล” ที่เป็นหัวใจในการขับเคลื่อนประเทศให้เจริญก้าวหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ ความสุขในการทำงานของคนในองค์กร ไม่ได้หมายถึงรายได้เพียงอย่างเดียวแต่ต้องมี “คุณภาพชีวิตการทำงาน” ซึ่งหมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อม โดยเน้นมิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์^{1,2,3} จากสภาพการแข่งขันที่สูงขึ้นทำให้องค์กรต่างๆ พยายามที่จะสรรหาวิธีการบริหารจัดการที่จะช่วยเพิ่มทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้กับองค์กร⁴ สำหรับในประเทศไทยนั้น แนวคิดดังกล่าวเริ่มเป็นที่ยอมรับขององค์กรต่างๆ แต่จำกัดเฉพาะในส่วนของภาคเอกชนเท่านั้น ในขณะที่องค์กรภาครัฐนั้นยังขาดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังแม้ว่าจะมีการประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ที่ต้องการจะสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข⁵

การพัฒนาตัวชี้วัดดัชนีความสุข (Happinometer) นั้น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2551 โดยเริ่มสร้างตัวชี้วัดความสุขของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรม ต่อมาในปี 2553 ได้สร้างตัวชี้วัดความสุขของข้าราชการพลเรือน และได้พัฒนาเป็น “แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง : Self-assessment” พร้อมโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ระดับความสุข และได้เครื่องมือ Happinometer เพื่อวัดคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานด้วยตนเอง⁶ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ความเป็นเลิศ 4 ด้าน โดยหนึ่งในนั้น คือ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระยะ 20 ปี ซึ่งใน 5 ปีแรก เน้นการปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายให้กำลัง

คนด้านสุขภาพ เป็นคนดี มีคุณค่า และมีความสุขในการทำงาน และร่วมมือกับสถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อใช้เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (Happy Public Organization Index) ในการวิเคราะห์วางแผน และดำเนินการ สร้างสุขให้แก่บุคลากรในด้านต่างๆ และดำเนินจัดกิจกรรมเพื่อองค์กรแห่งความสุข^{7,8,9}

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการนำไปกำหนดนโยบายและวิธีการที่จะช่วยเสริมสร้างความสุขในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร เพื่อสร้างองค์การต้นแบบ ของการสร้างสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)

รูปแบบการศึกษาและประชากรศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยเลือกทำการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในบุคคลกรของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกราย (Study population) จำนวน 143 คน ในระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสำรวจความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER) ของศูนย์วิจัยความสุขคนทำงาน แห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสำรวจดัชนีความสุขของการทำงาน 10 มิติ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร ข้อคำถามเป็นการสำรวจความถี่ในการปฏิบัติ แสดงความคิดเห็นโดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

การแปลผล

การแปลผลคะแนนความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีการแปลผลเป็น 5 ระดับ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละข้อมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักสถิติคือ ค่าพิสัย ซึ่งคะแนนสูงสุดรวมคือ 5 และคะแนนรวมต่ำสุดคือ 1 จะได้ช่วงอันตรภาคชั้นคือ 0.8

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80 ความเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด หรือไม่มีความสุขเลย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60 ความเห็นอยู่ในระดับน้อย หรือมีความสุขเล็กน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40 ความเห็นอยู่ในระดับปานกลาง หรือมีความสุขปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20 ความเห็นอยู่ในระดับมาก หรือมีความสุขมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00 ความเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด หรือมีความสุขมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจความสุขและความผูกพันในองค์กร (Happinometer) ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดส่งแบบสำรวจความสุขด้วยตนเองกับบุคลากรในกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมด้วยตนเอง โดยนัดหมายรับแบบสอบถามคืน พร้อมตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามจำนวนมากที่สุดจากกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความสุขและความผูกพันต่อองค์กร รายข้อ รายด้าน และโดยรวม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพการทำงานที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรโดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency) ในการหาระดับความสัมพันธ์ของความสุข

ในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 ค่าลบแสดงความสัมพันธ์ทางลบหรือทางตรงกันข้าม ค่าบวกแสดงความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางเดียวกัน

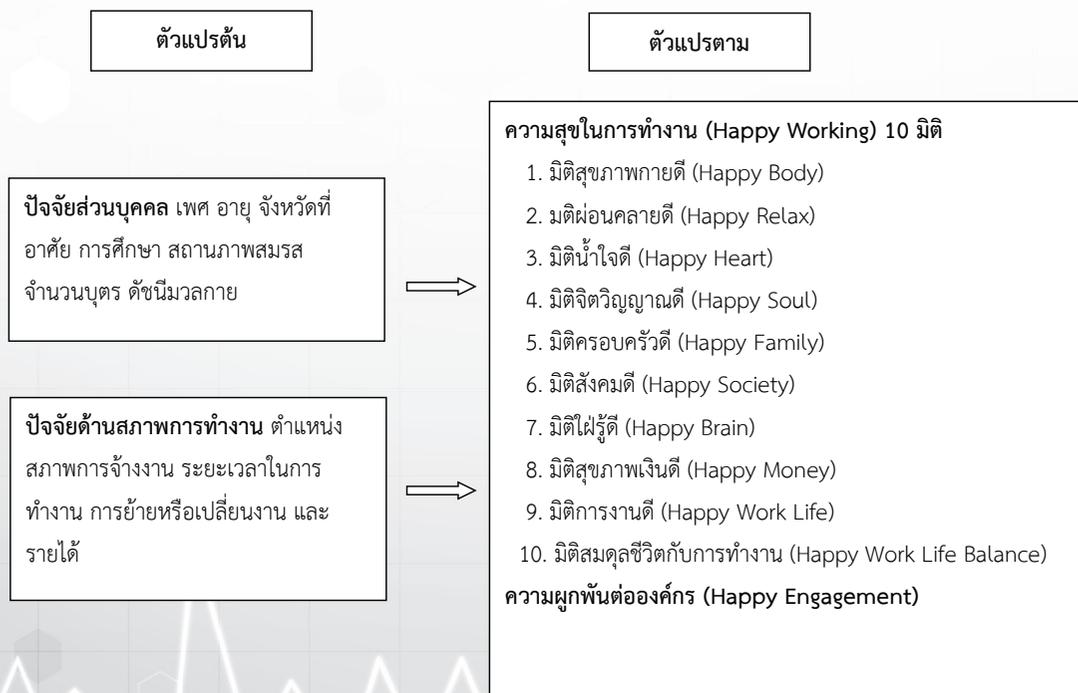
$r = .50$ ถึง 1.00 หรือ $r = -.50$ ถึง -1.00 แปลความได้ว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูง

$r = .30$ ถึง $.49$ หรือ $r = -.30$ ถึง $-.49$ แปลความได้ว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$r = .10$ ถึง $.29$ หรือ $r = -.10$ ถึง $-.29$ แปลความได้ว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4. วิเคราะห์หาปัจจัยเชิงทำนายที่มีผลต่อความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรโดยใช้สถิติ Multiple linear regression แบบ Stepwise โดยคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากข้อที่ 3 เข้าสู่โมเดลทีละตัว และคัดเลือกโมเดลทำนายที่ให้ค่าทำนาย (Adjusted R2) สูงที่สุด โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ดังนี้ รายละเอียดดังกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ตามแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย



4.1 ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ จังหวัดที่อาศัย การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ดัชนีมวลกาย และ ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ตำแหน่ง สภาพการจ้างงาน ระยะเวลาในการทำงาน การย้ายหรือเปลี่ยนงาน และรายได้

4.2 ตัวแปรตาม มี 2 ตัวแปร คือ ความสุขในการทำงาน (Happy Working) และความผูกพันต่อองค์กร (Happy Engagement)

การพิทักษ์สิทธิ์ประชากรศึกษา:

ผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัว ชี้แจงการดำเนินการวิจัย ให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบ รวมถึงเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยเพื่อความเข้าใจที่กระจ่างชัด โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยไม่เก็บข้อมูลที่จะบ่งชี้ถึงตัวบุคคล นอกจากนี้ในการนำเสนอข้อมูลนั้น ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในภาพรวม และนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา (Results)

จากการศึกษาพบว่า มีบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 140 คน และไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 คน โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 65.0) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 48 คน (ร้อยละ 34.3) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ จำนวน 85 คน (ร้อยละ 60.7) มีน้ำหนักเกิน จำนวน 40 คน (ร้อยละ 28.6) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 95 คน (ร้อยละ 67.9) รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 28 คน (ร้อยละ 20.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 71 คน (ร้อยละ 50.7) จำแนกเป็นข้าราชการ จำนวน 88 คน (ร้อยละ 62.9) และพนักงานราชการ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 15.7) ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 101 คน (ร้อยละ 72.1) ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขมาแล้ว 3-5 ปี จำนวน 26 คน (ร้อยละ 18.6) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 39 คน (ร้อยละ 27.9) รองลงมา คือ 40,001-50,000 บาท จำนวน 30 คน ตามลำดับ

ความสุขตามดัชนีความสุข 10 มิติ (Happinometer) บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พบมีความสุขในระดับมากในมิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) 3.80 คะแนน มีน้ำใจดี (Happy Heart)

3.77 คะแนน มีครอบครัวดี (Happy Family) 3.68 คะแนน มีสุขภาพกายดี (Happy Body) 3.59 คะแนน มีความใฝ่รู้ดี (Happy Brain) 3.54 คะแนน มีการงานดี (Happy Work Life) 3.53 คะแนน และมีสังคมดี (Happy Society) 3.47 คะแนน ตามลำดับ บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก (Mean = 3.70 คะแนน, S.D = 0.473 คะแนน) โดยเฉพาะการทุ่มเทการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร (Mean = 4.11 คะแนน, S.D = 0.519 คะแนน) และความภูมิใจที่ได้เป็นบุคลากรขององค์กร (Mean = 3.94 คะแนน, S.D = 0.519 คะแนน)

ดัชนีความสุข 10 มิติ (Happinometer) มีระดับความสัมพันธ์ต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมในระดับสูง ($p < 0.001$) คือ ความสุขด้านการงานดี (Happy Work Life, $r = 0.665$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($p < 0.001$) คือ ความสุขด้านสังคมดี (Happy Society, $r = 0.423$), ความสุขด้านน้ำใจดี (Happy Heart, $r = 0.335$), ความสุขด้านสมดุลชีวิตกับงาน (Happy Work Life Balance, $r = 0.334$), ความสุขด้านใฝ่รู้ดี (Happy Brain, $r = 0.312$), ความสุขด้านสุขภาพกายดี (Happy Body, $r = 0.289$) และความสุขด้านการผ่อนคลายดี (Happy relax, $r = 0.268$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความสัมพันธ์ของความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ความสุขต่อการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-Value
Happy Body	3.59	0.56	0.289***	< 0.001*
Happy Relax	3.23	0.51	0.268***	0.001*
Happy Heart	3.77	0.47	0.335***	< 0.001*
Happy Soul	3.80	0.51	0.167	0.25

ตารางที่ 1 แสดงระดับความสัมพันธ์ของความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ต่อ)

ความสุขต่อการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-Value
Happy Family	3.68	0.71	0.000	0.500
Happy Society	3.47	0.48	0.423***	< 0.001*
Happy Brain	3.54	0.59	0.312***	< 0.001*
Happy Money	2.93	0.72	-0.52	0.271
Happy Work Life	3.53	0.53	0.665**	< 0.001*
Happy Work Life Balance	3.05	0.49	0.334***	< 0.001*

*P-value < 0.01, ** = ข้อมูลความสัมพันธ์ในระดับสูง, *** = ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน คือ การศึกษา (p=0.01) ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร คือ อายุ (p=0.007) การศึกษา (p=0.047) สถานภาพสมรส (p=0.025) ระดับตำแหน่งงาน (p=0.007) การย้ายหรือเปลี่ยนงาน (p=0.007) และรายได้ (p=0.002) ตามลำดับ

ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คือ ระดับตำแหน่งในการทำงาน (p = 0.006) และปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คือ เพศ (p = 0.009) ระยะเวลาการทำงาน (p = 0.039) และการจบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า (p < 0.001) ดังตาราง ที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ความสุขต่อองค์กร						
ปัจจัยศึกษา	R2	B	S.E.	t	P-value	95% CI
เพศ	0.131	0.121	0.046	2.643	0.009	0.030-0.211
การศึกษา	0.131	0.222	0.055	4.049	0.000	0.114-0.331
ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กร	0.131	-0.056	0.027	-0.2088	0.039	-0.0109-(-0.003)
constant	-	2.770	0.119	23.181	0.000	2.534-3.006

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ความผูกพันต่อองค์กร						
ปัจจัยทำนาย	R2	B	S.E.	t	P-value	95% CI
ระดับตำแหน่งในการทำงาน	0.121	0.169	0.061	2.791	0.006	0.049-0.289
Constant	-	3.088	0.162	19.080	0.000	2.768-3.408

อภิปราย (Discussions)

ความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรในบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมอยู่ในระดับดี (Good level) การมีภาระงานดี (Happy Work Life) จะส่งผลให้มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง ระดับตำแหน่งในการทำงานที่มั่นคงจะส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน ปัจจัยเรื่องเพศ ระยะเวลาการทำงานและ การจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในองค์กรแห่งนี้

บุคลากรมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับดี (Good level) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญฐณัฏฐ์ ครุฑใจกล้า พบว่าพนักงานในบริษัทส่งออกกล้วยไม้ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีความสุขโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ¹⁰ แสดงให้เห็นว่าการทำงานในระบบราชการมีความสุขในการทำงานมากกว่าการทำงานในบริษัทเอกชนซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าต้องทำงานให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อให้ได้ผลกำไรอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยและอาจส่งผลให้ความสุขในการทำงานอยู่ในระดับต่ำได้

มีความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.70 คะแนน, S.D = 0.473 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตา จันท์ ที่ทำการศึกษายปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่ กลุ่มลูกค้าบุคคลที่พบระดับความผูกพันขององค์กรอยู่ในระดับมาก¹¹ และการศึกษาของ กัญฐณัฏฐ์ ครุฑใจกล้า ที่พบว่าความผูกพันขององค์กรในระดับมากของพนักงานในบริษัทส่งออกกล้วยไม้ในเขตกรุงเทพฯ

มหานครและปริมณฑล¹⁰

ดัชนีความสุข 10 มิติ (Happinometer) ด้านภาระงานดี (Happy Work Life, r=0.665) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง ส่วนดัชนีความสุขด้านสังคมดี (Happy Society, r=0.423), ความสุขด้านน้ำใจดี (Happy Heart, r=0.335), ความสุขด้านสมดุลชีวิตกับงาน (Happy Work Life Balance, r=0.334), ความสุขด้านใฝ่รู้ดี (Happy Brain, r=0.312), ความสุขด้านสุขภาพกายดี (Happy Body, r=0.289) และความสุขด้านการผ่อนคลายดี (Happy relax, r=0.268) มีความสัมพันธ์ในระดับกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพัฒน์ ดามาพงษ์ ที่พบความสุขการทำงานด้าน Happy family, Happy Society และ Happy Work Life มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระดับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ในขณะที่การทำงานในบริษัทเอกชนนั้นพบว่า ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในองค์กรในระดับต่ำ ในพนักงานส่งออกกล้วยไม้ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล¹⁰ และการศึกษาของ ณิชารีย์ แก้วโซยา เกี่ยวความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในบริษัทนำเข้าและจัดจำหน่ายสินค้าแห่งหนึ่งพบว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง (r=0.665)¹³

ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คือ ระดับตำแหน่งในการทำงาน ($p = 0.006$) และปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คือ เพศ ($p = 0.009$) ระยะเวลาการทำงาน ($p = 0.039$) และการจบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชารีย์ แก้วไชยา ที่พบว่าการศึกษาในระดับมัธยมปลาย อายุการทำงาน และทุนพลังใจทางบวกเป็นปัจจัยทำนายความสุข ในขณะที่อายุการทำงาน ทุนพลังใจทางบวกและการไม่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในบริษัทนำเข้าและจัดจำหน่ายสินค้าแห่งหนึ่ง¹³

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเพียงปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพการทำงานที่อาจมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กร แต่ยังไม่ชัดเจนปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจมีผล ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น ความสวยงามของสถานที่ทำงาน สภาพอากาศ ความสะอาดของสถานที่ทำงาน ปัจจัยด้านสุขภาวะ ได้แก่ การเจ็บป่วยจนต้องหยุดงาน การมีโรคประจำตัว เป็นต้น นอกจากนี้หากสามารถทำการศึกษาเชิงลึกในเชิงคุณภาพในกลุ่มจำเพาะผู้บริหารองค์กรหรือกลุ่มที่มีอัตราการย้ายหรือเปลี่ยนงานบ่อยครั้งก็จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนถึงเหตุผลที่ชัดเจนของการทำงานได้อย่างมีความสุขและเกิดความผูกพันต่อองค์กรได้

กล่าวโดยสรุปบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีความสุขในการทำงานและมีความผูกพันต่อองค์กรมาก หากมีการงานดี (Happy Work Life) จะมีความผูกพันต่อองค์กรสูง และหากการมีตำแหน่งงานที่มั่นคง เช่น ข้าราชการ จะส่งผลให้มีความสุขในการทำงาน สำหรับปัจจัยเรื่องเพศ ระยะเวลาการทำงานและการจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจะส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้

สรุปผลการศึกษา (Conclusions)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมมีความสุขในการทำงานและมีความผูกพันต่อองค์กรมาก หากมีการงานดี (Happy Work Life) จะมีความผูกพันต่อองค์กรสูง และหากการมีตำแหน่งงานที่มั่นคง เช่น ข้าราชการจะส่งผลให้มีความสุขในการทำงาน สำหรับปัจจัยเรื่องเพศ ระยะเวลาการทำงานและการจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจะส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้ ซึ่งข้อมูลข้างต้นสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรให้ทำงานอย่างมีความสุข มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการ การบริหารการทำงานให้บุคลากรมีความสุขผูกพันต่อองค์กรและได้บุคลากรที่มีความสามารถไว้ในองค์กรเพื่อบรรลุการเป็น “องค์กรแห่งความสุข”

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความสุข และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีนั้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์จิณณพิภัทร ชูปัญญา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่กรุณาอนุญาตและให้การสนับสนุนในการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นางพรรณทิพามีธรรม อติตันกวีวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง นายบารเมษฐ์ ภีราล้ำ นางรามย์ สุตรสุวรรณ ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในครั้งนี้

ขอขอบคุณรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกท่าน หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม และให้ความช่วยเหลือในทุกด้านจนทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ที่ให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมช่วยเหลืองานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

บรรณานุกรม

1. Davis, L.E. Enhancing the quality of working life: developments in the United States. International Labour Review. 116, pp.53-65. 1997.
2. Seashore, S.E. Defining and measuring the quality of working life, In Davis, L.E.&Cherns, A.B. (eds), The quality of Working life, New York: The Free Press, pp.105-118. 1975.
3. Royuela, V., López-Tamayo, J. and Suriñach, J. The institutional V.S. the academic definition of the quality of work Life: what is the focus of the European Commission? Springer, 401-415. 2007.
4. สุภาวดี ทองบุญส่ง . “ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานอัยการสูงสุด.วารสารวิชาการ Veridian E-Journal 2556; 6 (2) (พฤษภาคม - สิงหาคม): 541-551.
5. สุพรรณิ ไชยอำพร และ คมพล สุวรรณภู. “การสังเคราะห์ความสุขของมนุษย์ตามแนวคิดตะวันตก-ตะวันออก เพื่อการพัฒนาดัชนีชี้วัด.” วารสารพัฒนาสังคม 2550; 9(1): 118-156.
6. ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, และคณะ. คู่มือวัดความสุขด้วยตนเอง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
7. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).2559.
8. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. People Excellent คุณค่าคน คุณค่างาน สานความสุข. 2559.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer). 2562.
10. กัญฉุณัฐ คุรุชใจกล้า. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัทส่งออกกล้วยไม้ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. การค้นคว้าอิสระ. มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2560. สืบค้นวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563; http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Kanatanat_Krutjaikla/fulltext.pdf
11. ลลิตา จันทรงาม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่ กลุ่มลูกค้าบุคคล. การค้นคว้าอิสระ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559. สืบค้นวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563, http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5803010395_5504_5100.pdf
12. กิตติพัฒน์ ดามาพงษ์. ความสุข ความพึงพอใจต่อความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). การค้นคว้าอิสระ. 2559. สืบค้นวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563, http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5803010114_5489_5145.pdf.
13. ณิชารีย์ แก้วไชยา. ความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในบริษัทนำเข้าและจัดจำหน่ายสินค้าแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ 2559. สืบค้นวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563, <https://cuir.car.chula.ac.th/dspace/bitstream/123456789/55669/1/5874252130.pdf>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

1. **บทบรรณาธิการ (Editorial)** เป็นบทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. **บทความทบทวนความรู้ (Topic review)** คือ บทความที่มีลักษณะการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ อย่างสมบูรณ์ในเรื่องนั้น ควรเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษาหรือเป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น
3. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** คือ งานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆจัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยนั้น
4. **รายงานคนใช้น่าสนใจ (Interesting case)** คือ รายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบป่วย หรือผู้ป่วยที่พบไม่บ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น
5. **นวัตกรรม** คือ ผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. **เกร็ดความรู้** คือ ความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้ผู้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. **กิจกรรมการประชุมวิชาการ** ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. **บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Report)** ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แต่บุคคลโดยรวม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว ในกระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 point จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. รูปแบบของการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เรียงลำดับ ดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง (Title)
 - 2.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co – worker)
 - 2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย
 - 2.3.1 วัตถุประสงค์ (Objectives)
 - 2.3.2 วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)
 - 2.3.3 ผลการศึกษา (Results)

2.3.4 ข้อสรุป (Conclusion)

2.4 ความสำคัญ (Importance)

2.5 วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)

2.6 ผลการศึกษา (Results)

2.7 อภิปราย (Discussion)

2.8 ข้อสรุป (Conclusion)

2.9 คำขอบคุณ (Acknowledgement)

2.10 เอกสารอ้างอิง (References)

3. เอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal

4. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุดเว้นแต่ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้

5. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ

6. ส่งต้นฉบับ 2 ชุด ไปยัง งานวารสาร (ห้องศึกษาอบรม) โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 พร้อม file ต้นฉบับได้ที่ E-mail : nkjournal_9@hotmail.com โทร. (042) 199222 ต่อ 1016 โทรสาร (042) 513193

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal

1. วารสารทั่วไป

1. Leelarasamee A. AIDS control: who is missing. J Infect Dis Antimicrob Agents 1996 Sep-Dec; 13(3): 123-5.

2. หนังสือ

1. Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.

3. จากอินเทอร์เน็ต

1. Gordon CH, Simmons P, Wynn G. Plagiarism: what it is, and how to avoid it [Internet] 2001 [cited 2001 Jul 24]. Available from: <http://www.zoology.ubc.ca/bpg/plagiarism.htm>.

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ

3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารโรงพยาบาลนครพนม” ไว้แล้วถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน