



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2560

Volume 4 No. 1 January – April 2017

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ยุทธชัย ตรีสกุล			
	พญ.เฟื่องรักษ์	ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า
	ภก.ผศ.ดร.แสวง	วัชรธนากิจ	ภญ.ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนาศิลป์
	รศ.ดร.สมจิตร์	แดนศรีแก้ว	รศ.ดร.มารีสา	ไกรฤกษ์
	ดร.อัญชลี	เจตะภัย	อ.นพ.ณัฐพล	สันตระกูล
	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นายบาร์เมษฐ์	ภิราล้า
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร	วงศ์สุวรรณ		
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรอินัย	คูสกุลวัฒน์		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางงามย์	สุตรสุวรรณ		
กองบรรณาธิการ	พญ.นันทยา	ก้องเกียรติมงคล	นพ.ทศพล	นุศตะรังค์
	พญ.นทวรรณ	หุ้ณพยนต์	นพ.ณรงค์ศักดิ์	ราชภักดี
	ภก.วิจิต	เหล่าวัฒนาถาวร	ทพ.สุรจิตร	คูสกุล
	นายวรพงษ์	จินบุตร	นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์
	นางสาวอรรจจิมา	ศรีชนม์		
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์	เหมะธูลิน	นางเดือนฉาย	ใจคง
	นางวิไล	ฤทธิธาดา	นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย
	นางพรสวรรค์	สาหล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งคืนฉบับที่	นางพรสวรรค์ สาหล้า			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ด.อภิบาลบัญชา			
	ด.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016			
	โทรสาร 0-4252-1349 E-mail Training1016@hotmail.com			
พิมพ์ที่	บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด			
	เลขที่ 327/9 ด.เพ็ญนคร ด.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

สารบัญ

Original Article

1. ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่..... 5
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม
สุรธินีย์ คุสกุลวัฒน์
2. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็กทารก..... 18
งามจิตร์ นิลวัชรารัง
3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี..... 24
ตึกพิเศษ 2 โรงพยาบาลนครพนม
นางรัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี
4. การศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง โรงพยาบาลมุกดาหาร..... 35
ยุทธพล มั่นคง, พนิดา กัณณิกาภรณ์
5. การพัฒนารูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร..... 47
โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2560
สิริลักษณ์ บุญประกอบ
6. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน..... 60
ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์
จิตรศุภอรณ์ ดอนนาค
7. ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากแบบครบวงจรในโรงพยาบาลเซกา..... 71
สมภาร ไวยลาภ

Report

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โรงพยาบาลนครพนม 86
สมศรี วิริยะพันธ์

นานาสาระ

9. บทความเรื่องกฎหมายการแพทย์กับงานชุมชน 94
หทัยรัตน์ จูรีมาศ
-





Original Article

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม

สุรธินีย์ คุสกุศลวัฒน์ พ.บ., ว.ว.อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ต่ออัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ และความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบชุมชนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2559 จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 40 คน และกลุ่มหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ (กลุ่มทดลอง) จำนวน 40 คน 2) แพทย์เพิ่มพูนทักษะ และอายุรแพทย์ จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแพทย์ แบบบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ และแบบสอบถามความพึงพอใจของแพทย์ต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคว์-สแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact)

ผลการศึกษาพบว่า อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 12.0$ $p = .001$) โดยหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยร้อยละ 82.5 ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติพบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยร้อยละ 42.5 และแพทย์ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.58$ $S.D = .49$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ทำให้อัตราการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่มีถูกต้องมากขึ้น และแพทย์มีความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรนำแนวทางการปฏิบัติมาใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาลนครพนม และขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : แนวทางปฏิบัติ, การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชน, โรงพยาบาลนครพนม

บทนำ

ปอดอักเสบชุมชน (Community-acquired pneumonia, CAP) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก พบได้บ่อยเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อทั้งหมด⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยโรคปอดอักเสบชุมชนก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศเช่นกัน จากสถิติข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2555 พบอัตราป่วยและอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงสุด คือ 304.89 ต่อประชากรแสนคน และ 2.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราป่วยตายร้อยละ .65 กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดคืออายุ 0-4 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับอัตราป่วยตายพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราป่วยตายสูงสุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁽²⁾ ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง ทำให้มีอัตราตายสูง

สถานการณ์ปอดอักเสบชุมชนในจังหวัดนครพนม จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของจังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 พบอัตราป่วย 309.48, 294.0 และ 238.0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽³⁾ สำหรับโรงพยาบาลนครพนมซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการผู้ป่วยในเขตที่รับผิดชอบและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จากสถิติปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนมด้วยโรคปอดอักเสบชุมชนจำนวน 275, 305 และ 318 คน และมีอัตราการตายร้อยละ 20.18, 22.95 และ 26.72 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับหนึ่งของแผนกอายุรกรรมที่ต้องได้รับการแก้ไขพัฒนา จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม เพื่อวิเคราะห์ปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ พบปัญหาการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนไม่เป็นไปตามเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐาน ทำให้การวินิจฉัยมีความผิดพลาด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาการปฏิบัติที่พบว่าการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ขึ้นกับประสบการณ์ความรู้ความชำนาญของแพทย์แต่ละคน เนื่องจากยังขาดแนวทางปฏิบัติที่จะใช้เป็นมาตรฐานการวินิจฉัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดทำแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอด

อักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ โดยอ้างอิงตามแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ สำหรับแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ลดอัตราตายและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยในการศึกษารั้งนี้เป็นขั้นตอนการนำแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ไปทดลองใช้และศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ต่ออัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ และความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

นิยามศัพท์

1. แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่หมายถึง ข้อความที่ระบุแนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ซึ่งพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ ประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐาน 3 เกณฑ์ เกณฑ์ข้อที่ 1 คือ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ ใช้หรืออุณหภูมิต่ำกว่าปกติ ไอมีเสมหะหรือไอแห้ง ๆ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการหายใจเข้า (pleuritic chest pain) ตรวจพบ consolidation signs เกณฑ์ข้อที่ 2 คือ อาการทางคลินิกเกิดขึ้นน้อยกว่า 2 สัปดาห์ และเกณฑ์ข้อที่ 3 คือ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีความผิดปกติ
2. ปอดอักเสบชุมชน หมายถึง ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่ติดนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลา

ไม่เกิน 3 สัปดาห์โดยการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนต้องมีทั้ง 3 เกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์ข้อที่ 1 คือมีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ เกณฑ์ข้อที่ 2 คืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นค่อนข้างเฉียบพลันน้อยกว่า 2 สัปดาห์ และเกณฑ์ข้อที่ 3 คือ ภาพรังสีทรวงอกมีปื้นหรือฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่ (New pulmonary infiltration) กรณีภาพรังสีทรวงอกแรกผิดปกติ ตรวจติดตามภาพถ่ายรังสีซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง พบฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่

3. อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ถูกต้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ทั้งหมด

4. ความพึงพอใจของแพทย์ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของแพทย์ต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ โดยวัดจากแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 14 ปี ขึ้นไป

6. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ 1 หอผู้ป่วยพิเศษ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The posttest only design with nonequivalent groups)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ 1 หอผู้ป่วยพิเศษ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 3 ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กรกฎาคม 2559

โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria)

คือ 1) มีอายุ 14 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ และมีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติที่คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดนิวโตรฟิลในเลือดต่ำ (Neutropenia) ผู้ป่วยที่มีภาวะปราศจากเม็ดเลือดขาว (agranulocytosis)

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก หรือปลูกถ่ายอวัยวะ

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 80 คน เป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ จำนวน 40 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรการทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁶⁾ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน

กลุ่มที่ 2 คือแพทย์ ได้แก่ แพทย์เพิ่มพูนทักษะและอายุรแพทย์ จำนวน 23 คน โดยทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบ ตามแนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ ประกอบด้วยเกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อซึ่งอาศัยอาการทางคลินิกร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก ได้แก่

เกณฑ์ข้อที่ 1. อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ

1. ไข้ (อุณหภูมิที่วัดทางปาก $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ อย่างน้อย 1 ครั้ง หรือ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ นานมากกว่า 1 ชั่วโมง หรืออุณหภูมิทาง

รักแฉ่ำ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

2. ไอ (มีเสมหะหรือไม่มีเสมหะก็ได้)

3. หอบเหนื่อย (อัตราการหายใจ > 24 ครั้ง/นาที หรือใช้ accessory muscle ช่วยในการหายใจ ได้แก่ suprasternal retraction, subcostal retraction, flaring)

4. เจ็บหน้าอก (แบบ pleuritic chest pain)

5. ตรวจพบ consolidation signs

เกณฑ์ข้อที่ 2. อาการเจ็บป่วยนี้เกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์

เกณฑ์ข้อที่ 3. ภาพรังสีทรวงอกมีปื้นหรือฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่ (New pulmonary infiltration) กรณีภาพรังสีทรวงอกแรกกับปกติ ตรวจติดตามภาพถ่ายรังสีซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง พบฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของแพทย์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการทำงาน

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ลักษณะของแบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ในแต่ละเกณฑ์ว่าเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยหรือไม่

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ ความชัดเจนเข้าใจง่าย ความครอบคลุมของเนื้อหา ความแม่นยำในการวินิจฉัย และประโยชน์ของการใช้แนวทางปฏิบัติ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน พึงพอใจมากเท่ากับ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ระดับความพึงพอใจโดยอิงเกณฑ์ตามมาตรฐานคะแนนของ Best (1970) (7) ซึ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

ความหมาย

4.50-5.00

มีความพึงพอใจมากที่สุด

3.50-4.49

มีความพึงพอใจมาก

2.50-3.49

มีความพึงพอใจปานกลาง

1.50-2.49

มีความพึงพอใจน้อย

1.00-1.49

มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แนวทางการวินิจฉัย

โรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโดยแพทย์จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. เก็บรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ก่อนมีการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ (กลุ่มควบคุม) โดยการเก็บย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2559 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องการวินิจฉัยร่วมกับรังสีแพทย์

กลุ่มทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่โดยการชี้แจงแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย และเพิ่มทักษะเกี่ยวกับการอ่านผลภาพรังสีทรวงอกแก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ

2. ดำเนินการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 2 เดือน ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และอายุรแพทย์นำแนวทางปฏิบัติมาใช้ในผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะปอดอักเสบชุมชน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วย

เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่หรือไม่
ก่อนจะวินิจฉัยโรค

3. ผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยโรค
ปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม
ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และตรวจสอบความถูกต้องการวินิจฉัย
ร่วมกับรังสีแพทย์

4. หลังสิ้นสุดการทดลองสอบถามความพึงพอใจ
ของแพทย์ต่อการใช้นวปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ
ชุมชนในผู้ใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง
ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคว์-สแควร์ และสถิติ
ทดสอบของฟิชเชอร์ในกรณีที่ความถี่น้อยกว่า 5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบปอดอักเสบชุมชน
จำแนกตามเพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n =40)		กลุ่มควบคุม (n =40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	19	47.5	19	47.5
หญิง	21	52.5	21	52.5
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	15	37.5	10	25.0
60-69 ปี	8	20.0	12	30.0
70-79 ปี	8	20.0	9	22.5
มากกว่าเท่ากับ 80 ปี	9	22.5	9	22.5
		$\bar{X} = 63.98$ $SD = 16.285$ Min=32 Max=91		
			$\bar{X} = 67.55$ $SD = 15.648$ Min = 25 Max = 101	

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย โรคปอดอักเสบชุมชน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่ม
ทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ
52.5 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่ม
ทดลองมีอายุเฉลี่ย 63.98 ± 16.28 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย
 67.55 ± 15.64 มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.0 และ 72.5
ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวาน และ
ไตวายเรื้อรัง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
รองลงมาคือเบาหวาน ระยะเวลาอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่
น้อยกว่า 7 วัน กลุ่มทดลองมีวันนอนเฉลี่ย 4.60 ± 4.16 วัน
กลุ่มควบคุมมีวันนอนเฉลี่ย 5.68 ± 6.064 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบปอดอักเสบชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n =40)		กลุ่มควบคุม (n =40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	10	25.0	11	27.5
มีโรคประจำตัว*	30	75.0	29	72.5
เบาหวาน	8	20.0	9	22.5
ความดันโลหิตสูง	6	15.0	14	35.0
ไขมันในเลือดสูง	3	7.5	0	0.0
ไตวายเรื้อรัง	8	20.0	7	17.5
โรคหลอดเลือดสมอง	4	10.0	6	15.0
โรคหัวใจขาดเลือด	3	7.5	4	10.0
หัวใจล้มเหลว	0	0.0	3	7.5
โรคเอสแอลอี	1	2.5	0	0.0
ธาตุสซีเมีย	1	2.5	0	0.0
โรคตับแข็ง	0	0.0	1	2.5
โรคมะเร็ง	1	2.5	1	2.5
หอบหืด	4	10.0	3	7.5
ถุงลมโป่งพอง	9	22.5	5	12.5
โรคอื่นๆ	5	12.5	3	7.5
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล				
น้อยกว่า 7 วัน	31	77.5	29	72.5
มากกว่าเท่ากับ 7 วัน	9	22.5	11	27.5
	$\bar{X} = 4.60$ SD= 4.168 Min= 1 Max=19		$\bar{X} = 5.68$ SD = 6.065 Min = 1 Max = 29	

หมายเหตุ * ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

2. เปรียบเทียบอาการทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนจำแนกตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

เมื่อพิจารณาอาการทางคลินิกตามเกณฑ์ข้อที่ 1 กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการหอบเหนื่อย และตรวจพบ Signs of consolidation ร้อยละ 95.0 รองลงมา คือ อาการไข้ ร้อยละ 82.5 ส่วนอาการที่ไม่พบเลย คืออาการเจ็บหน้าอก กลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีอาการหอบเหนื่อย และตรวจพบ Signs of consolidation เช่นกันโดยพบร้อยละ 87.5 รองลงมา คือ อาการไข้ร้อยละ 72.5 และพบอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 2.5 อาการทางคลินิกตามเกณฑ์ข้อที่ 2 คือระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ ในกลุ่มทดลอง พบว่า ทุกคนมี

อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 100.0) กลุ่มควบคุม พบว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 90.0 และเกิน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 10.0

เกณฑ์ข้อที่ 3 คือ ภาพรังสีทรวงอกมีความผิดปกติ ในกลุ่มทดลอง พบว่าภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่มมีฝ้าขาว (new pulmonary infiltration) ร้อยละ 80.0 และมีการติดตามถ่ายรังสีซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงพบฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่ร้อยละ 5.0 กลุ่มควบคุม พบว่าภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่มมีฝ้าขาว (new pulmonary infiltration) ร้อยละ 55.0 และมีการติดตามถ่ายรังสีซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงพบฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่ ร้อยละ 2.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอาการทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่	กลุ่มทดลอง (n =40)		กลุ่มควบคุม (n =40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เกณฑ์ข้อที่ 1. มีอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนล่างอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ**				
1.1 ไข้ หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ	33	82.5	29	72.5
1.2 ไอมีเสมหะหรือไม่มีเสมหะ	28	70.0	23	57.0
1.3 หอบเหนื่อย	38	95.0	35	87.5
1.4 เจ็บหน้าอก (Pleuritic chest pain)	0	0.0	1	2.5
1.5 ตรวจร่างกายพบ signs of consolidation	38	95.0	35	87.5
เกณฑ์ข้อที่ 2. อาการเจ็บป่วยนี้เกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์				
- ภายใน 2 สัปดาห์	40	100.0	36	90.0
- มากกว่า 2 สัปดาห์	0	0.0	4	10.0
เกณฑ์ข้อที่ 3. ภาพรังสีทรวงอกมีความผิดปกติตามเกณฑ์ ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้				
3.1 ภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่มมีฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่	32	80.0	22	55.0
3.2 กรณีภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่มปกติ ตรวจติดตาม ภาพถ่ายรังสีซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง พบฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่	2	5.0	1	25.0

หมายเหตุ

** ผู้ป่วย 1 รายมีมากกว่า 1 อาการ

*** ผู้ป่วยภาพรังสีทรวงอกมีฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่

3. เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

พบว่า อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 12.0$ $p = .001$) โดยพบว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ (กลุ่มทดลอง) พบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 82.5 ขณะที่ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ (กลุ่มควบคุม) พบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 42.5 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความถูกต้องของเกณฑ์ที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนพบว่า อัตราความถูกต้อง

ในการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยในข้อที่ 1 และ 2 ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.05$, $p=0.116$ ตามลำดับ) การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยข้อที่ 3 พบว่าก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่มีอัตราความถูกต้องความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.12$ $p=0.014$) โดยพบว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ (กลุ่มทดลอง) พบอัตราความถูกต้องของการอ่านภาพรังสีทรวงอกสูงถึงร้อยละ 85.0 ขณะที่ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ (กลุ่มควบคุม) พบอัตราความถูกต้องของการอ่านภาพรังสีทรวงอกเพียงร้อยละ 57.5 (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n =40)		กลุ่มควบคุม (n =40)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)			
เกณฑ์ข้อที่ 1. มีอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ						
- ถูกต้อง	38	95.0	31	77.5	3.794	0.051 ^{ns}
- ไม่ถูกต้อง	2	5.0	9	22.5		
เกณฑ์ข้อที่ 2. อาการเจ็บป่วยนี้เกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์						
- ถูกต้อง	40	100.0	36	90.0	0.116 ^{ns}	
- ไม่ถูกต้อง	0	0	4	10.0		
เกณฑ์ข้อที่ 3. ภาพรังสีทรวงอกมีความผิดปกติตามเกณฑ์						
- ถูกต้อง	34	85.0	23	57.5	6.102	0.014 [*]
- ไม่ถูกต้อง	6	15.0	17	42.5		
การวินิจฉัยปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่						
- ถูกต้อง	33	82.5	17	42.5	12.00	0.001 ^{**}
- ไม่ถูกต้อง	7	17.5	23	57.5		

NS = Not significant , * $p < .05$, ** $p < .01$

4. ความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติ การวินิจฉัยปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

4.1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ เป็นเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 56.2) เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 43.48.) และกลุ่ม

อายุอยู่ในช่วง 20-30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 69.56) โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี มากที่สุด 50 ปี อายุเฉลี่ย 29.83 ปี ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (ร้อยละ 73.91) ระยะเวลาปฏิบัติงานพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 78.26) (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน (N=23)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	43.48
หญิง	13	56.52
อายุ (ปี)		
20-30	16	69.56
31-40	4	17.40
41-50	3	13.04
$\bar{X} = 29.83$ SD = 7.72 Min = 24 Max = 50		
ตำแหน่ง		
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	17	73.91
อายุรแพทย์	6	26.08
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี)		
1-5	18	78.26
6-10	2	8.70
11-15	1	4.64
>15	2	8.70

4.2 ความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติ การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, S.D = 0.49) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุด คือ แนวทางปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่าย เนื้อหาครอบคลุมในการวินิจฉัย

โรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ ($\bar{X} = 4.65$, S.D = 0.48) รองลงมา คือ มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชน ในผู้ใหญ่ ($\bar{X} = 4.56$, S.D = .50) ความสะดวกในการนำไป ปฏิบัติและสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ ($\bar{X} = 4.52$, S.D = 0.51) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.	แนวทางปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	4.52	0.51	มากที่สุด
2.	แนวทางปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.65	0.48	มากที่สุด
3.	เนื้อหาแนวทางปฏิบัติมีความครอบคลุม ในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่	4.65	0.48	มากที่สุด
4.	แนวทางปฏิบัติสามารถวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชน ในผู้ใหญ่ได้อย่างแม่นยำ	4.52	0.51	มากที่สุด
5.	แนวทางปฏิบัติมีประโยชน์ในการวินิจฉัย โรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่	4.56	0.50	มากที่สุด
รวม		4.58	0.49	มากที่สุด

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าอัตราความถูกต้องของการ วินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ก่อนและหลังการใช้ แนวทางวินิจฉัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยแพทย์ สามารถวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ได้ถูกต้องสูง ถึงร้อยละ 82.5 ขณะที่ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ถูกต้องเพียง ร้อยละ 42.5 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ การวินิจฉัยแพทย์บางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ที่เป็น มาตรฐานในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่แต่ หลังจากการใช้แนวทางการวินิจฉัยที่มีการกำหนดเกณฑ์ตาม แนวทางวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ของสมาคม อูรเวชช์ แห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ ซึ่งประกอบด้วยอาการทางคลินิก และภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยมีรายละเอียดชัดเจนครอบคลุม

ทุกเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยทำให้การวินิจฉัยของแพทย์มีความ ถูกต้องโดยมีข้อมูลสนับสนุนประกอบการวินิจฉัยครอบคลุม และครบถ้วนตามเกณฑ์ได้สูงขึ้น ผลของการศึกษานี้สอดคล้อง กับรายงานของต่างประเทศที่พบอัตราความถูกต้องของการ วินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนร้อยละ 60-80(8,9,10)

เมื่อพิจารณาด้านความถูกต้องของแต่ละเกณฑ์เพื่อ ประกอบการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่เกณฑ์ข้อที่ 1 คือ มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนล่าง อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ พบว่าก่อนและหลังการใช้ แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.05$) การใช้เกณฑ์ข้อที่ 2 คืออาการเจ็บป่วยนี้เกิดขึ้นไม่เกิน 2 สัปดาห์ พบว่าก่อนและหลังการใช้แนวทางวินิจฉัยไม่มีความ แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ($p = 0.116$) อธิบายได้ว่าโดยทั่วไปแพทย์ ส่วนใหญ่จะมีความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงรวมทั้งระยะ เวลาการดำเนินโรคของโรคปอดอักเสบเป็นอย่างดี และจะใช้

อาการทางคลินิกในการวินิจฉัยมากที่สุดอย่างไรก็ตามถึงแม้ผลการทดสอบจะพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาตามลักษณะข้อมูลจะเห็นว่าก่อนการใช้แนวทางการวินิจฉัยมีการใช้เกณฑ์ข้อที่ 1 และเกณฑ์ข้อที่ 2 ประกอบการวินิจฉัยถูกต้องตามเกณฑ์ร้อยละ 77.5, 90.0 ตามลำดับ แต่หลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยมีความถูกต้องตามเกณฑ์ข้อที่ 1 สูงขึ้นถึงร้อยละ 95.0 และเกณฑ์ข้อที่ 2 มีความถูกต้องสูงถึงร้อยละ 100.0 แสดงให้เห็นว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติแพทย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางคลินิกที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่มากขึ้น

ความถูกต้องของการใช้เกณฑ์ข้อที่ 3 ประกอบการวินิจฉัยคือภาพรังสีทรวงอกพบความผิดปกติ โดยใช้เกณฑ์ข้อย่อยได้แก่ ภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่มมีฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่ และกรณีภาพรังสีทรวงอกแรกเริ่มปกติตรวจติดตามภาพถ่ายรังสีซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงพบฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่ พบว่าก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยมีอัตราความถูกต้องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) อธิบายได้ว่าการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยนี้ได้มีการเตรียมความพร้อมของแพทย์(แพทย์เพิ่มพูนทักษะ)ด้านความรู้การอ่านภาพรังสีทรวงอกและผู้ป่วยได้มีการติดตามผู้ป่วยในด้านความถูกต้องของการวินิจฉัยในหอผู้ป่วยถ้าพบปัญหาในการวินิจฉัยก็จะมีการเรียนรู้ร่วมกันทำให้แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการอ่านภาพถ่ายรังสีและหลักเกณฑ์มากขึ้น เป็นผลให้การใช้เกณฑ์ข้อที่ 3 ประกอบการวินิจฉัยมีความถูกต้องสูงถึงร้อยละ 85.0 ซึ่งสูงกว่ารายงานที่ผ่านมา^(8,9,10) ขณะที่ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยมีอัตราความถูกต้องเพียงร้อยละ 42.5 ซึ่งก็สอดคล้องและใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Sanraj K. Basi

และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าอัตราความถูกต้องในการอ่านภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเท่ากับหนึ่งในสาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zohair Al aseri⁽¹¹⁾ ที่พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมีอัตราความถูกต้องของการแปลผลภาพรังสีทรวงอกเพื่อวินิจฉัยโรคปอดอักเสบร้อยละ 41.4 ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์โดยทั่วไปบางส่วนยังขาดความรู้ความชำนาญในด้านการอ่านภาพรังสีทรวงอก

ความพึงพอใจของแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ พบว่า แพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.58$, $S.D = .49$) ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติที่นำมาใช้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีเนื้อหาครอบคลุมที่แพทย์จะใช้เป็นแนวทางในการช่วยตัดสินใจในการวินิจฉัย ทำให้แพทย์มีความมั่นใจ และเมื่อปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติแล้วเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง จึงเป็นผลให้แพทย์มีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในครั้งนี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ พบว่าแพทย์มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่ได้ดีขึ้นหลังใช้แนวทางปฏิบัติ รวมทั้งมีความพึงพอใจมากต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรมีการนำแนวทางปฏิบัตินี้มาใช้ปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลนครพนม และควรมีการขยายผลนำไปใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Am J Respir Crit Care Med (2001); 163, 1730-54.
2. ดวงรัตน์ ร่วมฟูม. โรคปอดอักเสบ. (ออนไลน์) 2555. (อ้างเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2559) จาก http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file5/2855_Pneumonia.pdf
3. งานระบาดวิทยา. สรุปรายงานสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคปอดอักเสบ(รง.506) ปี พ.ศ 2556- 2558. (เอกสารอัดสำเนา) .นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2559.
4. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลนครพนม. รายงานเวชสถิติประจำปี พ.ศ. 2556-2558. (เอกสารอัดสำเนา). นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2559.
5. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : เอสตีการพิมพ์; 2544.
6. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavioral science** (2nd edition) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
7. Best, John. **Research in education**. Englewood Cliffs, New Jersey: Printice-Hall; 1970.
8. Arno Peng, et al. The proportion of correct diagnoses is low in emergency patients with nonspecific complaints presenting to the emergency department. Swiss Med Wkly 2015; 145: w14121.
9. Priya Daniel, et al. Adults miscoded and misdiagnosed as having pneumonia: results from the British Thoracic Society pneumonia audit (online) 2017. (อ้างเมื่อ 1 มีนาคม 2560) จาก <http://thorax.bmj.com/content/early/2017/01/20/thoraxjnl-2016-209405>
10. SanrajK. Basi, et al. Patients admitted to hospital with suspected pneumonia and normal chest radiographs: epidemiology, microbiology, and outcomes. Am J Med 2004; 117(5): 305-11.
11. Zohair Al aseri. Accuracy of chest radiograph interpretation by emergency physicians. Am Soc Emergency Radiol 2008; 16(2): 111-4.

Original Article

Clinical manifestation of Dengue infection in infants

Ngamjit nilvacharang, M.D.

Department of Pediatric, Nakhonphanom Hospital, Nakhonphanom Province, Thailand.

Objective : To study clinical manifestations of dengue infection in infants

Material and method : A retrospective, descriptive study from the medical records of dengue patients aged 0–1 years admitted to Nakhonphanom Hospital, Nakhonphanom, Thailand during 1 January 2010 to 31 December 2015. The diagnosis of dengue patients adhered to the World Health Organization dengue definition and classification.

Results : Fifty seven dengue patients (31 males and 26 females) aged 0–1 years were admitted to Nakhonphanom Hospital during the study period, 59.6% had DF while 31.5% and 8.7% had DHF and DSS respectively. There was no mortality. The average age of the patients was 7.8 months with the youngest patient sixteen days old. The symptoms included 100% fever, 36.8% diarrhea, 35% coryza, 29.8% vomiting 15.7% convulsion and 10.5% bleeding. The clinical signs included 60.3% hepatomegaly, 45.6% skin rashes and 40.3% positive tourniquet test. The mean values of the CBC parameters included maximum hematocrit, minimum platelet count, minimum white blood cell count, maximum percentages of atypical lymphocytes, and neutrophils, were 38.3%, $50,324/\text{mm}^3$, $6,170/\text{mm}^3$, 7.7% and 32.4%, respectively.

Conclusion: Most dengue patients aged 0–1 years in this study had dengue fever. Common symptoms were fever, coryza, vomiting, diarrhea and convulsion, whereas common signs were rash and hepatomegaly.

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็กทารก

งามจิตร นิลวัชรารัง *

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็กทารก

วัสดุและวิธีการ : ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยอายุ 0 -1 ปี ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ด้วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีใช้นิยามขององค์การอนามัยโลก

ผลการศึกษา : เด็กอายุ 0 -1 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีและได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครพนมในระหว่างที่ทำการศึกษามีจำนวน 57 คน เพศชาย 31 คน เพศหญิง 26 คน เป็น Dengue fever (DF) 59.6%, Dengue Hemorrhagic fever (DHF) 31.5% และ Dengue Shock Syndrome (DSS) 8.7% อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 7.8 เดือน อายุน้อยที่สุด 16 วัน อาการที่พบคือ ไข้ 100% ท้องเสีย 36.8 % อาการหวัด 35.0 % อาเจียน 29.8% ชัก 15.7% และเลือดออก 10.5% อาการแสดงที่พบคือ ตับโต 60.3% ผื่นที่ผิวหนัง 45.6% tourniquet test positive 40.3% ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับการตรวจ complete blood count (CBC) พบค่าเฉลี่ย maximum hematocrit 38.3 % ค่าเฉลี่ย minimum platelet count 50,324/mm³ ค่าเฉลี่ย minimum white blood cell count 6,170 /mm³ ค่าเฉลี่ย maximum atypical lymphocyte 7.7% และค่าเฉลี่ย maximum neutrophil 32.4%

สรุป : เด็กอายุ 0-1 ปีในการศึกษานี้มีจำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็น Dengue fever ทุกรายมีอาการไข้ อาการและอาการแสดงที่พบ คือ อาการหวัด อาเจียน ชัก ท้องเสีย เลือดออก ผื่นที่ผิวหนัง ตับโต

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสเดงกีเป็นโรคติดเชื้อที่มีอยู่กลายเป็นแมลงนำโรค มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวางทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก นับเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยพบโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีตั้งแต่พ.ศ. 2492 แม้ปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตจะลดลงแต่ยังมีผู้ติดเชื้อในแต่ละปีจำนวนมาก ระหว่างปี พ.ศ.2554 - 2558 พบมีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกี 40,000-150,000 รายต่อปี^{1,2}

โรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในกลุ่มอายุ 0-1 ปี แม้มิชอบับการให้นม แต่มีลักษณะทางคลินิกที่เฉพาะแตกต่างจากผู้ใหญ่

และ เด็กโต⁴ อีกทั้งบทความที่ตีพิมพ์เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในกลุ่มอายุนี้นี้ยังมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอายุ 0-1 ปีที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยศึกษาอาการ อาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นคือ CBC เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวินิจฉัยตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในกลุ่มอายุ 0-1 ปีต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยอายุ 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีและมาับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558 โดยการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น DF, DHF และ DSS ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก³ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ อายุ เพศ สัญชาติ ช่วงเดือนที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาที่มีไข้ อาการและอาการแสดงของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย (mean) พิสัย (range) ฐานนิยม (mode) และเปอร์เซ็นต์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวในหัวข้อต่อไปนี้

1. อาการ และ อาการแสดง
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น CBC

ผลการศึกษา

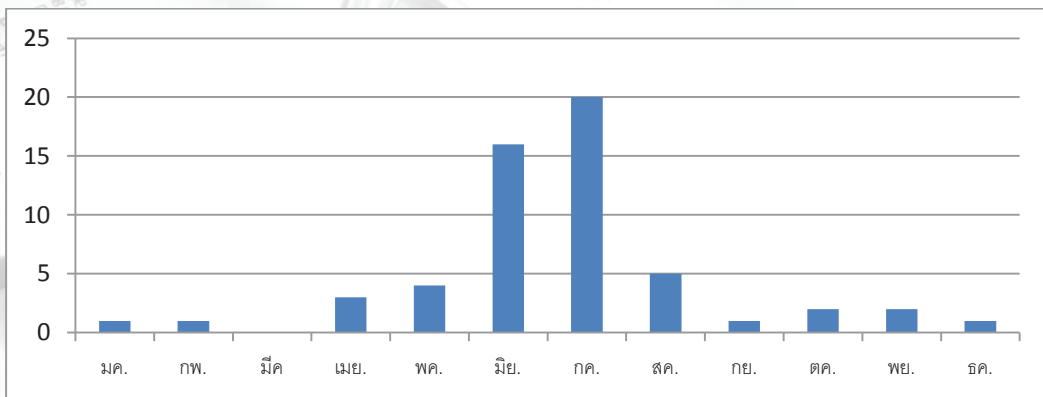
พบมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอายุ 0-1 ปี รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในระยะ

ที่ทำการศึกษ จำนวน 57 คน เป็นชาย 31 คน (54.4%) หญิง 26 คน (45.6 %) เป็นชาวไทย 41 คน (71.9 %) ลาว 16 คน (28.0 %) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 7.8 เดือน อายุที่พบบ่อยคือ 7 เดือน โดยอายุน้อยและมากที่สุดที่เข้ารับการรักษาคือ 16 วัน และ 12 เดือน ตามลำดับ เป็น Dengue fever (DF) 34 ราย (59.6%), Dengue Hemorrhagic fever (DHF) 18 ราย (31.5%) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) 5 ราย (8.7%) ผู้ป่วย DSS 5 ราย เป็นชาวไทย 3 คน ลาว 2 คน อายุ 5 เดือน 2 ราย และ 9,10,11 เดือน มีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1 เดือน 1 ราย อายุ 16 วัน ได้รับการวินิจฉัยเป็น dengue fever ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

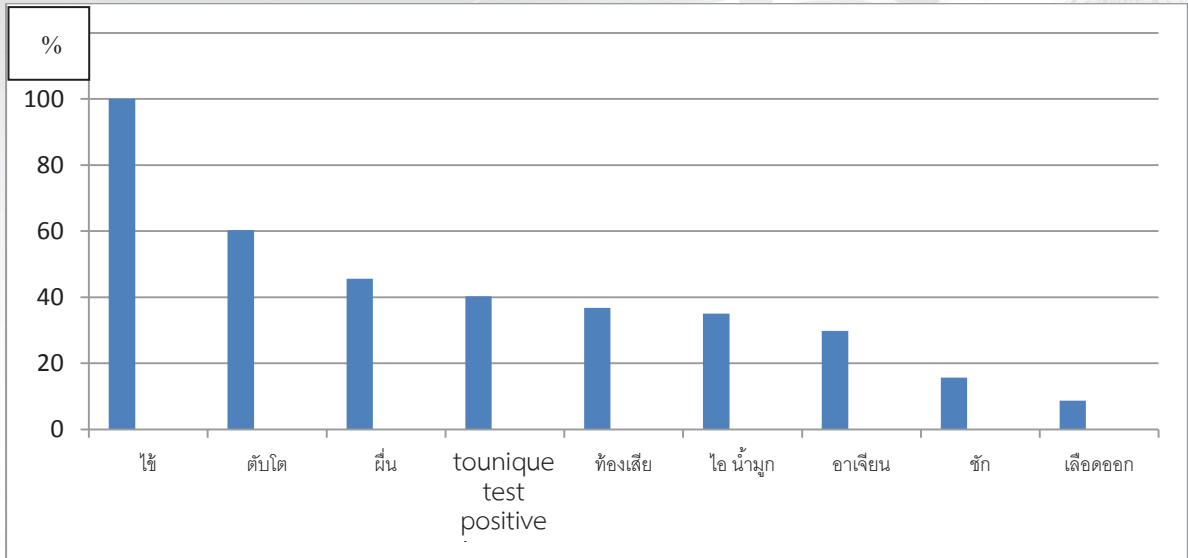
ช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาพบได้ตลอดทั้งปี โดยพบบ่อยที่สุดเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม ดังแสดงไว้ในรูปที่ 1 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในการศึกษานี้ ได้แก่ ไข้ โดยระยะเวลาของไข้มีตั้งแต่ 2-6 วัน เฉลี่ย 4.2 วัน ผื่นที่ผิวหนัง ตับโต tourniquet test positive อาการหวัด อาเจียน ท้องเสีย ชัก เลือดออก ดังแสดงไว้ในรูปที่ 2

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แบ่งตามเดือน

จำนวนผู้ป่วย



รูปที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย



ผื่นที่ผิวหนังที่พบ 45.6 % ในการศึกษาครั้งนี้ เกือบทั้งหมดเป็นผื่นชนิด confluent petechial rash ที่พบในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีเพียง 3 ราย เป็นผื่นชนิด maculopapular rash ที่พบในระยะแรกของโรคขณะที่ผู้ป่วยยังมีไข้

สำหรับอาการเลือดออกนั้นพบว่าตำแหน่งที่พบอาการเลือดออกมากที่สุดคือที่ผิวหนัง 3 ราย ตำแหน่งอื่น คือ เลือดกำเดาไหล 1 รายและเลือดออกในทางเดินอาหาร 2 ราย

ผลการตรวจ CBC พบว่า ค่าเฉลี่ยของ baseline hematocrit เท่ากับ 31.5% ค่าเฉลี่ย ของ maximum hematocrit เท่ากับ 38.3% ค่าเฉลี่ยของ minimum white blood cell count เท่ากับ 6,170 /mm³ ค่าเฉลี่ย Minimum platelet count เท่ากับ 50,324 /mm³ ค่าเฉลี่ย maximum atypical lymphocyte เท่ากับ 7.7% และค่าเฉลี่ย maximum neutrophil เท่ากับ 32.4% พบ band form 5 รายค่าตั้งแต่ 4-13% (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจเลือด Complete Blood Count (CBC)

CBC	ค่าเฉลี่ย (mean)	พิสัย (range)
Maximum hematocrit (%)	38.3	29-47
Minimum WBC (/mm ³)	6,170	1,300-19,600
Minimum platelet count (/mm ³)	50,324	6,000-173,000
Maximum atypical lymphocyte (%)	7.7	0-31
Maximum neutrophil (%)	32.4	5-79

บทวิจารณ์

โดยทั่วไปโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็กเล็กมักจะเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีแบบปฐมภูมิ ที่มักไม่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดรุนแรง แต่จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในการศึกษานี้เป็น DHF 31.5 % และ DSS 8.7 % ทั้งนี้เนื่องจากการเลือกศึกษาเฉพาะรายที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและการที่โรงพยาบาลนครพนมอยู่ติดชายแดน ได้รับส่งต่อผู้ป่วยอาการรุนแรงจากประเทศลาวทำให้พบผู้ป่วยอาการรุนแรงมากกว่า อีกทั้งกลุ่มที่เลือกศึกษาเป็นเด็ก 0-1 ปี ยังมีแอนติบอดีต่อไวรัสเดงกีที่ผ่านมาจากมารดา คงเหลืออยู่แต่มีในระดับที่ไม่เพียงพอในการป้องกันโรคได้ และอาจเป็นแอนติบอดีชนิด enhancing ทำให้มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดรุนแรงคล้ายกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในการติดเชื้อไวรัสเดงกีแบบทุติยภูมิในผู้ใหญ่และเด็กโตได้^{5,6}

อาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่พบในการศึกษานี้ คือ ไข้ ผื่น อาการไอ น้ำมูก อาเจียน ท้องเสีย ตับโต ชัก เลือดออกเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁷⁻¹¹ โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันออกไปคือ การศึกษาอาการท้องเสียในเด็กเล็กพบ 36.8% ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าและสูงกว่าวัยอื่น^{9,10,13} ตับโตพบมาก 60 % เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นพบต่างกันมากคือในอนงรัตน์ เตยวิไล¹⁰ พบ 26% ชีษณ พันธ์เจริญ และคณะ⁹ พบ 81.8 % โดยอาการตับโตพบมากสัมพันธ์กับการศึกษาที่มีสัดส่วนผู้ป่วยเป็น DHF มากแต่ไม่มีความต่างในแต่ละกลุ่มอายุ ส่วนอาการหวัด อาเจียน เลือดออกและผื่นแต่ละการศึกษาพบแตกต่างกันไป

อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัวแบบ classic dengue infection ที่พบมากในผู้ใหญ่และเด็กโต^{13,14} ไม่ได้ทำการศึกษาเนื่องจากไม่สามารถประเมินได้

สำหรับอาการชักซึ่งพบสูงถึง 15.7% ในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าอาการทางสมองในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีพบได้บ่อยในเด็กเล็ก⁷⁻¹² อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรตระหนักเพื่อที่จะนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอาการชักร่วมกับไข้ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีที่การตรวจ menigeal sign อาจไม่น่าเชื่อถือ คือต้องพิจารณาความจำเป็นในการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ

ในสมองหรือไม่ ในขณะที่มีความเสี่ยงในกรณีเกล็ดเลือดต่ำด้วยในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ชัก 9 ราย ทุกรายชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัวขณะไข้สูง 1 รายเป็น status epilepticus ได้ทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 1 ราย เจาะน้ำไขสันหลังตรวจ 3 ราย ผลปกติทุกราย

ในการศึกษานี้มีการตรวจ tourniquet test 52.6 % โดยจาก 52.6% นี้พบว่าให้ผลบวก 76.6 % เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในอดีต^{7,9,10} ยังมีข้อมูลแตกต่างค่อนข้างมากและเนื่องจากในการศึกษานี้ได้มีการทำ tourniquet test เป็นสัดส่วนน้อยผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่ายังไม่สามารถสรุปว่าการทำ tourniquet test ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่เป็นเด็กเล็กให้ผลน่าเชื่อถือมากนักน้อยเพียงใด และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

สำหรับผลการตรวจ CBC จากการศึกษาค่าเฉลี่ยของ minimum white blood cell count ค่าเฉลี่ย minimum platelet count ค่าเฉลี่ย maximum atypical lymphocyte และค่าเฉลี่ย maximum neutrophil พบลักษณะทั่วไปเหมือนผู้ใหญ่และเด็กวัยอื่น คือพบ Lymphocyte predominate, minimum white blood cell count ต่ำโดยมักน้อยกว่า 5,000 และมี atypical lymphocyte ขึ้นสูง ผลการตรวจในระยะแรกๆ ของโรคบางรายมี PMN predominate แต่เมื่อติดตามไปจนช่วงก่อนไข้ลด Lymphocyte จะขึ้นสูงแทน อย่างไรก็ตามพบว่าวัยนี้จะมีค่าเฉลี่ยของ minimum white blood cell count สูง และค่าเฉลี่ย minimum platelet count ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า⁷⁻¹¹ นอกจากนี้จากการศึกษานี้มี 1 รายที่ CBC พบเป็น PMN predominate ตลอดระยะของโรคและ 5 รายที่พบ band form เหมือนที่พบในการติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มนี้มีอาการซึมชัก 2 ราย ไอ น้ำมูก 2 ราย ถ่ายเป็นน้ำ 2 ราย โดย 2 รายที่ซึมชักได้รับยาฆ่าเชื้อรายอื่นหายเอง ไม่พบเชื้อขึ้นในเลือดน้ำไขสันหลังหรืออุจจาระปัสสาวะ แต่พบผู้ป่วย 1 รายมีอาการไข้ซึมผลเพาะเชื้อในกระแสเลือดเป็น Acinetobacter baumannii และ 1 ราย ถ่ายเป็นมูกเลือด ตรวจอุจจาระพบเชื้อ Salmonella group C โดยที่ลักษณะ CBC เป็นตามแบบที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อเดงกีทั่วไปข้างต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเนื่องจากการศึกษานี้ยังมีประชากรที่ศึกษาน้อยจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าลักษณะ CBC ที่มี bacterial

coinfection ในเด็กเล็กเป็นแบบใด การประเมินอาการผู้ป่วย จึงมีความสำคัญที่สุดในการพิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อ โดยใช้ CBCประกอบ

ค่าเฉลี่ย ของ maximum hematocrit เท่ากับ 38.3 % ซึ่งถือว่าไม่สูงโดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าการศึกษา นี้พบ มี DHF และ DSS รวมถึง 40.2 % ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า เป็นเพราะ baseline hematocrit เฉลี่ยเพียง 31.5 % ซึ่งเกิด จากความเข้มข้นเลือดปกติของเด็กเล็กที่ต่ำกว่าวัยอื่นร่วมกับ ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบโลหิตจาง จากโรคธาลัสซีเมียได้มาก

จากการศึกษานี้พบว่าการติดเชื้อเดงก็ปัจจุบันมีได้ เกือบทั้งปี อาการแสดงในเด็กเล็กมีลักษณะหลากหลาย ผลตรวจ

CBC ช่วงระยะแรกของโรคอาจไม่ชัดเจน โอกาสตรวจพบ WBC ต่ำและอาการปวดตามร่างกายซึ่งช่วยในการวินิจฉัย พบน้อยกว่าวัยอื่น ทำให้มีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาดได้ง่าย ในขณะเดียวกันหากให้การวินิจฉัยรักษาช้ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ ดังนั้นแพทย์ต้องคิดถึงโรคติดเชื้อไวรัสเดงก็ไว้เสมอในเด็กเล็กที่มาด้วยไข้สูง แม้ผู้ป่วยจะมีลักษณะทางคลินิกในช่วงแรกไม่เหมือนที่พบในรายปกติและไม่ใช้ช่วงฤดูระบาด การติดตามผู้ป่วยดังกล่าวอย่างใกล้ชิดจึงจำเป็น เพื่อให้สามารถนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคไข้เลือดออก สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงก่องควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข Available from: www.thaivbd.org/n/dengues/
2. กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ.ไข้เลือดออก.Available from: http://www.boe.moph.go.th/fact/Den-gue_hemorrhagic_fever.htm
3. ประสงค์ วิทยถาวรค์ การติดเชื้อเดงกีในเด็กเล็ก. ใน: ชิชณ พันธ์เจริญ,วันลำ กุลวิชิต,ธีรพงษ์ ตัณฑวิเชียร,อุษา ทิศาการ, บรรณาธิการ.ไข้เลือดออก.กรุงเทพ:หจก.เพนตากอนแอดเวอร์ไทซิง,2546:86-101
4. WHO. Dengue haemorrhagic fever: diagnosis,treatment, prevention and control. 2nd edition. Geneva : World Health Organization.1997
5. Hemungkorn M, Thisyakorn U, Thisyakorn C. Dengue: A growing global health threat.BioScience trends 2007; 1: 90-6.
6. Halstead SB. Controversies in dengue pathogenesis. Paediatric Int Child Health 2012; 32: S5-S9.
7. Kalayanaroj S & Nimmanitya S (2003) Clinical presentations of dengue hemorrhagic fever in infants compared to children. J Med Assoc Thailand 86: S673-S680.
8. Witayathawornwong P (2005) DHF in infants, late infants and older children: a comparative study. Southeast Asian J TropMed Public Health 36: 896-900.
9. Pancharoen C, Thisyakorn U. Dengue virus infection during infancy. Trans Soc of TropMed and Hyg 2001; 95: 307-308.
10. อนงรัตน์ เตียวไโล โรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็กเล็ก. วารสารกุมารเวชศาสตร์ มค.- มีค.2556:56-60.
11. Kabilian L,Balasubramanian S. Dengue disease spectrum among infants in the 2001dengue epidemic in Chennai,Tamil Nadu, India. J Clin Micro boil 41:3919-3921.
12. Thisyakorn U, Thisyakorn C. Dengue infection with unusual manifestations. J Med Assoc Thai 1994; 77: 410-413.
13. จารุวรรณ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในกลุ่มอายุต่างๆ.วารสารกุมารเวชศาสตร์ ตค.- ธค.59:269-276.
14. Panpitpat C, Panpitpat A, Hemungkorn M, Thisyakorn U. Dengue patients in different age groups. Asian-Oceanian Journal of Pediatrics and Child Health 2007; 6: 1-8.

ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี หอผู้ป่วยนำโชค โรงพยาบาลนครพนม

Effectiveness of Flatulence Treatment Guideline Development in Postoperative Cholecystectomy Patients in Num Choke Building, Nakhonphanom Hospital

นางรัชฎาภรณ์ จันทธานี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพนม

Ratchadaporn Chanthani
Registered Nurse Professional Level
NakhonPhanom Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี หอผู้ป่วยนำโชค โรงพยาบาลนครพนม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และความพึงพอใจที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่เตรียมผ่าตัด ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยนำโชค โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด จำนวน 15 ราย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1 มีนาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Independent t-test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดใน 48 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีมีความรุนแรงของภาวะท้องอืด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 94.81

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยได้แก่

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แนวทางปฏิบัติสามารถลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ได้จริง ดังนั้นจึงควรขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องอื่นๆ

คำสำคัญ : แนวทางปฏิบัติ ภาวะท้องอืด การดูแลหลังผ่าตัด

Abstract

This research studies the effectiveness of Flatulence Treatment Guideline Development in Postoperative Cholecystectomy Patients At Nakhonphanom Hospital in Num Choke Building is the study quasi-experimental research which aims to measure the effectiveness in the Flatulence Treatment Guideline and to evaluate the satisfaction of the Postoperative Cholecystectomy Patients.

The sample is 30 preoperative cholecystectomy patients in Nam Chock Building at Nakhonphanom Hospital by using simple random sampling method. The sample is divided into 2 groups; each group has 15 patients. The group ruth applied the treatment guideline and ruthout applied the treatment guideline.

The research tools have 3 forms; 1) general information question. 2) postoperative flatulence ileum in cholecystectomy patients evaluation form and 3) satisfaction evaluation form after flatulence treatment. These research tools are validated by the specialists. The data collection takes place from 1st March to 31st May 2016.

The data analysis are descriptive statistics which number, percentage, and standard deviation are presented wheres inferential statistics; after operation independent t-test is implement.

The researcher found that within 48 hours the group which has been applied the treatment guideline has less impact on postoperative flatulence than the group which has not significance.

The overall satisfaction of patients who are in postoperative cholecystectomy with Flatulence Treatment Guideline is 94.81%

The recommendation from this research is that the treatment guideline really reliefs the flatulence lieu in postoperative cholecystectomy patients therefore this treatment guideline should be applied in other abdominal postoperative patients later.

Keywords : *Potocol, Abdominal distention, Pos operative care*

บทนำ

โรงพยาบาลนครพนมมีผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ในปี 2558 จำนวน 251 คน หน่วยงานพิเศษ 2 รับผู้ป่วยแผนก ศัลยกรรมเป็นอันดับ 1 คือจำนวน 562 คนคิดเป็นร้อยละ 43.55 ของผู้ป่วยทั้งหมด โรคนี้ในถุงน้ำดี จำนวน 38 คนคิดเป็น ร้อยละ 6.76 ของแผนกศัลยกรรมที่รับไว้ดูแลรักษา จากการ วิเคราะห์ปัญหาพบว่าแนวทางการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่ครอบคลุมส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดปฏิบัติตัวได้ไม่ครบถ้วน พบภาวะแทรกซ้อนและอาการรบกวนที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วย หลังทำ Open cholecystectomy คือภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ทำให้มีระยะวันนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้นคือนานมากกว่า 6 วัน (ปกตินอน 5-6 วัน) และเพิ่มค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (เฉลี่ย 25,000 บาท/คน)

นอกจากนี้อาการท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นความไม่สุขสบาย อย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง โดยปัจจัย สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องนั้น มีอยู่ หลายประการด้วยกัน และจากการที่พยาบาลเป็นผู้ซึ่งมี ความรับผิดชอบโดยตรงในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการ พัฒนาแนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด โดยการประเมิน การปฏิบัติการ พยาบาล การประเมินผล ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัว ก่อนผ่าตัด สอนการพลิกตัว (Turning) การลุกนั่งการลุกเดิน เคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาการปวดแผล การติดตาม ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การพลิกตัวลุกเดินเร็ว การฟังเสียง การเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลม การเรอ ในระยะ 24,48,72 ชั่วโมง เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดและติดตาม ประเมินการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ทุกวันด้วยการ สอบถามความรู้สึกแน่นอึดท้อง การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้หากพบว่าลำไส้เริ่มมี การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ โดยไม่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์ในการสั่งเริ่มการ รับประทานอาหารทางปากโดยเร็ว

ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยนำโชค ส่วนมากต้องการ ความเป็นส่วนตัวต้องการการดูแลเป็นพิเศษหลังรับการผ่าตัด จะนอนบนเตียงไม่ยอมเคลื่อนไหว กลัวเจ็บปวด ผู้ดูแลขาด ความรู้ความเข้าใจในการดูแลหลังผ่าตัดอีกทั้งพยาบาลก็ไม่อาจ

รบกวนผู้ป่วย ขาดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ส่งผล ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนคือท้องอืดหลังผ่าตัด สำหรับ พยาบาลเมื่อพบว่า ผู้ป่วยมี อาการท้องอืด หลักการที่ถูกต้อง คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตัวบนเตียง หรือให้ลุกเดินได้เร็ว หลัง ผ่าตัด (early ambulate) โดยในปัจจุบันพยาบาลยังขาด การจัดการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยตระหนัก และเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดภาวะท้องอืด หลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและจากการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย พิเศษ 2 พบว่า ยังไม่มีแนวทางการจัดการกับภาวะท้องอืด ในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมร่วมกัน ทั้งด้านทีมสุขภาพและผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงทบทวนแนวทางปฏิบัติ การลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและศึกษา ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืด ซึ่งข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยนี้จะเป็แนวทางให้การพยาบาลและจัดการกับ ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีที่เผชิญกับ ภาวะท้องอืด อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวัดประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติการลด ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี
2. ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการปฏิบัติตาม แนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทาง ปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีในหอผู้ป่วย นำโชค ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง สองกลุ่มคือกลุ่มที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการลด ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและกลุ่มที่ได้รับการ ปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่ว ในถุงน้ำดีเป็นการวิจัยเชิงทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้หมายถึงผู้ป่วยหลังผ่าตัด นิ่วในถุงน้ำดี ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยนำโชค โรงพยาบาล นครพนม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่เตรียมผ่าตัด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือน 1 ธันวาคม 2558 – 31 พฤษภาคม 2559 โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
2. รับไว้ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดนิวในถุงน้ำดี
3. เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากกลุ่มประชากรเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดเมื่อมีการเปรียบเทียบรายคู่ (Matched pair) ทั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยหลักการสุ่มดังกล่าวจนเสร็จสิ้นจนครบ 15 รายในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด และ 15 รายในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยคำถามปลายปิดและเปิดจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิวในถุงน้ำดี แบบสอบถามภาวะท้องอืด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามในแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้ประเมินระดับของภาวะท้องอืดเมื่อครบ 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีทั้งหมด 4 หัวข้อ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดดังนี้

คะแนนรวมตั้ง 1 - 4 ระดับ 1 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับเล็กน้อย

คะแนนรวมตั้ง 5 - 8 ระดับ 2 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับปานกลาง

คะแนนรวมตั้ง 9 ขึ้นไป ระดับ 3 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิวในถุงน้ำดี ให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจโดยแบ่งเป็น 3 ระดับแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

พึงพอใจมาก	3	คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	2	คะแนน
พึงพอใจน้อย	1	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามภาษา และครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) และนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนำโชค และขออนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิให้ผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดเป็นกลุ่มที่ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะท้องอืด แต่ไม่ได้ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด เป็นกลุ่มที่ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะท้องอืด แบบประเมินความพึงพอใจและใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด ช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูลเริ่มเก็บ 1 มีนาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 เมื่อเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ นำมาวิเคราะห์จำนวน 30 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ขออนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ 9/2559 อนุมัติเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2559 เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดี และประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดี ตึกพิเศษ 2 โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้แบบสอบถามได้นำข้อมูลมา

วิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดี
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดี

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทั้งกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด และกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดมี พบว่า ข้อมูลทั่วไปโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.3, 80.0 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.3, 53.3 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.3, 60.0 ตามลำดับ ส่วนสถานะภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.7, 93.3 ตามลำดับ ในด้านภูมิลำเนา พบว่าเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองนครพนม คิดเป็นร้อยละ 100, 86.7 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดและกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด		กลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	4	26.7	3	20.0	1.00
หญิง	11	73.3	12	80.0	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	0	0	1	6.7	
ประถมศึกษา	11	73.3	8	53.3	
มัธยมศึกษา	4	26.7	3	20.0	.383
อนุปริญญา	0	0	1	6.7	

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการ		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการ		p
	ลดภาวะท้องอืด		ลดภาวะท้องอืด		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					
เกษตรกร	11	73.3	9	60.0	.507
รับจ้าง	4	26.7	3	20.0	
ค้าขาย	0	0	1	6.7	
ข้าราชการ	0	0	2	13.3	
สถานภาพ					
โสด	4	26.7	1	6.7	.169
สมรส	10	66.7	14	93.3	
หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่	1	6.7	0	0	
ภูมิลำเนา					
ในเขตเทศบาล	0	0	1	6.7	.483
นอกเขตเทศบาลเมือง	15	100	13	86.7	
ต่างจังหวัด	0	0	1	6.7	

*Fisher Exact Test

กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 56.06 และ 55.60 ปีและมีรายได้เฉลี่ย 7,666.7 และ 10,600 บาท ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการ	p
	ลดภาวะท้องอืด	ลดภาวะท้องอืด	
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$	
อายุ (ปี)	56.06±14.41	55.60±9.83	.918
รายได้ (บาท)	7,666.7±11,890	10,600±13,329	.530

2. แบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี

ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่าง

ทางสถิติ ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด ใน 48 ชั่วโมงในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดใน 72 ชั่วโมง มีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดจำแนกตามข้อมูลแบบประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี

ตัวแปร	กลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการ ลดภาวะท้องอืด $\bar{X} \pm S.D.$	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการ ลดภาวะท้องอืด $\bar{X} \pm S.D.$	p
ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด			
24 ชั่วโมง	6.53 $\pm$ 1.72	5.40 $\pm$ 3.04	.223
48 ชั่วโมง	6.06 $\pm$ 2.71	4.13 $\pm$ 1.80	.029
72 ชั่วโมง	3.00 $\pm$ 1.19	2.26 $\pm$ 1.09	.091

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวปฏิบัติมีค่าคะแนนระดับความพึงพอใจโดยภาพรวม เท่ากับ 94.81 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ เรื่องได้รับการสอนในเรื่องการลดภาวะท้องอืด และเรื่อง

ได้รับการจัดการภาวะท้องอืด โดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจเท่ากัน คือเท่ากับ 93.3 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ การได้รับการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว/การเคลื่อนไหวบ่อยๆ มีค่าคะแนนความพึงพอใจ เท่ากับ 73.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ท่านได้รับการสอนในเรื่องการลดภาวะท้องอืด			
	1.1 การฝึกหายใจลึกๆและการไอ			
	1.2 การพลิกตะแคงตัว, ลูกนั่งบนเตียง	93.3	6.7	0
	1.3 การกระตุ้นลูกเดินเร็ว			
2	ท่านได้รับการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว/ การเคลื่อนไหวบ่อยๆ	73.3	26.7	0
3	ท่านได้รับการกระตุ้นและช่วยเหลือให้เดินบ่อยๆ	80.0	20.0	0
4	ท่านได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหาร ที่ช่วยลดอาการท้องอืด	86.7	13.3	0
5	ท่านได้รับการจัดการกับภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด สามารถบรรเทาอาการภาวะท้องอืดของท่านได้	80.0	20.0	0
6	ท่านพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการภาวะท้องอืด	93.3	6.7	0
ร้อยละความพึงพอใจในภาพรวม		94.81		

การอภิปรายผล

1. ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดีมีความรุนแรงของภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดโดยได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติในเรื่องการลดภาวะท้องอืดการฝึกหายใจลึกๆและการไอ การพลิกตะแคงตัว ลูกนั่งบนเตียง การกระตุ้นลูกเดินเร็วเมื่อหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงมีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวและเคลื่อนไหวบ่อยๆ เนื่องการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวและลูกเดินเร็วส่งผลให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดภาวะท้องอืดได้ดี เมื่อครบ 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินภาวะท้องอืดตามแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดลดภาวะท้องอืดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี งามประเสริฐ และคณะ (2548) ศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการท้องอืดในผู้ป่วยทางนรีเวชที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการจัดการกับอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุด ร้อยละ 97.3

คือ การพลิกตัวบ่อยๆ การจัดการกับอาการท้องอืดที่พยาบาลเลือกมากที่สุดร้อยละ 99.5 คือ ดูแลให้ดื่มน้ำอาหารตามแผนการรักษา

2. ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดี

กลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวปฏิบัติมีค่าคะแนนระดับความพึงพอใจโดยภาพรวม เท่ากับ 94.81 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ เรื่องได้รับการสอนในเรื่องการลดภาวะท้องอืด และเรื่องได้รับการจัดการภาวะท้องอืดโดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจเท่ากัน คือเท่ากับ 93.3 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และปฏิบัติตามแนวทางได้และลดภาวะท้องอืด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ (2552) ศึกษาเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่าวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลูกเดินบ่อยๆ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดใน 48 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำตีมีความรุนแรงของภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากการผ่าตัดในอุ้งน้ำตีเป็นการผ่าตัดในช่องท้องซึ่งก่อให้เกิดภาวะท้องอืดได้ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องท้องอื่นๆ ควรใช้แนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดได้

2. ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด ใน 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำตีมีความรุนแรงของภาวะท้องอืด ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดเนื่องผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีการปวดแผลผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลควรมีการจัดการความเจ็บปวด

3. นำผลการวิจัยไปศึกษาต่อถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับความคาดหวังต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กษยา ตันติผลาชีวะ. “Postoperative ileus : Cause, Prevention and Treatment,” ใน ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32. หน้า 87 – 88. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2549.
2. กันยา ออประเสริฐ. “การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก,” ใน การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ : เอ.พี.สีพวง จำกัด, 2546.
3. กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร .(2553). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต่อภาวะภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. จันทรเพ็ญ สันตวาจา. “ทฤษฎีการพยาบาล” ใน แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการ พยาบาล. หน้า 61. นนทบุรี : ธนาเพรส จำกัด; 2548.
5. จุมพล วิลาศศรีศรี. “Surgical Complication” ใน ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป. หน้า 73. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2548.
6. ชูศรี วรรณโกวัฒน์. “การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี” วารสารพยาบาล ศาสตร์. 17(3) : 24 - 32, 2542.
7. ไชยยุทธ ธนไพศาล. ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
8. ทวีศักดิ์ บุรณภูมิ และวารี พร้อมเพชรรัตน์. “สรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว,” ใน สารสำคัญวิชาสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นานาอักษรการพิมพ์, 2549.
9. ทิพวรรณ วัฒนเวช. “ท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง,” วารสารโรงพยาบาลระยอง 2. 2(1) : 1 - 6 ; ธรรมสารมกราคม - มิถุนายน, 2546.
10. เต็มชัย ไชยวันดีและไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. โรคตับและทางเดินน้ำดี. เรือนแก้วการพิมพ์:กรุงเทพฯ; 2542.
11. วัชรพุทก์. (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์. (หน้า 7-20). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. ธนิต วัชรพุทก์. “Biliary Tract,” ใน ตำราศัลยศาสตร์ภาค2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด; กุมภาพันธ์ 2558.
13. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่ : คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540
14. นันทาวดี ศิริจันทร์. การศึกษาอาการท้องอืด และการ จัดการอาการท้องอืด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. อุดรธานี : มหาวิทยาลัยราชธานี, 2551.
15. บรรลือ เฉลยกิตติ. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2545.
16. บุญใจ ศรีสถิตยนากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2550.
17. ประณีต ส่งวัฒนา. หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์สงขลา; 2542.
18. เพียว เกษตรสมบุญ. (2525). ผลของการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและลุกเดินได้เร็วในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. มหาวิทยาลัยมหิดล.
19. พินิจ กุลละวณิช. “การตรวจทางระบบทางเดินอาหาร,” ใน การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิคัลเพรส; 2545.

20. ไพบูลย์ พงศ์ชัยพลชัย. “Difficult Biliary Calculi : Pathophysiology,” ใน ศัลยศาสตร์ปริทัศน์. หน้า 321. กรุงเทพฯ : JSK การพิมพ์; 2543.
21. ภัทรพร บุรพุกศศรี และอื่น ๆ. “การดูแลรักษาน้ำในถุงน้ำดีด้วยวิธีไม่ผ่าตัด,” ในโรคทางเดินอาหารและ การรักษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
22. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่5. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2546.
23. นันทาวดี ศิริจันทร์. การศึกษาอาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. อุดรธานี : มหาวิทยาลัยราชธานี; 2551.
24. เนาวรัตน์ สมศรี. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะท้องอืดสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
25. มาลี งามประเสริฐ. “การศึกษาเบื้องต้นของโปรแกรมการลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยนิ่วหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง : ศึกษาระดับความรุนแรงของอาการท้องอืด,” สารศิริราช. 57(7) :302 - 307 ; กรกฎาคม, 2548.
26. สุนันทา ศรีวิวัฒน์. (2538). ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวด ภาวะท้องอืดและการพักผ่อนหลังการ ผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
27. วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2535). ผลของการออกกำลังกายแบบแผนต่ออาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊ส ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
28. ศิริพรรณ ภูมิพล พย.ม. “บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด.” วารสารสภาอากาศไทย. ปีที่ 6 ฉบับที่1มกราคม-มิถุนายน 2556
29. ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ. (2552). ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการ กับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
30. อรทัย ขบาภิวัฒน์, พรณี วิระบรรณ,อวยพร ภัทรภักติกุล “ความสุขสบายในผู้ป่วยนิ่วหลังผ่าตัดช่องท้อง” วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม –ธันวาคม 2558.
31. Bartz, Albert E. 1999. Basic Statistical Concept. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
32. Loether, Herman J. and McTavish, Donald G. 1993. Descriptive and inferential Statistics : An Introduction. USA : Allyn and Bacon.

Original Article

การศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง โรงพยาบาลมุกดาหาร

ยุทธพล มั่นคง วท.บ.*, พนิดา กัณณิการณ์ วท.บ.**

* นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

** นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร จากกลุ่มประชากรมีผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งครบถ้วน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 จำนวน 411 ราย ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยอันดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis test, Chi-Square Tests และ Odds Ratio, 95% Confidence Interval (กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ร้อยละ 55.2 และ 44.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 35.4 ± 18.9 ปี ไส้ติ่งที่พบมีความกว้างและยาวเฉลี่ย 0.9 ± 0.3 และ 6.0 ± 1.7 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยอันดับความกว้างและยาวของไส้ติ่งในเพศชาย คือ 233.32 และ 231.57 สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$) ช่องภายในไส้ติ่งมี fecal material มากที่สุด ร้อยละ 48.7 ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งพบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) และไส้ติ่งแตกทะลุ (Ruptured appendicitis) ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 29.9 , 29.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าอายุ เพศ และความกว้างของไส้ติ่งมีความสัมพันธ์กับไส้ติ่งแตกทะลุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$) และเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุ มากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (Odds Ratio = 2.019, 95% Confidence Interval = 1.314 -3.104)

ผลการศึกษาพบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งมีพยาธิสภาพไส้ติ่งแตกทะลุและเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดไส้ติ่งแตกทะลุ ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดมุกดาหารสามารถนำผลการศึกษาซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการรักษาผู้ป่วยเป็นข้อมูลพื้นฐานไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันเพื่อทบทวนกระบวนการดูแลรักษา รวมถึงพัฒนาวิธีการที่จะช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตกทะลุเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ชิ้นเนื้อไส้ติ่ง ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง

A study of pathology reports of appendixes specimens in patients with appendectomy at Mukdahan Hospital

Yutthaphon Mankhong B.Sc.*, Phanida Kannikaphorn B.Sc.**

Medical Technologist Senior Professional level, Mukdahan hospital *

Medical Technologist Professional level, Mukdahan hospital **

Abstract

This descriptive study was aimed to study pathology reports of appendixes specimens in patients with appendectomy at Mukdahan Hospital. Between January 2012 and January 2014, 411 pathology reports of appendixes specimens. Percentage, mean, mean rank, standard deviation, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis test, Chi-Square Tests and Odds Ratio, 95% confidence interval ($p < 0.05$) were analyzed by statistic software. The study found that the patients with appendectomy are slightly more female than male 55.2% and 44.8% respectively mean age was 35.4 ± 18.9 years. The appendixes were 0.9 ± 0.3 and 6.0 ± 1.7 cm in width and length. The mean rank width and length of appendixes in males was 233.32 and 231.57, significantly higher than females (p value < 0.05). Lumen contains had the most fecal material 48.7%. Results of patient with appendectomy for acute appendicitis and similar ruptured appendicitis were 29.9% and 29.4%, respectively. When considering relationship, the age, gender and width of appendicitis were significantly correlated with Ruptured appendicitis (p value < 0.05). Male is a risk factor for Ruptured appendicitis. More than females about 2 times (Odds Ratio = 2.019, 95% Confidence Interval = 1.314 - 3.104).

The results showed that about one third of patients with appendectomy had ruptured appendicitis, and males were at risk for ruptured appendicitis. Therefore, the Public health service in Mukdahan province can the study results reflect the quality of patient treatment. Basic information is applied to daily operations to review the maintenance process and develop methods to diagnose acute appendicitis and ruptured appendicitis. It is useful to develop quality of service, to provide effective patient care.

Key words : pathology of appendix specimens, patients with appendectomy

บทนำ

ไส้ติ่งเป็นส่วนหนึ่งของลำไส้มีปลายตัน หากอักเสบเฉียบพลันจากการอุดตันหรือตีบแคบของช่องภายในไส้ติ่งจากเศษอุจจาระ พยาธิ หรือสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ จะเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมช่องท้องที่พบได้บ่อยในประชากรทุกเพศทุกวัย มีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 1.5–1.9 ต่อ 1000 ของประชากรชายและหญิง⁽¹⁾ โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบวาระหว่างปี พ.ศ.2536-2551 ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7.62 เป็น 9.38 ต่อ 10,000 ประชากร⁽²⁾ ในประเทศไทยจากการประเมินการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษารพพยาบาลข้าราชการ พบวาระหว่าง ปี 2548–2551 มีการให้บริการรักษาไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันถึง 401,332 ครั้ง เป็นไส้ติ่งแตกทะลุสูงถึงร้อยละ 17.3 โดยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 165.9 และ 192.4 เป็น 176.4 และ 203.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽³⁾ และในปี 2552 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากไส้ติ่งอักเสบสูงถึง 360 ราย เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเมื่อเทียบกับอายุเฉลี่ย⁽⁴⁾ ส่วนในพื้นที่จังหวัดมุกดาหารจากข้อมูลกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหารพบว่าในปี 2556 มีผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเข้ารับการรักษาทั้งสิ้น 494 ราย ในจำนวนนี้น้ำมากกว่าครึ่งเป็น Acute appendicitis ซึ่งสูงถึง 319 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.6⁽⁵⁾ การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบจะอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลัก ส่วนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ หรืออัลตราซาวด์มีบทบาทน้อยและทำเฉพาะในรายที่ ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยหรือสงสัยโรคอื่น ผู้ป่วยส่วนมากมีลักษณะทางคลินิกเป็นไส้ติ่งอักเสบค่อนข้างชัดเจนและไม่เป็นปัญหาในการวินิจฉัย แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยไม่น้อยที่มีลักษณะอาการไม่เหมือนไส้ติ่งอักเสบ มากนัก จึงอาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้ารวมทั้งการดูแลที่ไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุ เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยบางรายที่มีความรุนแรงสูงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก และผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ⁽⁶⁾ โรงพยาบาลมุกดาหารเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิให้บริการสาธารณสุขด้าน

การรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมถึงการรักษาผ่าตัดไส้ติ่ง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดไส้ติ่งจะได้รับการตรวจยืนยันผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งเพื่อให้ทราบถึงพยาธิสภาพที่แท้จริง แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและสะท้อนถึงคุณภาพการรักษาก่อนการผ่าตัดไส้ติ่งจึงเป็นที่มาของการศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตกทะลุของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งโรงพยาบาลมุกดาหาร คาดหวังว่าข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการทบทวนกระบวนการดูแลรักษา รวมถึงพัฒนาวิธีการ ที่จะช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตกทะลุเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงกับไส้ติ่งแตกทะลุของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

วัสดุและวิธีการ

เก็บข้อมูลจากผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมุกดาหารระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ได้กลุ่มประชากรมีผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งครบถ้วน จำนวน 411 ราย ใช้แบบบันทึกข้อมูลเพศ อายุ ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง ความกว้าง ความยาวไส้ติ่ง และ Lumen contains ทำการศึกษาค้นคว้าผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยอันดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis test, Chi-Square Tests และ Odds Ratio, 95% Confidence Interval (กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ร้อยละ 55.2 และ 44.8 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 35.4 ± 18.9 ปี ไส้ติ่งที่พบมีความกว้างและยาวเฉลี่ย 0.9 ± 0.3 และ 6.0 ± 1.7 เซนติเมตร ช่องภายในไส้ติ่งมี

fecal material มากที่สุด ร้อยละ 48.7 ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งพบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) และไส้ติ่งแตกทะลุ (Ruptured appendicitis) ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 29.9 , 29.4 ตามลำดับ หรือประมาณหนึ่งในสามเป็นไส้ติ่งแตกทะลุ พบ Carcinoid tumor และ Mucinous adenocarcinoma ร้อยละ 0.2 , 0.2 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง	
	จำนวนราย	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	184	44.8
เพศหญิง	227	55.2
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 11 ปี	29	7.1
11-20	93	22.6
21-30	48	11.7
31-40	74	18.0
41-50	77	18.7
51-60	49	11.9
61 ปีขึ้นไป	41	10.0
$(\mu \pm \sigma)$ 35.4 ± 18.9 , Median (min-max) 35 (3-97)		
ความกว้างไส้ติ่ง(เซนติเมตร)		
น้อยกว่า 0.6	27	6.6
0.6-1.2	320	77.8
มากกว่า 1.2	64	15.6
$(\mu \pm \sigma)$ 0.9 ± 0.3 , Median (min-max) 0.9 (0.4-3.0)		
ความยาวไส้ติ่ง(เซนติเมตร)		
น้อยกว่า 6.0	207	50.4
6.0-9.0	183	44.5
มากกว่า 9.0	21	5.1
$(\mu \pm \sigma)$ 6.0 ± 1.7 , Median (min-max) 5.8 (2.5-14.0)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง	
	จำนวนราย	ร้อยละ
Lumen contains		
fecal material	200	48.7
fecaliths	5	1.2
Brown, green, dark red brown material	149	36.2
pus	12	2.9
mucinous material	2	0.5
not remarkable	43	10.5
ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		
Acute appendicitis	123	29.9
Acute suppurative appendicitis	91	22.1
Acute gangrenous/ necrotizing appendicitis	12	2.9
Ruptured appendicitis	121	29.4
Reactive lymphoid hyperplasia	18	4.4
Serosal congestion	2	0.5
Periappendicitis	13	3.2
Eosinophil infiltration	3	0.7
Fibrous obliteration	8	1.9
Fecal impaction	14	3.4
Parasitic infestation	4	1.0
Carcinoid tumor	1	0.2
Mucinous adenocarcinoma	1	0.2
ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		
ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ	290	70.6
ไส้ติ่งแตกทะลุ	121	29.4
μ ค่าเฉลี่ย		
σ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		

ความกว้างและยาวของไส้ติ่ง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาความกว้างและยาวของไส้ติ่งพบว่าเพศชายมีไส้ติ่งกว้างเฉลี่ย 1.01 ± 0.34 เซนติเมตร กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีไส้ติ่งเฉลี่ยกว้างที่สุด และแคบที่สุดในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป 0.98 ± 0.30 และ 0.85 ± 0.29 เซนติเมตรตามลำดับ และไส้ติ่งแตกทะลุมีความกว้างเฉลี่ย 1.08 ± 0.37 เซนติเมตร

ส่วนความยาวของไส้ติ่งพบว่าเพศชายมีความยาวเฉลี่ยไส้ติ่งมากกว่าเพศหญิง 6.41 ± 1.87 และ 5.72 ± 1.51 เซนติเมตรตามลำดับ โดยกลุ่มอายุ 11-20 ปี มีไส้ติ่งเฉลี่ยยาวที่สุด และเฉลี่ยสั้นที่สุดในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป คือ 6.49 ± 1.84 , 5.39 ± 1.65 เซนติเมตร ตามลำดับ โดยไส้ติ่งแตกทะลุยาวเฉลี่ย 6.22 ± 1.86 เซนติเมตร ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความกว้างและยาวของไส้ติ่ง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง	
	ความกว้างของไส้ติ่ง (เซนติเมตร)	ความยาวของไส้ติ่ง (เซนติเมตร)
เพศ		
เพศชาย	1.01 ± 0.34	6.41 ± 1.87
เพศหญิง	0.88 ± 0.28	5.72 ± 1.51
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 11 ปี	0.88 ± 0.27	5.98 ± 1.46
11-20	0.95 ± 0.37	6.49 ± 1.84
21-30	0.88 ± 0.29	5.74 ± 1.44
31-40	0.97 ± 0.31	6.14 ± 1.61
41-50	0.98 ± 0.30	6.15 ± 1.92
51-60	0.96 ± 0.28	5.62 ± 1.50
61 ปีขึ้นไป	0.85 ± 0.29	5.39 ± 1.65
ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		
ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ	0.88 ± 0.27	5.95 ± 1.65
ไส้ติ่งแตกทะลุ	1.08 ± 0.37	6.22 ± 1.86

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับความกว้างและยาวของไส้ติ่ง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาความกว้างของไส้ติ่งพบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยอันดับ 233.32 ซึ่งสูงกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) และไส้ติ่งแตกทะลุมีความกว้างค่าเฉลี่ยอันดับ 259.89 สูงกว่า ไส้ติ่งไม่แตกทะลุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05)

ความยาวของไส้ติ่งพบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยอันดับ 231.57 สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) ส่วนความยาวของไส้ติ่งไม่แตกทะลุและแตกทะลุ มีค่าเฉลี่ยอันดับใกล้เคียงกันและ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p value = 0.193) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับความกว้างของไส้ติ่ง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ความกว้างไส้ติ่ง		Mean Rank	Sum of Ranks	Z*	p value
	($\mu \pm \sigma$)	(เซนติเมตร)				
เพศ					-4.246	0.000
เพศชาย	1.01 $\pm$ 0.34		233.32	42930.00		
เพศหญิง	0.88 $\pm$ 0.28		183.86	41736.00		
ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง					-6.011	0.000
ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ	0.88 $\pm$ 0.27		183.51	53219.00		
ไส้ติ่งแตกทะลุ	1.08 $\pm$ 0.37		259.89	31447.00		

Z* Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับความยาวของไส้ติ่ง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ความยาวไส้ติ่ง		Mean Rank	Sum of Ranks	Z*	p value
	($\mu \pm \sigma$)	(เซนติเมตร)				
เพศ					-3.939	0.000
เพศชาย	6.41 $\pm$ 1.87		231.57	42608.00		
เพศหญิง	5.72 $\pm$ 1.51		185.28	42058.00		
ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง					-1.303	0.193
ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ	5.95 $\pm$ 1.65		201.08	58314.00		
ไส้ติ่งแตกทะลุ	6.22 $\pm$ 1.86		217.79	26352.00		

Z* Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่าความกว้างของไส้ติ่งในทุกกลุ่มอายุมีค่าเฉลี่ยอันดับระหว่าง 174.82 ถึง 224.06 และไม่แตกต่างทางสถิติ (p value = 0.090) ส่วนความยาวของไส้ติ่งพบว่าในกลุ่มอายุ 11-20 ปี มีค่าเฉลี่ยอันดับมากที่สุด และน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป คือ 237.28 และ 157.71 ตามลำดับ เมื่อทดสอบ ทางสถิติพบว่าความยาวของไส้ติ่งในกลุ่มอายุมีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.004) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับความกว้างและความยาวของไส้ติ่ง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ความกว้างไส้ติ่ง Mean Rank	χ^2 p value	ความยาวไส้ติ่ง Mean Rank	χ^2 p value
อายุ (ปี)		10.942 0.090		19.193 0.004
น้อยกว่า 11 ปี	184.53		210.90	
11-20	207.23		237.28	
21-30	175.73		186.04	
31-40	219.28		220.26	
41-50	223.82		210.41	
51-60	224.06		175.23	
61 ปีขึ้นไป	174.82		157.71	

χ^2 Kruskal-Wallis test

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการเกิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่าอายุ เพศ และความกว้างของไส้ติ่งมีความสัมพันธ์กับไส้ติ่งแตกทะลุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) โดยกลุ่มไส้ติ่งแตกทะลุเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 37.5 และ 22.9 ตามลำดับ กลุ่มอายุ

51-60 ปี และกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 44.9 และ 43.9 ตามลำดับ เกือบครึ่งของผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งแตกทะลุมีความกว้างมากกว่า 1.2 เซนติเมตร คือ ร้อยละ 48.4 ส่วนความยาวของไส้ติ่งกับการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งแตกทะลุไม่มีความสัมพันธ์กัน ทางสถิติ (p value = 0.235) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง

ข้อมูลทั่วไป	ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		χ^2	df	p value
	ไส้ติ่งแตกทะลุ จำนวน (ร้อยละ)	ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ			9.727	1	0.002
เพศชาย	69 (37.5)	115 (62.5)			
เพศหญิง	52 (22.9)	175 (77.1)			
อายุ (ปี)			22.906	6	0.001
น้อยกว่า 11 ปี	12 (41.4)	17 (58.6)			
11-20	25 (26.9)	68 (73.1)			
21-30	10 (20.8)	38 (79.2)			

ตารางที่ 6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง

ข้อมูลทั่วไป	ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		χ^2	df	p value
	ไส้ติ่งแตกทะลุ จำนวน (ร้อยละ)	ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ จำนวน (ร้อยละ)			
31-40	10 (13.5)	64 (86.5)			
41-50	24 (31.2)	53 (68.8)			
51-60	22 (44.9)	27 (55.1)			
61 ปีขึ้นไป	18 (43.9)	23 (56.1)			
ความกว้างไส้ติ่ง(เซนติเมตร)			22.651	2	0.000
น้อยกว่า 0.6	0 (0)	27 (100.0)			
0.6-1.2	90 (28.1)	230 (71.9)			
มากกว่า 1.20	31 (48.4)	33 (51.6)			
ความยาวไส้ติ่ง(เซนติเมตร)			2.897	2	0.235
น้อยกว่า 6	55 (26.6)	152 (73.4)			
6-9	57 (31.1)	126 (68.9)			
มากกว่า 9	9 (42.9)	12 (57.1)			

χ^2 Chi-Square Tests

ปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป 1.314 -3.104) โดย กลุ่มไส้ติ่งแตกทะลุเป็นเพศชายมากกว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุพบว่าเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 37.5 และ 22.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียด เป็นปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุ มากกว่า เพศหญิงประมาณ 2 ในตารางที่ 7 เท่า (Odds Ratio = 2.019, 95% Confidence Interval =

ตารางที่ 7 ปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		Odds Ratio	95% Confidence Interval	
	ไส้ติ่งแตกทะลุ จำนวน (ร้อยละ)	ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ จำนวน (ร้อยละ)		Lower	upper
เพศ			2.019	1.314	3.104
เพศชาย	69 (37.5)	115 (62.5)			
เพศหญิง	52 (22.9)	175 (77.1)			
อายุ (ปี)			0.709	0.462	1.087
น้อยกว่า 35 ปี	51 (25.8)	147 (74.2)			
35 ปีขึ้นไป	70 (32.9)	143 (61.1)			

ตารางที่ 7 (ต่อ) ปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง		Odds Ratio	95% Confidence Interval	
	ไส้ติ่งแตกทะลุ	ไส้ติ่งไม่แตกทะลุ		Lower	upper
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ความยาวไส้ติ่ง(เซนติเมตร)			0.673	0.318	1.424
น้อยกว่า 9	109 (28.8)	270 (71.2)			
9 ขึ้นไป	12 (37.5)	20 (62.5)			

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ย 35.4 ± 18.9 ปี ไส้ติ่งที่พบมีความกว้าง และยาวเฉลี่ย 0.9 ± 0.3 , 6.0 ± 1.7 เซนติเมตรตามลำดับ ช่องภายในไส้ติ่งมี fecal material มากที่สุด ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งพบว่าประมาณหนึ่งในสามเป็นไส้ติ่งแตกทะลุ โดยอายุ เพศ และความกว้างของไส้ติ่งมีความสัมพันธ์กับไส้ติ่งแตกทะลุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุ มากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดมุกดาหารสามารถนำผลการศึกษาซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการรักษาผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันเพื่อทบทวนกระบวนการดูแลรักษา รวมถึงพัฒนาวิธีการที่จะช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตกทะลุ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ร้อยละ 55.2 และ 44.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 57.1 , 58.3 และ 62.6 ตามลำดับ⁽⁷⁻⁹⁾ อายุเฉลี่ย 35.4 ± 18.9 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่องอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยมีอายุ

เฉลี่ย 31.24 ± 16.89 ปี ไส้ติ่งที่พบมีความกว้างและยาวเฉลี่ย 0.9 ± 0.3 , 6.0 ± 1.7 เซนติเมตรตามลำดับ โดยความยาวไส้ติ่งสอดคล้องกับโกวิท ไชยศิรามงคล และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องความผันแปรของตำแหน่งไส้ติ่งในศพคนไทยอีสานโดยใช้อาจารย์ใหญ่จากคนไทยอีสาน ผลการศึกษพบว่าความยาวของไส้ติ่งทั้งสองเพศ คือ 6.12 ± 2.02 เซนติเมตร แต่สั้นกว่าการศึกษาของ สิทธิชัย วชิราศรีศิริกุล ที่พบว่าความยาวไส้ติ่งเฉลี่ยของกลุ่มไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 6.68 เซนติเมตรและกลุ่มไส้ติ่งปกติ 6.28 เซนติเมตร⁽¹²⁾ ซึ่งความกว้างและยาวของไส้ติ่งที่มีขนาดแตกต่างกัน อาจเป็นผลมาจากปฏิกิริยาที่สำคัญของการอักเสบ เช่นการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การเคลื่อนตัวของเซลล์เม็ดเลือดขาวออกจากหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ช่วยปกป้องเนื้อเยื่อ รวมทั้งกำจัดเนื้อเยื่อที่เสียหายของไส้ติ่งทำให้ขนาดของไส้ติ่งอักเสบมีขนาดแตกต่างกัน ช่องภายในไส้ติ่งมี fecal material มากที่สุด ร้อยละ 48.7 สอดคล้องกับ มาวิน วงศ์สายสุวรรณ ที่ว่าอุจจาระอุดตันภายในรูไส้ติ่งเป็นสาเหตุของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันหลัก⁽¹³⁾ ผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งพบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) และไส้ติ่งแตกทะลุ (Ruptured appendicitis) โกล่เคียงกันคือ ร้อยละ 29.9 , 29.4 ตามลำดับ หรือประมาณหนึ่งในสามเป็นไส้ติ่งแตกทะลุ ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บางครั้งมีความรุนแรงสูงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กและผู้สูงอายุเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งสูงกว่า

การศึกษาของ พรวิวัฒน์ ศรีเพ็ญเพชร⁽³⁾ ได้ศึกษาเรื่องผลลัพธ์ การให้บริการกรณีไส้ติ่งอักเสบใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548-2551 ผลการประเมินการให้บริการดูแล รักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่าระหว่างปี 2548 – 2551 มีการให้บริการกรณีไส้ติ่งอักเสบ เฉียบพลันถึง 401,332 ครั้ง เป็นไส้ติ่งแตกทะลุสูงถึงร้อยละ 17.3 และสิทธิชัย วชิราศิริ⁽¹²⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องความยาวไส้ติ่ง กับการเกิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในผู้ใหญ่พบว่าไส้ติ่งอักเสบ แดกทะลุร้อยละ 10.2 สาเหตุอาจมาจากบริบทการดูแลและ พยาธิสภาพของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการรักษาและ การเข้าถึงบริการรวมถึงการบริหารจัดการระบบการรักษาผู้ป่วย ในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันทำให้ร้อยละไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุ แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่าเพศชาย และเพศหญิงมียาวของ ไส้ติ่งเฉลี่ย 6.41 ± 1.87 และ 5.72 ± 1.51 เซนติเมตรตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ โกวิท ไชยวิมางค และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ความผันแปรของตำแหน่งไส้ติ่งในศพคนไทย อีสานโดยใช้อาจารย์ใหญ่จากคนไทยอีสาน พบว่าค่าเฉลี่ยของ ความยาวไส้ติ่งในเพศชายและหญิง คือ 6.32 ± 2.01 และ 5.68 ± 2.02 เซนติเมตร ตามลำดับ โดยกลุ่มอายุ 11-20 ปี มี ไส้ติ่งเฉลี่ยยาวที่สุด 6.49 ± 1.84 เซนติเมตร กลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปมีไส้ติ่งเฉลี่ยสั้นที่สุด 5.39 ± 1.65 เซนติเมตร และไส้ติ่ง แดกทะลุความยาวของไส้ติ่งเฉลี่ย 6.22 ± 1.86 เซนติเมตร สอดคล้องกับ มาวิน วงศ์สายสุวรรณ ที่พบว่าไส้ติ่งจะปรากฏ เห็นได้ชัดเมื่อตัวอ่อนอายุได้ 8 สัปดาห์ โดยจะยื่นออกมาจาก ส่วนปลายของ cecum มีขนาดของไส้ติ่ง ตั้งแต่ 1 ถึง 30 เซนติเมตร โดยเฉลี่ยมักจะขนาดประมาณ 6 ถึง 9 เซนติเมตร โดย lymphoid tissue จะปรากฏครั้งแรกในไส้ติ่งหลังคลอด ได้ 2 สัปดาห์ และเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น หลังจากนั้น จะคงที่ไปอีกสิบปีหลังจากนั้นจำนวนจะลดลงเรื่อยๆ จนประมาณ อายุ 60 ปี ก็แทบจะไม่มี lymphoid tissue เหลืออยู่ในไส้ติ่ง อีกและ lumen ก็มักจะตีบตันหมดแล้ว⁽¹³⁾

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับผล การตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่ง พบว่าอายุ เพศ และความกว้างของ ไส้ติ่งมีความสัมพันธ์กับไส้ติ่งแตกทะลุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p value < 0.05) โดยกลุ่มไส้ติ่งแตกทะลุเป็นเพศชาย

มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 37.5 และ 22.9 ตามลำดับ เป็น กลุ่มอายุ 51-60 ปี กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่า 11 ปี ในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 44.9 , 43.9 และ 41.4 ตามลำดับ เกือบครึ่งของผลการตรวจชิ้นเนื้อไส้ติ่งแตกทะลุ มีความกว้างมากกว่า 1.2 เซนติเมตร คือร้อยละ 48.4 ซึ่งสอดคล้อง และแตกต่างกับการศึกษาของ นริทธิ์ สังข์สม⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและอักเสบแตกทะลุในโรงพยาบาล ชุมพรเขตรุดมศักดิ์ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับไส้ติ่งอักเสบ ผลการศึกษาพบว่าไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุมีความสัมพันธ์กับ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) แต่ไส้ติ่ง อักเสบแตกทะลุกับเพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (p value = 0.134) และเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของไส้ติ่งแตกทะลุ มากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (Odds Ratio = 2.019, 95% Confidence Interval = 1.314 -3.104)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วย ผ่าตัดไส้ติ่งมีพยาธิสภาพไส้ติ่งแตกทะลุ และเพศชายเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดไส้ติ่งแตกทะลุ ดังนั้นแพทย์ พยาบาล บุคลากร ที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร สามารถนำผลการศึกษาซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลพื้นฐานไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลรักษา เช่นระยะเวลาการคอยการรักษา รวมถึงพัฒนาวิธีการที่จะช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและ ไส้ติ่งแตกทะลุ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานเซลล์วิทยา โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่ช่วยเก็บบันทึกรวบรวมข้อมูล ขอคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะเนื้อหาจนทำให้งานวิจัยสำเร็จ ครบถ้วน สมบูรณ์ และสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Khan I, Rehman AU. Application of Alvarado scoring system in diagnosis of acute appendicitis. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2005;17(13) : 41-44
2. Buckius MT, McGrath B, Monk J, Grim R, Bell T, Ahuja V. Changing epidemiology of acute appendicitis in the United States: study period 1993-2008. J Surg Res. 2012 Jun 15;175(2):185-90. doi: 10.1016/j.jss.2011.07.017. Epub 2011 Aug 9.
3. พรวิวัฒน์ ศรีเพ็งเพชร. ผลลัพธ์การให้บริการกรณีไส้ติ่งอักเสบใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2548-2551. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554 ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 :548-56
4. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. (หน้า 48). นนทบุรี: สำนักพิมพ์บริษัท เดอะกราฟิก ชิส์เต็มส์ จำกัด; 2555.
5. กลุ่มงานศัลยกรรม. PCT ศัลยกรรม Clinical Tracer Appendicitis โรงพยาบาลมุกดาหาร: โรงพยาบาลมุกดาหาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม [อ้างเมื่อ 2 กันยายน 2559] จาก <http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=203>
7. ณรงค์ พึ่งพรธรรมกุล . ประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ โดยใช้ระบบคะแนน Alvarado score โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, กาฬสินธุ์, มหาสารคาม. ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม 2555. 29-35
8. พงศกร อธิกวาศตพทธี, ยุวเรศมศุทธิ์ สิทธิชาญบัญชา. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามคำแหง. ธรรมศาสตร์เวชสาร ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2556. 36-42
9. พิเชษฐ พิตขุนทด. ความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบโดยใช้ระบบคะแนน Modified Alvarado ในโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2554;26:149-156
10. ภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553;25(3). 223-7
11. โกวิท ไชยวิมางค, ธนรัฐ จันทอุปพี, นวพร เตชะทวิวรรณ, ยรรยง ทุมแสน, ธัญยสิดา อนันต์ธีระกุล, สมสุดา ทิพย์สว่าง, สิทธิชัย เอี่ยมสะอาด, ดวงปราษฎ์ ศรีกุลวงศ์). ความผันแปรของตำแหน่งไส้ติ่ง ในศพคนไทยอีสาน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553; 25(3). 250-255
12. สิทธิชัย วชิราศรีศิริกุล. ความยาวไส้ติ่งกับการเกิดไส้ติ่งอักเสบฉับพลันในผู้ใหญ่. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2555. (85-90)
13. มาวิน วงศ์สายสุวรรณ. Appendix. ในสุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2 (หน้า 267-282). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทไพลินบุ๊คเนตจำกัด (มหาชน); 2558.
14. นริทธิ์ สังข์สม. ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและอักเสบแตกทะลุในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 15.17. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 2549. 61-6

Original Article

การพัฒนาแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2560

สิริลักษณ์ บุญประกอบ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ในเดือน ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มคือผู้บริหาร พยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยงานอาชีวเวชกรรม และหน่วยงาน นář่อง 5 หน่วยงาน ดำเนินวิจัยตามวงล้อPDCA มี 4 ขั้นตอนคือ 1.วางแผนเป็นการวิเคราะห์หาปัญหาค้นหาทางเลือกวิธีการ แก้ไขปัญหา 2.การยก่างหรือพัฒนาแบบการประเมิน 3.ศึกษาในหน่วยงานนාර่อง ปรับปรุงรูปแบบการประเมินอีกครั้ง และ 4. การสรุปผลการนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่การประกาศใช้ทั้งองค์กร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1. รูปแบบการประเมินความเสี่ยง จากการทำงานของบุคลากร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และจากการสัมภาษณ์สอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 2.แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า 1.ได้รูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง และ 3) สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ 2. ผลการนำแบบประเมินไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 17.07 ตรวจสุขภาพแยกตามกลุ่มอายุร้อยละ 100 ได้รับการฝึกอบรมการใช้ PPE ร้อยละ 85.37 ผลการประเมินภาวะสุขภาพในหน่วยคลินิก พบว่ามีอาการปวดหลังเมื่อยล้าบริเวณไหล่ ร้อยละ 73.08 ปวดขาและน่อง ร้อยละ 84.62 มีความรู้สึกเครียด/กังวลจากงานที่เร่งรีบร้อยละ 76.92 ด้านสิ่งแวดล้อมมีแสงสว่างการระบายอากาศดี ร้อยละ 84.62 ด้านการยศาสตร์ มีการบิดเอี้ยวตัวและก้มหรือเงย ร้อยละ 80 3. ข้อเสนอแนะต่อการประเมินความเสี่ยงจากผู้ที่เกี่ยวข้อง มีนโยบาย ชัดเจนแต่ขาดการติดตาม ด้านงบประมาณไม่สามารถจัดสรรให้ได้ตามที่วางแผนไว้ วัสดุและอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการทำงาน อยู่ในมาตรฐานระดับต่ำ (Minimum) ต้องสร้างความรู้ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ปรับปรุงระบบการประเมินและเครื่องมือให้เหมาะสมตามบริบท รวมทั้งมอบหมายทีมในการกำกับติดตามที่ชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำไปเป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ในการทำงานของบุคลากรทั้งโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

Development of Risk Assessment Health in Nongkhai Hospital at 2017

SIRILUK BOONPRAKOB

Register Nurse*

Abstract :

This research and development aimed to develop of risk assessment health model in Nongkhai Hospital. The study started from October 2016 to March 2017. The sample consisted of 3 groups : Administrators, Occupational Therapists, And five pilot unit which performed PDCA cycle in 4 phases, phase I: situation analysis, phase II : assessment development , phase III: assessment study in pilot unit, Improve the re-evaluation model and phase IV: conclusion to lead to the adoption of the entire enterprise. The instruments were used in research risk assessment model ,researcher developed the document review and from interviews, inquiries to relevant people, and 2. Questionnaires or interviews with relevant people. Barriers And suggestions for assessing health and environmental risks in work. The analysis was performed using percentage statistics.

Result showed that risk assessment health consist of 1. The risk assessment form of personnel work consisted of 3 parts: 1) general information 2) health status according to risk and 3) environment that affected health. The result of risk assessment health ; sample don't had health conditions that 17.07% , 100% had health check-ups, and 85.37% had PPE training. There were 73.08 percent of shoulder pain, shoulder and leg pain, 84.62 % of stress, 76.92 % of stress on the environment, light, good ventilation, 84.62 percent. Ergonomics there are twists and turns or bends or perk 80 percent. 3. Recommendations to risk assessment from relevant people. have policy, but lack of monitoring. The budget can not be allocated as planned. Materials and equipment for working in the Minimum Standards need to raise awareness of how to change safe working habits. Improve assessment and tooling. Including a team to monitor the track.

Summary and suggestions The information obtained from the study is a guideline for assessing health and environmental risks in the work of hospital personnel.

Keywords : Health and Environmental Risk Assessment

บทนำ

โรงพยาบาลนับเป็นสถานประกอบการอย่างหนึ่ง ซึ่งเปรียบเสมือนโรงงานอุตสาหกรรมที่มีกระบวนการทำงานหลายขั้นตอน เป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่มีลักษณะและกระบวนการทำงานที่หลากหลาย แต่ละแผนกแต่ละงานแตกต่างกันออกไป^{1,2} กระบวนการทำงานอาจส่งผลให้ปฏิบัติงานมีความเสี่ยงมีการสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอนามัยและความไม่ปลอดภัยต่างๆ ทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ การยศาสตร์และจิตวิทยาสังคมอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ เช่น งานดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการยกตัวผู้ป่วยในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง หรือการที่ต้องอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย^{3,4,5} ต้องมีการสัมผัสสารคัดหลั่งและเลือดจากตัวผู้ป่วย การกำจัดขยะของเสียต่างๆ การใช้สารเคมีในการทำมาสะอาดโครงสร้างทางกายภาพที่มีปัญหาด้านการระบายอากาศ แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม เสียงที่ดังจากเครื่องจักร บุคลากรมีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากการทำงานเนื่องจากต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่งภาระงานมาก มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนและเป็นอันตราย เช่น การได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ การถูกไฟฟ้าดูด^{6,7} ล้วนเป็นสิ่งคุกคามที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร รวมทั้งสูญเสียทางอ้อมในด้านอื่นๆ ด้วย

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการหรือบุคลากรและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง⁸ และมีมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย 5 ด้าน⁹ และทางสภาการพยาบาลก็ได้มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของงานพยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการนำสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคมีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการประเมินผลการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและประเมินตนเอง เพื่อให้ทราบระดับการพัฒนา¹⁰

การดำเนินงานของหน่วยงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเป็นการดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน⁵ ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการที่ดีแล้ว บุคลากรต่างๆที่ปฏิบัติงานจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานไม่น้อยกว่าผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ การจัดการบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรควรมีการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาสุขภาพจากการ

ทำงานอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการป้องกัน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานให้บุคลากรทุกระดับ¹¹ เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจสมบูรณ์ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมถึงการจัดสถานที่ทำงานให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุด มีความสะอาด ปลอดภัย ไร้มลพิษ มีชีวิตชีวา ซึ่งจะนำไปสู่องค์กรที่น่าทำงานและ มีความสุข (Happy workplace)¹² การดำเนินงานของงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาลหนองคายที่ผ่านมา มีการพัฒนามาโดยตลอด มีการใช้แบบการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล(RAH.01) แต่พบว่าการประเมินยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง โดยได้ผลการประเมินด้านความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพียงร้อยละ 50.2 การรายงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุมีค่อนข้างน้อย จึงทำให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และจากการที่ผู้วิจัยได้มีสัมภาษณ์โดยการเดินลงเยี่ยมหน่วยงาน บางหน่วยหรือบุคลากรบางคนไม่ใส่เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น การใช้ Ear pug เพื่อลดเสียง จากการสอบถามบางคนไม่ทราบว่าหน่วยงานที่ตนทำงานอยู่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาต่อสุขภาพด้านไหนบ้าง และใครเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน เป็นต้น ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคายปี 255913 พบว่าบุคลากรมีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 46.3 รอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 53.9 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.5 ส่วนผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงพบว่าสมรรถภาพการได้ยินที่ต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 20.6 สูญเสียการได้ยินร้อยละ 1.5 ผลการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับลักษณะงานร้อยละ 60.0 จากข้อมูลและความสำคัญ of งานด้านอาชีวอนามัยดังกล่าวมา ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามบริบท และข้อมูลที่ได้จากการประเมินเป็นข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริง สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำถามของการวิจัย รูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคายที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะอย่างไร มีประสิทธิภาพประสิทธิผลหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการประเมินความเสี่ยงฯไปใช้

วิธีการดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการตาม PDCA Cycle ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (P) เป็นการวิเคราะห์หาปัญหา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทางหน่วยงานอาชีวเวชกรรมรวบรวมไว้ พูดคุยสัมภาษณ์ (Focus Group Interview) กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอาชีวเวชกรรม และหน่วยงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันวิเคราะห์ วิจัยและเสนอทางเลือกต่างๆ ผ่านการระดมความคิด เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหการประเมินความเสี่ยง
2. การปฏิบัติตามแผน (D) เป็นการยกย่อง หรือพัฒนาแบบการประเมินความเสี่ยงแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. การตรวจสอบ (C) เป็นการศึกษา โดยทำการประเมินในหน่วยงานที่เป็นหน่วยนำร่องตรวจสอบหรือประเมิน และปรับปรุงรูปแบบการประเมินอีกครั้ง
4. การดำเนินการให้เหมาะสม (Action : A) เป็นการกระทำภายหลังที่ทำการประเมินจากขั้นการตรวจสอบ (C) มาดำเนินการให้เหมาะสม เป็นการสรุปผลการนำรูปแบบประเมินไปใช้ เพื่อนำไปสู่การประกาศใช้ทั้งองค์กร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์สอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1.ข้อมูลส่วนบุคคลและการทำงาน 2.การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ 3.การประเมินความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม เป็นแบบสอบถามที่มีคำตอบ ไม่ใช่และใช่ และ 4.

เป็นข้อเสนอแนะอื่นๆ

2. แบบสอบถาม หรือแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

2.1 แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้บริหาร มี 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนงาน และข้อเสนอแนะอื่นๆ

2.2 แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอาชีวเวชกรรม มี 3 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยหรือข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน และข้อเสนอแนะ

3. เทปบันทึกเสียง

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม หรือวัตถุประสงค์ พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าความเที่ยงแอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการของจริยธรรม เลขที่ นค 0032.202/5357 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ และให้ลงนามยินยอมแล้วทำการสอบถามหรือสัมภาษณ์กรณีสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อทำการถอดเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการทำงานของบุคลากร
2. ผลของการนำรูปแบบการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ และทางด้านสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และข้อมูลคุณภาพในประเด็น ปัญหาอุปสรรค ความต้องการและข้อเสนอแนะต่อการจัดการบริการเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

ผลการวิจัย จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. รูปแบบการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการทำงานของบุคลากร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ PDCA cycle สุ่มในหน่วยงานด้านคลินิกและหน่วยงานสนับสนุนและ Back office ได้ 5 หน่วยงาน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากร 41 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอาชีวเวชกรรม จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินความเสี่ยง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผ่านการทดลอง (Try out) เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 รายจาก 3 หน่วยงานผลการทดสอบค่าความเที่ยงได้ 0.86 (หน่วยงานด้านคลินิก) และ 0.59 (หน่วยสนับสนุน) และจากข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มนำร่อง แล้วนำมาปรับข้อคำถาม สำหรับการประเมินความเสี่ยงทำให้ได้แบบประเมินความเสี่ยงที่ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ทำงาน 2. การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ 3. การประเมินด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากร และ 4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่เป็นข้อคำถามปลายเปิด

2. ผลของการนำแบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคลากร ไปประเมินหรือสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยนำร่อง 4 หน่วยงาน มีบุคลากรจำนวน 41 คน ผลพบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวน 41 คน พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 90.24 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 และ > 50 ปี ร้อยละ 31.71 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.66 ระดับการศึกษา อนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 26.83 และ 39.03 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว 82.93 ด้านประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 82.93 ทำงานเป็นกะ ร้อยละ 70 การตรวจสุขภาพซึ่งเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีแยกตามกลุ่มอายุ ร้อยละ 100 การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงไม่เคยตรวจร้อยละ 87.80 การได้รับวัคซีนตามความเสี่ยงของกลุ่มคลินิก ได้ร้อยละ 96.15 วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีได้ร้อยละ 24 การฝึกอบรมการใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้รับการอบรมร้อยละ 85.37 ดังแสดงในตารางที่ 1.

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

หัวข้อประเมิน	จำนวน	(ร้อยละ)
1. เพศ : ชาย: หญิง	4 : 37	9.76 : 90.24
2. อายุ.....(ปี)		
<30	3	7.32
31-40	12	29.26
41-50	13	31.71
>51	13	31.71
3.โรคประจำตัว : ไม่มี : มี	34 : 7	82.93 : 17.07
4. การตรวจสุขภาพ : เคย(ประจำปีโดยแบ่งตามกลุ่มอายุ)	41	100
5. การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ไม่เคย : เคย	36 : 5	87.80 : 12.20
6. การให้ภูมิคุ้มกันตามความเสี่ยงของงาน(กลุ่มคลินิก) *	25	96.15
7. การฝึกอบรมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล(PPE)	35	85.37

2.2.1 ผลการประเมินอาการ/ภาวะสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลีย ปวดกระบอกตา หรืออาการตาล้าหลังเลิกงาน ใกล้เคียงกันระหว่างไม่มีอาการกับมีอาการ ร้อยละ 53 :46 มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 23.08 มีอาการ

ปวดเมื่อยลำร้อยละ 56.92 โดยเฉพาะตำแหน่งไหล่ ขาและ
น่องร้อยละ 73.08-84.62 ส่วนในความร้อสึกเรียด / กังวล
จากงานที่เร่งรีบและจากความยากของงาน พบร้อยละ 61.34
และความกังวล / เรียดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน
และหัวหน้า พบเพียงร้อยละ 19.23 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของกล้ามเนื้อตัวอย่าง หน่วยคลินิก (n=26)

หัวข้อประเมิน	ผลการประเมิน	
	ไม่ใช้	ใช่
1. ท่านมีอาการอ่อนเพลียหรือมีตะคริวในขณะปฏิบัติงาน	14 (53.85)	12 (46.15)
2. ท่านมีอาการตาล้า หรือปวดกระบอกตาหลังเลิกงาน	12 (46.15)	14 (53.85)
3. ท่านมีอาการระคายเคืองตาฯ คันตามผิวหนัง จากการสัมผัสฝุ่น.เช่น....ฝุ่นผ้า.	19 (73.08)	7 (26.92)
4. ท่านมีอาการน้ำมูกไหล ไอ จาม แสบจมูกจากการสัมผัสฝุ่น.เช่น.ฝุ่นผ้า	15 (57.69)	11 (42.31)
6. ท่านมีอาการแสบจมูกจากการสูดดมไอระเหยของสารเคมี	21 (80.77)	5 (19.23)
7. ท่านมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้อาเจียนจากการสูดดมไอของสารเคมี	22 (84.62)	4 (15.38)
8. ท่านมีอาการติดเชื้ในทางเดินหายใจ	20 (76.92)	6 (23.08)
9. ท่านเคยมีอาการนี้้ล้ือค	21 (80.77)	5 (19.23)
10. ท่านเคยมีอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากการทำงานจนต้องหยุดงานไม่เกิน 3 วัน	25 (96.15)	1 (3.85)
11. ท่านเคยมีอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากการทำงานจนต้องหยุดงานเกิน 3 วัน	24 (92.31)	2 (7.69)
12. ท่านเคยมีอาการปวดหรือเมื่อยล้า ในตำแหน่ง ต่อไปนี้	112 (43.08)	148 (56.92)
ไหล่	7 (26.92)	19 (73.08)
ขา/น่อง	4 (15.38)	22 (84.62)
13. ท่านรู้สึกเครียด / กังวลจากงานที่เร่งรีบ	6 (23.08)	20 (76.92)
14. ท่านรู้สึกเครียด / กังวลจากความยากของงานที่รับผิดชอบ	10 (38.46)	16 (61.34)
15. ท่านรู้สึกเครียด / กังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน	21 (80.77)	5 (19.23)

ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานทางคลินิก พบว่า บุคลากรกลุ่มตัวอย่างทำงานในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีแสงสว่างเพียงพอมีการระบายอากาศที่ดี และในที่อากาศที่ไม่อบอ้าว ร้อยละ 84.62 การสัมผัสยาเคมีบำบัด น้ำยาเคมีและน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ และสิ่งคุกคามทางชีวภาพ เช่น การสัมผัสเชื้อโรค กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ใช้และใช่ ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 57.42 ทางด้านการยศาสตร์ มีการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน ก้มโค้งไปข้างหน้า และมีการบิดเอี้ยวตัว

ขณะทำงาน ร้อยละ 88.46 ทำงานด้วยท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดธรรมชาติเพียงร้อยละ 30.77 ทางด้านจิตสังคม ต้องทำงานอย่างเร่งรีบเพื่อให้ได้ผลงานตามเวลา ร้อยละ 84.61 มีความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากการทำงานคิดเป็นร้อยละ 30.22 เคยปฏิบัติงานขณะที่มีอาการอ่อนเพลียถึงร้อยละ 80.77 มีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการใช้งานถึงร้อยละ 88.46 เคยปฏิบัติงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ชำรุดร้อยละ 3.85 ดังแสดงในตารางที่ 3.

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง หน่วยคลินิก (n=26)

หัวข้อประเมิน	ผลการประเมิน	
	ไม่ใช่	ใช่
1. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (อุณหภูมิสูงแสงสว่างการระบายอากาศ)	66 (84.62)	12 (15.38)
2. สิ่งคุกคามทางด้านเคมี (ฝุ่นสารเคมี)	37 (80.77)	15 (19.23)
3. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (สัมผัสเชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน)	11 (42.31)	15 (57.69)
4. ด้านการยศาสตร์	73 (35.10)	135 (64.90)
4.1 มีการก้มหรือเงยศีรษะบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน	3 (11.54)	23 (88.46)
4.8 ท่าการทำงานด้วยท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดธรรมชาติ	18 (69.23)	8 (30.77)
5. ด้านจิตสังคม(สรุป)	67 (85.90)	23 (14.10)
5.1 ท่านต้องทำงานอย่างเร่งรีบเพื่อให้ได้ผลงานตามเวลา	4 (15.39)	22 (84.61)
5.3 ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน	25 (96.15)	1 (3.85)
6. ความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากการทำงาน(สรุป)	117 (69.78)	55 (30.22)
6.1 ท่านเคยปฏิบัติงานหลังจากกินยาที่ทำให้เกิดการอาการง่วงนอน เช่น ยาแก้แพ้	14 (53.85)	12 (46.15)
6.2 ท่านเคยปฏิบัติงานขณะที่มีอาการอ่อนเพลีย	5 (19.23)	21 (80.77)
6.5 ท่านไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงานที่ถูกต้องเพราะต้องเร่งรีบปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลา	19 (70.08)	7 (29.92)
6.6 ท่านไม่เคยตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการใช้งาน	23 (88.46)	3 (11.53)
6.7 ท่านปฏิบัติงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ชำรุด	25 (96.15)	1 (3.85)

2.2.2 ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อมจากการทำงานของหน่วยงานสนับสนุนหรือ Back office พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการตาล้า อาการระคายเคืองทางเดินหายใจจากการสัมผัสฝุ่น มีอาการเพียงร้อยละ 40-46.67 เคยได้รับอุบัติเหตุของมีคมตัด บาด ที่มแท่ง เพียงร้อยละ 20

เคยบาดเจ็บจนต้องหยุดงานแต่ไม่เกิน 3 วัน ร้อยละ 13.33 มีอาการปวดหรือเมื่อยล้าเพียงร้อยละ 54.67 ตำแหน่งที่พบมากที่สุด บริเวณ ต้นคอ ไหล่และหลัง ร้อยละ 86.67-93.33 ความรู้สึกเครียด / กังวล จากงานที่เร่งรีบหรือภาวะงาน พบเพียงร้อยละ 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 4.

ตารางที่ 4 ผลการประเมินภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของ หน่วยสนับสนุน (n=15)

หัวข้อประเมิน	ผลการประเมิน	
	ไม่ใช่	ใช่
1. ท่านมีอาการตาล้า หรือปวดกระบอกตาหลังเลิกงาน	8 (53.33)	7 (46.67)
2. ท่านมีอาการระคายเคืองทางเดินหายใจจากการสัมผัสฝุ่น เช่น ผงหมึก	9 (60)	6 (40)
3. ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุจากเครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคมตัด บาด ที่มแท่งฯ	12 (80)	3 (20)
4. ท่านมีอาการติดเชื้อในทางเดินหายใจ	12 (80)	3 (20)
5. ท่านเคยมีอาการนิ้วล็อค	9 (60)	6 (40)
6. ท่านเคยมีอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากการทำงานจนต้องหยุดงานไม่เกิน 3 วัน	13 (86.67)	2 (13.33)
7. ท่านเคยมีอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากการทำงานจนต้องหยุดงานเกิน 3 วัน	15 (100)	
8. ท่านเคยมีอาการปวดหรือเมื่อยล้า โดยเฉพาะ ในตำแหน่งฯ	68 (45.33)	82 (54.67)
ต้นคอ	2 (13.33)	13 (86.67)
ไหล่	1 (6.67)	14 (93.33)
สันเท้า	12 (80)	3 (20)
9. ท่านรู้สึกเครียด / กังวลจากงานที่เร่งรีบความยากของงานที่รับผิดชอบ	10 (66.67)	5 (33.33)
11.ท่านรู้สึกเครียด / กังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน	14 (93.33)	1 (6.67)

ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม พบว่า ทำงานในที่แสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี ไม่ได้มีการสัมผัสสารเคมีหรือสัมผัสเชื้อโรค ร้อยละ 73.33 ด้านการยศาสตร์ มีการก้ม-โค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงาน ร้อยละ 86.67 มีการนั่งทำงานหรือยืนทำงานติดต่อกันเกิน 2 ชั่วโมง

ร้อยละ 80 ทางด้านจิตสังคม ต้องทำงานอย่างเร่งรีบเพื่อให้ได้ผลงานตามเวลา ร้อยละ 46.67 ปฏิบัติงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ชำรุดและกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีคมฯ ร้อยละ 33.33 มีการวางเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบหลังการใช้งาน ร้อยละ 26.67 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมการทำงานของหน่วยสนับสนุน (n=15)

หัวข้อประเมิน	ผลการประเมิน	
	ไม่ใช่	ใช่
1. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ : แสงสว่าง การระบายอากาศ	22 (73.33)	8 (26.67)
2. สิ่งคุกคามทางด้านเคมี (สัมผัสสารเคมีในขณะปฏิบัติงาน)	11 (73.33)	4 (26.67)
3. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (สัมผัสเชื้อโรคขณะปฏิบัติงาน)	9 (60)	6 (40)
4. ด้านการยศาสตร์		
4.1 มีการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน	0	15 (100)
4.2 ท่านมีการก้ม-โค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงาน	2 (13.33)	13 (86.67)
4.3 ท่านมีท่าทางบิดเอี้ยวตัวนั่งทำงานหรือยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง	3 (20)	12 (80)
4.8 ท่านทำงานด้วยท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดธรรมชาติ	11 (73.33)	4 (26.67)
5. ด้านจิตสังคม :		
5.1 ท่านต้องทำงานอย่างเร่งรีบเพื่อให้ได้ผลงานตามเวลา	8 (53.33)	7 (46.67)
5.2 ท่านทำงานมีความยุ่งยาก ซับซ้อน เกินความสามารถ	12 (80)	3 (20)
5.3 ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน	15 (100)	0
6. ความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากการทำงาน		
6.1 ท่านปฏิบัติงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ชำรุด	10 (66.67)	5 (33.33)
6.2 ท่านปฏิบัติงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีคม ฯ	10 (66.67)	5 (33.33)
6.3 ท่านวางเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบหลังการใช้งาน	11 (73.33)	4 (26.67)

3. ข้อเสนอประเด็นจากการสัมภาษณ์ และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงฯ จากการสัมภาษณ์ ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในงานอาชีวเวชกรรม สามารถสรุปประเด็นได้ 7 ประเด็นดังนี้

3.1. ด้านนโยบาย มีนโยบายในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานตามแนวทางของ สรพ. ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital มาตรฐานระบบวิศวกรรมความปลอดภัย, การดำเนินการตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค, พ.ร.บ.สิ่งแวดล้อม, พ.ร.บ.การสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่ต้องทำเพื่อความปลอดภัยในชีวิต การอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่หรือผู้มาใช้บริการ มีนโยบายการตรวจสอบสภาพบุคลากร

ก่อน ระหว่างเข้าทำงาน, หากบุคลากรเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ คณะกรรมการ HUM ก็จะพิจารณาโยกย้ายให้ไปปฏิบัติงาน ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ย้ายไปปฏิบัติงานที่แผนกซักฟอกหรือโรงครัว เป็นต้น

3.2 มีการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการให้บุคลากรได้รับทราบแต่ไม่แน่ใจในการถ่ายทอดหรือสื่อสารในหน่วยงาน ซึ่งเรื่องนี้ต้องมีการจัดการต่อไป

3.3. ด้านงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ยังไม่เพียงพอ โดยในแต่ละปีจะได้รับการจัดสรรงบประมาณ 1 ล้านบาท ให้การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการจัดสรรงบ ENV เพื่อดำเนินการตกแต่งสถานที่ให้เหมาะสม, เปลี่ยนหลอดไฟฟ้าLED ,ติดตั้ง

เครื่องปรับอากาศ, ปรับปรุงทางเดิน, ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามฤดูกาลให้แก่บุคลากร โดยการสนับสนุนงบประมาณจะดูที่ความจำเป็นหรือความเร่งด่วนของปัญหาเป็นหลัก

3.4 วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับดำเนินงานอยู่ในมาตรฐานระดับต่ำ (Minimum) ส่วนเครื่องมือที่ตรวจให้ได้ตามมาตรฐานที่สูงขึ้นไปต้องอาศัยศูนย์วิศวกรรมฯ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยมาสนับสนุน เช่น เครื่องมือวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ วัดอนุภาคฝุ่นปริมาณฝุ่น ความชื้น เป็นต้น

3.5 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัย ยังไม่มีงบประมาณสนับสนุนให้มีการจัดผู้บริหารผู้มีส่วนตัดสินใจ มีความคิดเห็นที่จะสนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรเพิ่มขึ้น

3.6 การจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และมีคณะกรรมการ จ.ป. ซึ่งเป็นที่นำไปในการขับเคลื่อนงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย แต่ยังขาดการติดตามการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

3.7 ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอื่น ๆ ต่อความสำเร็จในการทำงาน บุคลากรเจ้าหน้าที่ถือเป็นลูกค้าสำคัญของงานอาชีวอนามัย เราต้องสร้างความรู้ ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ถ้าหากขาดความรู้และความตระหนักงานอาชีวอนามัยก็จะไม่มีความยั่งยืน โดย

1) เสนอให้จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ครบ 100% ในปีแรก และมีการอบรมฟื้นฟู เป็นประจำทุกปี

2) สร้างความรู้ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ปรับปรุงระบบการประเมินและเครื่องมือให้เหมาะสมตามบริบท รวมทั้งมีการมอบหมายทีมในการกำกับติดตามที่ชัดเจน การทำงานเป็นทีมทุกคนต้องร่วมมือกัน โดยผู้บริหารต้องมีนโยบาย มีงบประมาณสนับสนุนงานด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3) การปรับปรุง เครื่องมือในการประเมิน ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน แม้จะเป็นโรงพยาบาลเดียวกันก็ตาม

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 90.24 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 82.93 มีการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะแยกตามกลุ่มอายุ ร้อยละ 100 การได้รับวัคซีนตามความเสี่ยงของกลุ่มคลินิก ได้ร้อยละ 96.15 และเป็นวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีได้ร้อยละ 24 สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพล วงษ์ประพันธ์(2556)¹ ที่ศึกษาสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาปี 2556 ประเมินความเสี่ยงฯ และแบบบันทึกข้อมูลในแบบ RAH 01 - 06 พบว่าสถานะสุขภาพของบุคลากรและการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์อายุมีความครอบคลุมร้อยละ 90 ส่วนในด้านการฝึกอบรมการใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้ร้อยละ 85.37 สอดคล้องกับการศึกษาของพินดา ว่าพัฒนางค์ ชมพูนุช สุภาพวานิช และ อรรถพร สนธิไชย (2556)¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 170 คน พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับมากร้อยละ 92.90

ผลการประเมินภาวะสุขภาพในหน่วยคลินิกพบมี อาการปวดหรือเมื่อยล้า ร้อยละ 56.92 โดยเฉพาะตำแหน่ง ไหล่ ขาและน่องร้อยละ 73.08-84.62 ในหน่วยสนับสนุนพบมีอาการปวดหรือเมื่อยล้าในตำแหน่ง ต้นคอ ไหล่และหลัง ร้อยละ 86.67-93.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี โอภาสศิริกุล (2558)¹⁵ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน จำนวน 161 คน พบมีอาการปวดบริเวณหลังและไหล่ร้อยละ 81-84

ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม ด้านการยศาสตร์มีการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน ก้มโค้งไปข้างหน้า และมีการบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน ร้อยละ 88.46 (หน่วยคลินิก) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี โอภาสศิริกุล (2558)¹⁵ ที่พบว่ามีการนั่งทำงานติดต่อกันนานเกินกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 72.05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ วชิรมะราชต์ (2559)² ที่ศึกษาการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี 2557 โดยทำการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ 8 ด้าน พบว่าความเสี่ยงทางสุขภาพ

ด้านการยศาสตร์มีเพียงร้อยละ 38.10 ส่วนในความรู้สึกรีด/กังวลจากงานที่เร่งรีบและจากความยากของงาน พบร้อยละ 61.34 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี โอภาสกรกุล (2558)¹⁵ ที่พบปัจจัยด้านจิตสังคมคือมีความเร่งรีบทำงานให้เสร็จทันเวลาถึงร้อยละ 91.92

ข้อเสนอแนะต่อการประเมินความเสี่ยงจากผู้ที่เกี่ยวข้อง มีนโยบายชัดเจนแต่ขาดการติดตามด้านงบประมาณไม่สามารถจัดสรรให้ได้ตามที่วางแผนไว้ วัสดุและอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการทำงานอยู่ในมาตรฐานระดับต่ำ (Minimum) ต้องมีการสร้างความรู้ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ปรับปรุงระบบการประเมินและเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบท รวมทั้งมอบหมายทีมในการกำกับติดตามที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชดากร ราชวงศ์ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์ (2559)¹⁶ ศึกษาประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติในการจัดการความปลอดภัยของบุคลากร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาศึกษาจำนวน 12 รายมีประเด็นสำคัญ 9 ประเด็น โดยเฉพาะประเด็นการทบทวนนโยบายและมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยควรมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ มานพ กาเลียง (2558)⁵ ศึกษาแนวทางการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบผสมผสาน (Mix method) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้บริหารมีความมุ่งมั่น มีการให้การสนับสนุนงานเป็นอย่างดี มีอุปสรรคในเรื่องความไม่ชัดเจนในการกำหนดแผนงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จึงทำให้การจัดสรรงบประมาณไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การนำผลการวิจัยไปใช้ / ข้อเสนอแนะ

1. ระดับโรงพยาบาล การกำหนดเป็นนโยบาย หรือแผนกลยุทธ์ในการให้การสนับสนุนในด้านการกำกับ ติดตาม การประเมินภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงานโดยการบูรณาการกับระบบงานสำคัญอื่นๆ เช่น งานสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ในด้านงบประมาณและอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นเพื่อให้ได้มาตรฐาน ด้านการพัฒนางานความรู้ทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่เน้นความปลอดภัย เช่น การใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล(PPE) เป็นต้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล นำผลของการศึกษาไปเป็นแนวทาง ในการวางแผนจัดการดูแลเชิงระบบในการสนับสนุน การประเมินภาวะสุขภาพของบุคลากร

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัย สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการปรับเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรทั้งโรงพยาบาล และนำไปปรับปรุงกระบวนการหรือระบบ การปฏิบัติงานของงานอาชีวอนามัยในการประเมิน ติดตาม ความเสี่ยงทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น การลงเดินสำรวจ (walkthrough survey)

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำ การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ในการศึกษาผลของการปรับพฤติกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. วีระพล วงษ์ประพันธ์ .2556.สถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี 2556 สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560. [http://61.19.30.156/opppkorat/UserFiles/files/Health%20status%20of%20health%20worker2556\(3\).pdf](http://61.19.30.156/opppkorat/UserFiles/files/Health%20status%20of%20health%20worker2556(3).pdf).
2. สุภาพร วชิรเมธารัตน์ .2559.การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560 http://doi.nrct.go.th/ListDoi/Download/195122/463d0ef7959434a4c72e28be02437577?Resolve_DOI=10.14458/RSU.res.2016.170.
3. สนิท พร้อมสกุล, 2554.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 . สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560 http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters.
4. สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา, 2558.ท่าทางการทำงานที่เป็นอันตรายและความชุกของอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง อันเกี่ยวเนื่องจากการทำงานในคนงาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.KKU Res J (GS) 15 (2) :เม.ย. - มิ.ย. 2558
5. มานพ กาเลียง .2558.แนวทางการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.2(2):72-83
6. ชยณัฐ ไชยรัตน์ะ .2558.หลักการยศาสตร์และงานนวัตกรรมเพื่อสร้างสุขภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.38(3).146-156
7. ฉัตรแก้ว ละครชัย. 2558. การประเมินการจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาลและความสัมพันธ์กับอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560 <http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/5-02/article/view/243>
8. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).2557. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ.กรุงเทพฯ ; บริษัทหนังสือดีวันจำกัด.
9. สำนักการพยาบาล .2557. มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย .กรุงเทพฯ ; สำนักการพยาบาล
- 10.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2559. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน.กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- 11.อภินันท์ ประยูรวงษ์. 2556. ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27(2): 54-61
- 12.สุวัฒน์ ดำนิล, 2557อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล= Occupational Health and Safety in Hospital. กรุงเทพฯ : งานอาชีวอนามัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560. <http://110.170.192.92/ULIB/searching.php?MAUTHOR=%20CA%D8%C7%D1%B2%B9%EC%20%20B4%D3%B9%D4%C5,%20BA%C3%B3%D2%B8%D4%A1%D2%C3>.
- 13.งานอาชีวเวชกรรม. 2559. แบบรายงานผลการประเมินภาวะสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย.มปท.
- 14.พินดา ว่าพัฒน์วงศ์ ชมพูนุช สุภาพวานิช และ อรรถพล สนธิไชย.2556.พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 9(1):74-85.

15.วิลาลินี โอภาสศิริกุล และคณะ. 2558. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลสาร.42(2):49-60

16.รัชดากร ราวงศ์ และวิลาลินี วิเศษฤทธิ์ .2559. ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความปลอดภัยของบุคลากร.สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560.<https://www.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/viewFile/65195/53355>.

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

จิตรศุภรณ์ ดอนนาค พย.บ., ส.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการโดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักและการปฏิบัติตัว โดยเน้นเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวาน การใช้ยา การรักษารักษาตามนัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความตระหนัก และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ Independent t-Test และ One way repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความตระหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของความตระหนักทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของความตระหนักและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความตระหนักและการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยในกลุ่มทดลองหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ : โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

THE EFFECTS OF HOME HEALTH CARE PROGRAM ON BLOOD SUGAR LEVELS OF DIABETES MELLITUS PATIENTS IN THE MUNICIPALITY KALASIN

JITSUON DONNAK B.N.S., M.P.H.*

Abstract :

The purposes of this quasi-experimental research aimed to study the effect of home health care program on blood sugar levels of diabetes mellitus patients in the Municipality Kalasin. A sample included 44 people which divided into experimental group and comparison group of 22 persons. In the comparison group received knowledge as usual, and the experimental group attended the program which included awareness and practices about the drug for treatment. Instruments in this study were awareness questionnaire and a questionnaire on drug for treatment and practices and blood sugar levels of diabetes mellitus patients. The data were analyzed by using percentage, standard deviation Independent t-test statistics and one way repeated measure ANOVA

The results showed that the mean score of the drug awareness between the experimental group and the comparison group. The testing mean score of awareness between two groups did not different. When compare between before, after and follow-up between the experimental group and the comparison group had found that the mean score of awareness and practices had significantly different ($p < 0.05$). The experimental group had higher of a mean score of awareness and practice than comparison group. The mean score of blood sugar level between the experimental group and the comparison group found that the average of blood sugar levels in both groups were not significantly different, and before, after and follow-up found significantly different ($p < 0.05$), and also found that blood sugar level was lower than the comparison group.

Keywords : home health care program / blood sugar levels / diabetes mellitus.

* Registered Nurse, Professional Level, Kalasin Hospital

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของโรคเบาหวานนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2551 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.3 ล้านคน¹ และจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2551-2552 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.9² ซึ่งผู้เป็นเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์รักษาที่เหมาะสมได้มีเพียงประมาณ ร้อยละ 40 เท่านั้น ส่วนอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานยังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ¹ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะเกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต และระบบประสาทตามมา 3 สถิติในปี 2554 พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 23.7 ทางไตร้อยละ 38.3 ทางเท้าร้อยละ 21.0 ทางหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 5.3 และถูกตัดขาร้อยละ 0.45 มีผู้ป่วยเบาหวานเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1,081.25 ต่อแสนประชากร และ นอกจากนี้ ในปี 2557 ยังพบว่า มีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 11,389 ราย เฉลี่ยวันละ 32 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 17.53 ต่อแสนประชากร¹ ในปี 2557 สถิติสำนักการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีอัตราความชุกโรคเบาหวาน 5022.71 ต่อแสนประชากร ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและได้รับการรักษาแล้ว สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้คือ ร้อยละ 34.4 36.45 และ 33.21 ในปี พ.ศ. 2556 2557 และ 2558 ตามลำดับ⁴ จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องหาแนวทางพัฒนาต่อไป

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อย หรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลให้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอหรือมีพอแต่ใช้ไม่ได้ น้ำตาลก็ไม่ได้ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด และอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมาก ๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน หรือ

มีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า เบาหวาน และโรคนี้มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ มักมีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง เป็นโรคนี้ด้วย นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุอย่างอื่นเช่น อ้วนเกินไป หรือกินหวานมากๆ จนอ้วนก็อาจเป็นเบาหวานได้⁵ ในปัจจุบันเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดแต่ควบคุมโรคได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้องทั้งปริมาณ ชนิดของยาและการรับประทานยาตรงเวลาตามแพทย์สั่ง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเพราะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง⁶ ผลการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการใช้ยารักษาพบว่าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การสนทนากลุ่มในปัญหาการใช้รักษายังต่อเนื่องพบว่าพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พอทุเลาลงก็เลิกรับประทาน เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว จึงเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้การรักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย⁷ และผลการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีและมีการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพได้แก่ มีการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจให้การสนับสนุนให้สื่อการเรียนรู้¹

การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการ มีทีมเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้การสนับสนุนและแนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย ทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพครอบครัวและชุมชน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะเจ็บป่วยให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นหายเร็ว การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸ ในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน คอยกระตุ้นเตือนทบทวนความรู้ในส่วนที่ยังไม่เข้าใจเป็นระยะๆ ทำให้ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลดียิ่งขึ้น⁹

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้จัดบริการเยี่ยมบ้านสำหรับ

การดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน สถิติในปี 2557 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษา มีเพียงร้อยละ 30.20 เท่านั้น ซึ่งเมื่อเทียบกับสถิติของจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2557 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายการรักษาเพียงร้อยละ 36.45 จะเห็นได้ว่าต้องมีการพัฒนาหาแนวทางเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

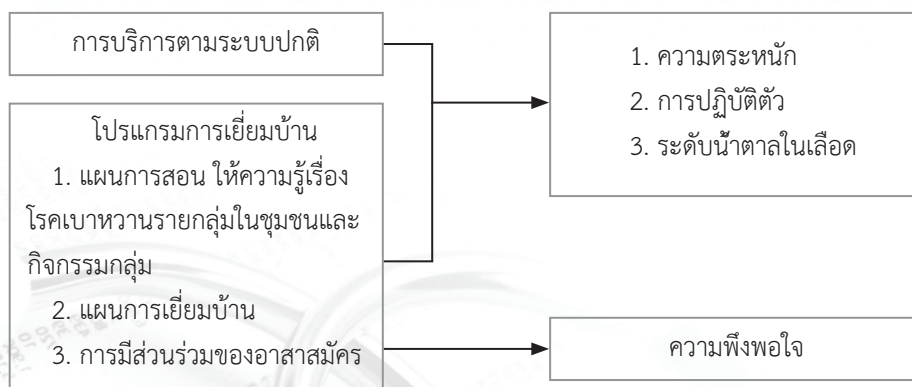
ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาค้นคว้า คิดค้นโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานขึ้น เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเชิงรุก มีการติดตามลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งคาดว่าจะส่งผล

ให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติตัวได้ดียิ่งขึ้น อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นผลดีต่อหน่วยงานและประเทศชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตระหนัก และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสุ่มสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre test – Post test design) เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน

แต่ผู้ศึกษาเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้นคือ จำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 22 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1). เป็นผู้มีคุณสมบัติยินยอมเข้าร่วมโครงการ 2). มีอายุระหว่าง 50 -79 ปี 3). ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ใช้ยาชนิดรับประทาน) 4). มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 4 ปี 5). มีสติสัมปชัญญะดี พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง 6). สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา 7). มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 150 mg%

การคัดเลือกเข้ากลุ่ม โดยใช้วิธีจับคู่เข้ากลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายกัน

เกณฑ์คัดเลือกออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 1) แผนการสอนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รายกลุ่มและกิจกรรมกลุ่มโดยจัดในชุมชน 2) แผนการเยี่ยมบ้าน ตารางกำหนดเวลาการติดตามเยี่ยมครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน 3) คู่มือการดูแลตัวเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและการจดบันทึก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความตระหนักเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) แบบ 5 ตัวเลือก แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) แบบ 4 ตัวเลือก แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจโปรแกรมการเยี่ยมบ้านเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก ส่วนเครื่องมือทางการแพทย์ได้แก่ เครื่องกลูโคสมิเตอร์ (Capillary blood glucose monitoring, CBG)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือในการทดลองคือ แผนการสอนให้ความรู้การดูแลตนเอง ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนหลักการทางวิชาการ โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 10 คน และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปทดลองใช้จริง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย ด้านการรักษาโรคเบาหวานและการพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้ก่อนกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 20 คน ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของความตระหนักเท่ากับ 0.85 การปฏิบัติเท่ากับ 0.75

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจง และตกลงกติกากลุ่มร่วมกัน หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแผนการสอน แจกคู่มือดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและสอนวิธีการใช้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกัน ใช้เวลา 1 วัน หลังจากให้ความรู้แล้วก็ติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการเยี่ยมบ้าน คือ หลังให้ความรู้สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ 1). ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2). เปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล โดยใช้ด้วยสถิติ One way repeated measure ANOVA 3). เปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent T-test 4). ความพึงพอใจ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ด้วยร้อยละ ให้คะแนน หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ด้วย One sample t- test

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อใช้ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเบาหวาน การตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยยินยอมจึงให้ลงชื่อในเอกสารพิทักษ์สิทธิ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.60 เพศชายร้อยละ 36.40 เท่ากัน อายุเฉลี่ย 61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD= 2.01) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมาก

ร้อยละ 68.20 หม้ายและแยกกันอยู่ร้อยละ 18.20 โสดร้อยละ 2.30 การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนมากร้อยละ 81.80 จบมัธยมศึกษาร้อยละ 18.20 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD= 2.01) การมีคนคอยดูแลร้อยละ 81.80 และไม่มีคนคอยดูแลร้อยละ 18.20 ทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วย การมีคนคอยดูแล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=22)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	8	36.4	8	36.4
หญิง	14	63.6	14	63.6
2. อายุ				
ค่าเฉลี่ย, S.D.	61	6.09	61	6.09
อายุต่ำสุด , สูงสุด	50	72	50	72
3. สถานภาพสมรส				
โสด	1	4.5	1	4.5
สมรส/คู่	15	68.2	15	68.2
หม้าย	4	18.2	4	18.2
หย่า / แยก	2	9.1	2	9.1
4. การศึกษา				
ประถมศึกษา	18	81.8	18	81.8
มัธยมศึกษา	4	18.2	3	13.6
อนุปริญญา	0	0.0	1	4.5
5. ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)				
ค่าเฉลี่ย, S.D.	6	1.98	6	1.98
ระยะเวลาดำสุด, สูงสุด	4	10	4	10
6. การมีผู้ดูแล				
ไม่มีผู้ดูแล	4	18.2	4	18.2
มีผู้ดูแล	18	81.8	18	81.8

การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่า ความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนทดลอง

ตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความตระหนัก						
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	4.01	0.38	1.08	0.27
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.90	0.33		
การปฏิบัติตัว						
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	2.71	0.37	1.09	0.28
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	2.60	0.30		
ระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	22	160.68	15.21	-0.24	0.81
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	161.77	14.85		

ผลการเปรียบเทียบหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล พบว่า ความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังทดลอง

ตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ความตระหนัก						
หลังทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 1)	กลุ่มทดลอง	22	4.70	0.21	9.91	0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.92	0.31		
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 6)	กลุ่มทดลอง	22	4.70	0.29	8.66	0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	3.93	0.30		
การปฏิบัติตัว						
หลังทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 1)	กลุ่มทดลอง	22	3.53	0.21	10.50	0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	2.65	0.34		
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 6)	กลุ่มทดลอง	22	3.54	0.33	8.77	0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	2.67	0.33		

ตารางที่ 3 (ต่อ) การเปรียบเทียบความตระหนัก การปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังทดลอง

ตัวแปร		จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ระดับน้ำตาลในเลือด						
หลังทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	22	152.55	14.05	-1.20	0.05
(สัปดาห์ที่ 1)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	161.18	14.67		
ระยะติดตามผล	กลุ่มทดลอง	22	144.23	13.85	-4.17	0.001*
(สัปดาห์ที่ 6)	กลุ่มเปรียบเทียบ	22	162.14	14.65		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน

หลังทดลองสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ นำมาทดสอบตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ด้วย One Sample t-test พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านเนื้อหาความรู้ในระดับมากที่สุดร้อยละ 86 และน้อยที่สุดคือด้านการนัดหมายเวลาพอใจมากถึงมากที่สุดร้อยละ 77.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน

กิจกรรม	มากๆ		มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ความรู้ที่ได้รับ	19	86.40	3	13.60	0	0	0	0
2. การเยี่ยมบ้าน/การจัดกิจกรรมรายกลุ่ม	13	59.10	9	40.90	0	0	0	0
3. การช่วยเหลือของทีมอาสาสมัครสาธารณสุข	12	54.50	9	41.00	1	4.50	0	0
4. ความสามารถของพยาบาล	17	73.30	5	22.70	0	0	0	0
5. การใช้คู่มือการดูแลตัวเอง	14	63.60	8	36.40	0	0	0	0
6. การนัดหมาย ตรงต่อเวลา	1	4.50	16	72.70	5	22.80	0	0
7. ระยะเวลาในการเยี่ยม	15	68.20	7	31.8	0	0	0	0
8. บรรยากาศในการเยี่ยมบ้าน	15	68.20	7	31.8	0	0	0	0
9. ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข	7	31.80	7	31.80	8	36.40	0	0
10. พึงพอใจในภาพรวม	14	63.60	8	36.40	0	0	0	0

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบความตระหนักและการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม มีปัจจัยสนับสนุนและมีแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนเป็นระยะแรกไม่ห่างกันมากทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ ทำให้มีความตระหนักและมีการปฏิบัติตัวต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น^{11,12} ส่วนผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองเท่ากับ 168.68 (SD=15.21) หลังทดลองทันทีลดลงเหลือ 152.55 (SD=14.05) ระยะติดตามลดลงเหลือ 144.23 (SD=13.85) อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักและมีการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง¹³ ในการเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง^{14,15} ในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง สนทนากลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน ส่วนคะแนนความพึงพอใจนั้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 โดยพอใจด้านความรู้มากที่สุดน้อยที่สุดคือด้านการนัดหมายตรงเวลาเนื่องจากพยาบาลและผู้ป่วยเบาหวานเองมีภาระกิจต้องทำในวันนัดหมายจึงมีการเลื่อนนัดหมาย โดยมีทั้งทีมพยาบาลเลื่อนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วยเบาหวานเลื่อนอภิปรายว่าการนัดหมายควรมีการยืดหยุ่นตามความเหมาะสมในการเยี่ยม เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มทักษะการจัดการตัวเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว ควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้ป่วยเบาหวานให้มากขึ้น และควรพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ

ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ควรมีการนำไปพัฒนาปรับใช้ในกรณีต้องดูแลอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สามารถลุล่วงด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นายแพทย์นพดล แข็งแรง รองผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ นายแพทย์เปตรง เขียนมั่น หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคมทุกท่าน คณะอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการและผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน คุณความดีทั้งหลายขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทั้งหลาย บิดา มารดา อาจารย์ที่เคยอบรมสั่งสอนการทำวิจัย หากมีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยน้อมรับด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ:บริษัทอาร์ต ควอลิไฟท์;2557
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่4 พ.ศ 2551. นนทบุรี: โรงพิมพ์เดอะกราฟิกซิสเต็มส์จำกัด; 2553
3. อารยา ทองผิว.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์ฮาโมนี; 2547
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการเฝ้าระวังทางโรคไม่ติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2557.
5. สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป(พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไฮโลลิสติกพลับลิชชิง; 2553
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557(พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: หจก.อรุณการพิมพ์; 2557
7. บันเทิง พลสวัสดิ์. กระเป๋ยาสูชีพ อสม.ร่วมใจแก้ปัญหาหาเหลือใช้ ลดค่าใช้จ่ายเป็นแสน.ใน จรรยาพร ศรีศัลักษณ์ และ สมพนธ์ ทศนิยม (บรรณาธิการ),รวมบทคัดย่อผลงานR2R เล่ม1ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิงจำกัด; 2554
8. สำนักงานพยาบาล. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556
9. พรพิไล วรรณสัมพันธ์. ผลการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสถานี อนามัยสังข์ จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ,บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547
10. Dawson-Saunders, B.,& Trapp, R.G. Basic & Biostatistics (2th ed.). Norwalk, Connecticut:Appleton & Lange;1993.
11. ประสาท ทากัน. คู่มือคัดกรองข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.ใน จรรยาพร ศรีศัลักษณ์ และสมพนธ์ ทศนิยม (บรรณาธิการ), รวมบทคัดย่อผลงานR2R เล่ม1ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิงจำกัด; 2550
12. นงลักษณ์ อังคมนตรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2553
13. สุธีรัตน์ ตีอำ.ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากลุ่มในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.รวมบทคัดย่อ ผลงาน R2R เล่ม 1 ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย.กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิงจำกัด; 2550
14. ดวงสมร นิลตานนท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2โรงพยาบาลเอราวัณอำเภอเอราวัณจังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553
15. วิมลรัตน์ จงเจริญ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550

16. นิรมล เมืองโสม. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน(พิมพ์ครั้งที่2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ แอนนาออฟเซต; 2553
17. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10.(ออนไลน์) 21 มีนาคม 2558 แหล่งที่มา <http://bps.ops.moph.go.th/plan10.htm>
18. Adili, F., Larijani, B., & Hagaighatpanah, M. Diabetic patients : Psychological Aspects Annals of New York Academy of Sciences;2066;1084, pp. 329-349.
19. Cobb,S. Social Support as a Moderator of Life Stress Peuchosomatic Medication;1996.
20. Orem,.D.E.Nursing Concept of practice (3th ed.). New York:Mc Graw-Hill Book Company; 1991.

Original Article

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจร โรงพยาบาลเซกา

สมภาร ไวยลาภ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจร ที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเซกา อำเภอยะลา จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยโดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการได้แก่พยาบาลจำนวน 24 คน เป็นพยาบาลคัดกรอง 4 คน พยาบาลผู้ป่วยใน 10 คน และพยาบาลในห้องผ่าตัด 10 คน และกลุ่มผู้รับบริการซึ่งได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกตามนัด จำนวน 202 คน ในกลุ่มผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) จากการถอดบทเรียนใช้เทคนิคบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review :AAR) จากการปฏิบัติงานจริงโดยใช้แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุ (Service Plan Eye) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการ สอบถามกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกตามนัดที่โรงพยาบาลเซกา โดยใช้แบบสอบถามการวัดประสิทธิผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลาที่ศึกษา 1 ตุลาคม 2558-30 กันยายน 2559

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบงานที่ดีขึ้นโดยมีการพัฒนาระบบงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การประสานงานสะดวก รวดเร็วและดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนในกลุ่มผู้รับบริการ ประเมินประสิทธิผลการพัฒนา 4 ด้าน พบว่าด้านการวางแผน มีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 4.12 (SD. 0.52) ด้านกระบวนการ มีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 3.87 (SD. 0.34) ด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 4.31 (SD. 0.32) และด้านอาคารสถานที่ที่มีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 2.92 (SD. 0.51) ส่วนประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน 3.80 (SD. 0.42) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ใช้เลนส์ผิดเบอร์ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์เทียม

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแล ต่อกระจก บริการแบบครบวงจร

Development of Integrated Cataract Care System in Seka Hospital

Somporn Waiyalap

Registered Nurse Professional Level

Seka Hospital

Abstract :

The purposes of this research were to study to initiate appropriate process of the management for cataract patients to conform to the context of community hospitals in Seka Hospital.

Methods: This research was an action research study in 2 sample groups. First group was service providers which consisted of 4 screening nurses, 10 in patients nurses and 10 operation nurses. Second group was 202 patients, randomized from patients had appointment for cataract surgery. This research was studied during 1 October 2015 - 30 September 2016

Results: The results were separated into two issues. In service providers' aspect, healthcare personals had more knowledge and skill to look after the cataract patients. The management system was developed by focused on achievement, multidisciplinary team work which leading to the convenient and continuous of service. Base on concept of service plan; personnel, equipment and workplace were shared, leading to the successful of standard management system. Influencing factors on development were the supportive policy, budgets, management system, and recommendation from the higher administrators, including to the equipment and building from the budget of local organization. In patients aspect found the 4 topics about efficacy of development; 1) efficiency of planning was 4.12 (S.D. 0.52) 2) efficiency of procedure was 3.87 (S.D. 0.34) 3) efficiency of workers' practice was 4.31 (S.D.0.32) 4) efficiency of facility was 2.93 (S.D.0.51). The average overall score was 3.80 (S.D.0.42). In dimension of safety indicators; there was no incident of operative error and no incident of post-operative infection.

Keyword : System Management, Cataract, Cataracts Complete Care

ความสำคัญและความเป็นมา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เพราะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 11.5 ของประชากรไทยทั้งประเทศ (สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, 2555) ซึ่งการที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Shryock, 2004 อ้างใน นารินทร์ จิตรมณตรี, 2554) ซึ่งนักวิชาการคาดการณ์ว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน ในราวปี พ.ศ. 2568 และมีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2593 โดยผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ชายประมาณ 4-5 ปี (ศูนย์รวมข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ, 2556) เมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่ผู้สูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมลง โดยเฉพาะดวงตาและระบบการมองเห็น ซึ่งมักเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส (sensory changes) ทั้งเชิงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของส่วนประกอบต่างๆ ของตา ซึ่งการมองเห็นจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากเซลล์ประสาทรับความรู้สึกมีจำนวนลดลง เกิดความบกพร่องในการรับรู้สี อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางตาและผลกระทบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมาได้ เช่น การเสื่อมลงของแก้วตา (lens) ก่อให้เกิดโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (senile cataract) (เปียณี ณ นคร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และประนอม รอดคำดี, 2549) การเพิ่มขึ้นของความขุ่นต้อกระจกกับการเพิ่มขึ้นของอายุ และปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีส่วนร่วมในการก่อโรคต้อกระจก Brian, G., & Taylor, H. (2001).

ต้อกระจก (Cataract) เป็นปัญหาสุขภาพสาธารณสุขที่สำคัญอันดับหนึ่งของประเทศไทย เป็นสาเหตุของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยต้อกระจกรายใหม่ 66,000 คน/ปี แม้แต่ละปีจะมีการผ่าตัดต้อกระจกมากกว่า 100,000 ราย ต้อกระจก เป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุ 55-60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกมานาน องค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีคนตาบอดประมาณ 37 ล้านคน ผู้ป่วยตาบอดส่วนใหญ่ร้อยละ 82 เป็นผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีสาเหตุมาจากโรคต้อกระจก คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ประสบปัญหาตาบอดในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 46 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเผยว่า มีผู้ป่วยตาบอดสนิทประมาณ 2 แสนคน ส่วนใหญ่

เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีสาเหตุหลักมาจากโรคต้อกระจก (สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ 2553)

จากนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุ เขตบริการสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลเสก้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง เปิดให้บริการ 84 เตียง และได้รับแต่งตั้งให้เป็น Node สาขาจักษุ เนื่องจากมีความพร้อมด้านบุคลากรซึ่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 3 คนและนักเทคนิคเครื่องมือพิเศษ 1 คน มีเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้เกือบทั้งหมด ยังคงขาดเฉพาะเครื่องสลายต้อกระจกและขาดจักษุแพทย์ และเป็นพื้นที่ที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจังหวัดที่มีจักษุแพทย์รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 86,000 คน (ข้อมูลพื้นฐานจากทะเบียนราษฎร์ 2558) ในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุ 18,083 คน จากกระบวนการทำงานที่มิตาจะออกคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่งและศูนย์สาธารณสุขหมู่บ้าน 1 แห่ง หากพบผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดก็รับขึ้นทะเบียนไว้ และประสานจักษุแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มาผ่าตัดและนำเครื่องสลายต้อกระจกมาด้วยซึ่งโรงพยาบาลเสก้ายังไม่มี ในการผ่าตัดแต่ละครั้งจะมีผู้ป่วย 60-80 คน จากการทำงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ โครงการค้นหาตาบอดจากต้อกระจกในผู้สูงอายุ (60ปีขึ้นไป) ในชุมชนเขตอำเภอเสก้า จังหวัดบึงกาฬ โดยทีมงานจักษุโรงพยาบาลเสก้า พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองในปี พ.ศ.2556, 2557และ2558 เท่ากับ 11.24, 9.52 และ 83.34 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยส่วนมากยังไม่ได้รับการคัดกรองไม่ทราบว่าโรคดังกล่าวสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการรักษาทันเวลาที่บางคนเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมชาติไม่ต้องการรักษาแก่แล้วตาบอดเป็นเรื่องธรรมดา กลัวการผ่าตัด ด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรก็มีปัจจัยหลายอย่างเช่น มีการกิจอื่นต้องรับผิดชอบ การบริหารจัดการเรื่องเวลาไม่ลงตัว บุคลากรที่มีสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่ใช่พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยต้อกระจก โรงพยาบาลเสก้าได้จัดทำโครงการผ่าตัดต้อกระจกขึ้นมานานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบันแต่ขาดความสม่ำเสมอและขาดความต่อเนื่อง พบว่าในปี พ.ศ. 2556 ไม่ได้มีการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2557 ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดต้อกระจกเท่ากับ 5.5 เดือน

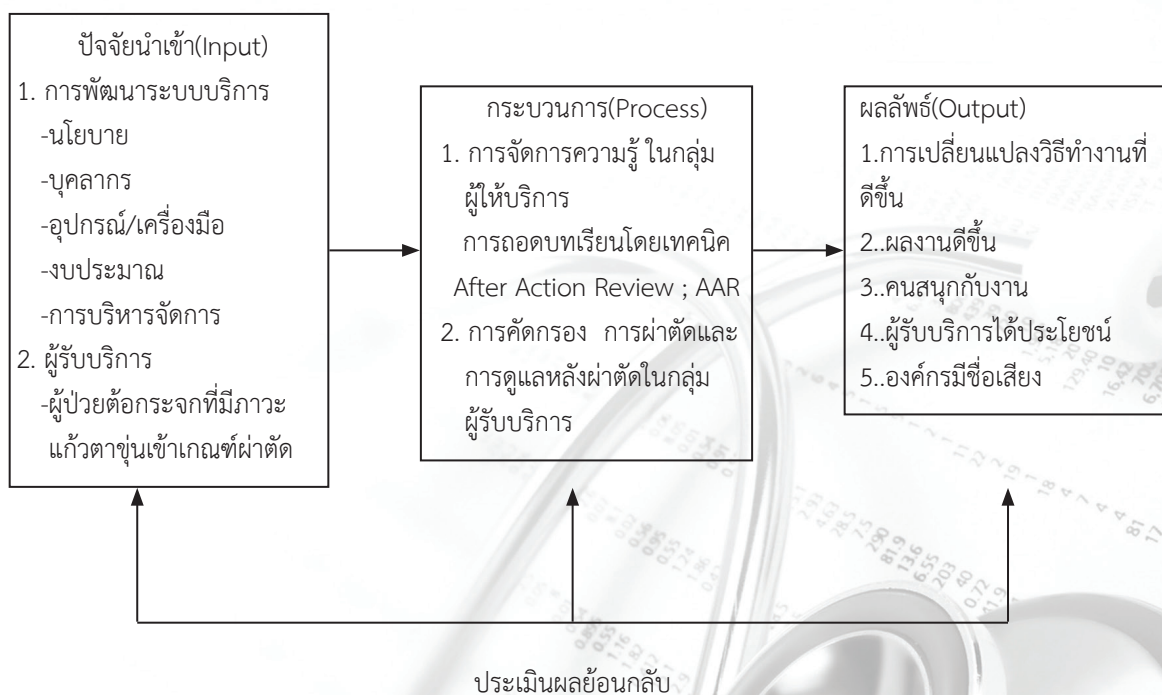
ปี 2558 เท่ากับ 3 เดือน สาเหตุจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น จักษุแพทย์มีเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีภารกิจมากอยู่แล้ว บุคลากรและเครื่องมือไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานและการเชื่อมโยงไปสู่ชุมชนที่เป็นรูปธรรม และระบบการส่งต่อที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจรและนำระบบการดูแลมาใช้ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเซกาขึ้นในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาขบวนการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกที่ใช้ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเซกา อำเภอลืออำนาจจังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจรและให้ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและสามารถฟื้นฟูการมองเห็นได้

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

นำทฤษฎีระบบมาใช้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งว่าด้วย ระบบการปฏิบัติงานขององค์กรนั้นจะประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ สิ่งทีป้อนเข้าไป (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) โดยแต่ละส่วนจะต้องมีความสัมพันธ์และผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากแบบครบวงจรในโรงพยาบาลเซกา ประชากรกลุ่มเป้าหมายมี 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมพยาบาลคัดกรอง 4 คน ทีมพยาบาลผู้ป่วยใน 10 คน และทีมพยาบาลผ่าตัด 10 คน ประชากรใช้เป็นกลุ่มศึกษาทั้งหมด การคัดเลือกโดยความสมัครใจ เข้าร่วมโครงการ ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) โดยการถอดบทเรียนใช้เทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review; AAR) ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารงานและปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาหาแนวทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและออกแบบระบบงาน ตลอดจนค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานเพื่อการแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่อง และมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 4 ด้านด้วยกันคือ 1. ค้นหาความรู้ในการเตรียมผ่าตัดต่อกระจากในผู้รับบริการกลุ่มใหญ่ 2. มีการจัดการความรู้ อย่างเป็นระบบ เริ่มจากการรวบรวมการวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดระบบเพื่อแลกเปลี่ยน ตรวจสอบ ต่อยอดนำไปใช้งาน 3. ได้บทเรียนหรือบทสรุปที่เป็นรูปธรรมที่ได้จากกระบวนการทำงาน ผลการทำงานตามเป้าหมายที่กำหนดและปัจจัยเงื่อนไขทำให้เกิดผลนั้น 4. เกิดการเรียนรู้การศึกษาเพื่อหาแนวทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปสู่อนาคต ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจคัดกรองที่ชุมชนและเข้ามารับการผ่าตัดต่อกระจาก ตามนัดที่โรงพยาบาลเซกา จำนวน 202 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างไม่เป็นระบบจากจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด ทั้งหมด 460 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจากที่โรงพยาบาลเซกาตามนัด โดยใช้แบบสอบถามการวัดประสิทธิผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระยะเวลาดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแผนกจักษุโรงพยาบาลเซกา อำเภอสว่าง จังหวัดบึงกาฬ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบฟอร์มจดบันทึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกระบวนการถอดบทเรียน โดยผ่านการตรวจสอบและแก้ไข จาก Facilitator

ซึ่งมีประสบการณ์ในการถอดบทเรียน เนื้อหาแบบฟอร์มการจดบันทึกประกอบด้วยเป้าหมายของงานคืออะไร ผลการปฏิบัติหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างไร งาน/ขั้นตอนที่ทำได้ดี งาน/ขั้นตอนที่ทำได้ไม่ดี อุปสรรค/ข้อจำกัด/ข้อขัดข้องที่พบระหว่างปฏิบัติงาน ประเด็นที่ได้เรียนรู้ข้อปฏิบัติในการทำงานจากการถอดบทเรียนผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากในโครงการผ่าตัดต่อกระจากโรงพยาบาลเซกา

2. แบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดประสิทธิผลการบริหารงานแบบครบวงจร โดยผ่านการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและมีความสอดคล้อง (IOC = 0.8) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเซกาเป็นกลุ่มใหญ่ในลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบปลายเปิด จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการบริหารงานแบบครบวงจรของผู้ปฏิบัติงานในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากในโรงพยาบาลเซกา ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อกระจากที่มารับการผ่าตัด มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านการวางแผนการรับผู้ป่วย 2. ด้านกระบวนการให้บริการ 3. ด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร 4. ด้านสถานที่ให้บริการ โดยมีลักษณะแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้น้ำหนักของคะแนนดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ: ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ของรพช. ได้แก่ บุคลากรระดับ รพช. เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ

ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากร เครือข่ายสุขภาพ เช่น อสม. และออกตรวจประเมินความพร้อมเบื้องต้นของรพช. ได้แก่ ประเมินจุดบริการและระบบสนับสนุนต่างๆ

2. เชื่อมโยงปัญหาและผลลัพธ์ : เชื่อมโยงปัญหา ระบุวิธีการต่างๆ ที่น่าจะแก้ปัญหาคือเลือกข้อบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3. สังเคราะห์รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อกระจกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ : ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษานี้ได้เลือกเอารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจร

4. ออกแบบการดำเนินงาน : กำหนดการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ทั้งในด้านบุคลากร และทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ ขั้นตอนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงาน

5. ลงมือปฏิบัติและประเมินผล : นำรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบครบวงจร ดังรายละเอียดในตาราง 1 ที่กำหนดไปปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผล โดยรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปผลลัพธ์ และกระบวนการที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งข้อคิดเห็นในการปรับเปลี่ยน การยอมรับหรือปฏิเสธ การนำรูปแบบไปใช้ดังนี้

5.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สายตา (VA) น้อยกว่า 20/200 หรือ 6/60 ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 180 mg% ความดันโลหิตน้อยกว่า 180/100 mmHg งดยาละลายลิ่มเลือดอย่างน้อย 7 วัน สภาวะร่างกายไม่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดแบบ Local หรือ Topical anesthesia (การใช้ยาชาเฉพาะที่)

5.2 วิธีการผ่าตัด เลือกใช้การสลายต่อกระจกแบบแผลที่กระจกตาดำ (Clear cornea phacoemulsification technic) ยกเว้นในกรณีจำเป็น เช่น Hypermatured cataract, zonule unstable, cloudy cornea (กระจกตาดำเป็นฝ้า) หรือมีต้อเนื้อ จะเลือกใช้การผ่าตัดแบบแผลเล็กเดิม small incision extracapsular cataract extractions (ECCE)

5.3 ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการใน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1: การคัดกรองเบื้องต้นการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มชุมชน: โดย อสม.ในชุมชนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่คาดว่าจะ

มีปัญหาการมองเห็นจากต้อกระจกเบื้องต้น และต้องได้รับการรักษา กำหนดเวลา จำนวนเป้าหมายของผู้ได้รับการคัดกรองเบื้องต้น และจำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดรักษาต้อกระจก โดยคณะกรรมการบริหารของ รพช.หรือผู้รับผิดชอบโครงการ

สัปดาห์ที่ 2: ปฏิบัติการ

วันที่ 1 ตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์

- เตรียมความพร้อมการผ่าตัด : ชักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจวัดเลนส์ และกำหนดเวชภัณฑ์แต่ละรายรับผู้ป่วยที่พร้อมรับการรักษา และยินยอมที่จะรับบริการ

วันที่ 2 ผ่าตัดรักษา

วันที่ 3 ติดตามผลการผ่าตัดครั้งที่ 1 และจำหน่ายผู้ป่วยระยะเวลาที่ให้บริการไม่เกิน 3 วัน

สัปดาห์ที่ 3: วันที่ 9 – 10 ติดตามผลการรักษาครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 4: วันที่ 28 – 31 ติดตามผลการรักษาครั้งที่ 3

5.4 ระบบสนับสนุน เพื่อสามารถทำการผ่าตัดผู้ป่วยได้จำนวนมากที่สุดในแต่ละวันโดยมีความเสี่ยงน้อยที่สุด เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การหมุนเวียนการจัดลำดับส่งหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้า – ออกจากเตียงผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง การจำหน่ายผู้ป่วยการให้สุขศึกษาโดยบุคลากรพื้นที่ โดย คัดกรองโรคประจำตัว การขยายม่านตา การเตรียมทำความสะอาดบริเวณใบหน้าและเปลือกตาการล้างตาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การให้ยาชาเฉพาะที่ หรือฉีดยาชา การจัดลำดับส่งหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าออก จากเตียงผ่าตัด เพื่อสามารถทำการผ่าตัดผู้ป่วยได้จำนวนมากที่สุดในแต่ละวัน โดยไม่มีผลต่อการรักษาของจักษุแพทย์ การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง การจำหน่ายผู้ป่วย การให้สุขศึกษากลุ่มละ 10 – 12 คน พร้อมญาติ เพื่อให้ทราบวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

5.5 การติดตามผล มีการติดตามผลทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในวันที่ผ่าตัด เพื่อประเมินแผลผ่าตัด ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังผ่าตัด ตามลำดับ เพื่อประเมินแผลผ่าตัดและการมองเห็น

6. คงไว้เพื่อความยั่งยืน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง : สื่อสารการแก้ปัญหาและอุปสรรคบทเรียนที่เกิดขึ้น และเพื่อพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและได้รูปแบบอย่างยั่งยืน

ผลการศึกษา

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเบื้องต้นบ่งชี้ว่าในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายมีปัญหาขาดแคลนจักษุแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยต้อกระจกไม่ได้รับการดูแลรักษาในเวลาที่เหมาะสมโดยผลการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่กับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจร พบประเด็นปัญหาและความต้องการการสนับสนุนเพื่อสามารถนำรูปแบบการดูแลแบบครบวงจรที่กำหนดไปดำเนินการดังนี้

1. ความเหมาะสมกับหน่วยงานในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรที่กำหนดมาใช้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรที่กำหนดมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย มีความพร้อมด้านสถานที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น บุคลากรพร้อม อีกทั้งผู้บริหารและทีมงานให้การยอมรับ และเห็นด้วยกับรูปแบบของผู้วิจัย

2. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรมาใช้ จากการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ร่วมกับการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มเป้าหมาย ทำให้การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรมาใช้มีความเป็นไปได้

3. ความต้องการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนจากการเชื่อมโยงปัญหา ระเบียบการต่างๆ ที่น่าจะใช้แก้ปัญหา พบประเด็นความต้องการการเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนเพื่อดำเนินการดังนี้

3.1 การค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มชุมชน : พบว่าเจ้าหน้าที่หรือผู้คัดกรอง ขาดองค์ความรู้เบื้องต้นหรือเข้าใจ จำเป็นต้องอบรมให้ความรู้เบื้องต้นของโรคต้อกระจก เทคนิคการตรวจวัดสายตาอย่างง่าย ๆ แก่เครือข่ายของ สสอ. และ อสม. ในการคัดกรองผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีปัญหาในการมองเห็นจากต้อกระจก

3.2 การตรวจประเมินในรพช. คัดกรองสภาพความพร้อมของผู้ป่วยในรายละเอียดข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรัง การเตรียมความพร้อมในบางภาวะเพื่อให้การผ่าตัดมีผลข้างเคียงน้อยที่สุดจากความเสี่ยงของโรคประจำตัว

3.3 การจัดระบบบริหารดำเนินการด้านต่างๆ เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรที่จะ

นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจำนวนมากในคราวเดียว การจัดระบบการควบคุมระบบเอกสาร สถานที่ การออกใบนัด การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติไว้ก่อน เพื่อประสิทธิภาพการทำงานให้สำเร็จ

ตารางที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อภาระงานของพยาบาลตึก

ระดับ หน่วยบริการ	Service delivery	Health workforce	Health Information system	Access essential system	Financing	Management	Participation
โรงพยาบาล เขกา	1. จัดเตรียมสถานที่ตรวจคัดกรองในวันนัดผ่าตัดที่ OPD 2. จัดเตรียมเตียงผู้ป่วยในเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยตา 60-80 คนโดยใช้เตียงพิเศษย้ายผู้ป่วยยื่นออก 3. ทำความสะอาดห้องให้ผู้ป่วยเข้าพักห้องละ 5 คนแยกชายหญิงและแยกผู้ป่วยต้องสังเกต คัดกรองและรักษา/โรคตาเบื้องต้น 3. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่วิสัยทัศน์ได้ระยะ 3 เมตรหรือน้อยกว่า จาก รพ.สต. รพท. และ รพท. ตามระบบ 4. กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ แยกวัยหมู่บ้าน	1. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติทางตา 3 คน 2. นักเทคนิคเครื่องมือพิเศษ 1 คน 3. จักษุแพทย์ Part time 1 คนมาเดือนละครั้ง 4. พยาบาลวิชาชีพช่วยแพทย์ผ่าตัด 2 คน 5. พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่อื่นดูแลผู้ป่วยใน 10 คน 6. พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่อื่นดูแลผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด 10 คน	1. พัฒนาระบบการปรึกษากับจักษุแพทย์ทาง Line /E-mail และระดับ รพ.สต. 2. จัดทำขั้นตอนการประสานงานไปถึง รพ.สต. อปท. และเครือข่ายชุมชน 3. บันทึกข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลจังหวัด Program Vision 2020 Thailand	1. สำรองและจัดทำอุปกรณ์ให้ความพร้อมได้แก่ ไฟฉาย Snellen's chart, Direct ophthalmoscope, Indirect ophthalmoscope, Slitlamp, Tonometer air puff, Auto keratometry, A-scan, กล้องผ่าตัดและกล้องถ่ายภาพจอตา 2. จัดอุปกรณ์สำหรับการตรวจคัดกรองต่อกระจกได้แก่ เชือกวัดระยะทางแผ่น E-Chart, แบบฟอร์มบันทึกสำหรับ อสม. 3. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลรักษา ได้แก่ แว่น	1. จัดทำงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ เช่น UC งบ PPA จาก สปสช. งบเงินบำรุง รพ. และงบบริจจาค 2. กำกับติดตามหลังผ่าตัดในการเคลีย E-claim ไปยัง สปสช.	1. มีแนวทางการจัดบริการประชาชนให้ถึงระดับ รพ.สต. และชุมชน ดังนี้ - จักร-อัครออกหน่วยเชิงรุกตามรพ.สต. ตามแผนที่กำหนด - พยาบาลวิชาชีพเปิด OPD คลินิกตาใน รพ. - จัดทำข้อมูลจัดบริการให้คำปรึกษาและระบบส่งต่อแก่ รพ.สต. และชุมชน 3. มีระบบนิเทศติดตามการดำเนินงาน 4. มีการติดตามการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อเนื่องตามเกณฑ์ ราชวิทยาลัยจักษุ โดยตรวจ 1 วัน หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ 1 เดือนและ 3 เดือน หลังผ่าตัด	1. มีเครือข่ายประสานงานจากระดับเขต จังหวัด ถึง รพ.สต. จนถึง รพ.สต. และชุมชน

ตารางที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อภาระงานแบบครบวงจรในโรงพยาบาลเสกกา (ต่อ)

ระดับ หน่วยบริการ	Service delivery	Health workforce	Health Information system	Access essential system	Financing	Management	Participation
รพ.สต. 12 แห่ง และศสภ.1 แห่ง	1. รับประทานอาหาร/การ คัดกรองจากนักสุขภาพ 2. จัดเตรียมบุคลากรในการ ตรวจคัดกรองต่อภาระงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ จิตอาสา อสม. 3. เตรียมผู้ป่วยเพื่อการ ตรวจตาในวันทันตพยาบาล เวชปฏิบัติทางตา ออกหน่วยเชิงรุก 4. ผู้ป่วยที่วัดสายตาได้ที่ ระยะ 3 เมตรสามารถส่ง ตรวจที่ รพช. เสกกาได้ตาม วันที่เปิดคลินิกตาเพื่อรับ การตรวจซ้ำหรือส่งมา ในวันทันตผ้าตัดได้เลย 5. กรณีเร่งด่วนในราย ที่มีต้อหินแทรกจาก ต้อกระจกที่ลุกลามส่งมาได้ ทุกวันทุกเวลา 6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด	1. พยาบาลวิชาชีพที่ได้ รับการอบรมการตรวจ ตา	1. พัฒนาระบบการจัด เก็บข้อมูล 2. บันทึกข้อมูลผลการ วัดสายตาตาโปรแกรม คอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยง กับฐานข้อมูลจังหวัด ได้แก่โปรแกรม Vision 2020 Thailand 3. พัฒนาช่องทางการ สื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์ Line	1. จัดหาอุปกรณ์สำหรับ การคัดกรองโรคต่อกระจก ได้แก่ เชือกวัดระยะทาง แผ่น E-Chart	1. จัดหางบประมาณได้แก่ งบ PPA งบลงทุน	1. มีแนวทางการจัด บริการประชาชนให้ ถึงระดับ รพ.สต. และ ชุมชน	1. มีเครือข่าย ประสานจาก จังหวัด รพช. และชุมชน จนถึง อบต. อสม. ชมรม เครือข่าย สุขภาพ

ตารางที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากแบบครบวงจรในโรงพยาบาลเซกา (ต่อ)

ระดับ หน่วยบริการ	Service delivery	Health workforce	Health Information system	Access essential system	Financing	Management	Participation
ชุมชน	1. รับการอบรมให้ความรู้เรื่องต่อกระจาก/การคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.(ครู ก.)ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2. ให้บริการตรวจวัดสายตาและคัดกรองผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 3. นำส่งผู้ป่วยที่วัดสายตาได้ทีละระยะ 3 เมตรหรือน้อยกว่าส่งตรวจที่ รพ.สต.	1. อสม.ที่ได้รับเลือกอบรมการตรวจวัดตาต่อกระจาก	1. บันทึกข้อมูลการคัดกรองตาแบบพอร์มการคัดกรองต่อกระจากและนำส่ง รพ.สต.	1. ขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการคัดกรองโรคต่อกระจาก ได้แก่ เชือกวัดระยะทาง แผ่น E-Chart จาก รพ.สต. และ รพช.	1. ขอรับการสนับสนุนจากรพ.สต./อบต.ในพื้นที่ 2. มีแบบฟอร์มการคัดกรองต่อกระจาก	1. มีแนวทางการการคัดกรองต่อกระจากอย่างง่าย 2. มีแบบฟอร์มการคัดกรองต่อกระจาก	1. มีเครือข่ายประสานระดับชุมชน รพ.สต. จนถึง อบต. อสม. ชมรม เครือข่ายสุขภาพ

ผลการดำเนินงานและการประเมินผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.30 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51.5 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71.8 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.3 มีบุตรเป็นคนดูแลคิดเป็นร้อยละ 49.0 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.5 และใช้สิทธิประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 92.6

2. ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ต้อกระจกแบบครบวงจรในการบริหารงานของผู้ปฏิบัติงาน ในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลเซกา ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับการผ่าตัด ประกอบด้วย ด้านการวางแผนการรับผู้ป่วย ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บุคลากร ด้านอาคารสถานที่ให้บริการ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต้อกระจก สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบงานที่ดีขึ้นโดยมีการพัฒนาระบบงานที่มีผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การประสานงาน สะดวก รวดเร็วและดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนในกลุ่มผู้รับบริการ ประสิทธิภาพการพัฒนา 4 ด้าน พบว่า ด้านการวางแผนรับผู้ป่วย มีประสิทธิภาพการพัฒนาเฉลี่ย 4.12 (SD. 0.52) ด้านกระบวนการให้บริการมีประสิทธิภาพการพัฒนาเฉลี่ย 3.78 (SD. 0.34) ด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บุคลากรมีประสิทธิภาพการพัฒนาเฉลี่ย 4.31 (SD. 0.32) และด้านอาคารสถานที่ให้บริการมีประสิทธิภาพการพัฒนาเฉลี่ย 2.93 (SD. 0.51) ส่วนประสิทธิภาพพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ต้อกระจกแบบครบวงจรเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน 3.80 (SD. 0.42) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่พบอุบัติการณ์การ ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ใช้เลนส์ผิดเบอร์ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ หลังผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์เทียม

โรงพยาบาลเซกามีแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการ ให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ มีการดำเนินการตามแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มุ่งพัฒนาระบบ บริการ การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยง

โยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายนอกเขต และเป็น เครือข่ายระดับประเทศ อีกทั้งมีการดำเนินการจัดทำแผนการ สนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับ แผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ ของบริการ และส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการพัฒนาตามแผน พัฒนาคุณภาพบริการ ที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน โดยกำหนด กรอบนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแนวปฏิบัติ เพื่อสามารถ ตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดจนความต้องการ ด้านสุขภาพได้ทันทั่วทั้งที่ รวมถึงการนำรูปแบบของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรมาใช้มีปัจจัย หลายด้านที่เกี่ยวข้องได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านผู้บริหารทุกระดับ ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ที่ให้การสนับสนุน ด้านกำลังคน งบประมาณ การบริหารจัดการ ตลอดจนอาคาร สถานที่ สำหรับการดูแลผู้ป่วย ด้านบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต้อกระจก ได้อย่างปลอดภัยเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยต้อกระจก ผู้รับบริการ เข้าถึงบริการมากขึ้น ได้รับการคัดกรองและได้รับการผ่าตัด ใส่เลนส์เทียมมากขึ้น การศึกษาด้านกระบวนการสามารถนำไปใช้ กับโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลเซกา และควรศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต้อกระจกภายหลัง ได้รับการผ่าตัดและใส่เลนส์เทียมต่อไป

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแบบครบวงจรในโรงพยาบาล ผู้วิจัยขออภิปราย ผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 66.30 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51.5 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71.8 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.3 มีบุตรเป็นคนดูแลคิดเป็นร้อยละ 49.0 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.5 และใช้สิทธิประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 92.6 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าการให้ บริการสุขภาพพื้นฐานดีขึ้น ประชากรในประเทศมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้คนก็มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

และสะสมจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่ผู้สูงอายุมากขึ้น ก็มีโอกาสดเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับอายุเช่นโรคต่อกระจากมากขึ้น และมีโอกาสที่จะตาบอดได้มากขึ้น และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 16.6 ในปี 2563 ต่อกระจากเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุ 55-60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกมานาน องค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีคนตาบอดประมาณ 37 ล้านคน ผู้ป่วยตาบอดส่วนใหญ่ร้อยละ 82 เป็นผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีสาเหตุมาจากโรคต่อกระจาก คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ประสบปัญหาตาบอดในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 46 ล้านคนทั่วโลก การเพิ่มขึ้นของความชุกต่อกระจากสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุ และปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีส่วนร่วมในการก่อโรคต่อกระจาก Brian, G., & Taylor, H. (2001). สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเผยว่า มีผู้ป่วยตาบอดสนิทประมาณ 2 แสนคน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีสาเหตุหลักมาจากโรคต่อกระจาก (สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ 2553)

การศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบงานที่ดีขึ้นโดยมีการพัฒนากระบวนการทำงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การประสานงานสะดวก รวดเร็วและดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนในกลุ่มผู้รับบริการพบว่าประสิทธิผลการพัฒนา 4 ด้านพบว่าด้านการวางแผนรับผู้ป่วย มีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 4.12 (SD. 0.52) ด้านกระบวนการให้บริการมีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 3.78 (SD. 0.34) ด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บุคลากรมีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 4.31 (SD. 0.32) และด้านอาคารสถานที่ให้บริการมีประสิทธิผลการพัฒนาเฉลี่ย 2.93 (SD. 0.51) ส่วนประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากแบบครบวงจรเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน 3.80 (SD. 0.42) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่พบอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ใช้เลนส์ผิดเบอร์ ไม่พบอุบัติเหตุการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจากและใส่เลนส์เทียม Kurtz, R. M. (2008). สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรักษ์ (2009) การให้บริการผู้ป่วยโรคต่อกระจากแบบบูรณาการ (ICM) เพื่อลดข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร งบประมาณ รูปแบบการจัดการ โดยทำให้

ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการดีขึ้นและผลการรักษามีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม ด้วยการสนับสนุนจากกลุ่มชมรมวิชาชีพด้วยประสบการณ์ของจักษุแพทย์และทีมพยาบาล การสนับสนุนจากหน่วยงานที่กำกับดูแล เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช.ประจำจังหวัด ในส่วนของงบประมาณ ควรมีรูปแบบที่คล่องตัว ลดข้อจำกัดจากระบบงานราชการ ทั้งนี้ รูปแบบบูรณาการยังเป็นการสร้างทีมงานพัฒนาบุคลากร ตั้งแต่ในระดับผู้บริหารลงไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากแบบครบวงจร ของโรงพยาบาลเขากบว่าระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการกำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารงานและการปฏิบัติงาน รวมถึงบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง อุปกรณ์/เครื่องมือมีความพร้อมและมีความทันสมัยเพียงพอ งบประมาณในการดำเนินงาน และระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการผ่าตัดต่อกระจาก และการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือและสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor, H. R. (2000). และแนวทางการบริหารจัดการโรคต่อกระจาก ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) กำหนดให้มีการบริหารจัดการโรคต่อกระจากขึ้นมาเป็นบริการเฉพาะเนื่องจากเป็นบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากนัก โดย สปสช. ได้ร่วมกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) มูลนิธิการกุศลต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน ร่วมกันดำเนินโครงการผ่าตัดตาต่อกระจากเชิงรุกในพื้นที่ที่เป็นปัญหาการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนจักษุแพทย์และทุรกันดาร

ข้อเสนอแนะ

การนำรูปแบบของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากแบบครบวงจรมาใช้มีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านผู้บริหารทุกระดับ ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ที่ให้การสนับสนุนด้านกำลังคน งบประมาณ การบริหารจัดการ ตลอดจนอาคารสถานที่ สำหรับการดูแลผู้ป่วย ด้านบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อกระจากได้อย่าง

ปลอดภัยเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยต่อกระจก ผู้รับบริการเข้าถึงบริการมากขึ้น ได้รับการคัดกรองและได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์เทียมมากขึ้น การศึกษาด้านกระบวนการสามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลเซกา และควรศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อกระจกภายหลังได้รับการผ่าตัดและใส่เลนส์เทียมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นารินทร์ จิตรมนตรี. (2554). ประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บก.), ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 1-22). กรุงเทพฯ:โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. นิภา ใจสมคม (2555). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
3. นิรมล สันทิจิตรกุล (2549). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
4. ปิยาณี ณ นคร, ศิริพันธุ์ สาสัจย์, และประนอม รอดคำดี. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 7, 32-42.
5. ปิยนุช เพชรศิริ (2550). ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. พัฒพงษ์ กุลยานนท์, วัฒนีย์ เย็นจิตร, ฉวีวรรณ เย็นจิตร, ชัยรัตน์ เตังไธรัตน์, วีรศักดิ์ อนุตรอังกูร, สุภารัตน์ นเรนทร์พิทักษ์. ต้อกระจก: ภาระโรคที่สำคัญของประเทศไทย. จักษุสาธารณสุข 2007: 21: 136-61
7. วิภาดา ช่างแก้ว (2551). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในท้องผ่าตัด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. ภฤศ หนูอุตสาหะ และคณะ(2551). การศึกษาโครงการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านสายตา อันเนื่องมาจากเลนส์ตา (โครงการผ่าตัดต้อกระจก). ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์พยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. มุกดา เดชประพนธ์, & ปิยวดี ทองยศ. (2014). ปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. รามาธิบดีพยาบาลสาร (Ramathibodi Nursing Journal), 20(1), 1-9.
10. สมเกียรติ ศรีไพศาล(2544) การวัดการทำหน้าที่ของสายตา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกแบบ Phacoemulsification โดยใช้เลนส์เทียมที่มีราคาต่างกัน วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. สมศักดิ์ ชุมหะศรี. (2555). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.): ที คิว พี.
12. สำนักการพยาบาล (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
13. สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (2553). “ผู้ประสบปัญหาทางสายตา”วารสาร Innovation Link (พฤษภาคม) ค้นคืนเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559จาก<http://www.nia.or.th/innolinks>
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อมูลผู้ป่วยโรคต้อกระจกและสถานะการัน ปี 2549 – 2550
15. อัจฉราภรณ์ ใจกล้า (2553). การประเมินผลโครงการผ่าตัดต้อกระจกเชิงรุกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
16. เอื้องพร พัทธสังข์ (2554). การพยาบาลและหัตถการทางตา. กรุงเทพมหานคร ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์
17. Bernth – Peterson P. Outcome of cataract surgery I. A prospective, observation study. Acta Ophthalmol 1982; 60: 235 – 42.

18. Brian, G., & Taylor, H. (2001). Cataract blindness: challenges for the 21st century. Bulletin of the World Health Organization, 79(3), 249-256.

19. Dada T, Sharma N, Vajpayee R B, Dada V K. Conversion from phacoemulsification to ECCE : incidence, risk factors and visual outcome. J Cataract Refract Surg. 1993;19:435-37

20. Kurtz, R. M. (2008). U.S. Patent Application No. 12/233,401.

21. Schein OD, Steinberg EP, Javitt JC, Cassard SD, Tielsch JM, Steinwachs DM et al. Variation in cataract surgery practice and clinical outcomes. Ophthalmology 1994; 101:1142 – 52

22. Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Cassard SD et al. National study of cataract surgery outcomes. Variation in 4 month postoperation outcomes as reflected in multiple outcome measures. Ophthalmology 1994; 104: 1131 – 41.

23. Taylor, H. R. (2000). Cataract: how much surgery do we have to do?. British Journal of Ophthalmology, 84(1), 1-2.

24. Venkatesh R, Muralikrishnan R, Balent LC, Prakash SK, Prajna NV. Outcome of high volume cataract surgeries in a developing country. Br J Ophthalmol 2005;89:1079 – 83

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โรงพยาบาลนครพนม

สมศรี วิริยะพันธ์

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเรื่องปัจจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลนครพนม จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (Major Diagnostic Category, MDC) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ค่าวันนอนจริงค่ามาตรฐานวันนอน กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริงของข้อมูลผู้ป่วยในและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (Major Diagnostic Category, MDC) กรณีผู้ป่วยในจะมีวิธีการจ่ายโดยงบประมาณจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget with per-admission allocation by Diagnosis Related Group) กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลตัวอย่างของผู้ป่วยในจำนวน 268 ตัวอย่าง จากการสุ่มอย่างมีระบบ จากข้อมูลผู้ป่วยใน 13,367 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2552-31 มีนาคม 2553 โดยใช้โปรแกรม การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือในการวิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันและ ANOVA:F-test

ผลการวิจัยพบว่าวันนอนจริง (Length of stay หรือ CALLOS) อายุ ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ สภาพ การจำหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์และพบว่าสภาพการจำหน่าย และกลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ใน 5 ลำดับแรก ที่แตกต่างกันมีคะแนนค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของ อายุ สภาพการจำหน่ายค่าวันนอนจริง กลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (MDC) ค่าวันนอนมาตรฐาน มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์หรือ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เฉลี่ย (ADJRW) ที่ใช้ในการคำนวณงบประมาณที่ โรงพยาบาลจะได้รับ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรที่ใช้ดูแล ดังนั้นโรงพยาบาล ควรใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการปรับปรุงประสิทธิภาพดังกล่าว

คำสำคัญ : ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ความสำคัญของปัญหา

ตามหลักการเป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศ มีกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพหลายวิธีเพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพการให้บริการ การจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการทางแพทย์:กรณีผู้ป่วยในจะมีวิธีการจ่ายโดยงบประมาณจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)มีเงื่อนไขสำคัญคำนวณจากงบประมาณรวมของกองทุนส่วนผู้ป่วยในรวมของประเทศ ที่ตั้งค่าการดูแลผู้ป่วยในเป็นคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight) ตามทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลและมีปัจจัยปรับอัตราการเบิกจ่ายตาม DRG DRG จึงเป็นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยอย่างหนึ่งที่อาศัยข้อมูลไม่มากนักมาจัดกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อบอกว่าผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลาในโรงพยาบาลใกล้เคียงกันและจะสิ้นเปลืองค่ารักษาใกล้เคียงกัน โรงพยาบาลนครพนมเป็นกลุ่มบริการทั่วไประดับทุติยภูมิ อยู่ในเขตสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 จังหวัดอุดรธานี จึงได้รับผลกระทบโดยตรงเมื่อมีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และได้รับงบประมาณในระบบ DRG โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์(Relative Weigh) เป็นค่าเฉลี่ยในการจัดสรรงบประมาณ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมแยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ค่าวันนอนจริง ค่าวันนอนมาตรฐาน กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริงของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมเป็นอย่างไร
3. ค่าเฉลี่ยของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมแยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Major Diagnostic Category,MDC) แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาค่าเฉลี่ยของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมแยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Major Diagnostic Category,MDC)

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ค่าวันนอนจริง ค่ามาตรฐานวันนอน กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริงของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมแยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Major Diagnostic Category,MDC)

นิยามศัพท์

DRG (Diagnosis Related Group) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือ การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

Rw (Relative Weight) คือค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRG นั้น ว่าเป็นที่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG

Adj Rw หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

ACTLOS (CALLOS Length of stay) หมายถึง ค่าวันนอนจริงที่คำนวณจาก วันที่จำหน่าย-วันที่รับไว้-วันลากลับบ้าน (CALLOS-LEAVEDAY) ในที่นี้ยังไม่มีการใช้เวลารับ , จำหน่ายในการคำนวณ

OT หมายถึง ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่97 ของผู้ป่วยในแต่ละ DRG เป็นจุดตัด

WTLOS หมายถึง ค่ามาตรฐานวันนอน คำนวณจากค่าเฉลี่ยเลขคณิตของวันนอนในแต่ละ DRG โดยได้ตัดผู้ป่วยที่นอนนานเกินเกณฑ์ออก

DC (Disease Cluster) หมายถึง กลุ่มโรคที่ถูกแบ่งย่อยไปจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (MDC) ก่อนที่จะแบ่งเป็น DRG ต่าง ๆ ตามระดับ CC โดยแต่ละ DC จะไม่มี ส่วนซ้ำซ้อนกัน DC จะมีทั้งส่วน Diagnosis และ Procedure

MDC (Major Diagnostic Category) คือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งแบ่งตามระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่นระบบประสาท (MDC1) ระบบทางเดินอาหาร (MDC6)

AX (Auxiliary cluster) หมายถึง กลุ่มรหัสพิเศษที่ใช้ช่วยในการกำหนด DC สำหรับ DC ที่มีเงื่อนไขซับซ้อนส่วนใหญ่จะใช้ AX เป็นตัวประกอบ และ PDC เป็นตัวหลักในการกำหนด DC

OT (Outlier trim point) คือค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ในค่าเปอร์เซ็นต์ที่ 97 ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเป็นจุดตัดวันนอนนาน เกินเกณฑ์

PCCL (Patient Clinical Complexity Level) หมายถึงดัชนีที่ใช้บอกระดับ CC ในผู้ป่วยแต่ละราย

PDC (Procedure or Diagnosis Cluster) คือกลุ่มวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

ดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิเคราะหย้อนหลัง (retrospectives study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์โรงพยาบาลนครพนม ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ การหาค่าความถี่ จำนวนและ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ วันนอนจริง ค่าวันนอนมาตรฐาน กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ข้อมูลเวชระเบียนที่จำหน่ายเดือน 1 ตุลาคม 2552-31 มีนาคม 2553 เฉพาะข้อมูลที่มีการวินิจฉัยโรค 13,367 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง

ใช้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยใน จาก 12 แพ้ม ประมวลผลข้อมูลผ่านโปรแกรม DRG เลือกสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยใช้ช่วง ข้อมูลเวชระเบียน 50 คน ต้องการ 1 คนเลือก ข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 ราย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG grouper) ฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Hosxp คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 พ.ศ.2550 ประกอบด้วยข้อมูล HN AN เพศ แผนก อายุ ชนิด สภาพการจำหน่าย length of stay ข้อมูลโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก โรคอื่น ๆ การผ่าตัดหัตถการกลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ค่าเฉลี่ยค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (djRW)

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านการใช้ข้อมูลในโปรแกรมดังกล่าว

5. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

1. ประมวลผล DRG ของผู้ป่วยที่จำหน่าย 31 ตุลาคม 2552-31 มีนาคม 2553 เลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สภาพการจำหน่าย length of stay ข้อมูลโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก โรคอื่นๆ การผ่าตัดหัตถการ กลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ค่าเฉลี่ยค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (AdjRW)

2. คัดเลือกสุ่มตามสูตร

$$\text{ยามาเน่ (Taro Yamane)} \quad N = \frac{N}{1+N(e)^{(1/2)}}$$

เทียบสูตร $N=13367$ หาด้วย $1+13367$ คูณ 0.05 คูณ 0.05 ได้ $N = 399.7$ ทำเป็นจำนวนเต็ม ได้ = 400 ใช้ 400 ไปหาร 13,367 กลุ่มตัวอย่าง ได้ 34 จึงปัดเป็น เลขจำนวน เต็ม = 50 เป็นการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยใช้ช่วง 50 เลือกลำดับที่ 1 เป็นกลุ่มตัวอย่างแรก คำนวณ $1+50=51$ เลือกข้อมูลที่ 51 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ 2 คำนวณใช้โปรแกรม Microsoft excel $51+50=101$ ลากเมาท์ จะได้ ตัวอย่าง 151,201,251,351,401จน 13351 นำตัวอย่างไปเลือก 13,367 คลิกข้อมูลเลือกในฐาน 12 แพ้ม เรียงและให้ลำดับ แล้วนำตัวอย่างที่คำนวณเลือกตัวอย่างได้ จำนวน 268 ตัวอย่าง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. หาค่าความถี่ จำนวนและ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปได้แก่ อายุ แผนก ค่าวันนอนมาตรฐาน วันนอนจริง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย ชนิดการจำหน่าย กลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (MDC) เรียงอันดับจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ วันนอนจริง ACTLOS (CALLOS Length of stay) ค่าวันนอนมาตรฐาน กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนมโดยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป (ANOVA:F-test) การศึกษาการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยจำแนกตามตัวแปรกับสภาพการจำหน่าย และกลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ใน 5 ลำดับแรกในตารางที่ 2 ได้แก่ MDC 14 MDC 6 MDC15 MDC 8 MDC 3

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.9 เป็นหญิง ,มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.1 เป็นผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.7

ผลการศึกษาพบว่า MDC 14 การตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ16.0แต่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยadjRWเท่ากับ .6414 มีค่าวันนอน (LOS) 2.88 ค่าวันนอนมาตรฐานเฉลี่ย (WLOS) 3.1633 เป็นค่าที่น้อย เมื่อเทียบกับกลุ่ม MDC 24 การบาดเจ็บตามอวัยวะในร่างกาย มีเป็น

จำนวนน้อยคิดเป็นร้อยละ 0.7 แต่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย-adjRW เท่ากับ 7.6752 สูงที่สุด

ผลการศึกษาพบว่า ค่าวันนอนมาตรฐานเฉลี่ย คิดเป็น 4.4718 วันนอนจริงที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.02 วันต่อคน ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยadjRWปรับตามค่าวันนอนจริงของผู้ป่วยเฉลี่ย 0.9742

ผลการศึกษาพบว่า สภาพการจำหน่ายโดยแพทย์ให้กลับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95.5 มีการส่งต่อไปรักษาที่อื่น Transfer ร้อยละ 2.6 รองลงมา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ วันนอนจริง (Length of stay หรือ CALLOS) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ค่าวันนอนมาตรฐานเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ส่วนกลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ สภาพการจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ชนิดการจำหน่าย ไม่มีความสัมพันธ์ กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์(r)
วันนอนจริง ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay หรือ CALLOS)	.407**
ค่ามาตรฐานวันนอน	.888**
กลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC)	.057
สภาพการจำหน่าย	.236**
ชนิดการจำหน่าย	-.001
อายุ	.310**
ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์	.815**

3. การเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จำแนกตามตัวแปร

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยจำแนกตามตัวแปรกับสภาพการจำหน่าย และกลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ MDC 14 MDC 6 MDC 15 MDC 8 MDC 3 ทดสอบความแตกต่างดังนี้

พบว่าสภาพการจำหน่ายการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่าสภาพการจำหน่ายดีขึ้น Improved มีคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงกว่าคลอดปกติ Normal delivery และเด็กแรกเกิดจำหน่ายพร้อมแม่ Normal child คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2

พบว่ากลุ่มวินิจฉัยโรค MDC เปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่า โรคและความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีคะแนนค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงกว่าโรคความผิดปกติของหู, ปาก และคอ (MDC 3) การตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอด (MDC14) เด็กแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน (MDC15) ส่วนโรคและความผิดปกติทางเดินอาหารคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ไม่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จำแนกตามตัวแปร

กลุ่มที่	ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D	F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
1	สภาพการจำหน่าย ดีขึ้นImproved	.8034	.7526	6.41*	1,3
2	คลอดปกติNormal delivery	.4462	.1651		
3	เด็กแรกเกิดจำหน่ายพร้อมแม่Normal child	.1699	.0000		
1	กลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) โรคและความผิดปกติของหู, ปาก และคอ	.5741	.6651	3.038	1,3
2	โรคและความผิดปกติทางเดินอาหาร	.7490	.7156		
3	โรคและความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	1.1108	.7823		3,4
4	การตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอด	.6414	.5059		
5	เด็กแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน	.4534	.8453		3,5

สรุปอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ผลการศึกษาพบว่าค่าวันนอนมาตรฐานเฉลี่ย ($r=.888^{**}$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ ($r=.815^{**}$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อยู่ในระดับสูง วันนอนจริง (Length of stay หรือ CALLOS) มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=.407^{**}$) และอายุ ($r=.310^{**}$) แสดงว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อยู่ในระดับปานกลาง สภาพการจำหน่าย ($r=.236^{**}$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในด้วยว่าระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลหรือค่าวันนอนจริง

(Length of stay หรือ CALLOS) นานขึ้น มีผลทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (adjRW) ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) จะถูกปรับตามค่าวันนอนจริงเพิ่มขึ้น (ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล และคณะ, 2552 :บทคัดย่อ) งานวิจัยของอมรดา อาชาพิทักษ์ และคณะ (2552) 15(2): 249-268.) ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับรักษาด้วยกระดูกหักจะมีค่าเฉลี่ยนอนโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนปลาย ดังนั้นอายุ กลุ่มโรคจำนวนวันนอนที่รักษาจึงมีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

2. การเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จำแนกตามตัวแปร

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยกับสภาพการจำหน่าย และกลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC) ใน 5 ลำดับแรกในตารางที่ 4 ได้แก่ MDC 14 MDC 6 MDC 15 MDC 8 MDC 3 ทดสอบความแตกต่างดังนี้

พบว่าสภาพการจำหน่ายการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่าสภาพการจำหน่ายดีขึ้น Improved มีคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงกว่าคลอดปกติ Normal delivery และเด็กแรกเกิดจำหน่ายพร้อมแม่ Normal child คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการประมาณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยใน

ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG). (พิชาญ กันสดับ, 2550:10-12) การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กรณีสภาพการจำหน่ายแพทย์อนุญาต (discht=1) หรือการปรับค่า adjRW เมื่อการส่งต่อหนักกลับหรือเสียชีวิต (discht#1) หากน้อยกว่าวันนอนมาตรฐาน $1/3(wtlos)$ จะปรับลด และหากวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับวันนอนมาตรฐาน $1/3$ แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับวันนอนนานเกินเกณฑ์ (OT) ไม่ปรับลด/เพิ่ม หรือวันนอนมากกว่าวันนอนนานเกินเกณฑ์ (OT) จะปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อธิบายได้ว่ากลุ่มวินิจฉัยโรค MDC เปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ พบว่ามีความแตกต่าง 3 คู่ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่พบว่าโรคและความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีคะแนนค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (1.1108) สูงกว่าโรคความผิดปกติของหู, ปาก และคอ (MDC 3)(.5741) การตั้งครุฑภาวะหลังคลอด(MDC14)(.6414) เด็กแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน (MDC15)(.4534) ส่วนโรคและความผิดปกติทางเดินอาหารคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (.7490) ไม่แตกต่างกัน หากดูในตาราง 4 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (MDC8) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ 1.1108 ซึ่งมากกว่าโรคความผิดปกติของหู, ปาก และคอ (MDC 3) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ .6087 การตั้งครุฑภาวะหลังคลอด (MDC14) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ .6414 เด็กแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน (MDC15) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ.3655

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มวินิจฉัยโรค (MDC)นอนจริง (Length of stay หรือ CALLOS) อายุ ค่าวันนอนมาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ สภาพการจำหน่าย มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เฉลี่ยที่ปรับค่าตามวันนอนจริงของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

7.1. นำผลการศึกษาวันนอนของโรงพยาบาลในทุกกลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (MDC) แจ้งต่อแพทย์ องค์กรแพทย์ เพื่อทราบหลักเกณฑ์แนวคิดการจ่ายเงินตามระบบ DRG การปรับลดเงินตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่มีผลต่อการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาล

7.2. ควรมีการให้ความรู้เรื่องการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรค คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์แก่ทีมแพทย์ พยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ มากยิ่งขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูแลคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

7.3. ควรมีการศึกษาการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคใหญ่ (MDC) แยกแผนก แยกราย DRG ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

7.4. ควรมีการศึกษาและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ในเรื่องการสรุปการวินิจฉัยโรค โรคร่วม โรคแทรก การผ่าตัดหัตถการซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้ศึกษาในเรื่องดังกล่าวเนื่องจากมีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

7.5. การที่แพทย์ผู้ดูแลรักษาให้ผู้ป่วยนอนน้อยกว่า 1/3 ของค่าวันนอนมาตรฐานหรือไม่เท่ากับ วันค่าวันนอนมาตรฐาน ทำให้ถูกปรับลดค่า คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (adjRW) มีผลต่อบรรยากาศที่ได้รับและคุณภาพการรักษา ควรให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลเทียบเท่าวันค่าวันนอน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ ที่ให้การสนับสนุนจัดโครงการวิจัยสู่งานประจำ (R2R) แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครพนม ขอขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่เป็นอาจารย์สอนและถ่ายทอดความรู้ สร้างความเข้าใจในเรื่องการวิจัยที่เป็นเรื่องที่ยาก แต่ทำให้เป็นเรื่องง่าย ท่านให้คำปรึกษาอย่างดีระหว่างการทำวิจัย แก้ไขในความบกพร่องและอดทนกับพวกเราเพื่อให้เราทำได้ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ กลุ่มงานพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยดำเนินการอบรม และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจัดเตรียมข้อมูลวิจัย จึงทำให้เกิดงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดข้อมูลบริการสุขภาพรายบุคคลสำนักงานประกันสุขภาพ,คู่มือดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคลปีงบประมาณ 2551.2551หน้า 37
2. ชมพูนุท มหายนันท์.(2551). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นรินทร์ วิเชียรทอง.การศึกษากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.ขอนแก่น:บทคัดย่องานวิจัยที่เสนอประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7ปี 2544”ความสุขที่พอเพียง” วันที่ 5-7 กันยายน 2544,หน้า 97.
4. ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล,เพ็ญพร คุณขาว,วันดี วันศรีสุธน, ปัทมา สันติวงศ์เดชา,วรภรณ์ ปานเงิน.ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช.กรุงเทพ:เวชบันทึกศิริราช,2553:ปีที่ ๓, ฉบับที่ ๒.
5. พรณรงค์ โชติวรรณ,วรธนา เปาอินทร์..(2543).การให้รหัสICD-10และICD-9-CM.(2543).นันทบุรี:โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
6. พิชาญ กันสัดบ.การพัฒนาระบบการประมาณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยศิลปากร.2550
7. ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไทย.(2544). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่2. พิษณุโลก: โรงพิมพ์สุรสิทธิ์กราฟฟิค.
8. สมหมาย คชนาม,(2553).เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการพัฒนางานสู่การวิจัย วันที่19-21เมษายน 2553: โรงพยาบาลนครพนม
9. สมหมาย คชนาม ,(2553).เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องเครื่องมือและสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล วันที่ 24-26 พฤษภาคม 2553: โรงพยาบาลนครพนม
- 10.สมหมาย คชนาม ,(2553).เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องงานเขียนงานวิจัย วันที่ 9-11 สิงหาคม 2553: โรงพยาบาลนครพนม
- 11.เสาวนีย์ เชษฐพงษ์ทิัก. การเปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยกับวันนอนเฉลี่ยมาตรฐานโรงพยาบาลสุรินทร์.รายงานการวิจัย.2551
- 12.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2550).คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 เล่ม 1.กรุงเทพ:บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2550).คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 เล่ม 2.กรุงเทพ:บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- 13.อมรตา อาษาพิทักษ์, สุภาพ อารีเอื้อ, พรทิพย์ มาลาธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคกระดูกและข้อ.รามธิบดีพยาบาลสาร 2552; 15(2): 249-268.
14. Best,J.W.1970.Research in education Englewood Cliffs,New Jersey:Prentice-Hall. Cohen,J.and Cohen ,P. 1993.Applied multiple regression /correlation.Analysis for behavioral
15. Sciences.(2nd ed.) New Jersey.Lawrence Erlbaum Associates.
16. Yamane,Taro(1975).Statistic :An introductory analysis(3rd ed.).Tokyo:Harper

บทความเรื่องกฎหมายการแพทย์กับงานชุมชน

แพทย์หญิงหทัยรัตน์ จูริมาศ

การรักษาพยาบาลนั้นเป็นศาสตร์และศิลป์ มีความเฉพาะและเป็นวิชาชีพ แม้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการดีที่สุดในสภาวะเหตุการณ์ในขณะนั้นแล้ว แต่อาจเกิดเหตุไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพทางร่างกายหรือเหตุแทรกซ้อนอื่น ๆ แพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นก็ต่อเมื่อการกระทำดังกล่าวเกิดจากการกระทำที่ใช้ความระมัดระวังต่ำกว่ามาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ในองค์วิชาชีพนั้นและการกระทำนั้นมีผลโดยตรงให้เกิดความเสียหาย ความรับผิดชอบทางการแพทย์อาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

- ความรับผิดชอบทางอาญา
- ความรับผิดชอบทางแพ่ง ได้แก่ ความรับผิดชอบทางสัญญา ความรับผิดชอบทางละเมิด

ในบทความตอนนี้จะขอกล่าวถึงความรับผิดชอบทางอาญาก่อน

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความผิดและโทษ ซึ่งเป็นฐานความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาโดยกฎหมายบัญญัติไว้ว่าการกระทำหรือการละเว้นการกระทำใดเป็นความผิด ส่วนโทษทางอาญากำหนดไว้ 5 สถาน คือ ประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับและริบทรัพย์สิน ในประมวลกฎหมายอาญาภาคทั่วไป ได้วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการวินิจฉัยความผิดทางอาญาไว้เป็นหลักกฎหมายในมาตรา ๕๙ ว่า “บุคคลจะต้องรับผิดชอบอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนาเว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อกระทำโดยประมาท”

สำหรับฐานความผิดที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ อาทิ

1. ความผิดฐานทำร้ายผู้อื่น

ในกรณีทำการดำเนินการรักษาพยาบาลหากว่าไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือดำเนินการนอกเหนือจากขอบเขตความยินยอมจากผู้ป่วย(Informed consent)อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตราต่าง ๆ ดังนี้

ฐานทำร้ายผู้อื่น

มาตรา ๒๙๕ ผู้ใดทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้นั้น ผู้นั้นกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

ฐานทำร้ายผู้อื่นไม่ถึงกับเป็นอันตรายแก่กายหรือจิตใจ

มาตรา ๓๙๑ ผู้ใดใช้กำลังทำร้ายโดยไม่ถึงกับเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

มาตรา ๒๙๑ ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปีและปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

2. ความผิดฐานทำคำรับรอง

มาตรา ๒๖๙ ผู้ใดในการประกอบกิจการในวิชาชีพ กฎหมาย บัญชี หรือวิชาชีพอื่นใด ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. ความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก ผู้ป่วยหรือคนชรา ตามมาตรา ๓๐๖-๓๐๘ ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา ๓๐๖ ผู้ใดทอดทิ้งเด็กอายุไม่เกินเก้าปีไว้ ณ ที่ใดเพื่อให้เด็กนั้นพ้นไปจากตน โดยประการที่ทำให้เด็กนั้นปราศจากผู้ดูแล ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๓๐๗ ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือสัญญา ต้องดูแลผู้ซึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ กายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเหตุให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือจำทั้งปรับ

มาตรา ๓๐๘ ถ้าการกระทำความผิดมาตรา ๓๐๖ หรือมาตรา ๓๐๗ เป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๙๐ มาตรา ๒๙๗ หรือมาตรา ๒๙๘ นั้น

4. ความผิดฐานเปิดเผยความลับ ตามมาตรา ๓๒๓ ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา ๓๒๓ ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเฉพาะเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็น แพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาลนักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชีหรือโดยเหตุที่เป็น ผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น ๆ แล้วเปิดเผยความลับในการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้รับการอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรกเปิดเผยความลับของผู้อื่นอันตนได้ล่วงรู้หรือได้มาในการศึกษานั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน

5. ความผิดฐานไม่ช่วยผู้อื่นซึ่งตกอยู่ในอันตรายตามมาตรา ๓๗๔ ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา ๓๗๔ ผู้ใดเห็นผู้อื่นอันตรายถึงแก่ชีวิต ซึ่งตนเองอาจช่วยได้โดยไม่กลัวอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

โดยทั่วไปบุคคลจะต้องรับผิดชอบทางอาญาที่ต่อเมื่อกระทำโดยเจตนาแต่การกระทำโดยบางลักษณะ แม้จะเกิดขึ้นจากความประมาท แต่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลหรือสังคมโดยรวม ในกรณีเช่นนี้กฎหมายก็ได้กำหนดโทษทางอาญาไว้เช่นกันซึ่งตามประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติไว้ ๗ กรณีดังนี้

(๑) เจ้าหน้าที่ปล่อยให้ผู้คุมซึ่งหลุดพ้นตามมาตรา ๒๐๕

(๒) ทำให้เกิดเพลิงไหม้โดยประมาทตามมาตรา ๒๒๕

(๓) ก่อให้เกิดภัยอันตรายต่อประชาชนโดยประมาทตามมาตรา ๒๓๙

- (๔) ทำให้คนตายโดยประมาณตามมาตรา ๒๙๑
- (๕) ทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายสาหัสโดยประมาณตามมาตรา ๓๐๐
- (๖) หน่วงเหนี่ยวกักขังผู้อื่นประมาณตามมาตรา ๓๑๑
- (๗) ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายแก่กายโดยประมาณตามมาตรา ๓๔๐

ส่วนหลักกฎหมายที่พิจารณาว่าด้วยการกระทำความผิดนั้นเป็นการกระทำโดยประมาทมีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๙ วรรคที่สี่ได้วางหลักทั่วไปไว้ว่า “กระทำโดยประมาท ได้แก่ การกระทำโดยความผิดมิใช่เจตนาแต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจซึ่งความระมัดระวังเช่นนั้นได้แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่”

หากนำบทบัญญัติดังกล่าวมาวิเคราะห์ในเรื่องด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ที่มักจะมีเรื่องเกิดขึ้นและนำคดีความสู่การร้องเรียนหรือฟ้องร้องส่วนใหญ่มักกล่าวหาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ากระทำการโดยประมาท เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือได้รับบาดเจ็บแก่กาย ข้อที่จะต้องวินิจฉัยในแต่ละคดีนั้น คือ ต้องวิเคราะห์ว่าการกระทำที่เกิดขึ้นเป็นการกระทำโดยประมาทหรือไม่ โดยคำนึงว่าการกระทำนั้นกระทำการโดยระมัดระวังตามวิสัยและพฤติการณ์หรือไม่ ซึ่งจะมีการพิสูจน์กันเกิดขึ้น โดยทางศาลจะวินิจฉัยตามสถานการณ์ว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่นั้นได้ใช้ความระมัดระวังในการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ตามบริบทของตน โดยอาจจะขอความเห็นเพิ่มเติมจากสภาวิชาชีพ รวมถึงราชวิทยาลัยแล้วแต่กรณีเพื่อนำความเห็นนั้นมาประกอบการวินิจฉัย

กระบวนการดำเนินคดีในส่วนคดีอาญาเพื่อนำผู้กระทำผิดมาลงโทษ ในประเทศไทยนั้นใช้ระบบกล่าวหา โดยระบบดังกล่าวมีลักษณะสำคัญ คือ การแยก หน้าที่ส่วนสอบสวนฟ้องร้องออกจากหน้าที่พิจารณาพิพากษาคดี โดยมีองค์กรทำหน้าที่ต่างกันและนอกจากนี้ยังให้สิทธิแก่ผู้ถูกกล่าวหาต่อสู้คดีให้เต็มที่คดีทางการแพทย์นั้นเป็นคดีที่มีความซับซ้อนเนื่องจากมีเรื่องของความชำนาญเฉพาะสาขาและมาตรฐานซึ่งอาจจะไม่สามารถเทียบกันได้ในทุกที่ เช่น การรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วเกิดผลร้ายตามมา การพิจารณาว่าการรักษาหรือการผ่าตัดนั้นเป็นการกระทำโดยประมาทหรือไม่ ต้องเปรียบเทียบกับความระมัดระวังของแพทย์ที่จะมีในการรักษา หรือการผ่าตัดและมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชน มิใช่เปรียบเทียบกับมาตรฐานของโรงเรียนแพทย์ที่มีเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นต้น