



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2557
Volume 1 No. 3 September – December 2014

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สุภชัย	จรรยาผดุงพงศ์		
	พญ.เฟื่องรักษ์	ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า
	ภก.ผศ.ดร.แสวง	วัชรธนาภิก	ภญ.ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนาศิลป์
	รศ.ดร.สมจิต	แดนศรีแก้ว	รศ.ดร.มาริสา	ไกรฤกษ์
	ดร.อัญชลี	เจตภัย	อ.นพ.ศุภกานต์	เดชะพงษ์ธร
	อ.นพ.ณัฐพล	สันตระกูล	นายบารเมษฐ์	ภิราล้า
	นางศิริลักษณ์	ใจช่วง		
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร	วงศ์สวรรค์		
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรอินัย	กุศลวัฒนา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์	สุตรสุวรรณ		
กองบรรณาธิการ	พญ.นัทยา	ก้องเกียรติภมร	นพ.ทศพล	นุดะรังค์
	พญ.นทวรรณ	หุ่ณพนนต์	นพ.ณรงค์ศักดิ์	ราชภักดี
	ทพ.พัชรินทร์	เรืองมงคลเลิศ	ภก.วิชิต	เหล่าวัฒนาถาวร
	นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์	นางสาวอรรจจิมา	ศรีชนม์
	พญ.พัชรี	ยัมรัตนบวร	ดร.กิตติ	เหล่าสุภาพ
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์	เหมะสุลิน	นางเดือนฉาย	ใจคง
	นางวิไล	อุทธิธาดา	นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย
	นางพรสวรรค์	สาหล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งคืนฉบับที่	นางรามย์	สุตรสุวรรณ		
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ถ.อภิบาลัญญา			
	ต.ในเมือง 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 ถ.เพ็ญนคร ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ วารสารฉบับนี้เป็นฉบับส่งท้ายปี พ.ศ.2557 และเป็นฉบับครบรอบ 1 ปี ของวารสารโรงพยาบาลนครพนม ช่วงปีแรกของการทำวารสารยังมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบอยู่บางประการ แต่ยังคงวัตถุประสงค์เดิม คือ ใช้เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่วิชาการความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขไปสู่บุคคลภายนอกทั้งในช่องทางเป็นรูปเล่มหนังสือ และผ่านทางอินเทอร์เน็ต เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ทุกคน

เนื้อเรื่องบทความในฉบับนี้มีเรื่องที่น่าสนใจในหลายแง่มุมของระบบสาธารณสุข ทั้งเรื่องงานวิจัยใหม่ เช่น เรื่องผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลนครพนม และเรื่องการใช้ Ondansetron ในการป้องกันภาวะหาวสั้นในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการฉีดยาทางช่องไขสันหลัง เรื่องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่วารสารฉบับนี้รวบรวมไว้หลายบทความ หรือเรื่องเกี่ยวกับระบบการเงินภายในงานสาธารณสุข ที่ไม่พบบ่อยนัก เช่น เรื่องการทบทวนคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 8 เป็นต้น

นายแพทย์พงศ์ธร วงศ์สุวรรณค์

บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลโรงพยาบาลนครพนม

สารบัญ

Original Article

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลนครพนม.....5
เฟื่องรักษ์ ร่มเจริญ
2. การใช้ Ondansetron ในการป้องกันภาวะหาวสั้นในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่
ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง.....19
ชนมรัตน์ กาญจนะบุตร
3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุ
หลังผ่าตัดใหญ่โรงพยาบาลนครพนมจังหวัดนครพนม.....28
เพ็ญเพ็ญ สร้อยสุพรรณ
4. การทบทวนคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 8.....39
วิชิต เหล่าวัฒนาการ
5. การใช้บริการของผู้บริโภคและความคาดหวังต่อตลาดอาหารปลอดภัยใน
โรงพยาบาล.....49
มลวัลย์ ฤาชัยชา
6. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน
ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.....60
ณตพงษ์ ศรีคำม้วน
7. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกบ้านโนนรัง อำเภอศรีสงคราม
จังหวัดนครพนม.....67
บรรจบ พรหมสา
8. ความสามารถของกุนมนุษย์และผลการดำเนินงาน : กรณีศึกษาจากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม.....80
ไพโรจน์ คำหาญ
9. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์
จังหวัดนครพนม.....88
นางกุลธินี บัวเผื่อน
10. การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ งานห้องคลอดโรงพยาบาลนาทม
จังหวัดนครพนม.....98
ธัญรัศม์ คล้ายชา

สารบัญ

Original Article

11. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา.....107
วนิดา แสนพุก
12. ผลของการใช้ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย
ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย
ปี 2557.....116
นวลสวาท นาสกุลคุ

Case study

1. AZT induced anemia.....124
ขวัญใจ ธนากรจักร
2. การผ่าตัดนิ่วไตแบบส่องกล้องในผู้ป่วยที่มี Horseshoe kidneys
Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in horseshoe kidneys.....128
ไพรัตน์ กิตติศรีวรพันธ์

Original article

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลนครพนม

แพทย์หญิงเพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ

หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครพนมช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 จำนวน 196 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยของการเกิดโรค ตำแหน่งการขาดเลือดของหัวใจ ระยะเวลาก่อนเข้ารับบริการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างระดับโพแทสเซียมในเลือดกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การศึกษาพบว่าสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ในอัตรา 1.45: 1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี (44.90%) ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (75.00%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง (38.78%) ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อผนังหัวใจส่วนหน้า (anterior wall) (65.31%) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 54.08 ภาวะแทรกซ้อนพบมากที่สุดความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นผิดจังหวะ (38.77%) อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 15.82 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าระดับโพแทสเซียมในเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Patients with ST elevated myocardial infarction in Nakhonphanom hospital

Fuangrak Raumcharoen, MD
Nakhonphanom Hospital

Abstract

This retrospective study was to review 196 patients with ST elevated myocardial infarction (STEMI) in Nakhonphanom hospital between 2010 to 2013. The purpose of this study was to describe the demographic pattern, risk factors, site of infarction, treatment, complication, result of treatment and the relationship between serum potassium and complication.

The results showed that male to female ratio was 1.45: 1. The most common of age group 50-60 years (44.90%). About 75 percent was referred in from community hospital. The most comorbidity was hypertension (38.78%). Site of infarction was anterior wall (65.31%). Received streptokinase (54.08%). About most of complication were hypotension and arrhythmia (38.77%). Mortality rate 15.82%. Serum potassium was related to the complication significantly (p-value < 0.1).

Key word: ST segment elevated myocardial infarction

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดของคนทั่วโลก โดยเฉลี่ยมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด¹ แม้ว่าการรักษาจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่โรคหลอดเลือดหัวใจก็ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดของผู้ป่วยนอกที่ติดถูกเงินและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนครพนมตลอดหลายปีที่ผ่านมา ภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีความสามารถในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) เท่านั้น และโดยลักษณะภูมิศาสตร์จังหวัดนครพนมตั้งอยู่ห่างไกลจากศูนย์โรคหัวใจที่มีศักยภาพในการเปิดเส้นด้วยวิธี Primary Percutaneous Coronary intervention (Primary PCI) หรือ Coronary artery bypass graft (CABG) มาก ต้องใช้เวลาทางเดินอย่างรวดเร็ว 4 ชั่วโมงเมื่อรวมกับเวลาเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งตัวและเวลาที่ประสานส่งต่อต้องใช้เวลาประมาณ 6-8 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงร่วมด้วย ที่ควรได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนเส้นเลือดเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวด (PCI) มากกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) มีโอกาสเข้าถึงบริการได้น้อย ดังนั้นโรงพยาบาลที่รักษาด้วยการเปิดเส้นด้วยยาได้เท่านั้นต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตั้งแต่การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันระบบช่องทางด่วน (fast track) ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการทำ Primary PCI ให้รวดเร็ว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การเข้าถึงบริการ การรักษา ผลลัพธ์การดูแล ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

วิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 กันยายน 2555 จำนวน 196 ราย โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากร ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ตำแหน่งการขาดเลือด ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ผลการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างค่าโพแทสเซียมในเลือดกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ความถี่และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ และใช้การทดสอบของพิชเชอร์เฉพาะในกรณีที่มีค่าความถี่น้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (59.18%) สัดส่วนเพศชายต่อหญิง 1.45: 1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี (44.90%) ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 75.00% ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (38.78%) ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่อยู่ที่ตำแหน่งผนังหัวใจส่วนหน้า (anterior wall) (65.31%) โดยที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและแปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที (door to EKG) ร้อยละ 57.14 อัตราการได้รับยา streptokinase ภายใน 30 นาทีนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล (door to needle) ร้อยละ 20.75 อัตราการได้รับยา streptokinase ภายในเวลา 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอก (onset to needle) ร้อยละ 10.38 อัตราการได้รับยา streptokinase ภายในช่วงเวลา 3 ถึง 12 ชั่วโมง นับตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 89.62

มีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด 54.08% ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา 45.92% สาเหตุของการไม่ได้รับยาส่วนใหญ่ Onset to needle มากกว่า 12 ชั่วโมง (50.00%) มี contraindication (50.00%) ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะ hypotension/Shock ระหว่างให้

ยา (59.43%) ระยะเวลาในการให้ยาผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ยาในระยะเวลา ½ - 1 ชั่วโมง (93.65%) และรองลงมาให้ยาในระยะเวลา 1½ - 2 ชั่วโมง (6.35%) Bleeding complication ภาวะ Bleeding per gum พบมากที่สุด (24.53%) รองลงมาคือ hematuria (9.43%) Reperfusional VF พบได้ 1 ราย (0.94%) (ตารางที่ 1)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคผู้ป่วย 1 รายมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ hypotension และหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งมีอัตราการเกิดเท่ากัน (38.77%) และหัวใจล้มเหลว (27.55%) (ตารางที่ 1)

ผลการรักษา พบผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 15.82 และได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI 32 ราย (16.33%) (ตารางที่ 1)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา streptokinase และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Inferior wall MI พบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากที่สุด (58.82%) และรองลงมาคือความดันโลหิตต่ำ (36.76%) ภาวะหัวใจล้มเหลว (13.23%) ผู้ป่วยได้ streptokinase ร้อยละ 73.53 และพบผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 5.88 (ตารางที่ 2)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา streptokinase และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Anterior wall MI พบผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำมากที่สุด (39.84%) รองลงมาภาวะหัวใจล้มเหลว (35.16%) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (28.12%) ผู้ป่วยได้ Streptokinase ร้อยละ 43.75 และพบผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 21.09 (ตารางที่ 3)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ serum potassium กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณ inferior wall infarction พบว่า serum potassium มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4) โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่า serum potassium น้อยกว่า 4 mEq/L จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ/ช็อค หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการทำงานของหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณ anterior wall ก็พบว่า serum potassium มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร ลักษณะการมาโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ โรคประจำตัว

ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน (n=196)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	116	59.18
หญิง	80	40.82
อายุ (ปี)		
< 50	46	23.47
50-60	88	44.90
> 60	62	31.63
ลักษณะการมาโรงพยาบาล		
ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	147	75.00
มาเอง	49	25.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร ลักษณะการมาโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ โรคประจำตัว ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน (n=196) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว*		
ความดันโลหิตสูง	76	38.78
เบาหวาน	51	26.02
ไขมันในเลือดผิดปกติ	55	28.06
สูบบุหรี่/COPD	58	29.59
ไตวายเรื้อรัง	47	23.98
โรคหลอดเลือดสมอง	6	3.06
ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อ		
Inferior wall	68	34.69
anterior wall	128	65.31
การรักษา		
ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	106	54.08
ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	90	45.92
สาเหตุของการไม่ได้รับยา (n = 90)		
ระยะเวลาเจ็บหน้าอกจนมาถึงโรงพยาบาลเกิน 12 ชั่วโมง	45	50.00
มี absolute contraindication	45	50.00
ระยะเวลาการรักษาในขั้นตอนต่าง ๆ (n = 196)		
onset to first medical contact (FMC) ภายใน 30 นาที	156	79.60
door to EKG ภายใน 10 นาที	112	57.14
door to needle ภายใน 30 นาที**	22	20.75
onset to needle ภายใน 3 ชั่วโมง**	11	10.38
onset to needle มากกว่า 3 ชั่วโมง แต่ภายใน 12 ชั่วโมง**	95	89.62
ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (n=106)		
hypotension/shock ระหว่างให้ยา	63	59.43
เกิดจากการให้ยาในระยะเวลา ½-1 ชั่วโมง	59	93.65
เกิดจากการให้ยาในระยะเวลา 1½-2 ชั่วโมง	4	6.35

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร ลักษณะการมาโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ โรคประจำตัว ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน (n=196) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (n=106)		
Bleeding complication ในผู้ป่วยที่ได้รับยา	47	44.34
Intracerebral hemorrhage	1	0.94
Gastrointestinal bleed	5	4.72
Hematuria	10	9.43
Hematoma	5	4.72
Bleeding per gum	26	24.53
Reperfusional VF	1	0.94
ภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค***		
hypotension	76	38.77
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	76	38.77
หัวใจล้มเหลว	54	27.55
ผลการรักษา		
ส่งต่อเพื่อทำ PCI	32	16.33
หาย****	165	84.18
เสียชีวิต	31	15.82

* ผู้ป่วย 1 ราย มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

** ผู้ป่วยได้รับยา streptokinase ทั้งหมด 106 ราย

*** ผู้ป่วย 1 รายมีมากกว่า 1 อาการ

**** รวมผู้ป่วยส่งต่อเพื่อทำ PCI ด้วย

ตารางที่ 2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนการได้รับยา streptokinase และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย inferior wall MI (n=68)

Inferior wall MI	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน*		
หัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia)	40	58.82
ความดันโลหิตต่ำ (hypotension)	25	36.76
หัวใจล้มเหลว (CHF)	9	13.23
ได้ streptokinase	50	73.53
เสียชีวิต	4	5.88

* ผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ

ตารางที่ 3 การเกิดภาวะแทรกซ้อนการได้รับยา streptokinase และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย anterior wall MI (n=128)

Inferior wall MI	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน*		
ความดันโลหิตต่ำ (hypotension)	51	39.84
หัวใจล้มเหลว (CHF)	45	35.16
หัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia)	36	28.12
ได้ streptokinase	56	43.75
เสียชีวิต	27	21.09

* ผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับค่า serum potassium ในผู้ป่วยที่มี inferior wall infarction (n=68)

ภาวะแทรกซ้อน	serum potassium		X ²	p-valve
	<4 mEq/L	>4 mEq/L		
Hypotension				
เกิด	17	8	22.84	0.000*
ไม่เกิด	4	43		
หัวใจเต้นผิดจังหวะ				
เกิด	32	8	25.97	0.000*
ไม่เกิด	4	28		
หัวใจล้มเหลว				
เกิด	5	4	10.52	0.002*
ไม่เกิด	5	54		

*p < 0.01

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับค่า serum potassium ในผู้ป่วยที่มี anterior wall infarction (n=128)

ภาวะแทรกซ้อน	serum potassium		X ²	p-valve
	<4 mEq/L	>4 mEq/L		
Hypotension				
เกิด	40	11	52.486	.000*
ไม่เกิด	10	67		
หัวใจเต้นผิดจังหวะ				
เกิด	40	11	52.486	.000*
ไม่เกิด	10	67		
หัวใจล้มเหลว				
เกิด	31	5	53.97	.000*
ไม่เกิด	14	78		

*p < 0.01

วิจารณ์

จากผลการศึกษาด้าน Pre-Hospital management พบแนวโน้มการเพิ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันโดยปี 2554 มีผู้ป่วย 51 ราย ปี 2555 มีผู้ป่วย 56 รายต่อประชากร 7.6 แสนคน คิดเป็นร้อยละของอัตราเพิ่มของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเท่ากับ 10.40 และผู้ป่วยทุกราย มีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยง โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (38.78%) รองลงมาคือสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน ไตวายเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ 29.60, 28.06, 26.02, 23.98 และ 3.06% ตามลำดับ และมีแนวโน้มพบมากขึ้นในชนบท โดยจะเห็นว่า 75.00% เป็นผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน (ตารางที่ 1) จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าถ้าเราต้องการลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เราต้องลดประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ได้ โดยเฉพาะกลุ่มโรคอ้วนลงพุง ซึ่งพบมากขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่เป็นผลให้ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง พบมากขึ้นเช่นกัน การลดกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ลดระดับไขมันในเลือด ลดความดันโลหิตได้ แต่ปัญหาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สามารถทำได้ในทุกคน และไม่ยั่งยืน ไม่มีการวัดผลลัพธ์ เพื่อประเมินเป้าหมายที่ชัดเจน ทำให้ผลสุดท้ายนโยบายลดประชาชนกลุ่มเสี่ยง ลดโรคหลอดเลือดอุดตันไม่ประสบผลสำเร็จ อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันยังคงสูง (10.40%) ดังนั้น การจะลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องมีกลยุทธ์ในการนำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ให้ครอบคลุมกับประชาชนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติต่อเนื่องจนเป็นวัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพ มีการวัดผลสำเร็จเป็นระยะ ในลักษณะงานวิจัย R2R ของทีมงานสาธารณสุข โดยประเมินผลงานทุกปี และมีการพัฒนากลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง จนบรรลุเป้าหมายของการลดจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการเข้าถึงบริการหลังมีอาการ (Onset to FMC) ภายใน 30 นาที พบได้ร้อยละ 79.60 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน มักรุนแรง ญาติและ ผู้ป่วยส่วนใหญ่

จึงไม่รออาการที่บ้าน จะรีบนำส่งโรงพยาบาลหรือ Call 1669 เรียกรถฉุกเฉินทันที แต่ก็พบว่ายังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 20.40 มาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้กลางวันจะอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงาน เมื่อมีคนมาพบผู้ป่วยผิดปกติจึงจะรีบนำส่งโรงพยาบาลหรือ Call 1669 เรียกรถฉุกเฉินและปัจจุบัน แนวโน้มผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแลจะมีมากขึ้น ดังนั้นการแก้ไขต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะการมี care giver ที่อยู่บ้านใกล้เคียงคอยช่วย เป็นพี่เลี้ยงในเรื่องการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จากผลการศึกษาด้าน intra - hospital management การวินิจฉัยและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ถูกต้องภายใน 10 นาที (Door to EKG) ทำได้เพียงร้อยละ 57.14 เนื่องจากความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์ที่ประเมินผู้ป่วยคนแรกยังมีน้อย จึงต้องปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์ ทำให้ผู้ป่วย STEMI ส่วนใหญ่อยู่โรงพยาบาลชุมชนได้รับการวินิจฉัยล่าช้า/วินิจฉัยผิดพลาด และผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินต้องรอแพทย์ที่มีความชำนาญมาอ่านผล ซึ่งส่วนใหญ่จะเกินเวลา 10 นาที รวมถึงผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาโรคอื่น มีอาการเจ็บหน้าอก พยาบาลเวรไม่มีประสบการณ์ในการอ่าน EKG จึงทำให้การแปลผล EKG ล่าช้าไปมาก จึงต้องมีการพัฒนาระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่รวดเร็ว เพื่อให้มีการอ่าน EKG ได้ถูกต้องรวดเร็ว และในหน่วยงานที่พยาบาลเวรเป็นคนแรกที่ประเมินอาการเจ็บหน้าอกกว่าเกิดจาก STEMI หรือไม่ อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องตรวจ EKG ที่มีเทคโนโลยีสูงขึ้น มีการประเมินผลเบื้องต้นถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อให้พยาบาลเวรสามารถรายงานได้รวดเร็ว

จากผลการศึกษา Door to needle เป็นระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้ยารักษา ซึ่งเป็นผลรวมของ Door to EKG การเตรียมความพร้อมในการคัดกรองข้อห้ามของการใช้ยา การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนการให้ความยินยอมรับการรักษา และการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากภาวะ Hypotension/shock เพื่อให้การให้ยาละลายลิ่มเลือดมีประสิทธิภาพดี และภาวะแทรกซ้อนลดลง ซึ่งเวลาที่ใช้ทั้งหมดควรอยู่ในเวลา 30 นาที^{2,3,4} ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า Door to Needle ภายใน 30 นาที ทำได้เพียงร้อยละ 20.75 เนื่องจาก ความล่าช้าของ Door to EKG ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

Hypotension/shock มากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมากขึ้น⁵ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อที่ตายเป็น anterior wall หลอดเลือดอุดตันมีหลายเส้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะแทรกซ้อน cardiogenic shock⁶ จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการ resuscitation มากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักได้ยาหลังเข้ารับบริการ (Door to needle) มากกว่า 30 นาที ซึ่งในความเป็นจริงกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน Hypotension/shock ควรได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (PCI) มากกว่า แต่เมื่อจำเป็นต้องขยายเส้นเลือดด้วยการใช้ยาเพราะโรงพยาบาลนครพนมมีศักยภาพในการเปิดเส้นด้วยยาเท่านั้น ทำให้ door to needle ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ นานกว่า 30 นาที แต่เราต้องการให้ door to needle ทำได้ใน 30 นาทีต้องมีการพัฒนา ตั้งแต่ Pre – hospital management เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็ว (Onset to FMC) การวินิจฉัยรวดเร็ว (Door to EKG) ผู้ป่วยยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Hypotension/shock การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนก่อน Refer ทีมที่ดูแลผู้ป่วยในระบบ fast track ได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ Door to Needle ภายใน 30 นาที ก็จะทำให้เพิ่มขึ้นโอกาสที่เส้นเลือดด้วยเส้นด้วยยาสำเร็จก็จะมากขึ้น

Onset to Needle คือ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งถ้าได้ภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการจะเป็นระยะเวลาที่ดีที่สุดในการเปิดเส้นด้วยยา^{7,8} จากผลการศึกษาทำได้เพียงร้อยละ 10.38 (ตารางที่ 1) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ต่ำ ก็จะเป็นเหตุผลเดียวกับ door to needle และการพัฒนา ก็จะเป็นเช่นเดียวกับ door to needle ผู้ป่วยส่วนใหญ่ onset to needle จะมากกว่า 3 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 12 ชั่วโมง (89.62%) จึงทำให้โอกาสที่จะเปิดเส้นด้วยยาสำเร็จลดลง อัตราการส่งต่อผู้ป่วยจากการเปิดเส้นด้วยยาไม่สำเร็จ จึงสูงถึงร้อยละ 16.33 และมีรายงานการให้ยาเร็วหลังเกิดอาการ (onset to needle) จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง⁹ ดังนั้น door to needle จากผลการศึกษา นี้ ส่วนใหญ่จะทำได้ช้า อัตราการเสียชีวิตจึงสูงถึงร้อยละ 15.80 ดังนั้นการจะพัฒนาให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น โดยเฉพาะใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการนั้นผู้ป่วยควรได้รับยาที่บ้านหรือที่เกิดเหตุ โดยทีมแพทย์ฉุกเฉินเหมือนหลายประเทศ^{3,9}

แต่สำหรับประเทศไทยอาจยังไม่พร้อม เนื่องจากทีม EMS ยังไม่มีแพทย์ร่วมทีม แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ถ้าเราปรับเปลี่ยนเป็นการให้ยาที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนการส่งต่อผู้ป่วยก็จะมีโอกาสได้ยาภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการได้มากขึ้น แต่ปัญหาอุปสรรคจะอยู่ในประเด็นแพทย์ที่ประจำโรงพยาบาลชุมชนไม่มีความมั่นใจในการวินิจฉัย และไม่มีประสบการณ์ในการให้ยาจึงยังไม่พร้อมที่จะให้ยาเมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการ แต่ก็มีโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประจำอยู่ซึ่งจะมีความสามารถในการวินิจฉัยและแปลผลคลื่นไฟฟ้าได้อย่างมั่นใจ และมีประสบการณ์ในการให้ยา ทำให้โรงพยาบาลชุมชนแห่งนั้นสามารถรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่พร้อมในการให้ยาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้น แทนการต้องส่งผู้ป่วยเข้ามาให้ยาที่โรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ onset to needle ใช้เวลามากกว่า 3 ชั่วโมง

จากผลการศึกษา นอกจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาล่าช้าแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ 54.08 สาเหตุเนื่องมาจากแนวโน้มของผู้ป่วยจะเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวมากขึ้น ทำให้โอกาสมีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีมากขึ้นและผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Typical chest pain) ชัดเจน อาจมาด้วยอาการหัวใจล้มเหลวกะทันหัน⁶ ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าจน onset to needle มากกว่า 12 ชั่วโมง ซึ่งไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้และสาเหตุอื่นๆเช่นในปี 2555 พบผู้ป่วยหญิงสูงอายุ 1 ราย เกิด ventricular fibrillation และ sudden cardiac arrest ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดและผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต จึงทำให้ทีมที่ดูแลเกิดความกังวลในความปลอดภัย ขณะให้ยาทำให้มีแนวโน้มในการข้อมูลที่เป็นภาพลบ ในการให้ยาต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติหลายรายปฏิเสธการให้ยา อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจึงน้อยให้ยาได้เพียงร้อยละ 54.08 รวมทั้งจากผลการศึกษา พบว่า ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ส่วนใหญ่เป็น anterior wall (ร้อยละ 65.31) ซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลว และความดันโลหิตต่ำ เป็นผลเสริมกันทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15.80

จากผลการศึกษาในเรื่องอัตราการส่งต่อเพื่อเปิดเส้นด้วยบอลลูน (PCI) เมื่อมีข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือดจากการให้ยา ความเหนือกว่าของการเปิดเส้นด้วย primary PCI หลังเกิด cardiac arrest พบได้ร้อยละ 16.30 แต่ด้วยเหตุผลของตำแหน่งภูมิศาสตร์ที่ห่างไกลจากศูนย์โรคหัวใจมาก และระบบการ refer ที่ยังใช้เวลาประสานงานนานมาก รวมถึงจำนวนเตียงที่จะรับก็มีจำนวนน้อย จึงทำให้ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่ส่งได้ทันในเวลา 120 นาที เพื่อทำ primary PCI แม้ว่าใน service plan ของเขตจะพิจารณาให้โรงพยาบาลสกลนคร มีศูนย์ตรวจและสวนหัวใจ แต่การที่จะส่งต่อ เพื่อทำ primary PCI ได้ภายในเวลา 90-120 นาที ต้องมีระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ในเวลาอันรวดเร็วผู้ป่วยที่ไปถึงศูนย์ตรวจ อาจต้องตรงไปห้องตรวจและสวนหัวใจเลยไม่ต้องล่าช้าอยู่กับการต้องไปผ่านห้องฉุกเฉิน

จากผลการศึกษาในเรื่องความปลอดภัยของการให้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่ามีผลแทรกซ้อน 3 ประการคือ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออก และ Reperfusion VF โดยภาวะความดันโลหิตต่ำ จากการให้ยา พบได้ร้อยละ 59.43 พบมากในกลุ่มที่บริหารยาในเวลาสั้น 1-1½ ชั่วโมง โดยพบร้อยละ 93.65 พบได้บ้างเล็กน้อยในกลุ่มที่บริหารยานานขึ้น 1½- 2 ชั่วโมง โดยพบร้อยละ 6.35 ดังนั้นในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ควรบริหารยาในเวลา 1½ - 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ

ภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ประการที่สองคือ ภาวะเลือดออกโดยพบอาการรุนแรงจากเลือดออกในสมอง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.94 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 60 ปี มีปัจจัยเสี่ยงคือสูบบุหรี่ 40 pack-year ซึ่งไม่เข้ากับที่เคยมียารายงานว่ามักเกิดในผู้ป่วยเพศหญิง อายุมาก น้ำหนักน้อย มีความดัน systolic >140 mmHg, diastolic >100 mmHg ส่วนภาวะเลือดออกที่อาการรุนแรงปานกลางที่พบมากที่สุดคือปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) พบร้อยละ 9.43 ผู้ป่วยที่ปัสสาวะเป็นเลือดมักเกิดกับผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการสวนปัสสาวะก่อนส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ทีมจึงได้ประสานพูดคุยกับทาง โรงพยาบาลชุมชน ให้งดสวนสายปัสสาวะก่อนส่งต่อ ถ้าในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องสวนปัสสาวะ ก็ให้ใช้สายสวนเบอร์เล็กที่สุด ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดี จึงทำให้ในปี พ.ศ. 2555

ไม่มีผู้ป่วย STEMI รายใดเกิด hematuria อีกเลย ส่วนภาวะเลือดออกรุนแรงปานกลางที่พบรองลงมา คือเลือดออกทางเดินอาหาร และเลือดออกในกล้ามเนื้อ พบได้เท่าๆกันคือร้อยละ 4.72 แต่ในกรณีที่เลือดออกเล็กน้อย ไม่ต้องการรักษา เช่น เลือดออกตามไรฟัน จำเลือดตามตัว พบได้สูงถึงร้อยละ 24.53

ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase อีกประการคือ การเกิด reperfusion ventricular fibrillation^{10,11,13} จนผู้ป่วยเกิด Sudden cardiac arrest ตามมา 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.94 ซึ่งจากการรายงานของต่างประเทศจะพบว่าการเกิด reperfusion ventricular fibrillation จะสัมพันธ์กับการกับการพบค่า potassium ในเลือดต่ำกว่า 4 mEq/L, magnesium ต่ำกว่า 2 mEq/L^{15,16,17,18} ทำให้ต้องมีการตรวจหาค่า potassium และ magnesium ทันที ที่สงสัยผู้ป่วยเกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เพื่อการแก้ไข ก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันการเกิด reperfusion ventricular fibrillation

แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงการเกิด Reperfusion ventricular fibrillation ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับการตรวจ electrolyte 4 ตัว คือ sodium, chloride, potassium และ sodium bicarbonate เท่านั้น ไม่ได้ตรวจ magnesium โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งยังตรวจเลือดหาค่า magnesium ไม่ได้ ดังนั้นในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพในการตรวจเลือดหาค่า magnesium เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาอัตราเสียชีวิตโดยรวมสูงถึงร้อยละ 15.80 อัตราการส่งต่อเนื่องจากไม่อาจเปิดเส้นโดยใช้ยาสูงถึงร้อยละ 16.33 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัด Door to EKG ภายใน 10 นาที ทำได้เพียงร้อยละ 57.14 Door to needle ภายใน 30 นาที ทำได้เพียงร้อยละ 20.75, Onset to needle ภายใน 3 ชั่วโมง ทำได้น้อยมากเพียงร้อยละ 10.38 ส่วนใหญ่จะไต่ยาหลังเกิดอาการมากกว่า 3 ชั่วโมง ถึงไม่เกิน 12 ชั่วโมง ร้อยละ 89.62 และได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ 54.08 จึงทำให้ประสิทธิภาพใน

การรักษาด้วยยาสำเร็จจึงต่ำ จำเป็นต้องพัฒนาระบบการให้ยาที่รวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมง หลังมีอาการ (Onset to needle ภายใน 3 ชั่วโมง) ซึ่งถือว่าเป็นเวลาที่ที่ดีที่สุดที่การเปิดเส้นด้วยยาจะมีประสิทธิภาพดี เทียบเท่ากับการเปิดเส้นด้วยบอลลูน^{1,2,7,8,9}

จากผลการศึกษา ถ้าเราแยกผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ inferior wall และ anterior wall จะพบความแตกต่างในเรื่องของภาวะแทรกซ้อน อัตราการได้ยาละลายลิ่มเลือดและอัตราการเสียชีวิต โดยกลุ่มแรกคือกลุ่มกล้ามเนื้อตายบริเวณ inferior wall ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มนี้มากที่สุดคือภาวะ arrhythmia พบได้ร้อยละ 58.82 รองลงมาคือภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) พบได้ร้อยละ 36.76 และ 13.23 ตามลำดับ ได้รับยา streptokinase ร้อยละ 73.53 เป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตต่ำ ร้อยละ 5.88 (ตารางที่ 2) ในขณะที่กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ anterior wall ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) พบได้ร้อยละ 39.84 รองลงมาคือภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF), หัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) พบได้ร้อยละ 35.16 และ 28.12 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยา streptokinase น้อยกว่ากลุ่มแรกชัดเจนได้รับยาเพียงร้อยละ 43.75 เป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 21.09 (ตารางที่ 3) แต่สิ่งที่เหมือนกันของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับค่าโปแตสเซียมในเลือดที่ต่ำกว่า 4 mEq/L ไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ และภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้ง inferior wall และ anterior wall โดยกลุ่มที่มีค่าโปแตสเซียมในเลือดต่ำกว่า 4 mEq/L จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เปรียบเทียบกับรายงานจากต่างประเทศที่พบความสัมพันธ์ระหว่างโปแตสเซียมในเลือดต่ำกว่า 4 mEq/L ค่าแมกนีเซียมในเลือดต่ำกว่า 2 mEq/L ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด arrhythmia แบบ ventricular fibrillation เท่านั้น ในขณะที่ผลการศึกษาค้างนี้พบความสัมพันธ์ของค่า โปแตสเซียมในเลือดที่ต่ำกว่า 4 mEq/L กับภาวะแทรกซ้อนทั้งหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ความดันโลหิตต่ำ และหัวใจล้มเหลว สำหรับค่าแมกนีเซียมยังไม่ได้การตรวจทุกราย จึงทำให้ประเมินผลไม่ได้ แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องตระหนัก โดยการตรวจค่าแมกนีเซียมและประเมินผล แก่ไขภาวะค่าโปแตสเซียมที่ต่ำกว่า 4 mEq/L, ค่าแมกนีเซียมที่ต่ำกว่า 2 mEq/L ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นสูงขึ้นก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

สรุป

โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (STEMI) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ติดฉุกเฉินของโรงพยาบาลนครพนมสูงสุด และจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 75.00) จึงมีผลให้การวินิจฉัยถูกต้องล่าช้า (Door to EKG ภายใน 10 นาที ทำได้ร้อยละ 57.14) การให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ล่าช้า (Door to needle ภายใน 30 นาที ทำได้เพียง ร้อยละ 20.75) และโอกาสที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้ยาทันเวลาที่ยาจะได้ผลดีที่สุด คือ 3 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการทำได้น้อยมาก (Onset to needle ภายใน 3 ชั่วโมง ทำได้เพียงร้อยละ 10.38) ส่วนใหญ่จะได้ยาในระยะเวลาเกินกว่า 3 ชั่วโมง ถึง 12 ชั่วโมง (Onset to needle มากกว่า 3 ชั่วโมงถึง 12 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89.62) และโอกาสที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 12 ชั่วโมง โดยรวมก็ลดลงโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เพียงร้อยละ 54.08 จึงทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันในจังหวัดนครพนมสูงถึงร้อยละ 15.80 และอัตราการส่งต่อ เพื่อเปิดเส้นด้วยวิธีใช้บอลลูนขยายเส้นเลือด (PCI) เนื่องจากเลยระยะเวลาการให้ยา มีข้อห้ามในการใช้ยา ยาเปิดเส้นที่อุดตันได้ไม่สำเร็จพบถึงร้อยละ 16.33 และผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตถึง 2 ราย จาก Intracranial bleeding 1 ราย, reperfusion ventricular fibrillation อีก 1 ราย โดยรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Intracranial bleeding จะเป็นรายที่ได้รับยารักษาในเวลาล่าช้าในชั่วโมงที่ 10 ซึ่งทำให้เปิดเส้นไม่สำเร็จ และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจาก Intracranial hemorrhage และในรายที่ 2 ที่เสียชีวิตจาก

การเกิด reperfusion ventricular fibrillation ก็พบว่า มีค่า serum potassium ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดต่ำกว่า 4 mEq/L (serum potassium 3.0 mEq/L) จากผลการศึกษาก็ต้องมีแนวทาง การลดระยะของ Door to EKG, Door to needle, Onset to needle และเพิ่มอัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง หลังมีอาการและมีการตรวจเลือด Emergency electrolyte ค่า potassium, magnesium และแก้ไขให้ค่า potassium > 4 mEq/L, magnesium > 2 mEq/L ก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันในจังหวัดนครพนม โดยการจัดซื้อเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีศักยภาพการอ่านผลโดยอัตโนมัติที่มีความถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 เพื่อให้พยาบาลหรือแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้ปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญโดยไม่ล่าช้า มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการรับปรึกษาการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่รวดเร็วโดยทาง Line และพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ก่อนการส่งตัว

บรรณานุกรม

1. Dan Atar, Luigi P, CarinaBlomstrom Lundqvist, Michael A. Borger, et al. ESC Pocket Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Adapted from the ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in the patients presenting with ST-segment elevation). European Heart Journal 2012-doi: 10.1093/eurheartj/ehs215.
2. AntmanEM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-Elevation myocardial infarction : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the management of Patients with Acute Myocardial Infarction). Circulation 2004; 110: e82.
3. Rogers WJ, Bowlby LJ, Chandra NC, et al. Treatment of myocardial infarction in the United States (1990 to 1993). Observations from the National Registry of Myocardial infarction. Circulation 1994; 90: 2103.
4. Goodman SG, Menon V, Cannon CP, et al. Acute ST-segment elevation myocardial infarction: American College of chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133: 7085.
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ข้อมูลประชากรในประเทศไทย พ.ศ.2556. (SERIAL ONLINE) (สืบค้นข้อมูล 21 มีนาคม 2556) Available from: URL: [http:// www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr.th/population.html](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr.th/population.html)
6. Reynolds HR, Hochman JS. Cardiogenic shock: current concepts and improving outcomes. Circulation 2008; 117: 677-686.
7. Boerma E, Maas AC, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lancet 1996; 348: 771.
8. Huber K, DeCateria R, Kristensen SD, et al. Pre-hospital refusion therapy: a strategy to improve therapeutic outcome in patients with ST-elevation myocardial infarction. Eur Heart J 2005; 26: 2063.
9. Anderson JL, Karagounis LA, Califf RM. Metaanalysis of five reported studies on the relation of early coronary patency grades with mortality and outcomes after acute myocardial infarction. Am J cardio 1996; 38: 1.
10. Ergin A, Muntner P, Sherwin R, He J. Secular trends in cardiovascular disease mortality, incidence, and case fatality rates in adult in the united States. Am J Med 2004; 117: 219.

11. Volpi A, Cavalli A, Santoro L, Negri E. Incidence and prognosis of early primary ventricular fibrillation in acute myocardial infarction-results of the Gruppoltaliano per to Studiodella Sopravvivenzanell' Infarto Miocardico (GISSI-2) database. *Am J cardiol* 1998; 82: 265.
12. Sarter BH, Finkle JK, Gerszten RE, Buxton AE. What is the risk of sudden cardiac death in patients presenting with hemodynamically stable sustained ventricular tachycardia after myocardial infarction? *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 122.
13. Huynh T, Cox JL, Massel D, et al. Predictors of intracranial hemorrhage with fibrinolytic therapy in unselected community patients: a report from the FASTRAK II project. *Am Heart J* 2004; 148-86.
14. Aylward PE, Wilcox RG, Horgan JH, et al. Relation of increased arterial blood pressure to mortality and stroke in the context of contemporary thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. A randomized trial. *Gusto-I Investigators. Ann Intern Med* 1996; 125: 891.
15. Newby KH, Thomson T, Stebbins A, et al. Sustained ventricular arrhythmia in patients receiving thrombolytic therapy : incidence and outcomes. *The GUSTO Investigators. Circulation* 1998; 98: 2567.
16. Volpi A, Calli A, Santoro L, Negri E. Incidence and prognosis of early primary ventricular fibrillation in acute myocardial infarction-results of gruppoltaliano per Lo Studio della Sopravvivenzanell' Infarto Miocardico (GISS-2) database. *Am J cardio* 1998; 82: 265.
17. Whang R, Whang DD, Ryan Mp. Refractory Potassium repletion. A consequence of magnesium deficiency. *Arch Intern Med* 1992; 152: 40.
18. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. www.acc.org/qualityandscience/clinical/statements.htm (Accessed on August 24, 2006).

Original article

การใช้ Ondansetron ในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มาผ่าตัด คลอดที่ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง

ชนมรัตน์ กาญจนะบุตร พบ.,วว. วิสัญญี
โรงพยาบาลนครพนม

การฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังส่งผลต่อระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย โดยทำให้เกิดภาวะหนาวสั่นได้ 40% มีการศึกษาถึงการให้ยาหลายตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหนาวสั่นดังกล่าวและ ondansetron ก็เป็นยาตัวหนึ่งที่มีการศึกษาว่าได้ผลดีแต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอด การศึกษานี้จึงต้องการทราบว่า low dose ondansetron สามารถป้องกันการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังเมื่อเทียบกับ placebo ได้หรือไม่

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบสุ่มเลือก ปกปิดสองทาง สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 162 ราย ASA I และ II ที่มาผ่าตัดคลอดโดยได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง โดยผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มโดยวิธี block of 4 เพื่อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือได้รับ normal saline (Group N, n= 81) และได้รับ ondansetron 4 mg (Group O, n= 81) ทางหลอดเลือดดำภายหลังการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง ขณะผ่าตัดจะมีการบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิกายและ shivering score ทุก 5 นาทีจนกระทั่งเสร็จการผ่าตัด และบันทึกภาวะแทรกซ้อน เช่น hypotension, bradycardia, nausea and vomiting วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย t-test โดยค่า $P < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา อุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในกลุ่ม O น้อยกว่ากลุ่ม N อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P= 0.000$) พบผู้ป่วยที่มีภาวะหนาวสั่นเกรด 3 ขึ้นไป ในกลุ่ม N มากกว่ากลุ่ม O อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อุณหภูมิกายเฉลี่ยลดลงภายหลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่ม N ลดลงมากกว่ากลุ่ม O อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P= 0.02$) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในการศึกษานี้

สรุปว่าการให้ low dose ondansetron สามารถป้องกันการภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : ภาวะหนาวสั่น, การผ่าตัดคลอด, การฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง, ondansetron

Prophylactic ondansetron to prevent shivering in parturients undergoing cesarean delivery during spinal anesthesia

Chonrat Kantanabat M.D.

Division of Anesthesiology Nakhonphanom hospital

Neuraxial anesthesia influence the thermoregulatory process and up to 40 % incidence of shivering has been reported. Increasing studies have reported ondansetron may be effective in prevention of post anesthesia shivering (PAS). The aim of the present study was to compare the efficacy of low dose prophylactic ondansetron with placebo in the prevention of shivering caused by neuraxial anesthesia in patients undergoing cesarean section during spinal anesthesia.

Methods : A prospective randomized double blind study involved 162 ASA I and II pregnant women undergoing cesarean section during spinal anesthesia. Patients were randomly by block of 4 allocated to receive normal saline (Group N, n = 81) or ondansetron 4 mg. (Group O, n =81) intravenously after spinal anesthesia. Vital signs, tympanic temperature and shivering score were record every 5 minute during surgery until end of operation. Side effect i.e. hypotension, bradycardia, nausea and vomiting were also recorded. Data were analysed using t-test, $P < 0.05$ was taken as significant.

Results : The number of shivering patients was significantly less in group O ($P= 0.000$). The number of patients with a shivering score of ≥ 3 was significant higher than in group N compared with group O ($P<0.05$). The mean tympanic temperature were fallen in both groups which more significant in saline group ($P=0.02$). No major hemodynamic changes were seen with prophylactic use of ondansetron.

Conclusion: The prophylactic use of ondansetron was effective in prevent shivering in patients undergoing cesarean section during neuraxial anesthesia without causing any major untoward side effect.

Keyword: post anesthetic shivering, ondansetron, cesarean delivery, spinal anesthesia

บทนำ

ภาวะหนาวสั่น (shivering) คือ ภาวะที่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ศีรษะ ลำตัว และแขนขาของร่างกายนานมากกว่า 15 วินาที โดยอุบัติการณ์ของภาวะนี้จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังได้ประมาณ 36-85%¹ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าเกิดขึ้น 40%¹ ภาวะหนาวสั่นที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้ผู้ป่วยมี metabolic activity เพิ่มขึ้น และเพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ทำให้เกิดผลเสียตามมา ได้แก่ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา นอกจากนี้ยังเพิ่มการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้

การฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังทำให้ระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายสูญเสียไปโดยไปยับยั้งการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลาย ทำให้มีการถ่ายเทความร้อนจากแกนกลางของร่างกายสู่ส่วนปลาย และสูญเสียความร้อนออกไปสู่สิ่งแวดล้อม ร่างกายจึงสร้างความร้อนขึ้นมาทดแทนและเกิดภาวะหนาวสั่นขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นในระหว่างและภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว level of sensory block อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และปริมาณสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ²

การรักษาภาวะหนาวสั่นในระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ การให้ความร้อนจากภายนอก เช่น การใช้เครื่องเป่าลมอุ่น (force air warming) การใช้ผ้าห่มอุ่น (warming blankets) การอุ่นสารน้ำก่อนให้ผู้ป่วย และการใช้ยา โดย ondansetron เป็นยาที่ได้รับการศึกษามาแล้วว่ามียฤทธิ์ป้องกันภาวะหนาวสั่นได้ผลดี โดยออกฤทธิ์เป็น 5 HT3 receptor antagonist มีฤทธิ์การรักษาหลัก คือ ป้องกันการคลื่นไส้อาเจียน การใช้ยานี้ในการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์พบว่าไม่ผลทำให้เกิด major malformation ได้ แต่ก็มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการใช้ ondansetron รักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ไม่เพิ่มอัตราการเกิด major malformation มากกว่าปกติ⁴ ด้วย อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีผลการศึกษาการให้

ondansetron ในขณะผ่าตัดคลอด ซึ่งยานี้มีขนาดโมเลกุลเล็ก (MW 366) จึงสามารถขับออกทางน้ำนมได้ ยานี้สามารถพบได้ในน้ำนมของหนูที่ได้รับยา แต่ไม่มีการศึกษาถึงระดับยาในทารกที่มารดาให้นมบุตรใช้ยานี้ และที่ผ่านมาไม่พบความผิดปกติใดๆอย่างมีนัยสำคัญ⁵

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังเพื่อระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดคลอด ระหว่างการให้ยา ondansetron และ placebo

ประชากรที่ศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ ASA physical status I-II ที่ไม่มีข้อห้ามในการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ให้ความยินยอมในการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง ส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร อุณหภูมิกายปกติ และไม่แพ้ยา ondansetron ที่มารับการผ่าตัดคลอดโดยวิธีฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังในโรงพยาบาลนครพนมตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 จำนวนทั้งสิ้น 162 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ทำการศึกษาแบบ prospective randomized and placebo controlled study ภายหลังการให้คำชี้แจงและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังตามมาตรฐานการให้การระงับความรู้สึก คือ มีการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิกายซึ่งวัดที่หู โดยบันทึกก่อนให้ยาชาทางช่องไขสันหลังและภายหลังการให้ยาชาทุก 5 นาที จนกระทั่งเสร็จการผ่าตัด มีการควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 24-26°C ให้ออกซิเจน cannula 3 LPM แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธี subarachnoid block ซึ่งจะได้รับการ preload ด้วย

balance salt solution ที่ได้รับการอุ่นที่อุณหภูมิ 37°C ปริมาณ 10 ml/kg ในเวลา 30 นาที จัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคง ทำการ block ในระดับ L3-4 โดยใช้ spinal needle เบอร์ 26 หรือ 27 และใช้ 0.5% hyperbaric bupivacaine 2.0 ml ฉีดในเวลา 10 วินาที หลังให้ยาชาทางช่องไขสันหลัง จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงายทันที ทำ left uterine displacement และทดสอบระดับการชา โดยระดับการชา ควรอยู่ระดับระหว่าง T4-T6 ผู้ป่วยที่ระดับการชาไม่ถึงระดับ T6 ให้ปรับระดับเตียงให้ศีรษะลดต่ำ 15 องศา และทดสอบระดับการชาซ้ำหลังจากปรับระดับเตียงไป 5 นาที ถ้าระดับการชายังไม่ถึงระดับที่ต้องการให้เปลี่ยนเป็น general anesthesia และออกจากกรวยวิจัย ซึ่งการศึกษานี้ทดสอบระดับการชาอยู่ในระดับที่สามารถผ่าตัดได้ทุกราย ภายหลังการทำ subarachnoid block ผู้ป่วยจะได้รับยาที่ได้รับการผสมจนได้ปริมาณ 3 ml โดยที่ผู้ฉีดยาจะไม่ทราบว่าเป็นยาอะไร โดยจะมีการสุ่มแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ก่อนการให้ยาโดยใช้วิธี block of 4 randomization มีการ warm ผู้ป่วยด้วยผ้าห่ม วัด tympanic temperature, shivering score, SBP ทุก 5 นาที จนกระทั่งเสร็จการผ่าตัด ภายหลังการให้ยา prophylactic นาน 15 นาที ถ้าหากยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหนาวสั่นเกรด 3 ขึ้นไปจะถือว่า prophylactic dose ไม่ได้ผลและจะให้ meperidine 0.5 mg/kg แก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาอาการหนาวสั่น มีการบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น hypotension, bradycardia, nausea and vomiting

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังของการศึกษาก่อนหน้าพบเป็น 40% คำนวนกลุ่มประชากรตัวอย่างโดย $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.80$ ความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม = 20% คำนวนประชากรได้กลุ่มละ 81 ราย การวิเคราะห์ทางสถิติ ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง จะนำเสนอในรูปของ mean $\pm$ SD ส่วนข้อมูลแบบต่อเนื่องนำมาวิเคราะห์ด้วย T test รายงานผลเป็นค่าร้อยละ, mean $\pm$ SD, P value โดยถือว่าค่า P value <0.05 มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในการศึกษาทั้งหมด 162 ราย (กลุ่มละ 81 ราย) พบว่าข้อมูลพื้นฐานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 โดยผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ใน ASA-II ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาผ่าตัด ($P > 0.05$) ค่า median level of sensory block อยู่ที่ระดับ T6 เช่นเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดก็มีความคล้ายคลึงกัน คือ previous cesarean section เป็นข้อบ่งชี้ที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ cephalopelvic disproportion และ breech presentation ตามลำดับทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนค่า median of Apgar score ที่นาทีที่ 5 และ นาทีที่ 10 ได้แก่ 9 และ 10 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ($P > 0.05$)

ตารางที่ 1 Patients characteristics, surgical time, median level of sensory block, indication for C/S and Apgar score at 1st , 5th min in two groups.

	GROUP N (N= 81)	GROUP O (N=81)	P value
Age (yr)	27.0±5.4	27.8±5.2	0.321
Weight (kg)	67.9±1.04	68.2±1.05	0.826
Height (cm)	156.8±5.2	156.9±5.5	0.871
ASA I/II	73/8	72/9	
Surgical time (min)	45.5±11.5	46.1±12.5	0.729
Median level of sensory block	T6	T6	0.717
Indication for C/S			
- Previous C/S	31(38.3%)	31 (38.3%)	0.597
- CPD	30 (37%)	26 (32.1%)	
- Breech presentation	15 (18.5%)	18 (22.2%)	
- Oligohydramnios	2 (2.5%)	2 (2.5%)	
- Postterm	3 (3.7%)	3 (3.7%)	
- Eldery	0 (0%)	1 (1.2%)	
Apgar score at 1st min	9	9	0.200
Apgar score at 5th min	10	10	0.409

Data are mean±SD, medians (ranges), or number (proportion)

ตารางที่ 2 Incidence of hypotension, bradycardia, nausea and vomiting, shivering และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา meperidine

	GROUP N (N= 81)	GROUP O (N=81)	P value
Hypotension	27 (33.3%)	26 (32.1%)	0.854
Bradycardia	4 (4.9%)	2 (2.5%)	0.418
Nausea and vomiting	25 (30.9%)	3 (3.7%)	0.002*
Shivering (%)	27 (33.3%)	8 (9.8%)	0.000*
ได้รับยา meperidine	14 (51.9%)	2 (25%)	0.001*

Shivering : ภาวะที่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ศีรษะ ลำตัว และรยางค์ของร่างกายนาน มากกว่า 15 วินาที โดยให้ shivering scale ดังนี้ (Tsai and Chu)

Grade 0 = no shivering

Grade 1 = piloerection or peripheral vasoconstriction but no visible shivering

Grade 2 = muscular activity in only one muscle group

Grade 3 = muscular activity in more than one muscle group but not generalized

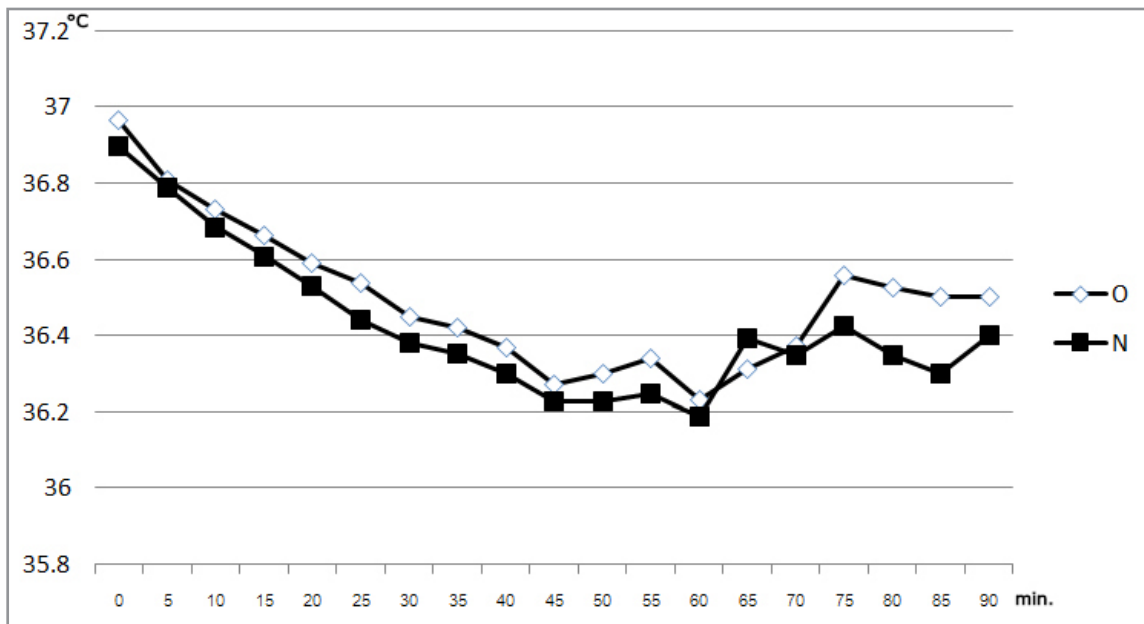
Grade 4 = shivering involving the whole body

จากตารางที่ 2 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะ hypotension และ bradycardia ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($P > 0.05$) ในขณะที่ภาวะ nausea and vomiting เกิดในกลุ่ม O 3 ราย (3.7%) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่ม N ที่พบถึง 25 ราย (30.9%) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) ไม่พบว่ามีการแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นในทั้ง 2 กลุ่ม

ภายหลังการให้ยา prophylaxis dose มีผู้ป่วยที่มีภาวะหนาวสั่นทั้งหมด 35 ราย (21.6%) โดยในกลุ่ม N มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหนาวสั่นทั้งหมด 27 ราย (33.3%) ส่วนกลุ่ม O พบผู้ป่วยที่มีภาวะหนาวสั่นทั้งหมดจำนวน 8 ราย (9.8%) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) และยังพบว่ากลุ่ม N ได้รับยา meperidine

เพื่อรักษาอาการหนาวสั่นมากกว่ากลุ่ม O อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) ส่วนที่นาที่ที่ 15 ภายหลังการให้ยา prophylaxis dose ผู้ป่วยกลุ่ม N ยังมีภาวะหนาวสั่นอยู่ 16 ราย ในขณะที่กลุ่ม O ไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะหนาวสั่น ($P=0.000$) ผู้ป่วยที่มีภาวะหนาวสั่นตั้งแต่ Grade 3 ขึ้นไป จะได้รับการรักษาโดยให้ meperidine 0.5 mg/kg แต่ถ้าเด็กยังไม่ได้รับการคลอดออกจากครรภ์มารดา จะรอให้มีการตัดสายสะดือก่อนจึงจะให้การรักษาภาวะหนาวสั่นด้วย meperidine ซึ่งภายหลังจากการให้ meperidine dose แรก ผู้ป่วยทุกรายมีอาการหนาวสั่นลดลง การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม N เริ่มมีภาวะหนาวสั่นตั้งแต่ Grade 3 ขึ้นไปตั้งแต่ที่นาที่ที่ 5 ภายหลังการให้ยา prophylaxis dose ในขณะที่กลุ่ม O เริ่มมีภาวะหนาวสั่นตั้งแต่ Grade 3 ขึ้นไปที่นาที่ที่ 20

แผนภูมิที่ 1 แสดงอุณหภูมิกายเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มภายหลังการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง



จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นได้ว่าอุณหภูมิกายเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มลดลงภายหลังการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่ม N มีอุณหภูมิกายเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่ม O อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.02$)

วิจารณ์

ภาวะหนาวสั่นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ภายหลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง โดยกลไกการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังนั้น จะมีผลต่อทั้ง central และ peripheral thermoregulation โดยจะเพิ่ม interthreshold range จากการเพิ่ม sweating threshold และลด vasoconstriction and shivering threshold ซึ่งรวมกับการที่ยาชาไปยับยั้งการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายก็จะมีผลต่อระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียความร้อนออกไปและเกิดการตอบสนองเป็นภาวะหนาวสั่นตามมา ซึ่งการเกิดภาวะหนาวสั่นนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ level of sensory block อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด จากการศึกษาของทัศนีย์ และคณะ² พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหนาวสั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนักตัวผู้ป่วย ระยะเวลาการผ่าตัด และปริมาณสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งการศึกษานี้ได้มีการควบคุมปัจจัยดังกล่าวโดยจะเห็นได้ว่า น้ำหนักและระยะเวลาการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ได้มีการอุ่นสารน้ำ ที่อุณหภูมิ 37°C ก่อนให้การ preload และให้ในอัตรา 10 ml/kg ใน 30 นาทีทุกราย มีการควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 24-26°C ในส่วนของอายุ level of sensory block ระยะเวลาการผ่าตัด ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในกลุ่ม N ซึ่งเป็นกลุ่ม control เท่ากับ 33.3% จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์เกิดขึ้นค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ได้แก่ การศึกษาของ Shakya และคณะ⁶ ที่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในกลุ่ม control เท่ากับ 42.5% การศึกษาของ Sagir และคณะ¹³ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในกลุ่ม control เท่ากับ 55% ส่วนการศึกษาของ Kelsaka และคณะ¹⁴ พบว่าเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในกลุ่ม control เท่ากับ 36% จากอุบัติการณ์ที่น้อยลงนี้ คาดว่าเนื่องมาจากการศึกษานี้มีการควบคุมอุณหภูมิห้องผู้ป่วยน้อย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และมีการอุ่นสารน้ำก่อนที่จะให้การ preload ส่วนในกลุ่ม O พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ

หนาวสั่นเพียง 9.8% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Shakya และคณะ⁶ ที่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่น 8% เมื่อนำอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกับจะพบว่ากลุ่ม N เกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นมากกว่ากลุ่ม O 23.5% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้คือ Tie และคณะ⁷ ที่พบว่า ondansetron ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นได้ประมาณ 25.9% โดยกลไกการลดการเกิดภาวะหนาวสั่นเกิดจาก ondansetron ไปยับยั้ง 5HT₃ reuptake ใน preoptic anterior hypothalamic region

Tympanic temperature ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้ noninvasive thermometer โดย tympanic temperature เป็น core temperature ที่บ่งถึง brain temperature ซึ่งเป็นอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย จากการศึกษาพบว่า อุณหภูมิแกนกลางของทั้งสองกลุ่มลดลง ภายหลังการฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าของ Shakya และคณะ⁶ โดยพบว่าในกลุ่ม control มีอุณหภูมิแกนกลางลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ ondansetron อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.02$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sagir และคณะ¹³ แต่ต่างจากการศึกษาของ Kelsaka และคณะ¹⁴ ที่พบว่าอุณหภูมิแกนกลางของกลุ่ม ondansetron ไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาดังกล่าวใช้ปริมาณยา ondansetron มากกว่าการศึกษานี้ คือใช้ปริมาณ 8 มิลลิกรัม

ส่วนผลต่อระบบไหลเวียนเลือดพบว่าอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะหัวใจเต้นช้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่มแสดงให้เห็นว่า low dose ondansetron (4 มิลลิกรัม) ไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนในระหว่างผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($P=0.002$) นอกจากนี้ผล Apgar score ของทั้งสองกลุ่มก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า low dose ondansetron ไม่มีผลต่อทารกในครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าของ Pasternak และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ondansetron ปลอดภัยต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

สรุป

Low dose ondansetron (4 มิลลิกรัม) สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดที่ได้รับการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

บรรณานุกรม

- Kose EA, Honca M, Dal D, Akinci SB. Prophylactic ketamine to prevent shivering in parturients undergoing Cesarean delivery during spinal anesthesia. *Journal of Clinical Anesthesia* 2013;25:275-80.
- ทัศนีย์ ศิริพานิช, เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, สมหมาย คชนาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วิสัญญีสาร* 2554; 37(4): 219-229.
- Koren G. Scary Science: Ondansetron Safty in Pregnancy – Two Opposing Results From the Same Danish Registry. *Ther Drug Monit* 2014; 36(1): 1-2
- Einarson A, Maltepe C, Navioz Y, Kennady D, Tan M, Koren G. The safety of ondansetron for nausea and vomiting of pregnancy : a prospective comparative study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 11: 940-3.
- พัชรียา นีวัฒนภูมิพันธ์, ภาวิณี ปางทิพย์อำไพ, กนกวรรณ อุทัยวรรณ. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคลอดบุตรโดยการระงับความรู้สึกด้วยยาชาเฉพาะที่และมอร์ฟินในช่องไขสันหลังระหว่างยา Ondansetron หรือ Metoclopramide ชนิดเดียวหรือมี Dexamethasone ร่วมด้วย. *วิสัญญีสาร* 2553; 36(4): 226-236.
- Shakya B, Chaturvedi A, Sah BP. Prophylactic low dose ketamine and ondansetron for prevention of shivering during spinal anesthesia. *J Anaesth Clin Pharmacol* 2010;26(4):465-69.
- Tie HT, Su GZ, He K, Liang SR, Yuan HW, Mou JH. Efficacy and safty of ondansetron in preventing postanesthesia shivering: a metaanalysis of randomized controlled trials. *BMC Anesthesiology* 2014;14;1-7.
- Honarmand A, Safavi MR. Comparison of prophylactic use of midazolam, ketamine, and ketamine plus midazolam for prevention of shivering during regional anesthesia : a randomized double-blind placebo controlled trial. *British Journal of Anaesthesia* 2008;101(4);557-62.
- Wason R, Jain N, Gupta P, Gogia A. Randomized double-blind comparison of prophylactic ketamine, clonidine and tramadol for the control of shivering under neuraxial anaesthesia. *Indian Journal anaesthesia* 2012;56(4):370-75.
- Dal D, Kose A, Honca M, Akinci B, Aypar U. Efficacy of prophylactic ketamine in preventing postoperative shivering. *British Journal of Anaesthesia* 2005;95(2):189-92.
- El-Deeb A, Barakuat R. Could ephedrine replace meperidine for prevention of shivering in women undergoing Cesarean Section under spinal anesthesia? A randomized study. *Egyptian Journal of Anaesthesia* 2012;28:237-41.
- Usta B, Gozdemir M, Demircioglu R, Mustlu B, Sert H, Yaldiz A. Dexmedetomidine for the prevention of shivering during spinal anesthesia. *Clinics* 2011 ;66(7):1187-191.

13. Sagir O, Gulhas N, Toprak H, Yucel A, Begec Z, Ersoy O. Control of shivering during regional anesthesia: prophylactic ketamine and granisetron. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 44-49.
14. Kelsaka E, Sibel B, Deniz K, Binnur S. comparison of ondansetron and meperidine for prevention of shivering in patients undergoing spinal anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2006; 31: 40-45.
15. Komatsu R, Orhan-Sungur M, In J, Podranski T, Bouillon T, Lauber R, Rohrbach S, Sessler D. Ondansetron dose not reduce the shivering threshold in healthy volunteers. *British Journal of Anaesthesia* 2006;96 (6): 732-7.
16. Sajid M, Shakir A, Khatri K, Baig M. The role of perioperative warming in surgery: a systematic review. *Sao Paulo Med J* 2009;127(4):231-7.
17. Alfonsi P. Postanesthetic shivering. *Epidemiology pathophysiology and approaches to prevention and management. Minerva Anesthesiol* 2003;69:438-41.
18. Pasternak B, Svanstrom H, Hviid A: Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *N Engl J Med* 2013, 368:814-823.
19. Ondansetron looks safe in pregnancy, so far. *BMJ* 2013, 346:f1387.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1387>.
20. Kleinman W, Mikhail M. *Clinical Anesthesiology*. USA: McGraw-Hill Companies;2006.
21. Bernards C. *Clinical Anesthesia*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
22. Brown D. *Miller's Anesthesia*. Churchill Livingstone Inc; 2009.
23. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. *วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
24. พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม. *วิสัญญีวิทยา*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ; 2547.
25. รื่นเริง ลีลานุกรม. *วิสัญญีวิทยาขั้นต้น*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2550.
26. วิทยา เลิศวิริยะกุล, มยุรี วศินานุภร. *ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ; 2551.
27. กนกพร คุณาวิศรุต. *ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2552.
28. มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, วรรัตน์ แยมโสภี, ถนอมจิตต์ ดวนด่วน, ศรีณยา ประสิทธิ์ศิริกุล, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. ผลการใช้อุปกรณ์ “อบอุ่นแขน แทนความห่วงใย” ต่ออุณหภูมิที่ปลายนิ้วมือของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2553 ; 4(1) : 38-49.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดใน ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

นางเพียงเพ็ญ สร้อยสุวรรณ , วทม.(พยาบาล)*

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ใน 24-72 ชั่วโมงของผู้สูงอายุ มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การประเมิน และการจัดการความปวดที่เหมาะสมโดยมีแนวปฏิบัติทางคลินิก จะเป็นประโยชน์ต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ของผู้สูงอายุได้ การศึกษาเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนมโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมพยาบาลออนแทรีโอ (RNAO, 2002) เป็นแนวทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา โดยปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดย วัชรภรณ์ หอมดอก (2548) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งแบบประเมินทั้งสอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ครั้งนี้พบว่า

1. ระดับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ทันทีที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก จำนวนร้อยละ 18.18 ระดับปานกลางร้อยละ 72.73 และระดับน้อยร้อยละ 9.09 เมื่อครบ 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.67 และระดับน้อยร้อยละ 43.33 เมื่อครบ 48 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 33.33 และระดับน้อยร้อยละ 66.67 และพบว่าระดับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลางจำนวนร้อยละ 20 และระดับน้อยร้อยละ 80
2. คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($X = 2.40$, $SD = 0.60$)
3. คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($X = 2.26$, $SD = 0.54$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการความปวด ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่

Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Pain Management Among Elderly After Major Surgery, Nakhonpanom Hospital, Nakhonpanom Province

Piengpen Sroysuwan , M.Sc.(Nursing)

Abstract

Pain among the elderly during the first 24-72 hours after major surgery has an effect on their physical, mental, social and spiritual dimensions. The appropriate assessment and management with clinical practice guidelines (CPGs) are beneficial to alleviate the severity of pain among the elderly after major surgery. The purpose of this operational research was to evaluate the effectiveness of CPGs implementation for pain management among elderly after major surgery, Nakhonpanom hospital, Nakhonpanom province. The model of the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2002) was used as a framework for this study. Thirty elderly who had just received major surgery, during October 2012 to December 2013, and 20 nurses who practiced at Nakhonpanom hospital were recruited as the study subjects. The intervention used in this study was adapt from the CPGs for pain management among major surgery patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, developed by Watcharaporn Homdok (2005). The instruments for data collection consisted of the elderly's satisfaction and the nurse's satisfaction tool on implementation of CPGs implementation for pain management among the elderly after major surgery. Both instruments were validated by the experts and the content validity indexes were 0.97 and 0.91 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The results of the implementation of CPGs for pain management among elderly after major surgery revealed that:

1. The levels of pain of the elderly after receiving major surgery during the first time of ward admission were; 18.18% at a severe level, 72.73 % at a moderate level and 9.09% at a low level. The levels of pain of the elderly 24 hours after surgery were; 56.67% at a moderate level and 43.33% at a low level. The levels of pain of the elderly 48 hours after surgery were; 33.33% at a moderate level and 66.67% at a low level. The levels of pain of the elderly 72 hours after surgery were 20% at a moderate level and 80% at a low level.

2. The overall mean score of satisfaction among the elderly was at a high level. ($X = 2.40$, $SD = 0.60$)

3. The overall mean score of satisfaction among nurses was at a high level. ($X = 2.26$, $SD = 0.54$)

The results of this study confirm the effectiveness of the evidence-based CPGs Implementation for pain management among the elderly after major surgery.

Key word : Clinical Practice Guidelines , Pain Management ,Elderly After Major Surgery

**Registered Nurse , Professionnal Level , Nakhonpanom Hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) ซึ่งความปวดเฉียบพลันเป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันที ทันใดในช่วงระยะเวลาสั้นแต่เป็นความปวดที่มีระดับรุนแรง เกิดจากเนื้อเยื่อร่างกายได้รับอันตราย จากกระบวนการรักษาที่ศัลยแพทย์ต้องใช้มีดกรีดผ่านผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด จะทำให้เนื้อเยื่อร่างกายมีความชอกช้ำมากขึ้น เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยทุกรายภายหลังผ่าตัดใหญ่ รวมทั้งในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะพบอุบัติการณ์ความปวดมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึงสองเท่า โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ ที่ผิวหนัง หรือ เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บถูกทำลายเพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดทั่วไป จึงทำให้เกิดความปวดระดับปานกลางถึงมากได้ ความปวดหลังผ่าตัดจึงถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องให้ความสนใจและให้การดูแล โดยเฉพาะใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

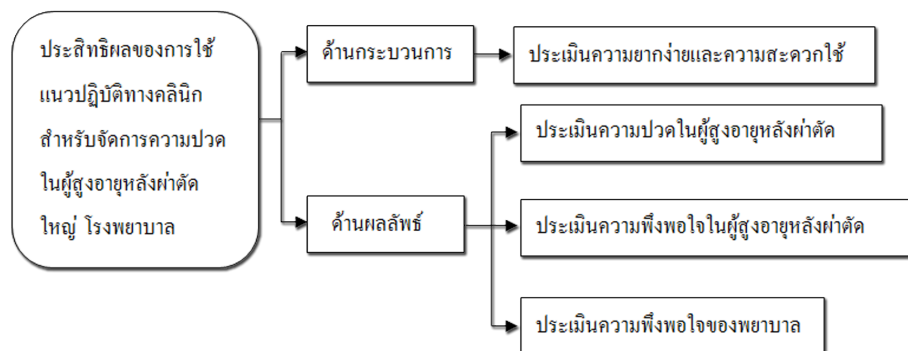
ความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่พบมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากอุปสรรคด้านที่ผู้ดูแลที่มีความรู้ไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดด้านความรู้พื้นฐาน และ ทักษะการประเมินและการจัดการความปวด ไม่ได้ใช้มาตรวัดประเมินความปวด มีการประเมินความปวดที่ไม่บ่อย หรือไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น อุปสรรคด้านผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น กลัวอาการข้างเคียงของยา ลังเลที่จะบอกความปวด หรือขอยาระงับปวด ขาดความรู้ในด้านการประเมินและการจัดการความปวดด้วยตนเอง เป็นต้น และ

อุปสรรคด้านระบบการดูแลสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติด การใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องในการรักษาผู้สูงอายุ เป็นต้น

การจัดการกับความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ จึงเป็นความสำคัญของผู้ดูแลโดยทั่วไป การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ประกอบด้วยการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่าทุกครั้งที่ของการตรวจเยี่ยมจะพบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก นอนพักได้น้อย หน้าที่ไม่สดชื่น ไม่สามารถไอแรงๆ ไม่สามารถกลืนน้ำบนเตียง (early ambulation) และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ชนิดรอได้ ระหว่างวันที่ 1-31 มิถุนายน พ.ศ. 2555 จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้สูงอายุทุกรายได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก วิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีจัดการความปวดใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าระดับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และผู้สูงอายุ 4 ใน 5 รายมีความปวดหลังผ่าตัดมากกว่าที่คาดไว้ โดยขอยาระงับความปวดเมื่อรู้สึกปวดจนทนไม่ไหวค่อนข้างบ่อย และพบว่าความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม จากการประเมิน

1. ระดับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่
2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่
3. ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระบบปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม
2. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมและมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล
3. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม มีความรู้ ทักษะในการประเมินและการจัดการความปวดผู้ป่วยที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนมจังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ทุกประเภท ที่ได้รับการปฏิบัติดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2555 – ธันวาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติคือ อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีการรับรู้ดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูดและการใช้ภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการศึกษา

- 1.1. แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 2 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด และ ระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีขั้นตอนการจัดการความปวด ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการให้ยา และการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา

1.2. คู่มือการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ที่ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ กลไก และผลกระทบที่เกิดจากความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และบทบาทสำคัญของผู้สูงอายุในการจัดการความปวด ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.3. คู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่สำหรับพยาบาล ที่ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การประเมินในระยะก่อนผ่าตัด การจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด และการจัดการความปวด ในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่การประเมินในระยะหลังผ่าตัด การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดทั้งวิธีการจัดการความปวดโดยการใช้ยา และการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

2.1. เครื่องมือประเมินความปวดใช้มาตราวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10 (NRS) ซึ่งเป็นการรายงานจากผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเป็นผู้บอกตำแหน่งตัวเลขที่รู้สึกถึงความปวดในขณะนั้น โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่รู้สึกปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด โดยคะแนน 0-3 หมายถึงมีความปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึงมีความปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึงมีความปวดมาก พยาบาลเป็นผู้บันทึกคะแนนความปวดของผู้สูงอายุในใบบันทึกทางการพยาบาล

2.2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2.3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย เข้าพบและแนะนำตัวกับผู้สูงอายุก่อนรับการผ่าตัดใหญ่ อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากผู้สูงอายุยินยอม

เข้าร่วมการศึกษาแล้ว แจกคู่มือการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. พยาบาลในหอผู้ป่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้ตามแนวปฏิบัตินี้ อย่างต่อเนื่องทุกวันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่แรกรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยจนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตอนการประเมินและการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด เมื่อแรกรับผู้สูงอายุที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้

2.2 ขั้นตอนการประเมินและการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด เมื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ย้ายออกมาจากห้องผ่าตัด เพื่อกลับเข้ารับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วย พยาบาลจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ในผู้สูงอายุ

3. ผู้วิจัยติดตาม นิเทศ และกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ กับผู้สูงอายุทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้อย่างสม่ำเสมอ

4. ผู้วิจัยสนับสนุนให้มีการประชุมปรึกษากันในทีมพยาบาลในช่วงการรับ-ส่งเวร และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

5. ให้ข้อมูลย้อนกลับ ระหว่างการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ข้อมูลในภาพรวมของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องในผู้ป่วยแต่ละราย

6. ภายหลังจากที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ครบ 1 ปี 2 เดือน ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

7. ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและของพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลคะแนนปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่โดยใช้ระดับความรุนแรงของความปวดทันทีที่กลับมาถึงหอผู้ป่วย เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555- เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 30 ราย ผลของการศึกษาได้นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ผู้ศึกษาอภิปรายตามคำถามการศึกษาดังต่อไปนี้

- 1.ระดับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่ครั้งแรกหลังผ่าตัดทันทีที่รับไว้ในหอผู้ป่วย เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงพบว่าส่วนใหญ่ความปวดอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ยกเว้นผู้สูงอายุ 2 รายที่มีความปวดระดับมากในระยะครั้งแรกหลังผ่าตัดทันทีที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติกร

ดูแลตามแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนามาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการกระทำอย่างรอบคอบ อย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีการใช้หลักฐานที่มีความเป็นธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ไม่เหมือนกับการปฏิบัติการพยาบาลแบบดั้งเดิมที่อาศัยเพียงความรู้ที่เคยเรียนมาร่วมกับประสบการณ์ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2548) ซึ่งผลของการพัฒนาตามลักษณะดังกล่าว มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแล (วิทยา ศรีดามา และ ชานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2546; พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย, 2549; NHMRC, 1998b) โดยแนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998b) ซึ่งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ระบุมโนทัศน์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน ร่วมกับการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ โดยข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้ และหาความเชื่อมั่น มีการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ เมื่อนำแนวปฏิบัตินี้มาประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกตาม AGREE (2001) พบว่าส่วนใหญ่ข้อบกพร่องที่คำนวณ ได้คะแนน 51 มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งแสดงว่าแนวปฏิบัตินี้มีคุณภาพในระดับมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม แนวปฏิบัตินี้ยังมีความสะดวกและง่ายในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งจากการนำไปใช้จัดการความปวดในผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัดใหญ่ โดยพยาบาลจำนวน 60 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 77 ข้อคำถาม พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้โดยปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 52 ข้อคำถาม สนับสนุนการศึกษาของสุริยพร คุณสิทธิ์ (2550) ที่ศึกษาการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 30 ราย

จากการนำไปใช้โดยพยาบาล จำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้โดยปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไปจำนวน 53 ข้อคำถาม

การดำเนินการใช้แนวปฏิบัติครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอปัญหาด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ในผู้สูงอายุกับผู้บริหาร เพื่อนำแนวปฏิบัติสำหรับจัดการความปวดมาใช้ในโรงพยาบาลและได้จัดอบรมพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยที่ทำการวิจัยก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการให้ข้อมูลถึงความสำคัญ ประโยชน์ และวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ซึ่งถ้าพยาบาลรับรู้ว่ามีแนวปฏิบัติที่นำมาใช้นี้มีประโยชน์ จะมีแนวโน้มในการยอมรับและนำไปใช้มากขึ้น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2548) และร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความสะดวกและง่ายในการใช้ และจากข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุเฉลี่ย 41.80 ปี มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 20.80 ปี ทุกคนได้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ส่งเสริมให้มีความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติได้ง่ายมากขึ้น ร่วมกับผู้วิจัยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้โดยการจัดแฟ้มเอกสารวิชาการที่มีเนื้อหาการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติให้สะดวกและชัดเจนในหอผู้ป่วย เพื่อช่วยในการกระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และจัดทำคู่มือการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลเล่มเล็กเพื่อความสะดวกใช้ ร่วมกับการติดตามนิเทศ กำกับ ให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจะเกิดผลลัพธ์ของการบริการที่ดีนั้นไม่ได้อาศัยเพียงการมีแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพเท่านั้น แต่ต้องการการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) ผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล ให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล และเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย ร่วมรับ-ส่ง-แพร่ ทำให้ทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ทำให้พยาบาลมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัตินี้มากขึ้น ซึ่งการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดจะได้ผลดีมาก เมื่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้นในด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (McDonald, Thomas,

Livingston & Severson, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ทองใส (2548) ที่ศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ พบว่าการโค้ชทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่เพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยร้อยละ 92 มีความปวดระดับน้อยถึงปานกลางหลังใช้แนวปฏิบัติ

นอกจากนี้ระดับความปวดที่ลดลงอาจเนื่องจากแนวปฏิบัตินี้มีแนวทางให้พยาบาลจัดการความปวดผู้สูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทั้งกำหนดขั้นตอนการประเมินและการจัดการความปวดโดยการให้ยาและการไม่ให้ยา ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการบรรเทาปวดอย่างเป็นระบบ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษานี้ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งผู้สูงอายุและญาติตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่วันแรกที่เข้ามานอนโรงพยาบาลโดยได้รับความรู้ด้านการประเมินและการจัดการความปวด ได้รับการแนะนำวิธีการใช้มาตราวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งการให้ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งผู้ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดในระยะก่อนผ่าตัด จะมีระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล (Sjoling, Nordanl, Olofsson, & Asplund, 2002) และผู้ที่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัดทั้งวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดความปวดและการจัดการความปวด สามารถบรรเทาความปวดในช่วงแรกหลังผ่าตัดมากกว่า มีการรับรู้ความปวด และความรุนแรงของความปวดน้อยกว่า ผู้ที่ได้รับคำแนะนำการจัดการความปวดเพียงอย่างเดียว และผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (McDonald & Molony, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการสอนทักษะการจัดการความปวดโดยการไม่ให้ยา เช่นการหายใจโดยการใช้นิ้วกลั้นเนื้อหน้าท้องและกระบังลมการทาสมาธิ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้วิธีที่เคยใช้ได้ผลมาก่อน และแจกคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่สำหรับบทวน

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกรายเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยการไม่ให้ยาร่วมกับการให้ยาด้วย เช่น เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ การจัดทำ เป็นต้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจโดยใช้

กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ดังข้อมูลจากการสอบถาม คำถามปลายเปิดเพิ่มเติม ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าการฝึกหายใจ ช่วยลดความปวดได้ ทำให้หายใจได้ยาวขึ้น ได้หายใจโล่งๆ ทำแล้วดี สบายใจมากขึ้น จะกลับไปทำที่บ้านต่อ ทำแล้วนอนหลับได้ดีขึ้น ซึ่งเทคนิคผ่อนคลายเป็นการช่วยลดความปวด หลังผ่าตัดโดยการผ่อนคลายเป็นการที่มีแรงเกร็งซึ่งเป็นสาเหตุของความปวด (Smeltzer & Bare, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินยา พวงจำปา (2548) ที่ศึกษาการ ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิค ผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน พบว่าการใช้เทคนิค ผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดความปวดได้ เช่น การหายใจ การทำสมาธิ การผ่อนคลายเป็นการแบบโปรเกรสซีฟ การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ และการใช้เทคนิคผ่อน คลายหลายวิธีร่วมกัน สำหรับการจัดทำนอนในผู้ที่ได้รับการ ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ให้นอนศีรษะสูง 40-50 องศา ปลาย เท้าสูง 20-30 องศา ใช้หมอนรองแขนทั้งสองไว้ ช่วยให้อก ลำ อก ผ่อนคลายข้อสะโพกสามารถลดการดึงของแผลผ่าตัด ทำให้ความปวดน้อยลง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ส่วนการ เปลี่ยนท่าลุกออกจากเตียงแนะนำการลุกนั่งแบบตะแคง จาก การศึกษาของสมศรี รัตนปริยานุช (2525) พบว่าจะทำให้ รู้สึกปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าการลุกนั่งแบบหงาย โดยให้นอน ตะแคงทับด้านที่ไม่มีแผล ใช้แขนด้านบนดันที่นอน พร้อมกับ งอข้อศอกด้านล่างดันที่นอน และงอเข่าทั้งสองเคลื่อนไหวข้าง เติงแล้วลุกนั่ง โดยเฉพาะผู้ที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้องไม่ควร นอนหงาย แล้วใช้มือทั้งสองข้างดึงเตียงแล้วลุกนั่ง เพราะจะ ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องเกร็ง จะทำให้ปวดแผลมากยิ่งขึ้น

จากการใช้แนวปฏิบัติครั้งนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด และไม่มีความปวดที่สูงมาก ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัตินี้มีแนวทางการประเมินความปวดที่ชัดเจน มีการ ใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10 เหมาะสมสำหรับ ใช้ในผู้สูงอายุ มีการประเมินความปวดอื่นๆร่วมด้วย เช่นจาก คำบอกเล่า จากการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และ สรีรวิทยา มีการประเมินความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยหลังย้ายจากเปลนอน 5 นาที หลังจากนั้น ประเมินทุก 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก และ หลังจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมงตามการวัดสัญญาณชีพ มี การประเมินความปวดซ้ำในเวลาที่เหมาะสม และ

การบันทึกความปวดที่เป็นระบบและมีการจัดการความปวด โดยการให้ยาตามบันไดการให้ยาขององค์การอนามัยโลก ตาม ระดับความรุนแรงของความปวด มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับยา และมีการใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ ยาร่วมด้วย ซึ่งแนวทางเหล่านี้ช่วยบรรเทาความปวด และ พยาบาลได้ปฏิบัติตามปฏิบัติที่กำหนด จึงทำให้พบว่าส่วน ใหญ่ผู้สูงอายุมีความปวดในระดับปานกลางถึงน้อย มีเพียงผู้ สูงอายุ 2 ราย ที่มีความปวดในระดับมาก

2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความ ปวดที่ได้รับหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวมพบ ว่าอยู่ในระดับมาก ($X = 2.40$, $SD = 0.60$) (รายละเอียด ตารางที่ 3) ทั้งนี้ถือได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดี ต่อการได้รับการปฏิบัติด้วยแนวปฏิบัติ ดังข้อมูลจากการ สอบถามคำถามปลายเปิดเพิ่มเติม ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าแนว ปฏิบัตินี้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด มีประโยชน์ พอใจที่สุด ทำให้ หายปวดเร็ว ช่วยลดความปวดได้ดี ทำให้ปวดลดลง ไม่ปวด มากเหมือนที่เคยคิดไว้ไม่ทรมานมาก นอนหลับได้ดี สบายใจ ดีไม่เครียดมาก ทำให้หายเจ็บไปเลย พยาบาลแนะนำดี ทำให้ รู้ว่าต้องทำอะไร ยินดีเป็นอย่างมากที่พยาบาลมาให้ความรู้วิธีปฏิบัติตัวและบอกวิธีช่วยให้หายปวด ให้หายเร็ว ดี จริงๆ มีคู่มือให้อ่าน จะได้ช่วยย้าเตือน จะได้ไม่ลืม จะได้หาย เร็วๆ ได้ออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น พยาบาลคอยติดตาม ถามความปวด ทั้งหมอและพยาบาลคอยดูแลติดตามตลอด ความพึงพอใจยังอาจเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ที่ชัดเจน และเหมาะสม ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติด้านการจัดการ ความปวดที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการประเมินความปวด ด้วยการใช้อุปกรณ์ที่มีมาตรฐานเหมาะสมกับการใช้ในผู้สูง อายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อความรุนแรงของความปวดได้ ตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกในขณะนั้น และตามแนวปฏิบัติกำหนดให้ พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นในการ ใช้มาตรวัดในการสื่อสารความปวด รายละเอียด และวิธีการ ใช้มาตรวัด ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุดใน การได้รับคำแนะนำวิธีการบอกความรุนแรงของความปวดโดยใช้ มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10 ทั้งนี้ความพึงพอใจ จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการประเมินความปวดอย่างสมบูรณ์ (Sherwood et al., 2003) โดยประเมินหลังผ่าตัดทันทีที่

ผู้สูงอายุกลับมาถึงหอผู้ป่วย หลังย้ายจากเปลนอน 5 นาที และประเมินทุก 2-4 ชั่วโมง มีการประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยา แนวปฏิบัติได้แนะนำให้พยาบาลประเมินความปวดทั้งการใช้มาตรวัด และใช้วิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุดที่มีการสอบถามความรุนแรงของความปวด ตั้งแต่กลับจากห้องผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว แสดงถึงความสนใจ และการเอาใจใส่ของพยาบาลที่แสดงออกต่อความปวดของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุยังมีความพึงพอใจมากที่สุดที่มีการซักถามถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับยา หรือกรณีที่เกิดอาการข้างเคียงได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากพยาบาล

นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุดที่พยาบาลให้ยาระงับปวดทันทีที่บอกว่ามีความปวดแก่พยาบาล ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน ที่ตอบสนองต่อการรักษา เมื่อพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยการให้ยาระงับปวดที่เหมาะสม ตามความรุนแรงของความปวดของผู้สูงอายุ ทำให้ระดับความปวดลดลง และการที่พยาบาลสนใจ มีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงระดับความปวด รวมทั้งการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วในการจัดการความปวด มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของอัษฎา สุทธสนา (2548) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการปวดท้องเฉียบพลันในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 60 รายพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย 5 อันดับแรก คือผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ได้ยาระงับปวดทันทีที่บอกว่ามีความปวดแก่พยาบาล

อย่างไรก็ตามในส่วนของความพึงพอใจของผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ดูแลควรเพิ่มเติมการดูแลในส่วนของความพึงพอใจที่น้อยของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น ได้แก่ การให้ข้อมูลถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ถ้าไม่สามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ได้ดี และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ล่วงหน้าร่วมกับทีมผู้ดูแล ซึ่งจากการใช้แนวปฏิบัติครั้งนี้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจน้อย อาจเกิดจากความแตกต่างของแนวปฏิบัติที่เป็นการชี้แนะทางเพื่อช่วยในการตัดสินใจ ซึ่งจะมีผลยืดหยุ่นได้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมากกว่าขั้นตอน

(step) หรือ care map ที่ต้องเคร่งครัดในการปฏิบัติมากกว่า (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) และเนื่องจากการจัดการความปวดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน วิธีการประเมินและจัดการความปวดให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากผู้สูงอายุและพยาบาลในการประเมินความปวด (เจือกุล โอนธารมณ, 2550; VA/DoD, 2002) ซึ่งพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ที่มีความปวดคือ การเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นผู้สูงอายุ ควรให้การดูแลแบบองค์รวมที่ผู้สูงอายุและญาติจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การที่ผู้สูงอายุไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการความปวด อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลลัพธ์ในการจัดการความปวดเป็นไปในทางลบ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โดยรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก ($X = 2.26$, $SD = 0.54$) (รายละเอียดตารางที่ 5) ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติที่นำมาใช้มีความสะดวกใช้ ซึ่งมีพยาบาลถึงร้อยละ 75 ให้ความเห็นในการศึกษาครั้งนี้ว่า ง่าย สะดวกใช้ (รายละเอียดตารางที่ 7) ดังข้อมูลที่ได้จากการสอบถามคำถามปลายเปิดเพิ่มเติม พยาบาลให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน การที่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ประเมินผู้ป่วยที่มีความปวดได้ง่าย สามารถวัดระดับความปวดและจัดการความปวดได้ และมีเกณฑ์การประเมินทำให้ทราบถึงระดับความปวด สามารถประเมินความปวดในผู้สูงอายุได้ ทำให้ประเมินและให้ยาระงับปวดในผู้สูงอายุได้ทันที ง่ายต่อการประเมินผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยารวดเร็ว สามารถประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ทันทีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับความปวดได้ดีขึ้น จะได้ลดความปวดและคลายความกังวลให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่ทำการวิจัยครั้งนี้ก่อนนำไปใช้จริง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการใช้ โดยผู้ศึกษาดูตาม ชี้แนะ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล นอกจากนั้นการที่พยาบาลมีทักษะ มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น จากการที่ได้ทบทวนความรู้ตามแนวปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผล และให้คำแนะนำ ชี้แนะ และเป็นที่ปรึกษาให้

เป็นระยะจากผู้ศึกษา อีกทั้งมีการปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันในทีมพยาบาลช่วงการรับ-ส่งเวร ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ (NHMRC, 1998b) อาจทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแล้วเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงอาจทำให้เกิดความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติได้

หลังจากใช้แนวปฏิบัตินี้พยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ แนวปฏิบัตินี้มีแนวทางที่ให้ประเมินความปวดทันทีอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้สูงอายุมีความรุนแรงของความปวดเพิ่มมากขึ้นทันที และไม่คาดหวัง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และปรึกษาประสานงานกันระหว่างทีมผู้ดูแลรักษา อาจเป็นเพราะว่าได้ข้อสรุปที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (NHMRC, 1998b) แต่พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อยเกี่ยวกับความรู้ที่ได้จากการอบรมวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาไม่สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ อาจเนื่องจากภาระงานและการที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระยะเวลาเตรียมพร้อมมีน้อย และยังมีผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแลอีกมาก จึงทำให้ไม่สามารถที่จะให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติได้ เพราะต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้นั้น ต้องใช้เวลา และวิธีนี้ส่วนใหญ่ต้องอาศัยอุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

อย่างไรก็ตามแม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่าการใช้แนวปฏิบัติจะช่วยให้ระดับความปวดไม่รุนแรง ผู้รับบริการและพยาบาลมีความพึงพอใจมาก แต่ผู้วิจัยได้รับบทเรียนซึ่งเป็นผลจากการศึกษาครั้งนี้ที่พึงตระหนัก กล่าวคือการดูแลผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ กระบวนการสูงอายุมักมีผลต่อความจำและการทำงานของประสาททำให้เกิดการรับรู้ผิดไปจากปกติ อาจมีผลต่อการประเมินความปวดที่ตรงกับความเป็นจริง พยาบาลผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และประเมินความปวดโดยใช้วิธีการและเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการปฏิบัติงาน จะได้ผลดีต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างจริงจังด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านบริหารการพยาบาล

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอต่อ ผู้บริหาร และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ในการพิจารณานำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ไปใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล สำหรับจัดการความปวดในผู้ป่วย กลุ่มอายุกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม

2. ในทางการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับ แนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล เรื่องการจัดการความปวด มีการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ด้านงบประมาณ เวลา วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาล

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1. ควรมีการจัดอบรมให้เข้าใจกระบวนการสูงอายุน และฝึกทักษะในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ในผู้สูงอายุ เพื่อให้พยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุ และเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวด ทำให้ผู้สูงอายุมีความปวดลดลง

2. ในการปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ควรเน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการความปวดได้ดี และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดด้วย

3. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ การประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัด และ มีการบันทึกความปวดสอดคล้องกับสถานการณ์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำผลการศึกษาจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ไปใช้ในหน่วยงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่นๆที่มีความแตกต่างทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารองค์กร เพื่อแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ได้โดยทั่วไปทุกแห่ง

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ ภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้อีก 1 ปี เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม ทันสมัย และเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. เจือกุล อโนธรมณ์. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2550 ; 25(1) : 14-23.
2. จันทิรา ทองใส. ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2548.
3. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล 2548;20(2):63-75.
4. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2540.
5. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : พริวัน ;2549.
6. วรณภา ศรีธัญรัตน์. นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรม การพยาบาลผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา ; 2548.
7. วิทยา ศรีตามา และ ธาณินทร์ อินทรกำธรชัย. Evidence-based clinical guideline ทางอายุรกรรม. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2546 .
8. วิชราภรณ์ หอมดอก. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2548.
9. สมศรี รัตนปริยานุช. ศึกษาวิธีลูกนั่งที่สัมพันธ์กับความเจ็บแปลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ;2525 .
10. สิริญา พวงจำปา. การทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ;2548.
11. สุรีย์พร คุณสิทธิ์. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่:บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ;2550.
12. อัญญา สุทธเสนา. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการปวดท้องเฉียบพลัน โรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ;2548.
13. McDonald, D. D., & Molony, S. L. Postoperative pain communication skill for older adults [Electronic Version]. Western Journal of Nursing Research 2004; 26(8): 836-852.
14. McDonald, D. D., Thomas, G. J., Livingstone, K. E., & Severson, J. S. Assisting older adults to communicate their postoperative pain [Abstract]. Clinical Nursing Research 2005;14(2) :109.
15. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998b). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved 2006 (cited 2006 June 20) ,from http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hotbuy.html
16. Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. Concept and challenges in patient management. In S. C 2004.

Original article

การทบทวนคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 8

นายวิจิต เหล่าวัฒนาถาวร ภ.บ.,บธ.ม.*,น.ส.ลำไย ตางาม บธ.บ.(การบัญชี)** , นายต่อลาภ อมรรัตน์พงศ์ บธ.บ.(การบัญชี)** ,นางสำรวย สุขภิรมย์ รป.บ *** , นายสุระ จันทร์วิเศษ บธ.บ.(การจัดการทั่วไป) ****

* กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม

** กลุ่มงานบัญชี โรงพยาบาลนครพนม

*** กลุ่มงานการเงินและบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**** กลุ่มงานการเงินและบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

บทนำ

ในช่วงตั้งแต่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรงบประมาณมีความหลากหลาย ทำให้เกิดผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงินในหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาตลอด ในช่วงต้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544-2550 ระบบบัญชีของโรงพยาบาลทั้งประเทศยังไม่มีครอบคลุมมากเพียงพอ ทั้งไม่แน่ชัดมีกลไกใดๆที่ประเมินสถานการณ์การเงินที่เป็นผลกระทบจากการจัดสรรของกองทุน แต่ในปี 2551-2556 ในช่วงที่บัญชีเกณฑ์คงค้างมีการพัฒนาผังรากวัฒนธรรมในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมายาวนาน จนปัจจุบันเกิน 10 ปีนั้น บัญชีเหล่านี้สามารถสะท้อนปัญหาในภาพรวมได้ชัดเจน

บัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลรัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการสะท้อนปัญหาและมีช่องทางนำไปวิเคราะห์ ความเสี่ยงทางการเงิน และประสิทธิภาพทางการเงิน ไม่เพียงเท่านั้นในปัจจุบันมีการขยายการนำไปใช้วิเคราะห์สัดส่วนต้นทุนรายสิทธิ กำหนดต้นทุนดำเนินการขั้นต่ำ การเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายในกลุ่มระดับโรงพยาบาลเดียวกันของกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถสะท้อนกำไรขาดทุนในสิทธิหลัก สามารถนำไปบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในระดับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบวงจรยิ่งขึ้น

การบริหารงานและดำเนินงานของหน่วยบริการใน

ระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบันนั้นประสบปัญหาสำคัญในเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit) เพื่อพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งของเครือข่ายบริการที่ 8 ได้มีข้อมูลทางบัญชีที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 8 ปีงบประมาณ 2557 ขึ้นโดยตรวจสอบคุณภาพรายงานทางการเงินในระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตามเกณฑ์ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดทั้ง 7 ด้าน คือ 1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร 2. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น 3. วัสดุคงคลัง 4. ที่ดิน อาคาร และครุภัณฑ์ 5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ 6. รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น 7. ค่าใช้จ่าย

จากความสำคัญของการติดตามการตรวจสอบคุณภาพรายงานทางการเงินในระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตามเกณฑ์ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดทั้ง 7 ด้าน คณะทำงานมีความสนใจที่จะทบทวนปฏิบัติการในการเกิดความคลาดเคลื่อนของรายงานทางการเงิน เพื่อวิเคราะห์หาประเภทและสาเหตุของความคลาดเคลื่อน โดยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างกลยุทธ์ป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำ และพัฒนาคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพให้เกิดความถูกต้องและเชื่อถือได้ของงบการเงิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาจำนวนหรือร้อยละความคลาดเคลื่อนของรายงานทางการเงิน และจำแนกความคลาดเคลื่อนของรายงานทางการเงินตามประเภททั้ง 7 ด้าน
2. เพื่อระบุสาเหตุของความคลาดเคลื่อนของรายงานทางการเงิน

รูปแบบการศึกษา

เก็บข้อมูลไปข้างหน้า Prospective data collection จากโครงการพัฒนาคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการที่ 8 ปีงบประมาณ 2557 ตรวจสอบงบการเงินเดือนพฤษภาคม 2557 ระหว่างวันที่ 7-25 กรกฎาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบตรวจสอบคุณภาพบัญชีหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 1 หน่วยบริการที่เข้าร่วม

เครือข่ายบริการที่	หน่วยบริการทั้งหมด	หน่วยบริการที่เข้าร่วม	ร้อยละ
8	83	80	96.39

จากการตรวจสอบข้อมูลงบการเงินในเดือนพฤษภาคม 2557 พบว่า รายงานทางการเงินในระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ทั้ง 7 ด้านเรียงคะแนนรวมจากมากไปน้อย อันดับ 1 ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่าย มีคะแนนรวม 288 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 อันดับ 2 ด้านวัสดุคงเหลือ มีคะแนนรวม 412 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.83 อันดับ 3 ด้านที่ดิน อาคารและครุภัณฑ์ มีคะแนนรวม 539 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 84.48 อันดับ 4 ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร มี

2. ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตรวจสอบคุณภาพบัญชี

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. จำนวนครั้งของการเกิดความคลาดเคลื่อนของรายงานทางการเงิน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการเก็บข้อมูลจากโครงการพัฒนาคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 8 ปีงบประมาณ 2557 ระหว่างวันที่ 7-25 กรกฎาคม 2557 พบว่าหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 80 หน่วยบริการ จาก จำนวน ทั้งหมด 83 หน่วยบริการคิดเป็นร้อยละ 96.39 ดังแสดงในตารางที่ 1

คะแนนรวม 649 คิดเป็นร้อยละ 81.53 อันดับ 5 ด้านลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น มีคะแนนรวม 3,201 คิดเป็นร้อยละ 79.95 อันดับ 6 ด้านเจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ มีคะแนนรวม 366 คิดเป็นร้อยละ 76.25 อันดับ 7 ด้านรายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น มีคะแนนรวม 2,017 คิดเป็นร้อยละ 76.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพรายงานทางการเงินแยกตามประเภท

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ	อันดับ
1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร	649	796	81.53	4
2. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น	3,201	4,004	79.95	5
3. วัสดุคงเหลือ	412	480	85.83	2
4. ที่ดิน อาคารและครุภัณฑ์	539	638	84.48	3
5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	366	480	76.25	6
6. รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น	2,017	2,654	76.00	7
7. ค่าใช้จ่าย	288	320	90.00	1

จากการทบทวนรายงานทางการเงินตามประเภททั้ง 7 ด้าน เพื่อแยกสาเหตุของความคลาดเคลื่อนของรายงานทางการเงิน โดยประเมินจากคะแนนคุณภาพ ซึ่งคะแนนคุณภาพทางด้านการเงินด้าน เงินสดและเงินฝากธนาคารจากมากไปน้อย พบว่า อันดับ 1 การตรวจสอบยอดคงเหลือบัญชีเงินฝากธนาคารทุกบัญชีกับบัญชีแยกประเภททั่วไปและสมุดคู่ฝากธนาคารหรือ Bank Statement ให้ยอดตรงกัน มีคะแนนรวม 148 คิดเป็นร้อยละ 92.50 อันดับ 2 การตรวจสอบการคำนวณงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารแต่ละบัญชี มี

คะแนนรวม 146 คิดเป็นร้อยละ 91.25 อันดับ 3 การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ มีคะแนนรวม 126 คิดเป็นร้อยละ 79.75 อันดับ 4 ยอดคงเหลือบัญชีเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณการจัดสรร เงินกองทุนประกันสังคม เงินรับฝากแรงงานต่างด้าว (สสจ.+ส่วนกลาง) มีคะแนนรวม 116 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73.42 อันดับ 5 นำเงินสดรับฝากธนาคารถูกต้อง มีคะแนนรวม 113 คิดเป็นร้อยละ 70.63 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านเงินสดแยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร			
1.1 นำเงินสดรับฝากธนาคารถูกต้อง	113	160	70.63
1.2 ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้	126	158	79.75
1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือบัญชีเงินฝากธนาคารทุกบัญชีกับบัญชีแยกประเภททั่วไปและสมุดคู่ฝากธนาคารหรือ Bank Statement ให้ยอดตรงกัน	148	160	92.50
1.4 ตรวจสอบการคำนวณงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารแต่ละบัญชี	146	160	91.25
1.5 ยอดคงเหลือบัญชีเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณการจัดสรร เงินกองทุนประกันสังคม เงินรับฝากแรงงานต่างด้าว (สสจ.+ส่วนกลาง)	116	158	73.42

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนคุณภาพรายงานการเงิน ด้านลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่นจากมากไปน้อย ประเภทตรวจสอบการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้ตรงกับ Electronic File ทุกประเภทสิทธิ อันดับ 1 สิทธิแรงงานต่างด้าว มีคะแนนรวม 130 คิดเป็นร้อยละ 92.86 อันดับ 2 สิทธิอพท. มีคะแนนรวม 148 คิดเป็นร้อยละ 92.50 อันดับ 3 สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง มีคะแนนรวม 132 คิดเป็นร้อยละ 82.50 อันดับ 4 สิทธิประกันสังคม มีคะแนนรวม 131 คิดเป็นร้อยละ 81.88 อันดับ 5 สิทธิเบิกต้นสังกัด มีคะแนนรวม 97 คิดเป็นร้อยละ 80.83 อันดับ 6 สิทธิพรบ.รถ มีคะแนนรวม 120 คิดเป็นร้อยละ 76.92 อันดับ 7 สิทธิ UC มีคะแนนรวม 115 คิดเป็นร้อยละ 72.78 อันดับ 8 สิทธิชำระเงินเอง มีคะแนนรวม 97 คิดเป็นร้อยละ 61.39

ประเภทการรับรู้ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลเป็นไปตามนโยบายบัญชี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอันดับ 1 สิทธิแรงงานต่างด้าว มีคะแนนรวม 132 คิดเป็นร้อยละ 92.96 อันดับ 2 สิทธิอพท. มีคะแนนรวม 142 คิดเป็นร้อยละ 88.75 อันดับ 3 สิทธิพรบ.รถ มีคะแนนรวม 138 คิดเป็นร้อยละ

87.34 อันดับ 4 สิทธิประกันสังคม มีคะแนนรวม 127 คิดเป็นร้อยละ 79.38 อันดับ 5 สิทธิเบิกต้นสังกัด มีคะแนนรวม 98 คิดเป็นร้อยละ 79.03 อันดับ 6 สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง มีคะแนนรวม 126 คิดเป็นร้อยละ 78.75 อันดับ 7 สิทธิชำระเงินเอง มีคะแนนรวม 113 คิดเป็นร้อยละ 70.63 อันดับ 8 สิทธิ UC มีคะแนนรวม 99 คิดเป็นร้อยละ 61.88

ประเภทตรวจสอบทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล อันดับ 1 สิทธิแรงงานต่างด้าว มีคะแนนรวม 132 คิดเป็นร้อยละ 88.00 อันดับ 2 สิทธิ พรบ.รถ มีคะแนนรวม 133 คิดเป็นร้อยละ 83.13 อันดับ 3 สิทธิอพท. มีคะแนนรวม 131 คิดเป็นร้อยละ 81.88 อันดับ 4 สิทธิประกันสังคม มีคะแนนรวม 130 คิดเป็นร้อยละ 81.25 อันดับ 5 สิทธิเบิกต้นสังกัด มีคะแนนรวม 116 คิดเป็นร้อยละ 80.56 อันดับ 6 สิทธิชำระเงินเอง มีคะแนนรวม 116 คิดเป็นร้อยละ 75.32 อันดับ 7 สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลางมีคะแนนรวม 160 คิดเป็นร้อยละ 73.13 อันดับ 8 สิทธิ UC มีคะแนนรวม 114 คิดเป็นร้อยละ 71.25

ตารางที่ 4 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านเงินสดแยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
2. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น			
2.1 ตรวจสอบการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้ตรงกับ Electronic File ทุกประเภทสิทธิ			
2.1.1 ElectronicFile ลูกหนี้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	132	160	82.50
2.1.2 Electronic File ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิอพท.	148	160	92.50
2.1.3 Electronic File ลูกหนี้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	97	120	80.83
2.1.4Electronic File ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ พรบ.รถ	120	156	76.92

ตารางที่ 4 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านเงินสดแยกตามสาเหตุ (ต่อ)

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
2.1.5 Electronic File ลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิ UC	115	158	72.78
2.1.6 Electronic File ลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิประกันสังคม	131	160	81.88
2.1.7 Electronic File ลูกหนี้การค้ารักษาแรงงานต่างด้าว	130	140	92.86
2.1.8 Electronic File ลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิชำระเงินเดือน	97	158	61.39
2.2 มีการรับรู้ลูกหนี้การค้ารักษาพยาบาลเป็นไปตามนโยบายบัญชี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
2.2.1 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	126	160	78.75
2.2.2 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิอปท.	142	160	88.75
2.2.3 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาเบิกต้นสังกัด	98	124	79.03
2.2.4 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิพรบ.รด	138	158	87.34
2.2.5 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิ UC	99	160	61.88
2.2.6 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิประกันสังคม	127	160	79.38
2.2.7 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาแรงงานต่างด้าว	132	142	92.96
2.2.8 นโยบายลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิชำระเงินเดือน	113	160	70.63
2.3 ตรวจสอบทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาพยาบาล			
2.3.1 ทะเบียนคุมลูกหนี้เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	117	160	73.13
2.3.2 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิอปท.	131	160	81.88
2.3.3 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาเบิกต้นสังกัด	116	144	80.56
2.3.4 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิพรบ.รด	133	160	83.13
2.3.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิ UC	114	160	71.25
2.3.6 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิประกันสังคม	130	160	81.25
2.3.7 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาแรงงานต่างด้าว	132	150	88.00
2.3.8 ทะเบียนคุมลูกหนี้การค้ารักษาสีทธิชำระเงินเดือน	116	154	75.32
2.4 การตั้งค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ	129	160	80.63
2.5 ลูกหนี้การค้ารักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็นศูนย์	138	160	86.25

คะแนนคุณภาพรายงานการเงินด้านวัสดุคงเหลือ จากมากไปน้อยอันดับ 1 การตรวจสอบการบันทึกบัญชีวัสดุเป็นไปตามนโยบาย(เวชภัณฑ์)และการสอบทานการคำนวณมูลค่ารวมวัสดุคงคลัง มีคะแนนรวม 139 คิดเป็นร้อยละ

86.88 อันดับ 3 การตรวจสอบการบันทึกบัญชีวัสดุเป็นไปตามนโยบาย(วัสดุสำนักงาน-วัสดุอื่น) มีคะแนนรวม 134 คิดเป็นร้อยละ 83.75 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านวัสดุคงเหลือแยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
3.วัสดุคงเหลือ			
3.1 มีการบันทึกบัญชีวัสดุเป็นไปตามนโยบายบัญชี			
3.1.1 ตรวจสอบการบันทึกบัญชีวัสดุเป็นไปตามนโยบาย (เวชภัณฑ์)	139	160	86.88
3.1.2 ตรวจสอบการบันทึกบัญชีวัสดุเป็นไปตามนโยบาย (วัสดุสำนักงาน-วัสดุอื่น)	134	160	83.75
3.2 สอบทานการคำนวณมูลค่ารวมวัสดุคงคลัง	139	160	86.88

คะแนนคุณภาพรายงานการเงินด้านที่ดิน อาคาร และครุภัณฑ์จากมากไปน้อยอันดับ 1 มีการบันทึกบัญชีที่ดิน (ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์เป็นไปตามนโยบายสป. มีคะแนนรวม 144 คิดเป็นร้อยละ 91.14 อันดับ 2 มีการจัดทำทะเบียนคุม ที่ดิน(ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์ มีคะแนน 138 คิดเป็นร้อยละ 86.25 อันดับ 3 ตรวจสอบทะเบียนคุม ที่ดิน (ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์ มีคะแนน 137 คิดเป็นร้อยละ 85.63 อันดับ 4 ตรวจสอบการคำนวณค่าเสื่อมราคาสะสมในทะเบียนคุมตรงกับบัญชีแยกประเภททั่วไป มีคะแนน 120 คิดเป็นร้อยละ 75 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านที่ดิน อาคารและครุภัณฑ์แยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
4. ที่ดิน อาคารและครุภัณฑ์			
4.1 มีการบันทึกบัญชีที่ดิน(ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์เป็นไปตามนโยบายบัญชี สป.	144	158	91.14
4.2 มีการจัดทำทะเบียนคุม ที่ดิน(ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์	138	160	86.25
4.3 ตรวจสอบทะเบียนทะเบียนคุม ที่ดิน(ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์	137	160	85.63
4.4 ตรวจสอบการคำนวณค่าเสื่อมราคาสะสมในทะเบียนคุมตรงกับบัญชีแยกประเภททั่วไป	120	160	75.00

คะแนนคุณภาพรายงานการเงินด้านเจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ จากมากไปน้อยอันดับ 1 การตรวจสอบทะเบียนคุม เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย และหนี้สินอื่นๆ มีคะแนน 131 คิดเป็นร้อยละ 81.88 อันดับ 2 มีการจัดทำทะเบียนคุม เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่าย ค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ มีคะแนนรวม 121 คิดเป็นร้อยละ 75.63 อันดับ 3 มีการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่าย ค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ มีคะแนนรวม 114 คิดเป็นร้อยละ 71.25 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านเจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นแยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ			
5.1 มีการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆเป็นไปตามนโยบาย สป.	114	160	71.25
5.2 มีการจัดทำทะเบียนคุม เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	121	160	75.63
5.3 ตรวจสอบทะเบียนคุม เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	131	160	81.88

คะแนนคุณภาพรายงานทางการเงินด้านรายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่นจากมากไปน้อยประเภทมีการบันทึกบัญชีรายได้ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามงวดเวลาและเป็นไปตามนโยบายบัญชี อันดับ 1 การรับรู้รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว มีคะแนนรวม 134 คิดเป็นร้อยละ 91.78 อันดับ 2 การรับรู้รายได้ค่าเบิกจ่ายตรง อปท.และรายได้อื่น มีคะแนนรวม 142 คิดเป็นร้อยละ 88.75 อันดับ 4 การรับรู้รายได้ค่ารักษาสิทธิพรบ.รถ มีคะแนนรวม 130 คิดเป็นร้อยละ 82.28 อันดับ 5 การรับรู้รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง มีคะแนนรวม 129 คิดเป็นร้อยละ 80.63 อันดับ 6 การรับรู้รายได้ค่ารักษาสิทธิประกันสังคม มีคะแนนรวม 127 คิดเป็นร้อยละ 79.38 อันดับ 7 การรับรู้รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด มีคะแนนรวม 100 คิดเป็นร้อยละ 78.13 อันดับ 8 การรับรู้รายได้ค่ารักษาชำระเงิน มีคะแนนรวม 106 คิดเป็นร้อยละ 67.09 อันดับ 9 การรับรู้รายได้ค่ารักษาสิทธิ UC มีคะแนนรวม 102

คิดเป็นร้อยละ 63.75 และประเภทตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกรายได้ค่ารักษาพยาบาลให้ตรงกับ Electronic File อันดับ 1 รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง มีคะแนนรวม 149 คิดเป็นร้อยละ 93.13 อันดับ 2 รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง มีคะแนนรวม 139 คิดเป็นร้อยละ 86.88 อันดับ 3 รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว มีคะแนนรวม 119 คิดเป็นร้อยละ 77.27 อันดับ 4 รายได้ค่ารักษาสิทธิ UC มีคะแนนรวม 118 คิดเป็นร้อยละ 73.75 อันดับ 5 รายได้ค่ารักษาประกันสังคม มีคะแนนรวม 116 คิดเป็นร้อยละ 72.50 อันดับ 6 รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด มีคะแนนรวม 101 คิดเป็นร้อยละ 65.58 อันดับ 7 รายได้ค่ารักษาพรบ.รถ มีคะแนนรวม 96 คิดเป็นร้อยละ 60.76 อันดับ 8 รายได้ค่ารักษาจ่ายเงินเอง มีคะแนนรวม 67 คิดเป็นร้อยละ 42.41 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านรายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่นแยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
6. รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น			
6.1 มีการบันทึกบัญชีรายได้ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามงวดเวลาและเป็นไปตามนโยบายบัญชี			
6.1.1 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	129	160	80.63
6.1.2 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่าเบิกจ่ายตรง-อปท.	142	160	88.75
6.1.3 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	100	128	78.13
6.1.4 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาสีทธิพรบ.รท	130	158	82.28
6.1.5 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาสีทธิ UC	102	160	63.75
6.1.6 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาสีทธิประกันสังคม	127	160	79.38
6.1.7 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	134	146	91.78
6.1.8 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้ค่ารักษาข้าราชการเงิน	106	158	67.09
6.1.9 นโยบายตรวจสอบการรับรู้รายได้อื่น	142	160	88.75
6.2 ตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกรายได้ค่ารักษาพยาบาลให้ตรงกับElectronic File			
6.2.1 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	149	160	93.13
6.2.2 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง-อปท	139	160	86.88
6.2.3 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	101	154	65.58
6.2.4 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษา พรบ.รท	96	158	60.76
6.2.5 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาสีทธิ UC	118	160	73.75
6.2.6 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาประกันสังคม	116	160	72.50
6.2.7 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	119	154	77.27
6.2.8 Electronic File บัญชีรายได้ค่ารักษาจ่ายเงินเอง	67	158	42.41

คะแนนคุณภาพรายงานการเงินด้านค่าใช้จ่าย จาก 96.88 อันดับ 2 มีการบันทึกค่าใช้จ่ายเป็นไปตามนโยบาย มากไปน้อยอันดับ1 ตรวจสอบการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่ายให้ บัญชี สป. มีคะแนนรวม 133 คิดเป็นร้อยละ 83.13 ดังแสดง ตรงกับหลักฐานการจ่าย มีคะแนนรวม 155 คิดเป็นร้อยละ ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คุณภาพรายงานทางการเงินด้านค่าใช้จ่ายแยกตามสาเหตุ

คุณภาพรายงานทางการเงิน	คะแนน	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
7. ค่าใช้จ่าย			
7.1 มีการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่ายเป็นไปตามนโยบายบัญชี สป.	133	160	83.13
7.2 ตรวจสอบการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่ายให้ตรงกับหลักฐานการจ่าย	155	160	96.88

สรุปและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพบัญชีหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 8 ปีงบประมาณ 2557 ตรวจสอบพบเดือน พฤษภาคม 2557 ระหว่างวันที่ 7-25 กรกฎาคม 2557 พบว่าคุณภาพรายงานทางการเงินในระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดทั้ง 7 ด้านพบว่า ด้านที่ได้คะแนนน้อย 3 อันดับแรก คือ ด้านรายได้ ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น ร้อยละ 76.00 เจ้าหน้าที่การค้า ค่าใช้จ่ายค่าง่ายและหนี้สินอื่นๆ ร้อยละ 76.25 ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น ร้อยละ 79.95

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ด้านรายได้และค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่นต่ำสุด อันดับ 1 และ 2 คือ การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกรายได้ค่ารักษาพยาบาลให้ตรงกับ Electronic File ในบัญชีรายได้ค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 42.41 และบัญชีรายได้ค่ารักษา พรบ.รล ร้อยละ 60.76 ส่วนอันดับ 3 การบันทึกบัญชีรายได้ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามงวดเวลาและเป็นไปตามนโยบายบัญชีสิทธิ UC ร้อยละ 63.75 ตัวอย่างที่ตรวจพบ รายได้ค่ารักษาพยาบาลพบว่า การแยกสิทธิการมารับบริการในหน่วยบริการไม่ถูกต้องตามที่มารับบริการจริงเช่น สิทธิ พ.ร.บ. แต่เอกสารไม่ครบถ้วน ผู้มารับบริการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง ก็ยังบันทึกบัญชีเป็น พรบ.เมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิ หรือคือข้อมูลเพิ่มเติมก็ไม่แจ้งนักบัญชี เพื่อบันทึกปรับปรุงบัญชีให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน หรือในกรณีบันทึกบัญชีสิ้นสุดแล้ว เมื่อมีเงินโอนมาตรวจสอบพบเงินโอนมากกว่าการบันทึกบัญชี นักบัญชีก็จะบันทึกเป็นรายได้โดยไม่ตั้งลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ทำให้การตรวจสอบพบว่าการบันทึกบัญชีไม่เป็นไปตามนโยบาย หรือการบันทึกบัญชีด้านรายได้อื่นๆ นักบัญชีไม่บันทึกตามคู่มือกระทรวงสาธารณสุขทำให้รายงานออกมารายได้ผิดปกติ สูงบ้างต่ำบ้าง

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านรายได้และ

ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น คือ นักบัญชี ผู้รับผิดชอบการแยกสิทธิเปลี่ยนสิทธิต้องประชุมทำความเข้าใจเพื่อให้ข้อมูลการบันทึกบัญชีถูกต้องและนักบัญชีต้องวิเคราะห์เงินที่ได้รับให้ได้ว่าเป็นรายได้ประเภทใด และบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือการบัญชีของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สาเหตุที่ทำให้ด้านเจ้าหน้าที่การค้า ค่าใช้จ่ายค่าง่ายและหนี้สินอื่นๆ ต่ำที่สุด อันดับ 1 การบันทึกบัญชีเจ้าหน้าที่การค้า ค่าใช้จ่ายค่าง่ายและหนี้สินอื่นๆ เป็นไปตามนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 71.25 อันดับ 2 การจัดทำทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่การค้า ค่าใช้จ่ายค่าง่ายและหนี้สินอื่นๆ ร้อยละ 75.63 และอันดับ 3 การตรวจสอบทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่การค้า ค่าใช้จ่าย และหนี้สินอื่นๆ ร้อยละ 81.88 ตัวอย่างที่ตรวจพบ การบันทึกบัญชีรับรู้เจ้าหน้าที่การค้า นักบัญชีต้องรอเอกสารจากเจ้าหน้าที่พัสดุหลายประเภท เช่น ยา เวชภัณฑ์มีใบยา ว.การแพทย์ ฯลฯ หากเจ้าหน้าที่พัสดุไม่เข้าใจระบบการบันทึกบัญชีตามนโยบาย คู่มือบัญชี และเจ้าหน้าที่พัสดุไม่ส่งหลักฐานในวันตรวจรับนักบัญชีก็รับรู้ไม่เป็นไปตามนโยบาย การแยกประเภทวัสดุ ของเจ้าหน้าที่พัสดุไม่ถูกต้อง เช่น เป็นวัสดุประเภทเวชภัณฑ์มีใบยาแต่เจ้าหน้าที่พัสดุขอชื่อเป็นวัสดุ ว.การแพทย์ นักบัญชีบันทึกบัญชีเป็น ว.การแพทย์ การจัดทำทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่การค้ายังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เช่น วันเดือนปีชำระหนี้ มีการชำระหนี้แล้วแต่ไม่บันทึกในทะเบียนทำให้ยอดคงเหลือในทะเบียนสูงกว่าบัญชีการตั้งค่าใช้จ่ายค่าง่าย บางหน่วยงานไม่ตั้งค่าใช้จ่ายค่าง่าย เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทน

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านเจ้าหน้าที่การค้า ค่าใช้จ่ายค่าง่ายและหนี้สินอื่น คือ การแยกประเภทวัสดุต้องแยกให้ถูกต้องตั้งแต่เจ้าหน้าที่พัสดุ นักบัญชีบันทึกตามเอกสารเจ้าหน้าที่พัสดุการจัดทำทะเบียน ต้องลงให้ครบถ้วนทันเวลา

สาเหตุที่ทำให้ด้านลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่นต่ำที่สุด อันดับ 1 การบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในสิทธิชำระเงินเองให้ตรงกับ Electronic File ร้อยละ 61.39 ส่วนอันดับ 2 และ 3 คือ การรับรู้ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลเป็นไปตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสิทธิ UC ร้อยละ 61.88 และสิทธิชำระเงินเอง ร้อยละ 70.63 ตัวอย่างที่ตรวจพบ นักบัญชีได้ข้อมูลการมารับบริการจากระบบ Hos XP ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันท่วงการแยกสิทธิ/รวบรวมสิทธิผู้มารับบริการไม่ถูกต้องกับผังบัญชีการจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล บันทึกไม่ครบถ้วน เป็นปัจจุบันทำให้ยอดคงเหลือในทะเบียนไม่ตรงกับบัญชี

ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาด้านลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น คือ การบันทึกข้อมูลการมารับบริการเจ้าหน้าที่ต้องบันทึกให้ครบถ้วนส่วนใหญ่จะบันทึกเฉพาะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่ไม่บันทึกส่วนใหญ่คือ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และผู้รับผิดชอบในการสรุปค่ารักษาพยาบาลต้องสรุปให้ครบถ้วน ทันเวลา

บรรณานุกรม

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. คู่มือบัญชี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2557

Original article

การใช้บริการของผู้บริโภคและความคาดหวังต่ออาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล

มลวัลย์ ฤาชัยชา, ส.ม.*

จิรนนท์ แก้วกล้า, วท.ด.,**

สุวัฒน์ ศรีสรณ์, สด.ด. ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลของผู้บริโภคและความคาดหวัง เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2556 เลือกสถานที่โดยกำหนดเลือกโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีการจัดบริการตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลตามนโยบายอาหารปลอดภัยและนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 1 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริโภคที่มาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญ 95%

ผลการวิจัย พบว่า เพศหญิง เป็นผู้ใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยมากที่สุด (ร้อยละ 93.7) พฤติกรรมการใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล พบว่า ผู้บริโภคมาซื้ออาหารปลอดภัยเป็นประจำ (ร้อยละ 56.3) โดยชนิดสินค้าที่เลือกซื้อมากที่สุดคือ ผักสด (ร้อยละ 77.9) ค่าใช้จ่ายที่ซื้ออาหารต่อครั้งประมาณ 101-200 บาท (ร้อยละ 47.4) ผู้บริโภคมีความคาดหวังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ การจัดให้มีพื้นที่เพียงพอต่อผู้มาใช้บริการ และการตรวจวิเคราะห์คุณภาพความปลอดภัยของอาหารและแจ้งผลตรวจให้ทราบ การทดสอบทางสถิติพบความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการซื้อของผู้บริโภคต่อตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้บริโภคมีความคาดหวังต่อการใช้บริการ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาตลาดอาหารปลอดภัยให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้บริโภคต่อไป

คำสำคัญ : ความคาดหวัง, ตลาดอาหารปลอดภัย, โรงพยาบาล

* Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.

** Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding author

*** Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University.

Consumers Used and Expectation of Food Safety Market in the Hospital

Maliwan Ruechaisa, M.P.H.

Jeeranun Klaewkla, D.Sc.

Suwat Srisorachatr, D.A.

Abstract

This study was survey research (a cross-sectional study). The purpose was to determine consumers used and expectation of food safety market in the hospital. Data collection was done in February, 2013. Selecting 1 provincial hospital which being managed food safety market in the hospital as the National food safety policy and Health Promoting Hospitals policy. The sample consisted of 190 consumers who used the services at the food safety market in the Hospital. The instrument used was a questionnaire. Statistical analysis by Chi-square testing was utilized, at the significance level of 95%.

The results of this study showed that females are the most frequent users of the services of the food safety market (93.7%). Consumers reported using the services of the food safety market regularly (56.3%). The most common goods and products primarily purchased were fresh vegetables free from pesticides (77.9%). The average amount paid for goods and products was about 101-200 baht per time (47.7%). The highest consumer expectations were the accessibility to the food safety market, the appropriate market area and the inspection of the food products which were reported to the consumers. The chi-square test showed that cost payment per visit with consumer's expectation for the food safety market in Hospital, were significantly associated ($p < 0.05$).

In conclusion the consumer's expected to use the services of the food safety market. Then a food safety market should be developed in the hospital to meet consumer expectations.

Keywords: Expectation, Food Safety Market, Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์พิษภัยในอาหารในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่พบคือ โรคจากอาหารเป็นพิษ การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอาหาร และการปนเปื้อนของสารเคมีในอาหาร รวมทั้งในกระบวนการผลิตอาหารที่เกิดจากกระบวนการเตรียม การปรุง การเก็บรักษาที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงการปนเปื้อนจากเชื้อที่ก่อโรคทำให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ และมีผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้บริโภค ปี 2551 กระทรวงสาธารณสุข ได้สำรวจอาหารสดทั่วประเทศ ทั้งหมดจำนวน 159,684 ตัวอย่าง พบสารปนเปื้อนในอาหารจำนวน 3,362 ตัวอย่าง รองลงมาได้แก่ ยาฆ่าแมลง พบมากในผักกาดขาว เช่น ผักชี คื่นช่าย ผักกาดขาว กะหล่ำปลี จำนวน 2,449 ตัวอย่าง พอร์มาลินในอาหารทะเล จำนวน 376 ตัวอย่าง และสารฟอกขาวที่ใช้ในถั่วงอกและหน่อไม้พบจำนวน 83 ตัวอย่าง ส่วนปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากความไม่สะอาดปลอดภัยของอาหาร การปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหาร ปี 2552 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 1,284,148 ราย อัตราป่วย 2,023.64 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 65 ราย อัตราตาย 0.10 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.01 เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,544.46 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2543 เป็น 2,023.64 ต่อประชากร แสนคนในปี พ.ศ. 2552 และโรคอุจจาระร่วงมีอัตราป่วยสูงระดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารของจังหวัดจันทบุรี จากข้อมูลรายงานตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารระดับจังหวัด ตามแผนบูรณาการด้านอาหารปลอดภัยของจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 จากการเก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจจำนวน 1,736 ตัวอย่าง (บอร์แรกซ์ 256 ตัวอย่าง สารฟอกขาว 272 ตัวอย่าง สารกันรา 311 ตัวอย่าง พอร์มาลิน 289 ตัวอย่าง ยาฆ่าแมลง 587 ตัวอย่างและแอลฟาโทคซิน 21 ตัวอย่าง) พบสารปนเปื้อนจากยาฆ่าแมลง 13 ตัวอย่าง ในผักชีฝรั่ง ผักบุ้งจีน คื่นช่าย ถั่วฝักยาว ผักกาดหอม พริกชี้ฟ้า กะหล่ำปลี และพบพอร์มาลิน

2 ตัวอย่าง ในสับไบนาง ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรในจังหวัดจันทบุรี คือ โรคมะเร็ง ตั้งแต่ปี 2549-2553 จำนวน 309, 367, 395, 418 และ 413 รายตามลำดับ

การดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า สืบเนื่องมาจากนโยบายอาหารปลอดภัย (Food safety) กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) ปี 2554 มีตัวแทนเกษตรกรที่ผ่านการรับรองฟาร์มเกษตรอินทรีย์มาประสานเพื่อขอส่งผักปลอดภัยสำหรับจัดบริการผู้ป่วยใน และนำมาจำหน่ายให้แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับความต้องการของทางโรงพยาบาลและกลุ่มผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นการลดความรุนแรงของสถานการณ์โรคจากการบริโภคอาหารไม่ปลอดภัยของประชาชนในจังหวัดจันทบุรีได้ในระดับหนึ่ง

ระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันการดำเนินงานดังกล่าวยังพบปัญหาและอุปสรรคในด้านสถานที่ตั้งตลาดซึ่งเป็นแผงจำหน่ายอาหารที่ไม่ใช่ตัวอาคารถาวร มีการเคลื่อนย้ายบ่อยครั้งกรณีที่มีการจัดโครงการ หรือกิจกรรมพิเศษต่างๆ ขึ้นซึ่งต้องใช้พื้นที่เดียวกัน ในปี 2555 ผู้บริหารเห็นความสำคัญจึงประกาศนโยบายในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดพื้นที่นันทนาการศึกษาเนื่องจากมีรูปแบบการดำเนินงานที่ใกล้เคียงกัน เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้บริโภคต่อตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และนำมาปรับใช้ในการพัฒนาจุดจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการ และความคาดหวังของผู้บริโภคที่มาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้บริการ กับความคาดหวังของผู้บริโภคที่มาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาผู้ที่มาใช้บริการอาหารปลอดภัยในตลาดอาหารปลอดภัยที่จัดขึ้นภายในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2556 เท่านั้น

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

กลุ่มประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้บริโภคผู้ที่เข้ามาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัยที่จุดจำหน่ายอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ผู้มาประสานงานติดต่อราชการ และประชาชนทั่วไป โดยอาหารปลอดภัย ที่นำมาจำหน่ายที่ตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ซึ่งประกอบด้วยวัตถุดิบประเภทพืชผักสด และผลไม้สดปลอดสารพิษ หรือวัตถุดิบแปรรูป ได้แก่ อาหารปรุงสุกพร้อมบริโภค เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และขนมพื้นบ้านชนิดต่างๆ

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อการประมาณสัดส่วน ดังนี้

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

โดยที่ n = ขนาดตัวอย่างจำนวนประชากร

$$Z / 2 = \text{ค่ามาตรฐานภายในโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น } 95\% = 1.96$$

P = ร้อยละความคาดหวังของผู้บริโภคที่ได้จากการศึกษานำร่อง = 85.5

$$Q = 1-P$$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{(1.96)^2(0.855)(1-0.855)}{(0.05)^2} = 190.42$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 190 คน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้บริการ กับความคาดหวัง และโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดนัยสถิติที่ $p < 0.05$

สถานที่ทำวิจัย

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริโภคที่มาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย ข้อมูลทั่วไปอธิบายลักษณะของเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ปรุงอาหาร โรคประจำตัว และประเภทผู้ให้บริการ ผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริโภคอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.7) มีอายุระหว่าง 51-80 ปี (ร้อยละ 52.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 50.20 ปี อายุต่ำสุด คือ 16 ปี และอายุสูงสุด คือ 80 ปี มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 40.5) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 63.7) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และสูงกว่า (ร้อยละ 49.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 57.9) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 48.9) เป็นผู้ประกอบอาหารเองบ่อยครั้ง หรือทุกวัน (ร้อยละ 60.5) สมาชิกในครอบครัวรวมถึงตัวผู้บริโภคเองไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 36.8) ในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคเรื้อรัง

เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.7) และโรคอื่นๆ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (ร้อยละ 38.5) ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคเก๊าท์ โรคไทรอยด์ โรคกระดูก และ ตารางที่ 1 โรคมะเร็ง (ร้อยละ 48.3) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเป็นเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริโภคที่เข้ามาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย (n = 190)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	6.3
หญิง	178	93.7
อายุ (ปี)		
15-50	90	47.4
51-80	100	52.6
Mean $\pm$ S.D. 50.20 $\pm$ 11.49, Minimum – Maximum 16 – 80		
อาชีพ		
แม่บ้าน, ค้าขาย, รับจ้าง	70	36.8
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	77	40.5
ธุรกิจส่วนตัว, พนักงานบริษัท, อื่นๆ	43	22.6
สถานภาพ		
โสด	35	18.4
สมรส/คู่	121	63.7
หม้าย, หย่า/แยก	34	17.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา, ไม่ได้เรียน	42	22.1
มัธยมศึกษา	54	28.4
ปริญญาตรี และสูงกว่า	94	49.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
>10,000 – 20,000 บาท	110	57.9
20,000 - 40,000 บาท	80	42.1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริโภคที่เข้ามาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย (n = 190) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	90	47.4
4-6 คน	93	48.9
7-10 คน	7	3.7
ผู้ปรุงอาหาร		
ไม่ใช่, ใช่ บางครั้ง/นานครั้ง	75	39.5
ใช่ บ่อยครั้ง, ทุกวัน	115	60.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	70	36.8
มี	120	63.2
- โรคเรื้อรัง	62	51.7
- โรคอื่น ๆ	58	48.3
ประเภทผู้ใช้บริการ		
ผู้ป่วยนอก,ญาติผู้ป่วย	74	38.9
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	73	38.5
ผู้มาติดต่อราชการ, ประชาชนทั่วไป	43	22.6

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภค ด้านพฤติกรรมการใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย พบว่า มาใช้บริการเป็นประจำ (ร้อยละ 56.3) ประเภทสินค้าที่เลือกซื้อสูงสุดเป็นอันดับแรก คือ ผักสด (ร้อยละ 77.9) รองลงมา

คือ ขนมพื้นบ้าน (ร้อยละ 58.4) ผลไม้ (ร้อยละ 44.7) และอาหารปรุงสุก (ร้อยละ 44.2) ส่วนใหญ่เงินใช้จ่ายในการซื้ออาหาร 101-200 บาท (ร้อยละ 47.4) ช่วงเวลาที่มีผู้บริโภคมาซื้ออาหารมากที่สุด คือ 07.00-10.00 น. (ร้อยละ 50.6)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย		
ครั้งแรก	24	12.6
นานๆครั้ง	59	31.1
ประจำ	107	56.3
ชนิดสินค้าที่เลือกซื้อประจำ		
ผักสด	148	77.9
ผลไม้	85	44.7
เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ	66	34.7
ขนมพื้นบ้าน	111	58.4
อาหารปรุงสุก	84	44.2
อาหารทะเล (สุก)	13	6.8
ของใช้ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และอื่นๆ	19	10.0
ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการซื้อ		
ต่ำกว่า 100 บาท	77	40.5
101 – 200 บาท	90	47.4
201 – 300 บาท	18	9.5
300 บาท ขึ้นไป	5	2.6
ช่วงเวลาในการซื้ออาหาร		
เวลา 07.00 – 10.00 น.	96	50.6
เวลา 10.00 – 12.00 น.	74	38.9
เวลา 12.00 – 14.00 น.	20	10.5

จากตารางที่ 3 การศึกษาความรู้ในการบริโภค ระดับต่ำ (ร้อยละ 40.0) ค่าเฉลี่ยของคะแนน คือ 9.98 อาหารปลอดภัยของผู้บริโภค พบว่า มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 47.9) รองลงมา มีความรู้ใน

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับความพึงพอใจของผู้บริโภคที่มาใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย
(n = 190)

พฤติกรรม	ความคาดหวัง						X ²	df	P-value
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		สูง จำนวน (ร้อยละ)					
การมาใช้บริการ							5.597	4	0.231
ครั้งแรก	14	58.3	9	37.5	1	4.2			
นานๆครั้ง	25	42.4	30	50.8	4	6.8			
ประจำ	60	56.1	36	33.6	11	10.3			
ชนิดสินค้าที่เลือกซื้อ									
1.อาหารสด							1.415	4	0.842
ไม่ซื้อ	25	48.1	21	40.4	6	11.5			
ซื้ออย่างใดอย่างหนึ่ง	39	52.0	31	41.3	5	6.7			
ซื้อทุกอย่าง	35	55.6	23	36.5	5	7.9			
2.อาหารปรุงสุก							1.415	4	0.842
ไม่ซื้อ	25	48.1	21	40.4	6	11.5			
ซื้ออย่างใดอย่างหนึ่ง	39	52.0	31	41.3	5	6.7			
ซื้อทุกอย่าง	35	55.6	23	36.5	5	7.9			
3.อื่นๆ							4.631	4	0.327
ไม่ซื้อ	52	46.0	51	45.1	10	8.8			
ซื้ออย่างใดอย่างหนึ่ง	42	60.9	22	31.9	5	7.2			
ซื้อทุกอย่าง	5	62.5	2	31.9	1	12.5			
ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง							9.688	2	0.008*
ต่ำกว่า 200 บาท	94	56.3	60	35.9	13	7.8			
200 บาทขึ้นไป	5	21.7	15	65.2	3	13.0			
ช่วงเวลาในการซื้ออาหาร							3.084	4	0.544
07.00-10.00 น.	49	51.0	36	37.5	11	11.5			
10.00-12.00 น.	40	54.1	31	41.9	3	4.1			
12.00-14.00 น.	10	50.0	8	40.0	2	10.0			

• P-value < 0.05

การอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับกรทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.7) มีอายุระหว่าง 51-80 ปี (ร้อยละ 52.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 50.20 ปี อายุต่ำสุด คือ 16 ปี และอายุสูงสุด คือ 80 ปี มีอาชีพหลัก คือ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 40.5) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 63.7) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และสูงกว่า (ร้อยละ 49.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 34.7) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 49.5) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้บริโภคเป็นผู้ประกอบอาหารเองบ่อยครั้ง หรือทุกวัน (ร้อยละ 60.5) สมาชิกในครอบครัวรวมถึงตัวผู้บริโภคเองไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 36.8) อีกส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัว กลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.7) กลุ่มโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคเก๊าท์ โรคไทรอยด์ โรคกระดูก และโรคเมะเร็ง (ร้อยละ 48.3) ส่วนใหญ่ผู้บริโภคเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (ร้อยละ 38.4) สอดคล้องกับการศึกษาของ สลักจิต ศิรินันท์¹⁴ พบว่า แม่บ้านที่ตัดสินใจบริโภคผักปลอดสารพิษส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่า (ร้อยละ 54.1) อาชีพหลัก รับราชการ/เจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 34.5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน (ร้อยละ 47.3) และแม่บ้านเป็นผู้ประกอบอาหารเอง (ร้อยละ 50.7) ซึ่งใกล้เคียงกันกับผลการศึกษานี้ แต่มีความแตกต่างด้านอายุของกลุ่มผู้บริโภค ซึ่งอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งการศึกษานี้ผู้บริโภคมีอายุ 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่มีโรคประจำตัวมากจึงอาจมีความสนใจ และหันมาบริโภคอาหารปลอดภัยมากขึ้นกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ

ด้านพฤติกรรมการใช้บริการตลาดอาหารปลอดภัย พบว่ากลุ่มผู้บริโภคมาซื้ออาหารเป็นประจำ (ร้อยละ 56.3) ซึ่งเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมากที่สุด เพราะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และอยู่ใกล้หน่วยงานสามารถเดินทางมาซื้ออาหารปลอดภัยได้สะดวก รองลงมา คือ มานานๆ ครั้ง (ร้อยละ 31.1) เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้มาติดต่อราชการ และประชาชนทั่วไป ซึ่งได้เข้ามาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว คือ มาตามแพทย์นัด หรือมีกิจธุระมาประสานงานติดต่อราชการเท่านั้น ประเภทสินค้าที่เลือกซื้อสูงสุดเป็นอันดับแรก คือ

ผักสด (ร้อยละ 77.9) รองลงมา คือ ขนมพื้นบ้าน (ร้อยละ 58.4) ผลไม้ (ร้อยละ 44.7) และอาหารปรุงสุก (ร้อยละ 44.2) ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารส่วนมาก คือ 101-200 บาท (ร้อยละ 47.4) ช่วงเวลาที่มีผู้บริโภคมาซื้ออาหารมากที่สุด 07.00-10.00 น. (ร้อยละ 50.5) ซึ่งผู้บริโภคให้ เหตุผลว่าที่สะดวกมาซื้อในช่วงเวลานี้เพราะก่อนเวลาเข้าทำงาน การที่เลือกซื้อก่อนทำให้ได้ของที่สุดใหม่กว่า หากซื้อช่วงเวลาอื่นบางครั้งสภาพของผักเหี่ยวเฉาไม่น่าซื้อ และการที่มาก่อนทำให้มีโอกาสเลือกซื้อสินค้าที่ต้องการได้หลากหลายกว่า ถ้ามาซื้อในช่วงเวลาอื่นอาจทำให้สินค้าที่ต้องการบางชนิดหมดก่อน ซึ่งสอดคล้องกับ ชูชัย สมितिไกร⁷ กล่าวถึงพฤติกรรมผู้บริโภค คือ มีการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าหรือบริการ โดยผู้บริโภคมีความตระหนักถึงความต้องการ การประเมินทางเลือกต่างๆ การตัดสินใจซื้อ และการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้าหรือบริการที่ผู้บริโภคต้องการ

ด้านความคาดหวังของผู้บริโภคต่อตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า ผู้บริโภคมีความคาดหวังระดับต่ำ (ร้อยละ 52.1) รองลงมา มีความคาดหวังระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.5) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคะแนน คือ 15.75 ± 3.620 ต่ำสุด คือ 10 คะแนนสูงสุด คือ 27 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความคาดหวังของผู้บริโภค พบว่า เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ปรุงอาหาร โรคประจำตัว ประเภทผู้บริโภค ไม่มีความสัมพันธ์ ($p>0.05$) กับความคาดหวังของผู้บริโภค ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ของวิจิต วรกาญจน์²⁰, วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ และคนอื่น ๆ และ อนงค์ เอื้อวัฒนา พบว่า ผู้บริโภคที่มีอาชีพรับราชการมีความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ผู้บริโภคที่มีสถานภาพสมรส/คู่ มีความคาดหวังระดับสูงไม่แตกต่างกับสถานภาพโสด และหม้าย/หย่า/แยก ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีความคาดหวังสูงกว่าระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ส่วนรายได้ ผู้บริโภคที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000-40,000 บาท มีความคาดหวังสูงกว่าผู้บริโภคที่มีรายได้ต่ำกว่า คราวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 4-6 คน มีความคาดหวังสูงกว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 1-3 คน และ 7-10 คน

ผู้บริโภคที่เป็นผู้ปรุงอาหารเองบางครั้งหรือนานๆ ครั้ง มีความคาดหวังสูงกว่าผู้ที่ปรุงอาหารบ่อยครั้ง/ทุกวัน ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีความคาดหวังสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว และผู้บริโภคที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีความคาดหวังสูงกว่าผู้บริโภคกลุ่มอื่นๆ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้บริการกับความคาดหวังของผู้บริโภค พบว่า การมาใช้บริการ ชนิดสินค้าที่เลือกซื้อ ช่วงเวลาในการเลือกซื้ออาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้บริโภค แต่ค่าใช้จ่ายต่อครั้งมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารปลอดภัยน้อยกว่า 200 บาทต่อครั้งจะมีความคาดหวังต่ำกว่าผู้ที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.จากการศึกษาความรู้ในการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค พบว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความรู้ในระดับต่ำ ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารปลอดภัยแก่ผู้บริโภคที่หลากหลายช่องทาง เพื่อสื่อสารให้ผู้บริโภคมีการรับรู้ และเกิดความตระหนักในการใส่ใจต่อการบริโภคอาหารปลอดภัยมากขึ้น

2.จากการศึกษาความคาดหวังของผู้บริโภค พบว่า ผู้บริโภคมีความคาดหวังมากที่สุด 3 อันดับ คือ ความสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ การจัดพื้นที่ให้เพียงพอต่อผู้มาใช้บริการ การตรวจวิเคราะห์คุณภาพความปลอดภัยของอาหาร และแจ้งผลตรวจให้ทราบ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพด้านความปลอดภัย เพิ่มความมั่นใจ และความน่าเชื่อถือประกอบการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารปลอดภัยในตลาดแห่งนี้

บรรณานุกรม

1. สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และภาคีเครือข่ายด้านอาหารและโภชนาการ. การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ความเชื่อมโยงด้านอาหารสู่ความมั่นคงด้านโภชนาการ. ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา 10-12 กันยายน 2555.

2. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักสดปลอดภัยเคมี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานผลการตรวจเฝ้าระวังสารเคมีปนเปื้อนในอาหารทั่วประเทศ. 2546.
4. รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดจันทบุรี รอบ 12 เดือนประจำปีงบประมาณ 2554 ชื่อตัวชี้วัด : 1.2.7ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ความปลอดภัยด้านอาหารระดับจังหวัด. [ออนไลน์]. [อ้างเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2555] จาก http://123.242.175.171/IT1/document/54_1.2.7.doc
5. กลุ่มงานโภชนาการ. โครงการนำเกษตรอินทรีย์มาใช้ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี. โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. กรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555.
6. สำนักที่ปรึกษาและสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย. รายงานการดำเนินงานอาหารปลอดภัยครบวงจรของ 5 โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สมเจริญพาณิชย์; 2549.
7. ชูชัย สมิตไกร. พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
8. อองอาจ ปทะวานิช. การโฆษณาและกลยุทธ์การส่งเสริมการขาย. กรุงเทพฯ: แสงดาว; 2550.
9. อรณัฐ ชื่นบาน. พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารสดของประชาชนในตำบลก้านดินพุดผก อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. [ภาคนิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
10. สุตาพร กุณทลบุตร. หลักการตลาดสมัยใหม่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. ศิริชัย เดชานฤมิตร. อาหารปลอดภัยกับทิศทางการผลิตการตลาดและพฤติกรรมของผู้บริโภค. รายงานสัมมนาเรื่องทางเลือกในการบริโภคเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม; 15-16 ธันวาคม 2536; สำนักงานเกษตรภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่; 2536.

12. พชรินทร์ สีนันทวงศ์. พฤติกรรมการบริโภคผักปลอดสารพิษของประชาชนในเขตเทศบาล นครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
13. ปิยรัตน์ นิมสกุล. การยอมรับการนำผักปลอดสารพิษ มาบริโภคของแม่บ้านในกรุงเทพมหานคร ศึกษากรณี เขตดอนเมือง. [ปริญญาวิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหา บัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
14. สลักจิต ศรินานันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือก บริโภคผักปลอดสารพิษของแม่บ้านในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
15. กานดา ผรณเกียรติ. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางด้าน สังคมที่สัมพันธ์กับการปลูกผักปลอดสารพิษ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2542.
16. วิไล ท้วมกลัด. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อและ พฤติกรรมการบริโภคผักปลอดสารพิษในเขต กรุงเทพมหานคร. [ปริญญาวิทยานิพนธ์ บัณฑิต วิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2543.
17. เครือวัลย์ พงษ์ประเสริฐชัย, ประเสริฐ ก้องพานิชกุล และพิทักษ์ วังวรารังกูร. การศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภค เกี่ยวกับอาหารปลอดสารเคมี. วารสารบริหารธุรกิจ 2539; 19 (72): 81-96.
18. ประสงค์ อยู่สำราญ. รูปแบบองค์การผู้บริโภคที่เหมาะสม สำหรับอาหารปลอดสารพิษในระบบเกษตรกรรม ยั่งยืน ระยะที่ 1. [วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมูลนิธิพัฒนา ศักยภาพชุมชน]. 2542.
19. บังอร สุขจันทร์. การรับรู้และความต้องการผักปลอด สารพิษของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย แม่โจ้; 2542.
20. วิจิต วรรณจัน. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับ บริการที่ดีต่อระบบบริการของโรงพยาบาลทบสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. [ภาคินพนธ์หลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
21. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ประมวลสาระชุดวิชา สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ณตพงษ์ ศรีคำม้วน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่ 30 เมษายน 2557) ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี สุ่มตัวอย่างโดยตารางสุ่มของเครชีและมอร์แกนได้จำนวน 394 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามหลักการสร้างเครื่องมือ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิด และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทักษะคิดมีค่า r เท่ากับ 0.13 และการรับรู้ มีค่า r เท่ากับ 0.13 เช่นกัน ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร, การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยความเพียงพอของทรัพยากร มีค่า r เท่ากับ 0.36 และการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค มีค่า r เท่ากับ 0.55 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคคลผู้ใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า r เท่ากับ 0.58

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ในการกำหนดรูปแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมตามลำดับ

บทนำ

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจพบในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมา ก็มีรายงานการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศไทยเฉพาะในปี พ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในประเทศไทยเท่าที่เคยมีรายงาน พบผู้ป่วยจำนวน 174,285 ราย ตาย 1,007 ราย ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ ทุกจังหวัดและอำเภอ

การกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา สถานการณ์ทั่วไป ; จากรายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 9 กรกฎาคม 2556 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 67,889 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 105.95 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2555 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 218.9 (3.2 เท่า) จำนวนผู้ป่วยตาย 71 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10

ระดับภาค อัตราป่วยสะสมในระดับภาค พบว่าภาคใต้ อัตราป่วยสูงสุด 167.26 ต่อแสนประชากร ระดับเขตเครือข่ายบริการ อัตราป่วยสะสมในระดับเขต พบว่าเขต 11 อัตราป่วย 186.13 ต่อแสนประชากร ระดับจังหวัด เฉพาะในช่วงเดือนกรกฎาคม 2556 จังหวัดที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย อัตราป่วยสูงสุด 17.85 ต่อแสนประชากร (214 ราย) รองลงมา คือ สงขลา อัตราป่วย 6.00 ต่อแสนประชากร (82 ราย) พะเยา อัตราป่วย 5.55 ต่อแสนประชากร (27 ราย) ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 29.09) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนักเรียน (ร้อยละ 48.58) จำนวนผู้ป่วยตาย 133 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยตายสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 27.82) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนักเรียน (ร้อยละ 48.12) (สำนักระบาดวิทยา. 2556)

จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 2,340 ราย อัตราป่วย 331.18 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ป่วยตาย 2 ราย อัตราป่วยตาย เท่ากับร้อยละ 0.28 จัดอยู่ในอันดับ 9 ของประเทศที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

มากที่สุด 10 อันดับแรกของประเทศ ในปี 25561 ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม เป็นเขตรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งที่ผ่านมาได้จัดทำโครงการและกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โดยให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วม การเกิดพฤติกรรมใดๆจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้นเป็นแนวทางการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่างๆอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษา

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตไว้ดังต่อไปนี้

ขอบเขตเนื้อหา กำหนดตัวแปรต้นไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ 2) ปัจจัยเอื้อ และ 3) ปัจจัยเสริม ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ขอบเขตระยะเวลาศึกษาปี 2557 โดยกำหนดจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2557

ขอบเขตประชากร ทำการศึกษาในประชาชนที่มีอายุ 15-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาลเมืองนครพนม ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ประชากร ณ วันที่ 30 เมษายน 2557

จำนวนทั้งสิ้น 27,680 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสุ่มของเครซีและมอร์แกน² ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 394 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามหลักการสร้างเครื่องมือ ทั้งนี้โดยครอบคลุมประเด็นเนื้อหาของการศึกษา³ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รวมทั้งประเด็นด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ได้แก่

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค

2.2 ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมโรค

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่

3.1 ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค

3.2 ทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ² โดยหาความตรง

เชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจากกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.86 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนที่เป็นความรู้ ความเพียงพอ และการมีทักษะในการใช้ทรัพยากร ด้วยสูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76, 0.74 และ 0.77 ตามลำดับ ส่วนทัศนคติ การรับรู้ การได้รับคำแนะนำและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, 0.71 และ 0.77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2557 โดยสอบถามจากประชาชนที่มีอายุ 15-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่ 30 เมษายน 2557) จำนวน 394 คน ด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามหลักการ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป⁴ ตามเงื่อนไขที่กำหนด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 394)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	23.9
หญิง	300	76.1
อายุ		
15- 35 ปี	85	21.5
36 – 60 ปี	301	76.4
61 ปีขึ้นไป	8	2.1
X =0.6 S.D. =9.4		
การศึกษา		
มัธยมศึกษา	66	16.7
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	129	32.7
ปริญญาตรี	174	44.2
สูงกว่าปริญญาตรี	25	6.4

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่ม 36-60 ปี ร้อยละ 76.4 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 40.6 ปี การศึกษา ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.1 อายุระหว่าง ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.2

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัยนำ (n=394)

ปัจจัยนำ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้	238	60.3	155	39.4	1	0.3
ทัศนคติ	299	75.8	95	24.2	0	0.0
การรับรู้	308	78.2	86	21.8	0	0.0

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก เท่ากับร้อยละ 60.3 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 39.4 และระดับน้อย เท่ากับร้อยละ 0.3 ด้านทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี เท่ากับร้อยละ 75.8 ระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 24.2 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่ดีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก เท่ากับร้อยละ 78.2 รองลงมาคือปานกลาง เท่ากับร้อยละ 21.8 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัยเอื้อ (n=394)

ปัจจัยนำ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอ	195	49.4	184	46.7	15	3.9
ทักษะในการใช้	240	60.9	141	35.8	13	3.3

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับมาก เท่ากับร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 46.7 และมีเพียงร้อยละ 3.9 ที่มีความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย ส่วนทักษะ

ในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก เท่ากับร้อยละ 60.9 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 35.8 และมีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ยังมีทักษะในการใช้ทรัพยากรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัยเสริม (n=394)

ปัจจัยนำ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้น	255	64.6	129	32.7	11	2.7

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลใกล้ชิด อยู่ในระดับมาก เท่ากับร้อยละ 64.6 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง เท่ากับ

ร้อยละ 32.7 และยังมีร้อยละ 2.7 ที่ยังได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคคลใกล้ชิด ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (n=394)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	277	70.3
ระดับปานกลาง	112	28.5
ระดับน้อย	5	1.2

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก เท่ากับร้อยละ 70.3 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 28.5 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.2 ที่มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-Value
ปัจจัยนำ		
- ความรู้	0.05	0.33
- ทศนคติ	0.13	0.02*
- การรับรู้	0.13	0.02*
ปัจจัยเอื้อ		
- ความเพียงพอของทรัพยากร	0.36	0.00**
- การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร	0.58	0.00**
ปัจจัยเสริม		
- การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือน	0.58	0.00**

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

จากตาราง 6 ผลการทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยนำ ด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทัศนคติและการรับรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า r เท่ากับ 0.13 ค่า P เท่ากับ 0.02 และค่า r เท่ากับ 0.13 และค่า p เท่ากับ 0.02 เท่ากัน ปัจจัยเอื้อทั้งความเพียงพอของทรัพยากรและการมีทักษะ

ในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่า r เท่ากับ 0.36 ค่า P เท่ากับ 0.00 และค่า r เท่ากับ 0.55 และค่า P เท่ากับ 0.00 ตามลำดับ ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า r เท่ากับ 0.58 และค่า P เท่ากับ 0.00

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 394 คน สุ่มโดยใช้ตารางสุ่มของเครซีและมอร์แกน เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมประเด็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ 2) ปัจจัยเอื้อ และ 3) ปัจจัยเสริม จึงขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และการรับรู้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับมาก แต่ยังคงขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเนื่องจากขาดประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน ตลอดจนขาดแรงจูงใจในองค์ประกอบอื่นด้วย เช่น ปริมาณรายได้และการทำมาหาเลี้ยงชีพ ส่วนทัศนคติและการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า เมื่อมีการเรียนรู้และเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ด้วยเช่นกัน⁵

2) ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยความเพียงพอของทรัพยากร และการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อภิปรายได้ว่า เมื่อมีทรัพยากรอย่างเพียงพอและมีทักษะในการใช้ทรัพยากรนั้นอย่างเพียงพอก็จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นด้วย

3) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วยการได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคคลอื่นใดใกล้ชิด จากผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อภิปรายได้ว่าเมื่อได้รับคำแนะนำแล้วปฏิบัติตามก็เกิดการยอมรับเป็น

กลไกทางสังคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

- ควรสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออก

- ควรให้บุคคลที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครออกให้คำแนะนำกระตุ้นเตือนประชาชนในประเด็นต่างๆอย่างต่อเนื่อง

- ควรมีการประสานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอต่อการใช้งาน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- ควรมีการทำการศึกษาย่อยเจาะลึก หรือแบบเชิงปฏิบัติการ หรือกึ่งทดลอง ในประเด็นศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ หรือประเด็นอื่นๆ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

บรรณานุกรม

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำเดือนมีนาคม. เอกสารอัดสำเนา. 2557
2. บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จาร์วีโปรดักท์. 2547
3. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : ป.สัมพันธ์พาณิชย์. 2532
4. กัลยา วาณิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542
5. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา. คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2552

Original article

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกบ้านโนนรัง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

บรรจบ พรหมสา,สม.(การบริหารงานสาธารณสุข)
กิตติ เหลาสุภาพ,Ph.D. (Public Health)

รพ.สต.นาคำ สสอ.ศรีสงคราม จังหวัดนครพนม.
อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตรวิทยาลัยแพทยศาสตร์และ
การสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมสำหรับหมู่บ้านโนนรัง ตำบลนาคำ อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนมแบบเน้นการไม่ใช้สารเคมีโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้านน้อยกว่า 10 และค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในวัดและโรงเรียนเท่ากับ 0 ในการวัดผลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้แทนของครอบครัว จำนวน 95 คนเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม มีการประเมินผลก่อนและหลังดำเนินการในระยะ 3, 6, 9 และ 12 เดือน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมสำหรับหมู่บ้านโนนรัง ได้แก่ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างความตระหนักว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคน การดำเนินงานมีการวางแผน ดำเนินการตามแผน ประเมินผลและปรับปรุงวิธีการอย่างต่อเนื่อง โดยคะแนนการมีส่วนร่วมเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ 6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=71.7$ SD=16.6, $\bar{X}=78.5$ SD=15.5) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภายหลังสิ้นสุดโครงการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=89.9$ SD=11.4) เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean different=11.4, 95% CI =10.5-12.3) ผลการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำในบ้าน (HI) และดัชนีลูกน้ำในวัดและศูนย์เด็กเล็ก (CI) ลดลงเป็นศูนย์เมื่อสิ้นสุดโครงการและไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกในปีที่ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องสร้างความตระหนักในการรับผิดชอบร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมและมีการติดตามประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรึกษาและสร้างความมั่นใจในการดำเนินการ

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, การป้องกันโรคไข้เลือดออก

The Development of the Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Model in Nonrang Village, Srisongkhram District, Nakhonphanom Province

Banchob Promsa, Nakham Health Promoting Hospital, Nakhonphanom Province
Kittilaosupap, Ph.D (Public Health), College of Medicine and Public Health,
Ubonratchathani Province

Abstract

This Participatory Action Research aims to develop a model for the prevention of Dengue Hemorrhagic Fever in Nonrang village, Srisongkram District, Nakhon Phanom Province. With emphasis on non-chemicals process, using House index indicator less than 10 and Container index in the temples and school equal to 0 measure of successful. A sample of 95 cases was representative of a family. The tools used were survey form, focus group record and questionnaire, Evaluated before and after operation in 3, 6, 9 and 12 months.

The study found that the proper model for dengue hemorrhagic fever prevention for Nonrang Village include of people participation and creating awareness that prevention of dengue is the duty of everyone. The process consisted of planning, implementing, evaluating and continuously improvement. The mean scores before and after 6 months was moderate ($\bar{X} = 71.7$ SD = 16.6, $\bar{X} = 78.5$ SD = 15.5) when finished the project was high ($\bar{X} = 89.9$ SD = 11.4). There was statistically significant before and after the project (Mean different = 11.4, 95% CI = 10.5-12.3) results showed that the larvae in the index (HI) and the index of larvae in Children's center (CI) decreased to zero at the end of the project and no dengue patients. Suggestions in the development of prevention and control of dengue have to create an awareness of shared responsibility. Create engaging and assessed regularly to ensure the consultation and implementation.

Key word: The development Model, Dengue Hemorrhagic Fever Prevention

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส มีอยู่หลายเป็นพาหะแหล่งเพาะพันธุ์เป็นภาชนะกักเก็บน้ำต่างๆ ทั้งที่มนุษย์สร้างขึ้นและเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2545) ไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชน กำจัดยุงลายตัวแก่ กำจัดลูกน้ำ และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุก 7 วัน เพื่อให้ยุงลายลดความหนาแน่นลงอยู่ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดการระบาดของโรคได้ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2542) โดยทั่วไปมักทำการควบคุมที่ลูกน้ำยุงลาย เพราะสามารถทำได้ง่าย โดยทำได้หลายวิธี เช่น การควบคุมด้านกายภาพ ชีวภาพ และเคมี(กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2545) ในประเทศไทยเริ่มมีการระบาดของโรคครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 มีรายงานผู้ป่วย 2,158 ราย อัตราป่วย 8.8 ต่อประชากรแสนคนอัตราป่วยตายร้อยละ 13.90 โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2530 คือ 174,285 ราย และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.5 โดยในปี พ.ศ. 2541 (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 2553)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องในทุกๆรูปแบบ ในปี พ.ศ.2536 ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 5-14 ปี ลดลง (ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์, 2538) ปัจจุบัน พบว่าอัตราความชุกของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอันเนื่องมาจากพฤติกรรม เช่น การนอนโดยไม่ป้องกันยุงกัด การทำกิจกรรมบริเวณที่มียุงลายชุกชุม นอกจากนี้ ยังไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการควบคุมการแพร่ระบาด

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครพนม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นโดยมีอัตราป่วย 94.12 และ 151.40 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2545 และ 2546 สถานการณ์ในปี 2556 พบผู้ป่วย 2,329 ราย (330.48 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 2 ราย อัตราตาย 0.28 ต่อประชากรแสนคน (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09) ส่วนมากอยู่ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี รองลงมาคือ 15-24 ปี มีแนวโน้มพบในผู้ใหญ่มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครพนม 2556) อำเภอศรีสงคราม พบอัตราป่วยไข้เลือดออก 225.79 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน บ้านโนนรังหมู่ที่ 8 ตำบลนาคำ เป็นหมู่บ้านหนึ่งที่พบปัญหาโรคไข้เลือดออกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2556 จำนวน 3, 2, 0, 0, 1, 5 รายตามลำดับ และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House index) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2556 มีค่าสูง ดังนี้ 56, 35, 30, 20, 34, 30 ตามลำดับ(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาคำ 2556) ประกอบกับการหมู่บ้านได้ตระหนักในปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยเน้นลดการใช้สารเคมี ดำเนินการทางกายภาพ และชีวภาพอย่างจริงจังผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในหมู่บ้านโนนรังหมู่ที่ 8 ตำบลนาคำ อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้ คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการวิจัย (Acting) ขั้นสังเกต (Observing) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

ขั้นการวางแผน/เตรียมการ (Planning)

ผู้วิจัยได้มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกพื้นที่วิจัย เช่น อบต.นาคำ แกนนำ/ประชาชนในหมู่บ้านโนนรังเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือและผู้วิจัยร่วมกับแกนนำชุมชน ได้แก่ อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สอ.บต. ครู และตัวแทนประชาชนเพื่อหารือโดยได้ข้อสรุปว่าควรมีการเชิญภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมทั้ง กสศ. จำนวน 100 คน ซึ่งเคยผ่านการอบรมมาแล้วเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มวิจัย ได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน จุดแข็ง และจุดอ่อน แล้วดำเนินการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้แทนครอบครัวจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	57.9
หญิง	40	42.1
รวม	95	100.0
อายุ		
20-30 ปี	19	20.0
31-40 ปี	31	32.6
41-50 ปี	33	34.7
51-60 ปี	8	8.4
61 ปีขึ้นไป	4	4.3
รวม	95	100.0
Mean=40.0, SD=10.1, Min=23 ปี, Max 65 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	60	63.2
มัธยมศึกษา	26	27.4
ปริญญาตรี	9	9.5
รวม	95	100.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
4,500-10,000 บาทต่อเดือน	35	36.8
10,001-20,000 บาทต่อเดือน	28	29.5
20,001-30,000 บาท/เดือน	19	20.0
30,001-40,000 บาท/เดือน	6	6.3
40,000 บาท ขึ้นไป	7	7.4
รวม	95	100.0
Mdn=15,000 บาท, IQR=20,000, Min=4,500 บาท, Max=60,000 บาท		

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.9) อายุระหว่าง 31-50 ปี (ร้อยละ 67.3) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 63.2) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4,500-10,000 บาท (ร้อยละ 36.8)

ขั้นตอนการปฏิบัติการวิจัย (Acting)

ผลที่ได้จากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมใช้เวลาในการจัดประชุม 2 วัน คือวันที่ 3-4 กันยายน 2556 จัดประชุมโดยใช้สถานที่ ศาลากลางบ้านโนนรัง หมู่ที่ 8 มีวัตถุประสงค์

เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน สมาชิกเทศบาลตำบล (สท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งแนวทางควรสอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชนในหมู่บ้าน ในการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมมีผู้เข้าร่วมประชุม 95 คน มีการแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่มแล้วนำมาสรุปร่วมกัน ผลการประชุมดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC)

ผู้ร่วมประชุม	ขั้นตอน Appreciation : A	ขั้นตอน Influence : I	ขั้นตอน Control : C	แผนงาน/โครงการ	ปัญหาอุปสรรค
- ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน - ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน - สท. 2 คน - อสม. 10 คน - กสศ. 77 คน - ครู 1 คน - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน	ขั้น A-1 เข้าใจสภาพ/ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาที่เกี่ยวข้อง (15 นาที) 1. สภาพแวดล้อมบริเวณ บ้านมีเศษวัสดุที่ขังน้ำ และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย 2. ขาดการสำรวจและ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย	ขั้น I-1 : แนวทางสู่ความ สำเร็จสิ่งวิสัยทัศน์ร่วม(30 นาที) คือ “บ้านวิเศษ เด็กปลอดภัยจากใช้ เลือดออก”	ขั้น C-1 : เลือกแนวทางที่ สมควรใจรูปแบบการดูแล ของชุมชนในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก 1. กิจกรรมรณรงค์ปรับปรุง สภาพแวดล้อมและกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบ บ้าน วัด และศูนย์เด็กเล็ก 2. กิจกรรมจัดบ้าน วัด ศูนย์เด็กเล็กไม่ให้เป็นที่ อาศัยของยุงตัวเต็มวัย	1. โครงการบ้าน วัด ศูนย์เด็ก เล็กปลอดภัย ห่างไกลไข้ เลือดออก กิจกรรม 1.1 กำหนดผู้รับผิดชอบ 1.2 รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะ พันธุ์ยุงลายในบ้าน วัด และ ศูนย์เด็กเล็ก 1.3 ประกวดครัวเรือน - จัดตั้งกก.ประกวด - จัดทำเกณฑ์การประกวด ตามมติที่ประชุม 1.4 ประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุง ในหมู่บ้าน(HI) และ CI ในวัด และศูนย์เด็กเล็ก 1.5 กำหนดข้อตกลงร่วมเพื่อ สร้างความร่วมมือ	ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มไม่ สามารถสรุปรวมความ คิดของแต่ละกลุ่มย่อย วิทยากรที่เลี้ยงจึงได้ สาธิตและให้อภิปราย อย่างละเอียดจึงใช้เวลา มากขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) (ต่อ)

ผู้ร่วมประชุม	ขั้นตอน Appreciation : A	ขั้นตอน Influence : I	ขั้นตอน Control : C	แผนงาน/โครงการ	ปัญหาอุปสรรค
	ขั้น A-2 การกำหนดขนาดตึกที่ปรารถนาหรือวิสัยทัศน์ - หมู่บ้าน วัด ศูนย์เด็กเล็กสะอาดน่ามอง - คำดีพื้นฐานไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน - ไม่มีโรคเชื้อโรค	I-2: ให้สมาชิกทุกคนที่ร่วมประชุมได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับแนวทาง/กิจกรรมในภาพรวม(30 นาที) ได้แก่ - การทำความสะอาดบ้าน วัด ศูนย์เด็กเล็ก - การจัดสถานที่ไม่ให้เป็นที่อยู่ของยุงตัวแก่ - การตั้งกรรมการประเมินผล/ประกวด - การกำหนดมาตรการกำกับให้กิจกรรมบรรลุผล	C-2: การจัดทำแผนปฏิบัติการ (30 นาที) - ชื่อโครงการบ้านวัด ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ห่างไกลเชื้อโรค - วิธีดำเนินการ จัดตั้ง กก./รณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์/ตักกก.ประกวด/ ประก.ประเมิน HI CI - ระยะเวลาดำเนินการรอบที่ 1 ธันวาคม 2556 - สรุปผลการประเมิน		

ตารางที่ 3 แผนงานปฏิบัติการบ้าน วัด ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ห่างไกลไข้เลือดออก

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมชี้แจงโครงการ	- ประชุมผู้แทนครอบครัว(ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สท. อสม. กสค. ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เพื่อชี้แจงโครงการ	1 วัน	2,000 บาท	นักวิจัยและทีม
2. อบรมให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกกลุ่มแกนนำ	ประชุมผู้แทนครอบครัว(ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สท. อสม. กสค. ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เพื่อชี้แจงโครงการ	1 วัน	5,000 บาท	นักวิจัยและทีม
3. รมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้าน วัด และศูนย์เด็กเล็ก	- แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและคนในครอบครัวดำเนินการในครอบครัวตนเอง - ศูนย์เด็กเล็กและวัด	15 ธ.ค. 56, 16 มี.ค. 57, 14 มิ.ย. 57, 16 ก.ย. 57	ค่าน้ำและอาหาร ว่าง 2,000 บาท	แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอสม.ผู้ไปทำบุญทุกวันพระ
4. ประกวดครัวเรือน	- จัดตั้งกก.ประกวด - จัดทำเกณฑ์การประกวดตามมติที่ประชุม - ดำเนินการประเมินคัดเลือกรายในหมู่บ้าน(HI) และ CI ในวัดและศูนย์เด็กเล็ก	15 ธ.ค. 56, 16 มี.ค. 57, 14 มิ.ย. 57, 16 ก.ย. 57	ค่าตอบแทนคณะกรรมการประเมิน 5 คน จำนวน 5,000 บาท	นักวิจัยและทีม
5. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน	- สรุปผลการดำเนินการให้กับผู้แทนครอบครัว (ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สท. อสม. กสค. ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) - กำหนดข้อตกลงเพื่อให้เกิดความร่วมมือ เช่น ครอบครัวที่ไม่มีโอกาสให้มีการปรับเงินเพื่อเป็น	17 ธ.ค. 56, 18 มี.ค. 57, 16 มิ.ย. 57, 18 ก.ย. 57	ค่าน้ำและอาหาร ว่าง 2,000 บาท	นักวิจัยและทีม

ขั้นสังเกต (Observing)

เป็นขั้นตอนการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มปฏิบัติการด้วยความรอบคอบเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งความคาดหวังและไม่คาดหวังโดยผู้วิจัยและทีมที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยได้จับบันทึกและสังเกตผลที่ได้คือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนมากขึ้น มีการเสนอแนะและเข้ามาร่วมดำเนินการหลายกิจกรรมมีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน กิจกรรมที่ดำเนินการอย่างได้ผล เช่น มี สสม.น้อยทำหน้าที่ประเมินค่าดัชนีลูกน้ำในศูนย์เด็กเล็กและวัดพร้อมทั้งดำเนินการกำจัด

แหล่งเพาะพันธุ์ ไล่ปลาหางนกยูง และถมดินบริเวณที่มีน้ำขังเพื่อไม่ให้เป็นที่วางไข่ของยุงลาย

ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

หลังดำเนินการปรับปรุงพัฒนาตามแผนแล้วได้มีการประเมินผลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน (House Index) ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในวัด และศูนย์เด็กเล็ก (Container Index) โดยคณะกรรมการประเมินในระยะหลังดำเนินการ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ผลการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน วัด และศูนย์เด็กเล็ก

ตารางที่ 4 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน วัด และศูนย์เด็กเล็กก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 3,6,9 และ 12 เดือน

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ค่า HI ในหมู่บ้าน	30	12	8	0	0
ค่า CI ในศูนย์เด็กเล็ก	8	3.4	0	0	0
ค่า CI ในวัด	12	3.1	0	0	0

จากตารางพบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน เริ่มดำเนินการมีค่า 30 เมื่อดำเนินการในระยะ 3 เดือนแรก ลดลงเป็น 12 และ 8 ในช่วง 6 เดือน และเมื่อประเมินในช่วงเวลา 9 และ 12 เดือนพบว่า ค่า HI มีค่าเท่ากับศูนย์

ส่วนค่า CI ในวัดและศูนย์เด็กเล็กก่อนดำเนินการมีค่าเท่ากับ 12/8 ผ่านไป 3 เดือนมีค่าเท่ากับ 3.1/3.4 และมีค่าเป็น 0 ในช่วง 6, 9 และ 12 เดือนทั้งในวัดและศูนย์เด็กเล็ก

ผลการประเมินจำนวน/อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน

ตารางที่ 5 จำนวนและอัตราป่วยไข้เลือดออกหมู่บ้านโนนรัง

	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
จำนวน/อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน	5/1288.6	0/0	0/0	0/0	0/0

การมีส่วนร่วมของตัวแทนครอบครัว

การมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสอบถามประชาชนที่เกี่ยวข้องและผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการก่อนดำเนินการ

หลังดำเนินการ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 6 ระดับการมีส่วนร่วมของตัวแทนครอบครัวในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 6 เดือน และ 12 เดือน

การมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ					
				6 เดือน			12 เดือน		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน	16.3	2.8	ปานกลาง	18.8	2.5	ปานกลาง	21.3	2.8	สูง
ด้านการดำเนินการ	23.4	5.2	ปานกลาง	25.8	4.6	ปานกลาง	29.8	4.6	สูง
ด้านการประเมินผล	13.9	4.3	สูง	14.8	4.1	สูง	15.2	3.6	สูง
ด้านการรับผลประโยชน์	18.1	5.7	ปานกลาง	19.0	5.5	สูง	21.6	4.5	สูง
รวม	71.7	16.6	ปานกลาง	78.5	15.5	ปานกลาง	89.9	14.1	สูง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วม	จำนวน	$\bar{X}$	SD	Mean Difference (95%CI)
ก่อนดำเนินการ	95	71.7	15.5	6.8(5.7-7.8)
หลังดำเนินการ 6 เดือน	95	78.5	16.6	
หลังดำเนินการ 12 เดือน	95	89.9	14.1	11.4(10.5-12.3)

จากตารางพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหลังการดำเนินโครงการมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมในหมู่บ้านโนนรัง อำเภอสว่างศรีสงคราม จังหวัดนครพนมและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยเน้นการไม่ใช้สารเคมี ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้าน(House index) น้อยกว่า 10 และค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในวัดและศูนย์เด็กเล็กเท่ากับ 0 ในการวัดผลสัมฤทธิ์ดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้แทนของครอบครัว จำนวน 95 คนประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สท.

ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัยก่อนและหลัง 3, 6, 9 และ 12 เดือน ซึ่งสรุปผลได้ดังนี้

1. กระบวนการเริ่มจากการที่ทีมผู้วิจัยและกลุ่มแกนนำชุมชนร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดไข้เลือดออกทั้งในอดีตปัจจุบันและความคาดหวังในอนาคต การค้นหาจุดเด่นและต้นทุนทางสังคมในหมู่บ้านการกำหนดจุดหมายปลายทางเพื่อการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciated Influence Control) ทำให้ได้แผนปฏิบัติการพร้อมทั้งการกำหนดเส้นทางการดำเนินการพัฒนาในช่วงระยะเวลาประมาณ 12 เดือน

2. การดำเนินการพัฒนารูปแบบตามแผนปฏิบัติการผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนาตามแผนงานและโครงการที่ร่วมกันจัดทำ

3. การประเมินผลการดำเนินงานได้ร่วมกันทำการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทำการประเมินผลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI และ CI 4 ครั้งโดยครั้งที่ 1 ทำการประเมินผลหลังจากดำเนินงานไปแล้ว 3 เดือนซึ่งพบว่ายังไม่บรรลุผลสำเร็จทั้งหมดจึงได้มีการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและร่วมกันคิดหาวิธีการแก้ไขแล้ววางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากนั้นได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องไปจนสิ้นระยะเวลาดำเนินการอีก 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน จึงได้ทำการประเมินผลการดำเนินงานพบว่าค่า HI ของหมู่บ้าน และ ค่า CI ศูนย์เด็กเล็กและวัดอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าการมีส่วนร่วมจากระดับปานกลางเมื่อเริ่มต้นเปลี่ยนเป็นมีส่วนร่วมในระดับสูงเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการศึกษามาสรุปการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกระดับประเทศ และระดับจังหวัด เพื่อทราบสถานการณ์โดยรวม และพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้เลือดออก แล้วคัดเลือกหมู่บ้านเพื่อการศึกษา
2. การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย พิจารณาพื้นที่ที่พบผู้ป่วยมาก และคนในหมู่บ้านมีความพร้อมและให้ความร่วมมือ
3. การประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก ในกลุ่มแกนนำสำคัญในชุมชน
4. การพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวโดยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การสำรวจลูกน้ำ การสำรวจความหนาแน่นของยุงในชุมชน
5. การจัดสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ปัญหา บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม และแนวทางมาตรการเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
6. การสังเกตการณ์ ติดตามการปฏิบัติงาน รับฟังข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการงานและกิจกรรมตามแผนที่กำหนด

7. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการเปรียบเทียบ ดัชนีลูกน้ำยุงลาย อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้านซึ่งในแต่ละกิจกรรมนั้นมีบุคลากรในพื้นที่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าร่วมปรึกษาหารือให้ข้อมูล/ข้อเสนอแนะและร่วมดำเนินการในการพัฒนาครั้งนี้ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยจะได้นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. โดยผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมกันของคนในหมู่บ้านสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวและตระหนักในเรื่องอันตรายจากโรคและให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น โดยคณะกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพิ่มขึ้นทำให้ค่า HI และ CI ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Phuong, HL. and others 2008) ที่พบว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องได้รับการร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนทุกคนและการเป็นสมาชิกกลุ่มอื่นทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (รอยฮาน เจ๊ะหะ 2011)

2. การพัฒนารูปแบบทำให้เกิดการตื่นตัวของประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การประเมินผล รวมทั้งการร่วมรับผลประโยชน์สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรรณ สิงห์คำและคณะ 2557) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน : กรณีศึกษา ตำบลหนองญาติ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในภาพรวม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จากสถานการณ์ระบาดของโรคไข้เลือดออกทำให้ประชาชนมีการตื่นตัวและตระหนักถึงอันตราย

ของโรคไข้เลือดออกและให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคมากขึ้น

3. การพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ครู สท. ทำให้กลุ่มแกนนำมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ตลอดจนเทคนิคในการปฏิบัติงานในพื้นที่ การสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย การสำรวจความหนาแน่นยุง เป็นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานทำให้การทำงานในชุมชนได้รับความร่วมมือมากยิ่งขึ้น (Minkler, M. 1990) อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความมั่นใจในการที่จะแนะนำให้ความรู้แก่ครัวเรือนต่างๆ ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้คนในชุมชนมีความเชื่อถือ เกิดความศรัทธาและมีความไว้วางใจมากขึ้นซึ่งความไว้วางใจเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพของบุคคลและชุมชนเมื่อเกิดความไว้วางใจขึ้นจะมีความมั่นคงและยั่งยืนตลอดไป (Wagner, J.A. & Hollenbeck, J.R. 1995) จึงทำให้ประชาชนปฏิบัติตามข้อเสนอแนะและร่วมจัดกิจกรรม

4. การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่กำหนด สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ทั้งในด้านเทคนิคว่า ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานและการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ตรวจสอบ และแก้ไขปัญหหรือข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติการ ทำให้เห็นความผิดพลาดของการปฏิบัติงาน ควบคุม ป้องกันไข้เลือดออกในชุมชน เช่น จากการสังเกตการณ์ ติดตามงานในพื้นที่จะเห็นว่าค่าดัชนีลูกน้ำในสัปดาห์ที่ 1 ถือเป็นสถานการณ์ก่อนเริ่มศึกษาวิจัย สัปดาห์ที่ 2 จะเห็นว่า ดัชนีลูกน้ำในบางครัวเรือนยังไม่ลด เมื่อติดตามดูพบว่า ยังดำเนินการไม่ครบถ้วน เมื่อนำเสนอในที่ประชุมแล้วช่วยกันกำหนดแนวทางทำให้ผลการดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย

5. การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันไข้เลือดออกหัวใจสำคัญคือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยปัญหาของการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดไม่ค่อยให้ความสำคัญในการกำจัดยุงลายและยังพบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงโดยมอง

ว่าการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยราชการ หรือ อสม.นอกจากนี้ยังพบว่าผู้นำชุมชนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนเพราะเป็นผู้ที่ประชาชนให้ความเคารพเกรงใจและมีส่วนร่วมในการรณรงค์ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน (อรนุช พิศาลสุทธิกุล 2552)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น วางแผน สนับสนุนการดำเนินการ และการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

2. การพัฒนาศักยภาพแกนนำในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก โดยเน้นกระบวนการการทำงานแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยติดตามผลต่อเนื่องเพื่อศึกษาความยั่งยืนของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนแล้ว

2. ควรทำการวิจัยในพื้นที่อื่น ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่นชุมชนเมือง เพื่อนำผลการวิจัยเป็นข้อสนเทศในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไป

3. ควรมีการทำการวิจัยในโรคอื่นๆว่าจะสามารถใช้รูปแบบเดียวกันนี้ในการแก้ไขปัญหหรือไม่

บรรณานุกรม

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การควบคุมยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี 2542-2545. กรุงเทพฯ; 2542.
3. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
4. รอยฮาน เจ๊ะหะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษา ตำบลเขาตูม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. วารสารอัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา. 2011;6(10):129-41.
5. วรรณ สิงห์คำและคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลหนองญาติ อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม. 2557.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานประจำปี 2556. 2556.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม. รายงานประจำปี 2556. 2556.
8. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก. 2553.
9. อรุณ พิศาลสุทธิกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. สงขลาครินทร์เวชสาร. 2552;
10. Minkler, M. Improving health Though Community Organization." in Health Behavior and Health Behavior and Health Education : Theory. 1990;1990.
11. Phuong, HL. and others. Dengue Risk Factors and Community Participation in Binh Thuan Province. 2008 ; 2008 (39) : 79-89.
12. Wagner, J.A. & Hollenbeck, J.R. Management of Organizational Behavior. 2th. New Jersey: Prentice-Hall; 1995.

ความสามารถของทุนมนุษย์และผลการดำเนินงาน : กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

ไพโรจน์ คำหาญ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ 2) ศึกษาทักษะของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ 3) ศึกษาความสามารถของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ 4) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ 5) ศึกษาคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 77 ราย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถของทุนมนุษย์ด้านความรู้ด้านทักษะด้านความสามารถส่วนบุคคล และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการและคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการดำเนินงาน

คำสำคัญ: ทุนมนุษย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลความสามารถของทุนมนุษย์

Human Capital Competency and Firms Performance: Case study from Hospital Health District in Amphur Plapak NakhonPhanom Province

Phairot Kumhan

Abstract

This research was aimed at exploring 1) the effects of human capital competency of knowledge on quality service 2) the effects of human capital competency of skill on quality service 3) the effects of human capital competency of ability on quality service 4) the effects of human capital competency of personal characteristics on quality service and 5) the effects of quality service on firms performance. The samples were 77 health worker in hospital AmphurplapakNakhonphanom Province. The data were collected using a questionnaire, and analyzed using statistical tools including frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation and multiple regression analysis.

The results were that human capital competency of knowledge competency of skill competency of ability competency of other personal characteristics was positively related to quality service and that quality service had a positive relation with firms performance

Key word: Human capital, Human capital competency, Hospital health district

บทนำ

ภายใต้สภาพการณ์ การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งครอบคลุมทั้งประชาคมโลกทั้งทางด้านการเมือง ด้านเศรษฐกิจสังคมเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สามารถเชื่อมโยงประเทศต่างๆ ในภูมิภาคของโลกเข้าด้วยกันทำให้เกิดการไหลเทของข้อมูลข่าวสารเป็นไปอย่างรวดเร็วสูงขึ้น ผู้นำองค์กรจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถขององค์กรให้มีศักยภาพ ปรับตัวตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วประกอบกับในสังคมยุคปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมความรู้ (Knowledge Society) และระบบเศรษฐกิจฐานความรู้ (Knowledge Based Economy) ที่ใช้ความรู้และนวัตกรรม (Innovation) เป็นปัจจัยหลักในการพัฒนา¹ ในทางเศรษฐกิจสังคมปัจจุบันเป็นสังคมระบบทุนนิยมสมัยใหม่ (Neo-capital) ซึ่งให้ความสำคัญกับ “ทุน” โดยเฉพาะทุนมนุษย์ (Human capital) ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาองค์กรจะมองทรัพยากรมนุษย์อยู่ในรูปแบบของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเปรียบเสมือนแรงงานที่ใช้ในการผลิตสินค้าเพียงอย่างเดียว ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคที่มีการเพิ่มขึ้นทางเทคโนโลยีที่สูงขึ้น ทำให้องค์กรพยายามที่จะสรรหา รักษา ถึงทรัพยากรที่มีคุณค่าสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันที่เหนือกว่าคู่แข่ง ไปจนถึงความอยู่รอดได้ขององค์กร ทุนมนุษย์เป็นทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสมรรถนะเชิงกลยุทธ์ และขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับองค์กรจึงมีผู้ให้ความหมายของทุนมนุษย์ไว้ว่า คือ คุณค่าต่างๆ ที่สั่งสมไว้ในตัวของบุคลากร ซึ่งจะทำให้เกิดคุณค่าแก่งค์กรในรูปแบบของความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ขององค์กร การที่จะสร้างทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ ขึ้นมาจะต้องใช้เวลาสะสม ไม่สามารถซื้อหาหรือเลียนแบบได้ง่ายซึ่งจะมีมูลค่าเพิ่มขึ้นหากมีการนำไปใช้อย่างตรงเป้าประสงค์ องค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรในฐานะทุนที่จะต้องบริหารอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน

องค์การความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจ OECD (2007)² มองว่าทุนมนุษย์ ประกอบด้วย ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) ความสามารถ (Abilities) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Other Personal Characteristics)

ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาองค์กร มีการกำหนดคุณภาพมาตรฐานของแต่ละงาน เพื่อนำไปสู่ผลการดำเนินงานขององค์กร

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีคำถามในงานวิจัยที่ตั้งขึ้นว่าความสามารถของทุนมนุษย์ในองค์กร ได้แก่ ความรู้ ทักษะความสามารถ คุณลักษณะส่วนบุคคล มีผลต่อคุณภาพบริการอย่างไร และคุณภาพบริการขององค์กรมีผลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างไร เพื่อนำข้อค้นพบไปพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณสมบัติส่วนบุคคล ที่จะทำให้องค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ
2. เพื่อศึกษาทักษะของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ
3. เพื่อศึกษาความสามารถของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ
4. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ
5. เพื่อศึกษาคุณภาพบริการ ที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานขององค์กร

วิธีการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรซึ่งประกอบด้วย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขเจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 77 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งที่ท่านปฏิบัติงาน ซึ่งลักษณะ

ของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ

4. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากการหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น มาตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้องของการใช้ภาษา และครอบคลุมเนื้อหาของการวิจัย นำแบบสอบถามที่แก้ไข ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้เพื่อนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต่ำสุด คือ คุณสมบัตินักบุคคล 0.66

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ทำการศึกษาทำการส่งแบบสอบถามและเก็บคืนจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความครบถ้วนและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ และร้อยละ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามสถิติที่ใช้ในการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้แก่ ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) การทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.37 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.16 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 66.23 มีอายุงาน ส่วนใหญ่ระหว่างมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 38.96 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 31.16 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 29.87

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณภาพบริการและผลการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ความสามารถของทุนมนุษย์ด้านความรู้ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.22 โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่องความเชื่อมั่นว่าความรู้ที่มีอยู่ในตัวเองเป็นความรู้ที่ส่งผลทำให้องค์การของท่านประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย

2.2 ความสามารถของทุนมนุษย์ด้านทักษะ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.25 โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่องความเชื่อมั่นว่า การใช้มนุษย์สัมพันธ์ที่มีอยู่ในตัวท่านเองจะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อองค์การ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 ความสามารถของทุนมนุษย์ด้านความสามารถ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.19 โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่องท่านให้ความสำคัญกับการนำความรู้ ทักษะที่มีอยู่ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลทำให้องค์การเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

2.4 ความสามารถของทุนมนุษย์ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.17 โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่องท่านเชื่อมั่นว่า ศักยภาพที่ดีของพนักงานที่มีต่อองค์การจะทำให้องค์การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

2.5 ด้านความคิดเห็นที่มีต่อคุณภาพบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.04 โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่ององค์การมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการให้บริการทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น

2.6 ด้านความคิดเห็นที่มีต่อผลการดำเนินงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.07 โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่ององค์การของท่านมีผู้รับบริการมาใช้บริการเป็นประจำ

3. การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร เมื่อกำหนดให้

KN	แทน	ความรู้
SK	แทน	ทักษะ
AB	แทน	ความสามารถ
PC	แทน	คุณลักษณะส่วนบุคคล
QS	แทน	คุณภาพการบริการ
FR	แทน	ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐาน และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ความสามารถ คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณภาพบริการ ผลการดำเนินงาน ดังนี้

	KN	SK	AB	PC	QS	FR
Mean	4.22	4.25	4.19	4.17	4.04	4.07
S.D.	0.63	0.63	0.65	0.77	0.57	0.71
KN	1					
SK	0.55**	1				
AB	0.60**	0.68**	1			
PC	0.58**	0.59**	0.57**	1		
QS	0.35**	0.63**	0.55**	0.52**	1	
FR	0.35**	0.56**	0.56**	0.52**	0.74**	1

**P < 0.01

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กัน และตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์ร่วมทั้งหมด ซึ่ง Hairet al. (2006)³ อธิบายว่า ความสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรต้นไม่ควรเกินกว่า 0.80 ซึ่งถ้าเกิน 0.80 ให้สันนิษฐานว่าอาจเกิด multicollinearity ดังนั้น จากงานวิจัยนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรต้นมีค่าสูงสุด เท่ากับ 0.68 ค่าน้อยกว่า 0.80 ถือว่าไม่เกิด multicollinearity จึงสามารถนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะความสามารถ คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณภาพการบริการและผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	
	QS	FR
KN	0.18* (0.15)	
SK	0.57* (0.17)	
AB	0.27* (0.16)	
PC	0.31* (0.16)	
QS		0.64* (0.06)
Adjusted R ²	0.43	0.54

**P < 0.01, *P < 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของทุนมนุษย์ด้านความรู้ (KN) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการ (QS) กล่าวคือ เมื่อผู้ให้บริการมีความรู้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ในบทบาท หน้าที่ งานที่ได้รับผิดชอบเช่น เชื่อมั่นว่าความรู้ที่มีอยู่ในตัวเองเป็นความรู้ที่ส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย คิดว่าประสบการณ์ในการทำงานทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี องค์กรสนับสนุนให้เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และองค์กรส่งเสริมให้นำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจและดำเนินงานอย่างเต็มความสามารถ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Courtade and Woods as cited in Martinez (1998 อ้างใน วัลยาภรณ์ ทังสุฤติ, 2553)⁴ ซึ่งกล่าวไว้ว่าการลงทุนสร้างความรู้ในตัวบุคลากรจะทำให้ทุนมนุษย์ในองค์กรเกิดคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็จะทำให้เกิดคุณภาพของการบริการด้วย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของทุนมนุษย์ด้านทักษะ (SK) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการ (QS) กล่าวคือ เมื่อบุคลากรหรือผู้ให้บริการเกิดทักษะให้บริการด้านสุขภาพ เช่น เชื่อมั่นว่าความชำนาญในการปฏิบัติงานจะส่งผลทำให้องค์การประสบความสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์เชื่อมั่นว่าสามารถให้บริการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อตอบสนองความต้องการแก่ผู้รับบริการได้เป็นอย่างดีเชื่อมั่นว่าองค์กรสนับสนุนให้ใช้เทคนิคการบริการแบบใหม่ๆ อยู่เสมอ ซึ่งจะทำให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ เชื่อมั่นว่าการใช้มนุษย์สัมพันธ์ที่มีอยู่ในตัวเองจะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของ Abhayawansa and Abeysekera (2008)⁵ ได้กล่าวว่า ทักษะและความสามารถต่างๆ ของพนักงานต้องมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวหรือหายาก ที่คู่แข่งในปัจจุบันและในอนาคตไม่มีจะทำให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขันที่ยั่งยืน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของทุนมนุษย์ด้านความสามารถส่วนบุคคล (AB) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการ (QS) กล่าวคือบุคลากร

หรือผู้ให้บริการมีความความสามารถ เช่น เชื่อมั่นว่าความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ในตัวจะสามารถทำให้องค์การประสบความสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์เชื่อมั่นว่า ความสามารถที่แตกต่างจากบุคคลอื่นจะทำให้้องค์การประสบความสำเร็จได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเชื่อมั่นว่าการที่องค์กรมอบหมายงานที่นอกเหนือจากงานประจำก็สามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามความต้องการขององค์กรได้เป็นอย่างดีเชื่อมั่นว่าให้ความสำคัญกับการนำความรู้ ทักษะที่มีอยู่ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลทำให้องค์การเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับ อุทัย หิรัญโต (2531)⁶ ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานจะทำให้งานที่ปฏิบัติประสบผลสำเร็จหรือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าคนอื่น ๆ ที่มีโอกาสเท่ากันหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันอย่างไรก็ตาม อารังศักดิ์ คงสาส์นดี (2550)⁷ ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ความสามารถตลอดจนทักษะหรือความชำนาญรวมถึงประสบการณ์ของแต่ละคนที่มีสั่งสมอยู่ในตนเอง สามารถนำมาเอาสิ่งเหล่านั้นมารวมเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นศักยภาพองค์กร หรือเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีคุณค่า ซึ่งจะทำให้้องค์การนั้นมีความสามารถสร้างคุณภาพซึ่งจะส่งผลต่อความได้เปรียบเหนือคู่แข่ง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของทุนมนุษย์ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (PC) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพบริการ (QS) กล่าวคือเมื่อบุคลากรหรือผู้ให้บริการมีคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น มีความถนัดในงานที่ได้รับผิดชอบเป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพมีความเชื่อมั่นว่า ทักษะที่ดีของพนักงานที่มีต่อองค์กรจะทำให้้องค์การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ มีความเชื่อมั่นว่า ค่าตอบแทนที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ทำให้มุ่งมั่นปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ซึ่งจะส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับ สุภัญญา รัศมีธรรมโชติ (2548)⁸ ได้กล่าวว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal Characteristics) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลผู้นั้นทำงานในความรับผิดชอบของตนได้ดีกว่าผู้อื่นนอกจากนี้ McClelland (1997)⁹ ได้กล่าวถึงคุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal Characteristics) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก ของบุคคลคนนั้น ดังนั้น ถ้าบุคลากรผู้ให้บริการมีคุณสมบัติส่วนบุคคลที่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ดีเช่นกัน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการ (QS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินการ (FR) กล่าวคือเมื่อบุคลากรหรือผู้ให้บริการ มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพ เช่น การบริการที่อยู่เหนือความคาดหมาย การบริการที่ตอบสนองความผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น ก็จะทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เช่น มีผู้รับบริการมาใช้บริการเป็นประจำและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์กรมีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์กรสามารถอยู่รอด และมีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ บังอร คนกลาง (2546)¹⁰ ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการตามความรู้สึกของประชาชน ต้องได้รับบริการที่ไม่มีปัญหา เป็นบริการที่ตั้งใจและระมัดระวัง เป็นไปตามความต้องการ และตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว เชื่อถือได้ ซึ่งสามารถทำให้ผลการดำเนินงานดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงการจัดการ

จากผลการวิจัย พบว่าถ้าองค์กรต้องการผลการดำเนินงานที่ดี ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญการพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนาบุคลากร ผู้บริหารจะต้องสนับสนุนบุคลากรให้เข้ารับการอบรมในวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานอย่างสม่ำเสมอ ผู้บริหารจะต้องสนับสนุนให้บุคลากรมีทักษะมีความชำนาญในการปฏิบัติงาน พัฒนาทักษะที่สามารถให้บริการได้อย่างถูกต้องรวดเร็วพัฒนาให้มีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อนร่วมงาน ในด้านความสามารถส่วนบุคคล ผู้บริหารจะต้องสนับสนุนให้พนักงานตั้งศักยภาพในด้านที่ถนัดหรือเชี่ยวชาญ อาจมีการมอบหมายงานที่นอกเหนือจากงานประจำให้รับผิดชอบมากขึ้น การพัฒนาด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้บริหารจะต้องสร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรที่มีต่อองค์กร พัฒนาอุปนิสัยส่วนบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดคุณภาพในการทำงาน ส่งผลต่อผลการดำเนินงานในที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาถึงความสามารถของทุนมนุษย์ในองค์กรที่กว้างขึ้น เช่น ในพื้นที่ทั้งจังหวัดนครพนม หรือในระดับประเทศ

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมนอกจากปัจจัยด้านบุคลากร เช่นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางด้านการบริหารจัดการ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยการให้ข้อเสนอแนะจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม และคุณวัชชัยแสงจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลาปาก ที่ให้คำแนะนำ ปรีกษา ช่วยเหลือในการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

บรรณานุกรม

1. สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. การศึกษาคือพลังอำนาจแห่งชาติ, วารสารการศึกษาไทย. ปีที่ 7 (มกราคม - เมษายน 2548) 2548. :15-20.
2. Organization for Economic Co-operation and development (OECD). Policy Brief July 2007. (Online) <http://www.oecd.org>, 25 January 2013.
3. Hair, J. F., W. C. Black. and R. E. Anderson. Multivariate data analysis: Pearson New International Edition. USA : 2006. Pearson Education Inc.
4. วัลยาภรณ์ ทังสุภูติ. การพัฒนาทุนมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามแนวทางการจัดการความรู้. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.2553.
5. Abhayawansaand Abeysekera. An explanation of human capital disclosure from the resource based perspective. Journal of Human Resource Costing and Accounting, 12(1), 2008, 51-64.
6. อุทัย หิรัญโต. หลักการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.2531.
7. อารงค์ศักดิ์ คงสาส์น. ทุนมนุษย์ การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนา.กรุงเทพมหานคร:สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) 2550.

8. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ด้วย Competency. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:ศิริวัฒนา อินเตอร์พรีน. 2548.
9. McClelland, D. Testing for competence rather than for "Intelligence". American. Psychologist. 28(1),1-14. 1997.
10. บังอร คนกลาง. 2546. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

นางกุลธินี บัวเฟื่อน ป.พ.ส.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโพนสวรรค์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก การประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ และผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออก ประชากรที่ทำการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จำนวน 39 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ การศึกษาข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกและการประชุมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลชุมชน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกก่อนและหลังการประชุม และแบบดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ซึ่งแบบรวบรวมข้อมูลทั้งสองฉบับมีค่าความเที่ยง 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า (1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน (2) ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ พยาบาลมีความรู้ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.38 คะแนน หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ พยาบาลมีความรู้ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 16.14 คะแนน (3) การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก มีการปฏิบัติตามแนวทางครอบคลุมเฉลี่ยร้อยละ 94.11 และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ได้แก่ ไม่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อัตราการเกิดน้ำเกิน ลดลงจาก ร้อยละ 5.88 เป็นร้อยละ 2.94 และร้อยละ 0 ในเดือนพฤษภาคม มิถุนายน และกรกฎาคม ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะช็อกเกรด 4 จากเดิมร้อยละ 2.94 คงที่ที่ร้อยละ 2.94 และลดลงเป็นร้อยละ 0 ในเดือนพฤษภาคม มิถุนายน และกรกฎาคม ตามลำดับ อัตราการใช้ CPG/CNPG เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 83 เป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 100 ในเดือนพฤษภาคมมิถุนายนและกรกฎาคม ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

The Development of Dengue Hemorrhagic Fever Caring Model in Phonsawan Hospital Nakhonphanom Province

Kunthinee Buaphuen, Dip. in Nursing and Midwifery, M.N.S. (Nursing Administration)
Department of Nurse Phonsawan Hospital.

Abstract

The purpose of this action research was to development of Dengue hemorrhagic fever caring model, evaluate outcomes of knowledge and the results of nursing practice guideline for Dengue hemorrhagic fever in Phonsawan Hospital, Nakhon Phanom Province. The subjects of this study were 39 nurses who worked at the nursing department. The tools consisted of 1) To studied care system of Dengue hemorrhagic fever and workshop project topic Dengue hemorrhagic fever in community hospital 2) Data collection tools were pretest and posttest and nursing practice guideline. The test and nursing practice guideline were checked for reliability by Cronbach's Alpha Coefficient. The reliability were 0.87 and 0.82 respectively. The data were analyzed by averages and percentages.

The results of this research suggested that 1) Dengue hemorrhagic fever care model including standard nursing practice guideline. 2) The results from study show that before workshop the Nursing knowledge was in medium level, the mean score was 13.38 .After workshops the Nursing knowledge was in higher level, the mean score was 16.14. 3) The compliance activities with the nursing practice guideline for dengue hemorrhagic fever covering 94.11 percent. Including quality of care. Mortality rate of Dengue hemorrhagic fever decrease from 1 to 0 in May and June respectively. The incidence rate of Hypervolemia from 5.88 percent to 2.94 percent and 0 percent in May June and July respectively. The incidence rate of shock grade 4 from 2.94 percent to 2.94 percent and 0 percent in May June and July respectively. The compliance activities of CPG from 83 percent to 95 percent and 100 percent in May June and July respectively.

Keywords: Development of Dengue Hemorrhagic Fever Caring Model

บทนำ

ไข้เลือดออก เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ในประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี ปัจจุบันที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ภูมิทัศน์ทางของประชากร ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายสภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 27 พฤษภาคม 2556 พบว่าอำเภอโพธารณณ์มีอัตราผู้ป่วยต่อแสนคนสูงสุด อัตราป่วยเท่ากับ 303.34 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สูงสุดในเดือนเมษายนถึง 121 ราย ผู้ป่วยในเกือบ 2 ใน 3 เป็นผู้ป่วยไข้เลือดออก และพบผู้ป่วยไข้เลือดออกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลนครพนมเสียชีวิตในเวลาต่อมา จึงนับว่าเป็นโรคที่มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงขึ้นจากเดิม สาเหตุจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะช็อกนาน ภาวะน้ำเกิน ภาวะเลือดออกมากและความผิดปกติทางสมอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือลดความรุนแรงได้ ทำให้ต้องเพิ่มอัตรากำลังในการดูแล พบว่าพยาบาลขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเนื่องจากเป็นพยาบาลที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่และพยาบาลจากหน่วยบริการอื่น เช่น จากงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานห้องคลอด อีกทั้งผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงที่ต่างกัน ทำให้ยากต่อการดูแล การใช้แนวทางในการรักษา (CPG) ยังไม่ได้ใช้อย่างเต็มที่ ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานซึ่งผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกให้ผู้ป่วยปลอดภัยเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตาย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณณ์ จังหวัดนครพนม

2. เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

ขอบเขตการศึกษา

ดำเนินการศึกษาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธารณณ์ โดยศึกษาตั้งแต่แรกรับจากจุดคัดกรองผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเดือนมิถุนายน 2556

คำจำกัดความ

1. ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วยไข้เลือดออก ซึ่งรวมทั้งไข้เลือดออกเดงกี (Dengue fever) ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) และไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก (Dengue shock syndrome) ที่มารับบริการในเดือนมิถุนายน 2556

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณณ์ จังหวัดนครพนม หมายถึง การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงระบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยพัฒนาตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับปรับปรุง กระทรวงสาธารณสุข ปี 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโรงพยาบาลโพธารณณ์มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบทำให้เกิดความเชื่อมั่นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการในคลินิกอื่นๆของโรงพยาบาลโพธารณณ์ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณณ์ จังหวัดนครพนม คือ การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านระบบบริการ และการพัฒนาด้านกายภาพ คืออาคารสถานที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณณ์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพสวรรณ จำนวน 39 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกในโรงพยาบาลชุมชน และการประชุมกลุ่มเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ โดยทดสอบก่อนและหลังการประชุม และแบบประเมินการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพสวรรณ

ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบทดสอบความรู้แบบประเมินการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก มีค่า IOC เท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

เท่ากับ 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 39 คน เพศหญิง ร้อยละ 87.18 และมีอายุระหว่าง 31 – 35 ปี ร้อยละ 23.80 สถานภาพสมรสร้อยละ 56.41 วุฒิมัธยมศึกษาปริญญตรี ร้อยละ 87.18 แผนกที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 33.33 เท่ากับงานผู้ป่วยในคือ ร้อยละ 33.33 ตำแหน่งในปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 51.28 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 28.21 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระยะเวลา มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.46 และประสบการณ์การเข้าประชุม/อบรมเรื่องไข้เลือดออกส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรม ร้อยละ 76.92 ไม่เคยเข้ารับการอบรม ร้อยละ 23.08 ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จบใหม่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนจากการทดสอบความรู้ของบุคลากร โดยใช้แบบทดสอบเรื่องการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก N=39

ผู้รับการทดสอบ	คะแนนก่อนการอบรม		คะแนนหลังการอบรม	
	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ
1	12	60	15	75
2	14	70	16	80
3	13	65	16	80
4	14	70	18	90
5	15	75	17	85
6	11	55	13	65
7	14	70	16	80
8	15	75	19	95
9	12	60	14	70
10	14	70	15	75

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนจากการทดสอบความรู้ของบุคลากร โดยใช้แบบทดสอบเรื่องการดูแลผู้ป่วย
ไข้เลือดออก N=39 (ต่อ)

ผู้รับการทดสอบ	คะแนนก่อนการอบรม		คะแนนหลังการอบรม	
	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ
11	11	55	16	80
12	13	65	17	85
13	14	70	15	75
14	13	65	16	80
15	12	60	14	70
16	13	65	15	75
17	14	70	17	85
18	16	80	-	-
19	12	60	15	75
20	15	75	16	80
21	13	65	15	75
22	12	60	-	-
23	14	70	17	85
24	13	65	15	75
25	12	60	15	75
26	15	75	18	90
27	14	70	16	80
28	10	50	14	70
29	12	60	16	80
20	12	60	14	70
30	11	55	15	75
31	12	60	14	70
32	10	50	15	75
33	14	70	16	80
34	15	75	17	85
35	12	60	14	70
36	15	75	16	80
37	12	60	17	85
38	14	70	16	80
39	13	65	17	85

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าคะแนนการทดสอบความรู้ของบุคลากรพยาบาล โดยใช้แบบทดสอบ เรื่องการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม = 13.38

คะแนน พยาบาลมีความรู้ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม = 16.14 คะแนน พยาบาลมีความรู้ในระดับสูง

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของการดำเนินกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโรงพยาบาลโพธารักษ์

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1. จุดคัดกรองและห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มาด้วยไข้สูงลอยเฉียบพลัน มากกว่า 48 ชั่วโมง ปวดศีรษะ ปวดตา ปวดกล้ามเนื้อ กระตุก มีผื่น มีเลือดออก				
1. วัดสัญญาณชีพ	72	100	-	-
2. ซักประวัติทั่วไป และซักประวัติเพิ่มเติมโดยใช้แบบซักประวัติในผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกที่เฉพาะ	68	94.44	4	5.55
3. Tourniquet test	67	93.05	5	6.94
4. Complete blood count	67	93.05	5	6.94
5. จัดให้เป็นผู้ป่วยระบบ Fast tractเข้าตรวจ	63	87.5	9	12.5
6. แจกใบคำแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกและอาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันที	54	100	0	-
7. รายงานทีม SRRT	45	100	0	0
2.งานผู้ป่วยใน				
1. แยกผู้ป่วยสงสัยหรือวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกโดยมีการจัดโซนเฉพาะ	30	88.24	4	11.76
2. จัดทำสัญลักษณ์สีเพื่อช่วยแยกระยะผู้ป่วยไข้เลือดออกให้ง่ายต่อการดูแลแหว่นไว้ที่เตียงผู้ป่วย ได้แก่				
สีเหลือง แทนระยะไข้ การวัด vital signs ทุก 4 ชั่วโมง ทำ Tourniquet test ถ้าผลการตรวจครั้งก่อนยังให้ผลลบ ดู CBC วันละครั้ง ถ้าใช้วันที่ 3 ขึ้นไป	34	100	0	0
สีชมพู แทนระยะไข้ลด แต่ไม่มีภาวะช็อก อาจมีการเพิ่มหรือไม่เพิ่มของHct การวัด vital signs ทุก 2 ชั่วโมง เจาะHctอย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมง จนอาการคงที่หรือแน่ใจว่าไม่มีภาวะช็อก รวมระยะเวลา observe 24 ชั่วโมง CBC ทุกวันหรือตามข้อบ่งชี้	34	100	0	0

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของการดำเนินกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโรงพยาบาลโพธารณ (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
สีแดง แทนระยะวิกฤติ การวัด vital signs ทุก 5-15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ หลังจากนั้นวัด vital signs ทุก 1-2 ชั่วโมง เจาะ Hct ทุก 4-6 ชั่วโมง ในรายที่มีเลือดออกมาก หรือสงสัยว่ามีเลือดออกภายใน เจาะ Hct ทุก 1-2 ชั่วโมง CBC ทุกวันหรือตามข้อบ่งชี้	34	100	0	0
สีเขียว แทนระยะพักฟื้น การวัด vital signs ทุก 4 ชั่วโมง CBC ทุกวันหรือตามข้อบ่งชี้	34	100	0	0
3. การบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย	34	100	0	0
4. เฝ้าระวังอาการสำคัญที่ต้องรายงานแพทย์ทันที ได้แก่				
- คลื่นไส้	2	66.67	1	33.33
- อาเจียน/ปวดท้องมาก	2	100	0	0
- ท้องอืด	4	80	1	20
- ไม่รับประทานอาหาร	5	71.43	2	28.57
- ซึม	9	100	0	0
- โย้วาย กระสับกระส่าย	0	0	0	0
- มีเลือดออก	5	100	0	0
- ปลายมือปลายเท้าเย็น	6	100	0	0
- Capillary refill ≥ 2 SEC	8	100	0	0
- ตัวลาย	18	94.74	1	5.26
- หายใจหอบเหนื่อย	1	100	0	0
- อุจจาระดำ	3	100	0	0
- ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr	13	100	0	0
- Hct เพิ่มขึ้น หรือ ลดลง ≥ 3 %	3	100	0	0
- Pulse pressure ≤ 20 mm.Hg	19	100	0	0
8. ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตาม CPG/CNPG				
9. ระบบ consult กับแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลนครพนม				
กุมารแพทย์	34	100	0	0
อายุรแพทย์	5	100	0	0
10. แจกเอกสารการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยหลังจากกลับบ้าน	34	100	0	0

จากตารางที่ 2 การดำเนินกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณศรี ทั้งหมด 2 จุด ดังนี้

1. จุดคัดกรองและห้องฉุกเฉินกิจกรรมดูแลไข้เลือดออกการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยไข้สูงลอยเฉียบพลันมากกว่า 48 ชั่วโมง ปวดศีรษะ ปวดตา ปวดกล้ามเนื้อ กระตุม มีผื่น มีเลือดออก มีการดำเนินการวัดสัญญาณชีพ มีการแจกใบคำแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกและอาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีร้อยละ 100 ส่วนกิจกรรม Tourniquet test, จัดให้เป็นผู้ป่วยระบบ Fast tract เข้าตรวจการชั่งประวัติทั่วไป ร้อยละ 94.12 เท่ากัน และชั่งประวัติเพิ่มเติมโดยใช้

แบบชั่งประวัติในผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกที่เฉพาะ, Complete blood count (CBC) ร้อยละ 88.24 และ 82.35 ซึ่งการชั่งประวัติและการตรวจ CBC สามารถที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยอยู่ระยะใดของโรคซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการดูแลเฝ้าระวังต่อไป ผู้ป่วยอาจมาด้วยไข้แต่มีโรคอื่นร่วมด้วยไม่เหมือนอาการไข้เลือดออก

2. งานผู้ป่วยในพบว่าจัดทำสัญลักษณ์สีเพื่อช่วยแยกระยะผู้ป่วยไข้เลือดออกให้ง่ายต่อการดูแลแขนงไว้ที่สื่อน้ำเกลือผู้ป่วย ได้แก่ ครบทั้ง 3 โชน, การบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายและมีการรายงานอาการสำคัญแก่แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดที่สำคัญและผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พฤษภาคม	มิถุนายน	กรกฎาคม	สิงหาคม
1. อัตราการเกิดน้ำเกิน	1%	5.88 (2 ราย)	2.94 (1 ราย)	0	0
2. อัตราการเกิดภาวะช็อกเกรต 4	0	2.94 (1 ราย)	2.94 (1 ราย)	0	0
3. อัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วยไข้เลือดออก	0	1.28 (1 ราย)	0	0	0
4. อัตราการใช้ CPG/CNPG	100%	83	95	100	100

จากตารางที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณศรี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพธารณศรี ได้นำไปทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกตามตัวชี้วัด พบอัตราการ

เกิดน้ำเกิน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94, อัตราการเกิดภาวะช็อกเกรต 4 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 , ไม่พบผู้ป่วยตายและพบว่ามีอัตราการใช้ CPG/CNPG 100%

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพสสวรรค์

1. การพัฒนาบุคลากรในการประชุมทำให้ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ การได้แลกเปลี่ยนกับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีประสบการณ์ เช่น ศาสตราจารย์คลินิก แพทย์หญิงศิริเพ็ญ กลัณารุจ สามารถนำความรู้มาปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนได้ตามบริบท

2. ความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าหลังจากผ่านการประชุมมีคะแนนความรู้ในระดับสูง สามารถพัฒนาความรู้ที่เป็นส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เพิ่มแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ การมีความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง

3. การดำเนินกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกโรงพยาบาลโพสสวรรค์ ทั้งหมด 2 จุด ดังนี้

3.1 จุดคัดกรองและห้องฉุกเฉินกิจกรรมดูแลไข้เลือดออกการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยไข้สูงลอยเฉียบพลัน มากกว่า 48 ชั่วโมง ปวดศีรษะ ปวดตา ปวดกล้ามเนื้อ กระตุน มีผื่น มีเลือดออก มีการดำเนินการ วัดสัญญาณชีพ มีการแจกใบคำแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกและอาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีร้อยละ 100 ส่วนกิจกรรม Tourniquet test, จัดให้เป็นผู้ป่วยระบบ Fast tract เข้าตรวจการชักประวัติทั่วไป ร้อยละ 94.12 เท่ากัน และซักประวัติเพิ่มเติมโดยใช้แบบซักประวัติในผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกที่เฉพาะ, Complete blood count ร้อยละ 88.24 และ 82.35 ซึ่งการซักประวัติและการตรวจ CBC สามารถที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยอยู่ระยะใดของโรคซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการดูแล เฝ้าระวังต่อไป ผู้ป่วยอาจมาด้วยไข้แต่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย ไม่เหมือนอาการไข้เลือดออก

3.2 งานผู้ป่วยในพบว่าจัดทำสัญลักษณ์ สีเพื่อช่วยแยกระยะผู้ป่วยไข้เลือดออก ให้ง่ายต่อการดูแล แขนงไว้ที่เสาน้ำเกลือผู้ป่วย ได้แก่ ครบทั้ง 3 โซน ,การบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย และมีการรายงานอาการสำคัญแก่แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับ วนิดา แสนพุก (2556)¹¹ การจัดโซนการดูแลผู้ป่วย

ไข้เลือดออกง่ายต่อการสังเกตและติดตาม ซึ่งได้เพิ่มการทำสัญลักษณ์สีเข้าไปด้วย สามารถที่จะแยกผู้ป่วยได้ทันทีและรวดเร็ว

4. การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลโพสสวรรค์ พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะได้รับความรู้และนำสู่การปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเป็นการเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ตามตัวชี้วัด พบอัตราการเกิดน้ำเกิน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94, อัตราการเกิดภาวะช็อกเกรด 4 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 , ไม่พบผู้ป่วยตายไข้เลือดออก และพบว่ามีอัตราการใช้ CPG/CNPG 100% อันเนื่องจากการพัฒนาความรู้และมีแบบบันทึกที่ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ในแต่เวร บุคลากรมีความมั่นใจในการให้บริการ ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น จะเห็นได้จากเดือนท้าย ๆ ของการทดลองใช้ จะไม่พบอุบัติการณ์ ดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเมื่อมีผู้ป่วยไข้เลือดออกเพื่อใช้ในการดูแล เฝ้าระวัง และมีการดักจับอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ทันที ควรมีการประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบการพัฒนาว่ามีความคงอยู่ของการพัฒนามากน้อยหรือไม่ เพื่อพัฒนางานระบบในมืออยู่ต่อไปอันคงไว้ซึ่งคุณภาพในการบริการ อีกทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่องแม้ไม่มีการระบาดใหญ่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การระบาด การได้รับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญโดยตรงและการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนทำให้ได้รับประสบการณ์ตรง ทำให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ หรือผู้ดูแล เพื่อหาข้อมูลในการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหา

แทรกช่องทางสุขภาพภาวะจากงานอื่นๆ และการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรขยายการมีส่วนร่วมไปสู่องค์กรแพทย์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น และให้การบริการเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน

บรรณานุกรม

1. กลุ่มโรคไข้เลือดออก สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2554. Available at: <http://dhf.ddc.moph.go.th/2554.htm>. Accessed June,5,2012.
2. คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever). Available at: <http://www.tm.mahidol.ac.th/tmho/dengue.htm>. Accessed May 10, 2012.
3. จิระพัฒน์ เกตุแก้ว และศรเพชร มหามาศย์ (2556) รายงานการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.2556
4. ถวิล ธาราโกชน. (2532). จิตวิทยาสังคม.กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
5. เพ็ญจรี แสนสุริวงศ์ (2556). ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็ก โรงพยาบาลนครพนม : วารสารโรงพยาบาลนครพนม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม : 8 - 17
6. มาริสา ไกรฤกษ์. (2544). แนวคิดในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ : ตอนที่ 1 วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 24 (1), 24 - 30.
7. มัณฑนา รุ่งสาย. (2545). การพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาล ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระบบบริหารพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์.(2553).การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิ์สวรค์ จังหวัดนครพนม รายงานการศึกษาระบบบริหารพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. ละดาวัลย์ ชูราชิ. (2547). การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจังหวัดจันทบุรี ร้อยเอ็ด รายงานการศึกษาระบบบริหารการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. โรงพยาบาลโพธิ์สวรค์. (2556). รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน เดือนพฤษภาคม (เอกสารอัดสำเนา)
11. วณิดา แสนพุก. (2556). ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกโรงพยาบาลนครพนม : วารสารโรงพยาบาลนครพนม ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน : 16 - 28
12. ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุจ, มุกดา ทองวีระวุฒิ และวารุณี วัชรเสวี. (บรรณาธิการ).(2556). แนวทางการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนิ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร
13. หลุย จำปาเทศ.(2538). จิตวิทยาการสูงใจ.กรุงเทพฯ : สามัคคีสาส์.
14. World Health Organization. Dengue hemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control,1997:84. Available from: <http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/Denguepublication/en/>. Accessed May10, 2012.
15. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Guidelines for treatment of Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever in Small Hospitals,1999:28. Available from: http://www.searo.who.int/linkfiles/dengue_guideline-dengue.pdf. Accessed May 10, 2012.

การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

ธัญรัตน์ คล้ายขำ

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลนาทม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม โดยศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องบันทึกทางการพยาบาล 2) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97 3) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลทำโดยการระดมสมองเกี่ยวกับปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล ตามแบบบันทึกของงานห้องคลอด 13 แบบ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ (assessment) 3) แบบบันทึกฟอร์มปรอท (graphic form) 4) แบบบันทึกการให้ยา (medical sheet) 5) แบบบันทึกการพยาบาล (nurse's note) 6) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด 7) กราฟบันทึกการคลอด 8) แบบบันทึกรายงานการคลอด 9) แบบบันทึกการให้ข้อมูลผู้มาคลอด 10) แบบบันทึกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 11) แบบประเมินผลการให้สุขศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 12) Care map for vaginal delivery 13) Cardex มีการประชุมกลุ่มเพื่อปรับปรุงแบบบันทึกและนำไปทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แนวทางการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและกระบวนการกลุ่มในการระดมสมอง สามารถเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: บันทึกทางการพยาบาล งานห้องคลอด

The Development of Nursing Documentation in The Labour Room At Nathom Hospital, Nakhonphanom Province

Thunyarat Klaikhum

Registered Nurse, Professional level Nathom Hospital

Abstract

The purposes of this study was to develop of nursing documentation in the labour room at Nathom hospital, Nakhonphanom province. There were total 14 nurses who were working in labour room at Nathom Hospital.

There were 3 kinds of instrument: 1) the nursing documentation workshop 2) the knowledge test regarding to nursing documentation searching for reliability by using Kuder Richardson. It value was 0.97 3) quality test of nursing documentation. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, t-test and content analysis.

This study results that development of nursing documentation by brain storming about the problem's of nursing documentation consist of 1) Check of risks 2) Assessment 3) Graphic form 4) Medical sheet 5) Nurse' note 6) Progress of labour 7) Photo graph 8) Labour record 9) Information sheet 10) Breast feeding record 11) Breast feeding's knowledge 12) Care map for vaginal delivery 13) Cardex. Several meeting were conducted in order to identify the problem as well as find ways to solve them by all nurses. Working committee was set up to develop, tested and revised the documentation. New documentation were developed and implemented for 1 month. Knowledge after the workshop were higher than before workshop. For the quality of nursing documentation after the development was better than before the development at the 0.01 significant level.

According to the study showed that guidelines of nursing documentation development by workshop and group process with brain storming could develop the quality of nursing documentation as a result, the patient care showed improved quality.

Key word: Nursing Documentation, The Labour Room

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมวิชาชีพอื่นที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ได้รับทราบข้อมูลปัญหาและความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ เพราะพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่นๆ นอกจากนั้นบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังถือเป็นเอกสารทางกฎหมายเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่จะต้องพิจารณาทางกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรที่บริษัทประกันภัยต้องใช้ข้อมูลในการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลเองที่อาจถูกคนไข้หรือญาติฟ้องร้องบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจะถูกใช้เป็นเอกสารสำคัญในการชี้แจงข้อเท็จจริงเหตุการณ์ได้ ในการทำกิจกรรมใดๆ แม้จะเป็นการพยาบาลที่ดีอย่างสมบูรณ์แบบแต่หากพยาบาลไม่ได้เขียนไว้ในแบบบันทึกรายงานต่างๆ แล้วในด้านกฎหมายจะถือว่ากิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นมิได้ถูกกระทำ¹ ดังนั้นการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องโดยทีมการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องประกอบด้วย 4C คือ 1. Correct คือความถูกต้องของเนื้อหาตั้งแต่เมื่อแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2. Complete คือการบันทึกได้ครบถ้วนในแบบบันทึกทุกส่วนที่จะต้องบันทึกและเนื้อหาครบถ้วน 3. Clear คือความชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย ตรงประเด็น รวมถึงการใช้ตัวย่อที่เป็นสากลและ 4. Concise คือได้ใจความ อ่านแล้วเข้าใจในเหตุการณ์และเหตุผลของการปฏิบัติ² แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้เวลามากเกินไป ซ้ำซาก³ นอกจากนั้นยังมองว่าเป็นงานที่น่าเบื่อหน่าย เป็นงานที่ลดเวลาการทำงานของพยาบาล ทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขาดคุณภาพ นอกจากนั้นแล้วอาจเนื่องมาจากพยาบาลเองขาดความรับผิดชอบ ขาดความรู้ในการบันทึก^{4,5} ไม่มีคู่มือหรือแนวทางที่ชัดเจนในการบันทึก จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ จึงทำให้คุณภาพการบันทึกต่ำกว่ามาตรฐาน⁶

ห้องคลอดโรงพยาบาลนาทม มีแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 13 แบบ แต่ละแบบมีการบันทึกไม่ครอบคลุมครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล เช่น ไม่นำข้อมูลในแบบประเมินสมรรถนะแรกรับมาวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุมส่วนมากเน้นทางร่างกายมากกว่าจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา การประเมินผลไม่ครบถ้วน ตัวย่อไม่เป็นสากล คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานจากการสอบถามพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทราบว่าบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประโยชน์ แต่ไม่ได้บันทึกให้ครบถ้วนเนื่องจากไม่เข้าใจแบบบันทึก ไม่มีคู่มือแนวทางปฏิบัติ ไม่มีเวลา และขาดการนิเทศติดตาม สาเหตุต่างๆเหล่านี้ได้ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานห้องคลอดโรงพยาบาลนาทมอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

จากความสำคัญของการพัฒนางานคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลและจากปัญหาที่พบในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาจึงได้ศึกษาแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานห้องคลอดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันได้สร้างคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยกำหนดเป็นนโยบายและแผนงาน/โครงการที่ต้องดำเนินการอย่างรีบด่วนและต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตามตารางปฏิบัติงานของงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม ระหว่างเดือนมกราคม 2555 –มกราคม 2556 จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องบันทึกทางการแพทย์ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก (Multiple choice) โดยให้เลือกตอบตัวเลือกที่ถูกต้องที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนในการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ดังนี้ 26-30 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับดีมาก 21-25 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับดี 16-20 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง 10-15 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับต่ำ และต่ำกว่า 10 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับต่ำมาก ได้นำแบบทดสอบความรู้ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97 และ 3) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ที่ปรับจากแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ที่ครอบคลุมตามหลัก 4C ของสำนักงานพยาบาล จำนวน 13 แบบ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนาทม จำนวน 6 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 โดยมีเกณฑ์ในการตัดสินคุณภาพการบันทึกทั้งฉบับ ดังนี้ ได้คะแนนร้อยละ 50-70 อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 71-80 อยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 81-90 อยู่ในระดับดี และคะแนนร้อยละ 91-100 อยู่ในระดับดีมาก¹

ขั้นตอนดำเนินการ ก่อนดำเนินการพัฒนาได้มีการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยตรวจสอบจากเวชระเบียน ผู้คลอดที่มารับบริการงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม ในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน 2555 จำนวน 30 แฟ้ม เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ จากนั้นผู้ศึกษาได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม” โดยเป็นการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีการแบ่งกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์ขาดคุณภาพ และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการวิเคราะห์ให้ที่ประชุมทราบ พร้อมทั้งจัดให้มีการอภิปราย ซักถาม ทำความเข้าใจในที่ประชุม หลังจากนั้นผู้ศึกษานำเสนอร่างคู่มือ การบันทึกทางการแพทย์ ทบทวนทำความเข้าใจแบบบันทึกจำนวน 13 แบบที่ใช้ในงานห้องคลอด และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ให้ที่ประชุมทราบ จากนั้นได้นำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ไปใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ในงานห้องคลอดเป็นเวลา 1 เดือน คือระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2556 และทำการประเมินผลคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยตรวจสอบบันทึกเวชระเบียนจำนวน 30 แฟ้ม เพื่อนำมาเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานการพยาบาลมาแล้วอยู่ในระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.29 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 42.86 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์หลังจากสำเร็จการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 57.14 และมีประสบการณ์การเขียนบันทึกทางการแพทย์ระหว่าง 1-5ปี ร้อยละ 64.29

2.ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 19.5 คะแนน หลังการการอบรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 22.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนและระดับความรู้ เรื่องการบันทึกทางการแพทย์ งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม ก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกเป็นรายบุคคล

พยาบาลคนที่	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	21	ดี	23	ดี
2	19	ปานกลาง	22	ดี
3	19	ปานกลาง	21	ดี
4	23	ดี	24	ดี
5	21	ดี	22	ดี
6	21	ดี	22	ดี
7	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง
8	23	ดี	26	ดีมาก
9	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง
10	20	ปานกลาง	22	ดี
11	16	ปานกลาง	24	ดี
12	17	ปานกลาง	22	ดี
13	19	ปานกลาง	24	ดี
14	18	ปานกลาง	23	ดี
ค่าเฉลี่ย	19.5	ปานกลาง	22.5	ดี

3. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพที่พัฒนาขึ้น ก่อนการพัฒนา ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจำนวน 30 ชุด และหลังการพัฒนา 1 เดือน จำนวน 30 ชุด พบว่า ก่อนการพัฒนาคุณภาพ

การบันทึกทางการแพทย์ ได้คะแนนร้อยละ 65 อยู่ในระดับควรปรับปรุง หลังการพัฒนา อยู่ในระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 86 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละและระดับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาจำแนกตามแบบบันทึก

แบบบันทึก	คะแนนเต็ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
		ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ
1) แบบประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	20	80.00	พอใช้	95.00	ดีมาก
2) แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ	104	72.12	พอใช้	84.62	ดี
3) แบบบันทึกฟอร์มพรอท	72	61.11	ควรปรับปรุง	91.67	ดีมาก
4) แบบบันทึกการให้ยา	20	65.00	ควรปรับปรุง	95.00	ดีมาก
5) แบบบันทึกการพยาบาล	144	64.58	ควรปรับปรุง	82.64	ดี
6) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด	44	52.27	ควรปรับปรุง	81.82	ดี
7) กราฟบันทึกการคลอด	24	58.33	ควรปรับปรุง	83.33	ดี
8) แบบบันทึกรายงานการคลอด	32	78.13	พอใช้	84.38	ดี
9) แบบบันทึกการให้ข้อมูลผู้มาคลอด	20	65.00	ควรปรับปรุง	85.00	ดี
10) แบบบันทึกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	16	62.5	ควรปรับปรุง	87.5	ดี
11) แบบประเมินผลการให้สุขศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4	25.00	ควรปรับปรุง	87.5	ดี
12) Care map for vaginal delivery	40	72.5	พอใช้	90.00	ดี
13) Cardex	20	40.00	ควรปรับปรุง	85.00	ดี
รวม	560	65.00	ควรปรับปรุง	86.00	ดี

4. เปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามีคุณภาพการบันทึกสูงกว่า ก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ทั้งในภาพรวมและทุกแบบบันทึก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

แบบบันทึก	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1)แบบประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	16.00	1.29	18.97	0.85	-11.395	.000*
2)แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ	74.90	6.79	88.03	6.12	-10.232	.000*
3)แบบบันทึกฟอร์มพรอท	43.77	5.37	66.03	3.92	-17.381	.000*
4)แบบบันทึกการให้ยา	13.03	2.41	18.97	0.85	-11.749	.000*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

แบบบันทึก	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
5) แบบบันทึกการพยาบาล	93.03	11.25	119.03	13.29	-7.620	.000*
6) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด	23.03	3.17	36.00	3.81	-14.700	.000*
7) กราฟบันทึกการคลอด	14.03	2.27	19.97	1.97	-11.543	.000*
8) แบบบันทึกรายงานการคลอด	25.00	1.91	27.03	2.16	-3.657	.001*
9) แบบบันทึกการให้ข้อมูลผู้มาคลอด	13.00	2.12	16.97	1.85	-7.907	.000*
10) แบบบันทึกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	10.00	1.86	14.00	1.29	-11.682	.000*
11) แบบประเมินผลการให้สุศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.03	0.93	3.47	0.51	-10.897	.000*
12) Care map for vaginal delivery	29.03	3.22	36.03	2.01	-10.648	.000*
13) Cardex	8.00	2.17	17.03	1.52	-22.767	.000*
รวม	363.85	44.76	481.53	40.15	-152.178	.000*

* p < 0.01

3 เดือน พร้อมทั้งให้นำผลคะแนนที่ได้ไปประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล

5. ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนบันทึกที่ไม่ครบถ้วนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เขียนไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เน้นปัญหาทางด้านร่างกาย เขียนตัวย่อไม่เป็นสากล ขาดการประเมินผลหรือการประเมินไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย ชอบเขียนเรียนแบบจากเวอร์กก่อน ๆ ลายมืออ่านยาก เขียนไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สาเหตุของปัญหามาจาก ผู้เขียนบันทึกขาดความรู้ความเข้าใจในการเขียน ขาดความตระหนักถึงความสำคัญ ไม่เข้าใจแบบฟอร์ม และเห็นว่าบางส่วนซ้ำซ้อน มีหลายแผ่น จึงเบื่อหน่ายที่จะเขียนซ้ำ ๆ รวมทั้งการขาดการนิเทศติดตามของหัวหน้างาน

การแก้ไขปัญหา พยาบาลทุกคนต้องการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยเสนอให้มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบบันทึกต่าง ๆ และตัวอย่างการบันทึกไว้ในงานห้องคลอด ปรับลดแบบบันทึกที่มีความซ้ำซ้อน ให้กะทัดรัด ใช้ประโยชน์ได้จริง เพิ่มการนิเทศติดตามของหัวหน้างาน และให้มีการนำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกในที่ประชุมกลุ่มการพยาบาลทุก

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคะแนนความรู้ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากพยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลหลังสำเร็จการศึกษา (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์เขียนบันทึกทางการพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 64.29) ทำให้พยาบาลขาดความรู้ที่ถูกต้อง และขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล และคะแนนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูง กว่าก่อนการประชุม อธิบายได้ว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งภายหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทำพยาบาลส่วนใหญ่มีการพัฒนาความสามารถเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นระดับหนึ่ง⁷

เมื่อผู้ที่ทำหน้าที่เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น จะส่งผลต่อทัศนคติและความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวม^๑ คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลจากการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม เป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่า คุณภาพการบันทึกทุกแบบบันทึกอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าหลังการพัฒนาจะมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตัวแบบบันทึกที่สามารถบันทึกได้สะดวกขึ้น และการมีคู่มือเพื่อเป็นแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ชัดเจนขึ้น นอกจากนั้นแล้วภาวการณ์ที่มีการนำเรื่องการประกันคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมและต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ยังเป็นสิ่งสนับสนุนให้การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น จากคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 65) ภายหลังการพัฒนาคะแนนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86) ซึ่งแสดงว่าการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการระดมสมองร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขทั้งในระดับผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร เป็นกระบวนการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งจะสะท้อนให้หน่วยงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น^๑ จึงทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีระดับสูงขึ้น คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่จะทำให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานห้องคลอดตามกระบวนการพยาบาลนั้นประกอบด้วยแบบบันทึก 13 แบบ ที่จะต้องบันทึกให้ได้มาตรฐานตามหลักการบันทึกคือ บันทึกให้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ^๒ นอกจากนั้นแล้วยังต้องบันทึกตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลต่อเนื่องกันไปจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่เนื่องจากอัตรากำลังในงานห้องคลอดที่ไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องใช้พยาบาลจากแผนกอื่นมาช่วยปฏิบัติงานเวรนอกเวลาราชการส่งผลต่อคุณภาพการบันทึก คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีแนวทางในการบันทึกไปใน

ทิศทางเดียวกัน จึงทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานห้องคลอดมีคะแนนสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นงานห้องคลอดควรจัดหาเอกสารตำราวิชาการที่เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นปัจจุบันไว้ในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษา

แม้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาจะอยู่ในระดับดี แต่หัวหน้างานควรเพิ่มบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพการบันทึกและการนิเทศติดตาม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนา

แบบบันทึกที่ได้ปรับปรุงพัฒนาขึ้นนั้นบางส่วนยังคงมีความซ้ำซ้อนในการบันทึกและต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมบันทึก จึงจำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

บรรณานุกรม

1. กองการพยาบาล. คู่มือการจัดการบริการพยาบาลจากหลักสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล แนวทางการประเมินคุณภาพภายใน. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์(ร.ส.พ.); 2547.
3. มลฤดี ประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศการบันทึกการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
4. ไชแสง โพธิ์โกสม. การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบันทึกการพยาบาล. วารสารสงขลานครินทร์ 2543; 19(3): 1-18.

5. พนิดา เขตอริยกุล. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
6. จิตรศิริ ชื่นเงิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ทั่วไป เขต6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
7. จรียา ลัทธิดีศรีศิริ. การฝึกอบรมที่พึงปรารถนาเพื่อพัฒนาทักษะการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
8. พรชนก ชื่นชะรุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545
9. จริญญาณี ภูวสันติ. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยใน และงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.

Original article

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

วนิดา แสนพุก ป.พ.ส.

หอผู้ป่วยเด็ก1 โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกแบบองค์รวม โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน การใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก และมีโรคร่วม คือ ธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกร่วมกับมีเลือดออกในทางเดินอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต มีประเด็นปัญหาทางการพยาบาลสำคัญที่เหมือนกันคือ มีภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะน้ำเกิน ประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังคือภาวะเลือดออก ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 2 มาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด

โรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกเป็นภาวะวิกฤตแต่ถ้าได้รับการวินิจฉัย การรักษาดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็ว จากทีมสหสาขาวิชาชีพการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: บันทึกทางการพยาบาล งานห้องคลอด

Nursing Care of Patients with Dengue shock syndrome : Case study

Wanida Saenpuk, Dip. in Nursing Science

Department of Pediatric Nakhon phanom Hospital

Abstract

This study was to describe two patients with Dengue shock syndrome. The objective of this study was to describe the holistic nursing care for patients with Dengue shock syndrome (DSS). Using functional health pattern by Gordon to assess patients nursing process and self care theory for the framework of the nursing care. The first patient was DSS with thalassemia, The second patient was DSS with Upper Gastrointestinal bleeding.

The results showed that two patients had the same critical nursing diagnosis such as hypovolemic shock, risk of bleeding, electrolyte imbalance and hypervolemia.

Dengue shock syndrome was critical event. It must be prompt treatment by multidisciplinary and quality nursing care following standard in order to patient had safety without complication.

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever-DHF) เป็นโรคติดเชื้อไวรัส โดยมีุงลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่คุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2555 พบอัตราป่วยเท่ากับ 62.59-183.59 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 48-139 ราย โดยปี พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วยสูงสุด⁽³⁾ ปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวางทั่วประเทศโดยพบผู้ป่วยได้ ทุกกลุ่มอายุ และทุกภาคของประเทศ โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะเกิดภาวะช็อก จากการรั่วของพลาสมา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

จากสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม ในปี พ.ศ. 2554-2555 พบผู้ป่วย 50, 38 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2556 มีการระบาดของโรค โดยพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกถึง 760 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก 122 คน และเสียชีวิต 3 ราย (ร้อยละ 0.39)⁽²⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแบบองค์รวม ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้โรคไข้เลือดออก พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรคและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ นอกจากการพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยแล้ว การดูแลด้านจิตใจของญาติก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง การให้คำแนะนำและข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกแบบองค์รวม

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 8 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 14 มิถุนายน 2556 โดยการส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน มารดาให้ประวัติว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง ไปรับการรักษาที่คลินิกแพทย์ ได้ยารับประทาน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ซึม ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายเหลวและอาเจียน 2-3 ครั้ง ความดันโลหิตต่ำ ให้สารน้ำ 0.9%NSS ทางหลอดเลือดดำ อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัว ซึม เหงื่อออก ตัวเย็น มี petechiae บริเวณหน้าอกและแขนขา สัญญาณชีพ T = 38 °C ชีพจรเบาเร็ว 126 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/30 mm.Hg. Capillary refill > 2 วินาที ท้องอืดตึง กดเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวาและใต้ลิ้นปี่ ตับโต 2 ซม. BRCM น้ำหนัก 15 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคธาลัสซีเมีย

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 11 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 31 สิงหาคม 2556 ให้ประวัติว่า 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังคงมีไข้สูง ซึม และรับประทานอาหารได้น้อย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ระหว่างพักรักษาตัวมีเลือดกำเดาออกและอาเจียนเป็นเลือด 3-4 ครั้ง จึงส่งมารับการรักษาต่อแรก รับผู้ป่วยรู้สึกตัว ซึม เหงื่อออก ผิวน้ำเย็น มี petechiae บริเวณแขนขาทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพ T = 37.2° C ชีพจรเบาเร็ว อัตรา 122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 mmHg., Capillary refill > 2 วินาที ท้องอืดตึง กดเจ็บบริเวณชายโครงและใต้ลิ้นปี่ ตับโต 4 ซม. BRCM น้ำหนัก 40 กิโลกรัม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยรายที่ 1

	ค่าปกติ	มิถุนายน 2556				
		14 มิ.ย.	15 มิ.ย.	16 มิ.ย.	18 มิ.ย.	20 มิ.ย.
1. Complete Blood Count						
Hct	35-45%	23.4	31	26.9	36.6	31.7
WBC Count	5,000-10,000	4,600	2,600	1,500	4,300	4,000
PLT Count	150,000-400,000	114,000	56,000	29,000	22,000	68,000
PMN	40-60%	70.8	66	31.3	30	30
Lymphocyte	20-40%	25	26	57.1	61	60
Atyp Lymphocyte	0%	0	5	0	0	9
2. Electrolyte						
Na+	135-145 mmol/L	132	132	-	136	135
K+	3.5-5 mmol/L	3.40	3.18	-	3.32	3.51
Cl-	98-108 mmol/L	105	100	-	102	102.1
HCO-3	20-30 mmol/L	19.8	22	-	20.2	26.2
3. Liver Function test						
AST	10-42 IU/L	-	95	148	-	-
ALT	10-40 IU/L	-	32	22	-	-
ALP	39-92 IU/L	-	64	50	-	-
Cholesterol	180-200 mg/dl	-	99	79	-	-
4. DengueAb	Negative	-	-	IgM + (ve)	-	-
5. CXR	-	-	-	Rt pleural effusion	-	-

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยรายที่ 2

	ค่าปกติ	สิงหาคม - กันยายน 2556			
		31 ส.ค.	1 ก.ย.	2 ก.ย.	3 ก.ย.
1. Complete Blood Count					
Hct	35-45%	37	42	40.5	47.9
WBC Count	5,000-10,000	2,500	2,300	2,700	7,800
PLT Count	150,000-400,000	110,000	60,000	16,000	27,000
PMN	40-60%	54.7	38.0	42	18
Lymphocyte	20-40%	35.1	50	50	75
Atyp Lymphocyte	0%	0	4	2	2
2. Electrolyte					
Na+	135-145 mmol/L			132	134
K+	3.5-5 mmol/L			3.35	3.4
Cl-	98-108 mmol/L			99.4	98
HCO-3	20-30 mmol/L			19.7	20.5
3. Liver Function test					
AST	10-42 IU/L			65	98
ALT	10-40 IU/L			21	20
ALP	39-92 IU/L			80	104
Cholesterol	180-200 mg/dl			65	65
4. DengueAb	Negative		IgM + ve		
5. CXR	-	-	-	Rt pleural effusion	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยรายที่ 2

	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การให้ออกซิเจน	Oxygen canula 5 ลิตร/นาที	Oxygen canula 5 ลิตร/นาที
สารน้ำ	-Aceta -5 v 100 cc/hr x 1 ชั่วโมง 80 cc/hr x 2 ชั่วโมง 60 cc/hr x 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ 40 cc/hr - 0.9% NSS v 160 cc/hr - Dextran 160 cc/hr - 5%D/NSS 1000 cc+KCl 20 mEq v drip 40 cc/hr	-Aceta -5 v 60 cc/hr x 1 ชั่วโมง - 0.9% NSS v 400 cc/hr x 1 ชั่วโมง - 5%D/NSS v 200 cc/hr x 2 ชั่วโมง then 120 cc/hr - Dextran 400 cc/hr - 5%D/NSS 1000 cc+KCl 40 mEq v drip 80 cc/hr - 5%D/NSS v 1000 cc+KCl 40 mEq v drip 60 cc/hr
เลือด	PRC 160 cc v drip in 3 hr x 3 ครั้ง	PRC 1 unit v drip in 3 hr.x3 unit Platelet concentrate 8 unit v FFP 1 unit v
ยา	- Lasix 16 mg v - E.KCl 15 cc oral ทุก 6 ชั่วโมง	- Lasix 40 mg v - 10% calcium gluconate 10 cc v drip in 30 นาที v drip q 6 h - Ranitidine 100 mg v q 12 hr. v - Vit K 5 mg. v

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. มีภาวะช็อค เนื่องจากการรั่วของพลาสมา ออกนอกเส้นเลือด	มี	มี
2. มีภาวะเลือดออก เนื่องจากการแข็งตัวของ เลือดผิดปกติ	ไม่มี	มี
3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์	มี	มี
4. มีภาวะน้ำเกิน (Hypervolemia)	มี	มี
5. บิดา มารดามีความวิตกกังวล	มี	มี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 มีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที -1 ชั่วโมง ถ้า pulse pressure แบนน้อยกว่า 20 mmHg., ชีพจรเบาเร็ว คลำได้ไม่ชัดเจนต้องรับรายงานแพทย์
2. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเคร่งครัด
3. ดูแลให้ได้รับ Oxygen ติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด สังเกตอาการขาดออกซิเจน
4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก ชั่วโมง และ Urine out put ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า Urine น้อยกว่า 0.5 cc/Kg/hr. ต้องรายงานแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2 หลังได้รับการรักษา 2 วัน มีระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตระหว่าง 90/60-120/80 mmHg. Urine out put ออกมากกว่า 0.5 cc/kg/hr. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% Capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 มีภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้เลือดทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์
2. งดการทำหัตถการต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น เช่น การใส่ NG tube การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ งดการแปรงฟัน ให้ใช้การบ้วนปากแทน หรือใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม ฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุตกเตียงโดยการยกราวกันเตียงตลอดเวลา
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที -1 ชั่วโมง ถ้าความดันโลหิตต่ำ pulse pressure แบนน้อยกว่า 20 mmHg. ชีพจรเบาเร็วผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ
4. สังเกตและบันทึกอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ เช่น เลือดกำเดาออก การอาเจียน และการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ปวดท้อง ท้องอืดตึง รายงานแพทย์ทราบ

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์เมื่อผลการตรวจผิดปกติ

ประเมินผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารและเลือดกำเดาออก หลังได้รับการรักษา 2 วัน ไม่มีการอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สัญญาณชีพปกติ Hct อยู่ในช่วง 35-36% สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ไม่มีอาการที่แสดงภาวะเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ สัญญาณชีพปกติอยู่ระหว่าง 90/100 mmHg., ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ตามแผนการรักษา
2. สังเกตและบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ เช่น ชีมี อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ชักเกร็งกระตุก มือสั่น เป็นต้น หากมีอาการรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษา
3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียม
4. เจาะและติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ หากผิดปกติ รายงานแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดเกลือแร่ในร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติและใกล้เคียงปกติ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 (วันที่ 5 ของการรักษา) Na = 135 mmol/L K⁺ = 3.51 mmol/L Cl⁻ = 102.1 mmol/L HCO₃ = 26.2 mmol/L ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 (วันที่ 1 ของการรักษา) Na = 134 mmol/L K⁺ = 3.4 mmol/L Cl⁻ = 98 mmol/L HCO₃ = 20.5 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากการได้รับสารน้ำมาก ร่วมกับการไหลกลับของพลาสมาเข้าสู่เส้นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง (high Fowler's position)
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
3. สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะน้ำเกิน ได้แก่ เปลือกตาบวม ท้องอืด หายใจหอบ กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้
4. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา หลังให้ยาต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง เพื่อสังเกตอาการช็อคภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับยา ถ้าไม่มีปัสสาวะออกต้องรายงานแพทย์
5. ดูแลและแนะนำให้ดื่มน้ำเกลือแร่ แทนการดื่มน้ำเปล่า

ประเมินผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังได้รับการแก้ไขภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำเกิน สัญญาณชีพปกติ ฟังปอดไม่มี Crepitation มีความสมดุลของน้ำเข้าออก

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 บิดามารดามีความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับบิดา มารดาผู้ป่วย พุดคุยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน และทำทีที่เป็นมิตร
2. ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาให้เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่บิดา มารดาผู้ป่วยเป็นระยะเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา และให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
3. เปิดโอกาสให้บิดา มารดา พุดคุยซักถามปัญหา กับแพทย์ผู้รักษาจนเข้าใจ
4. ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและอาการในแต่ละวัน
5. รับฟังปัญหาและคำบอกเล่าของบิดา มารดาด้วยท่าทีที่แสดงความสนใจ
6. เปิดโอกาสให้บิดา มารดาได้เยี่ยมดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการพยาบาล

ประเมินผล

บิดา มารดาของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสีหน้าแจ่มใส และให้ความร่วมมือในการดูแลบุตร

วิจารณ์

การดำเนินของโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะช็อก/วิกฤต และระยะฟื้นตัว และในระยะช็อก ซึ่งเป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา จะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมาก เกิด Hypovolemic shock ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน มาถึงโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะช็อก ความรุนแรง grade 3 ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 นอกจากจะมีการรั่วของพลาสมา ผู้ป่วยยังมีโดยมีเลือดออกจากทางเดินอาหาร ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาแก้ไขชดเชยการรั่วของพลาสมาและการสูญเสียเลือด โดยการให้สารน้ำและเลือด จนสามารถลดความรุนแรงของโรคและผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยปลอดภัย ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์มีความเข้าใจกลไกสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว พยาบาลได้ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและมีคุณภาพในระยะช็อก จนทำให้แก้ไขภาวะช็อกได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ในกรณีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัว ดังผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (High Risk patients)³ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรที่มีประสบการณ์ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่ายการที่ผู้ป่วยภาวะไข้สูง จะมีผลต่อการแตกของเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ผู้ป่วยรายนี้ที่อยู่ในระยะช็อก โดยกลไกการดำเนินของโรคแล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีค่า Hct เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยรายนี้มีค่า Hct = 23.7% เมื่อแรกรับ ทั้งที่อยู่ในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา ทั้งนี้เป็นเพราะมีการแตกทำลายของเม็ดเลือด ดังนั้น ในการประเมินเฝ้าระวังการเข้าสู่ระยะช็อกถ้าใช้การประเมินจากการที่มีค่าระดับ Hct สูงขึ้นอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้ ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ในขณะเกิดภาวะช็อกถึงแม้จะไม่มีเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยมีภาวะซีดมาก จึงได้รับการรักษาด้วย Packed Red cell 160 cc x3 ครั้ง (10 cc/hrs.)³ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีระดับ Hct = 31.7

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยนอกจากจะมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแล้วจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียด้วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อน น้ำเกิน ซึ่งพบได้ในระยะวิกฤต หรือระยะพักฟื้น ซึ่งเกิดจากการดูดกลับของพลาสมาที่รั่วออกไปในช่องท้องและช่องปอด และเกิดจากการให้สารน้ำเกินกว่าที่รับ และนานกว่าระยะเวลาที่มีการรั่ว ตลอดจนการให้สารน้ำที่เป็น Hypotonic solution ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลคือต้องควบคุมปริมาณการให้สารน้ำ เลือด และสารประกอบของเลือดอย่างเคร่งครัด สามารถคำนวณปริมาณสารน้ำตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย (Ideal body weight) และให้ข้อมูลแก่แพทย์ทันเวลา เมื่อให้สารน้ำครบเวลากำหนดต้องรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการให้สารน้ำ นอกจากนี้จะต้องมีการคำนวณปริมาณน้ำเข้า การสูญเสียออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ในระยะช็อก

เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมองค์รวม นอกจากให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย บิดามารดา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและบิดามารดาลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา จากผลการให้การพยาบาลที่ครอบคลุม จึงทำให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 7 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 6 วัน

สรุป

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคระบาดที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็ก พบมากที่สุดของเด็กอายุ 5-15 ปี อาการและอาการแสดงแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะพักฟื้น โรคไข้เลือดออกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเกิดภาวะช็อก ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาล

เพื่อสามารถเตรียมพร้อมให้การพยาบาลตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง จนถึงระยะก่อนจำหน่ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยหายโรคปลอดภัยกลับสู่ภาวะปกติ สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว

บรรณานุกรม

1. วชิร แก้วนอกเขา. โรคไข้เลือดออก ใน: ภาสกร อัครเสวี, บรรณาธิการ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2554. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2554; 21-22.
2. เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลนครพนม. สรุปรายงานผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพนม ปี 2556. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม, 2557.
3. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวิรุจส์ & วารุณี วัชรเสวี. การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก้นฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2556.
4. ศิริรัตน์ โกมาสถิต. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะเกิดลิ้นเลือดในหลอดเลือดกระจายทั่วไป: กรณีศึกษา ยโสธรเวชสาร. 2553; 12(2), 146-165.
5. อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ และคณะ. โรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยเด็กโรคเลือด. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์รับบริการโลหิต. 2546; 13(3), 219-224.

ผลของการใช้ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2557

นวลสวาท นาสกุลคุ

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบ Retrospective and Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท (NSU) ในช่วงเดือน เมษายน 2556 ถึง เดือน สิงหาคม 2557 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มก่อนใช้ แนวปฏิบัติ WHAPO (Retrospective group) เป็นการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างย้อนหลังจำนวน 203 และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ WHAPO จำนวน 189 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลอง รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ WHAPO และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทาง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์การติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Independent t – test ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สะท้อนสิ่งที่พยาบาลลงมือปฏิบัติจริงตามแนวปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 392 ราย ผู้ป่วยก่อนใช้แนวทางปฏิบัติจำนวน 203 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.89 อายุเฉลี่ย 53.33 ปี มีวันนอนเฉลี่ย (LOS) 5.42 วัน/ราย วันนอนต่ำสุด 1 วัน/ราย สูงสุด 31 วัน/ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังใช้แนวทางปฏิบัติ จำนวน 189 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.43 อายุเฉลี่ย 47.36 ปี มีวันนอนเฉลี่ย (LOS) 6.94 วัน/ราย วันนอนต่ำสุด 1 วัน/ราย สูงสุด 34 วัน/ราย

2. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราการเกิดปอดอักเสบ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แบบปฏิบัติ พบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีอัตราการเกิดปอดอักเสบลดลงจาก 14.98 ครั้ง/1000 ventilator-day เป็น 3.42/1000 ventilator-day อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .039)

3. พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในภาพรวมที่ร้อยละ 90 ถ้าทำการวิเคราะห์รายการกิจกรรมการปฏิบัติตามแนวทางของ WHAPO พบว่า กิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูดเสมหะ จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เมื่อไม่มีข้อห้าม การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดปากฟัน (Oral care) การมีน้ำยาล้างมือ หรือ Alcohol hand rub พร้อมใช้ การเทน้ำที่ค้างใน circuits ด้วย Aseptic technique ก่อนจัดทำ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 การเชื่อมต่อของท่อหลอดลม เครื่องช่วยหายใจ และ Ambu bag ทุกครั้งที่มีการ disconnect มีการปฏิบัติอยู่ในระดับร้อยละ 76.66 การวัด cuff pressure ทุก 8 ชม. และบันทึกในฟอร์มปรอท ปฏิบัติได้ร้อยละ 55 การหยาเครื่องช่วยหายใจมีการปฏิบัติเมื่อมีคำสั่งให้มีการหยา การประเมินความพร้อมในการหยาค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 46.66

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาวิจัยถึงผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยอื่นๆ หรือหน่วยงานอื่นๆ

คำสำคัญ: ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) แนวทางปฏิบัติ WHAPO bundle

Effect of WHAPO bundle on Rate of Ventilator Associated Pneumonia in Neurosurgery Patients with Mechanical Ventilator, Nong Khail Hospital, 2014

Nhuansawat Naphasakunku. Register Nurse

Abstract

This retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention study aimed to investigate the effects of WHAPO bundle on rate of ventilator associated pneumonia in neurosurgery patients with mechanical ventilator between April ,2013 to August , 2014 . Two hundred and three patients (203) in the retrospective group received a usual care while 189 in the prospective group received the WHAPO bundle . Research instruments included the ventilator associated pneumonia prevention Model : WHAPO. Data regarding results were collected from the patients chart and record from rate of ventilator associated pneumonia and the observation recording form. Data were analyzed using descriptive statistics , frequency , percentage, independent t - test and content analyzed . The results of study revealed that :

1. The sample patients 392 case ; retrospective group 203 case were men 73.89 % mean age 53.33 years , mean length of stays 5.42 days / case and min – max of length of stay 1-31 days / case ; the prospective group 189 case , were men 71.43 % , mean age 47.36 years , mean length of stays 6.94 days / case and min – max of length of stay 1-34 days / case

2.The finding showed that the rate of ventilator associated pneumonia of the prospective group (14.98 per 1000 ventilator-day) was significantly lower than the retrospective group (3.42 /1000 ventilator-day) ($p = .039$).

3.The result of nursing practice prevention was almost more than 90 % but effective suction, up - right position, condensates of circuit and oral care was 100%, compliance with clean joint 76.66 % ,compliance with check cuff pressure was 55% and wean of ventilator 46.66%

In conclusion : Study effect of the WHAPO bundle on rate of ventilator associated pneumonia in other patients or other department .

Keyword : Ventilator Associated Pneumonia (VAP) , WHAPO bundle

บทนำ

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจะเกิดหลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา นานเกิน 48 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากการสำลักเชื้อที่บริเวณช่องปากและลำคอ เข้าไป การสูดหายใจเอาเชื้อจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียเข้าไปและอาจมีการแพร่กระจายจากเชื้อแบคทีเรียจากการติดเชื้อจากตำแหน่งอื่นเข้าไป และยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ง่ายประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง เช่น อายุ ภาวะทุพโภชนาการ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านการรักษา เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจที่เป็นระยะเวลา ยาวนาน การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาคลายกล้ามเนื้อ รวมทั้ง 3) ปัจจัยด้านบุคลากร ผู้ให้บริการ เช่น ขาดความรู้ ขาดการติดตามที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง ไม่มีเวลา อัตราการล้มเหลว มีภาระงานมากเกินไป หรือไม่มีคู่มือหรือแนวทางหรือไม่มีอุปกรณ์ที่จะสนับสนุนการปฏิบัติที่เพียงพอ (จากรูวรรณ รัตติโชติ, 2550 อ้างถึงใน วันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ, 2556) เป็นต้น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยบริการสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ต่อครอบครัว และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาคือต้องทำให้ผู้ป่วยนอนนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ ด้านเศรษฐกิจคือทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 3.4 เท่า (Pear S, et al, 2007 อ้างถึงใน เอื้อใจ แจ่มศักดิ์ และคณะ, 2555)

โรงพยาบาลหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 349 เตียง มีผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในหอผู้ป่วยหนักและสามัญ และทางโรงพยาบาลก็มีนโยบายในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการ IC มีการพัฒนาศักยภาพ ICWN มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลเครื่องช่วยหายใจ คณะกรรมการ IC มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์และการรายงานผล มาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในเรื่องการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP rate) ในช่วงปี 2550-2556 อยู่ระหว่าง 3.2-5.3 ซึ่งจะพบมากที่สุดที่หน่วยงานหรือหอผู้ป่วยวิกฤตต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในปี 2556 ทางโรงพยาบาลได้มีการนำแนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่ทาง สรพ. (HA) แนะนำให้มาใช้ในโรงพยาบาลคือ WHAPO bundle (Weaning-Hand hygiene - Aspiration precautions - Prevent contamination - Oral care) มาใช้ทั้งโรงพยาบาลมีการทบทวนร่วมกันมีการปรับปรุงเครื่องมือ แบบประเมินการปฏิบัติตามเพื่อเป็นการวางระบบ นิเทศกำกับติดตามอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ โดยเริ่มพัฒนาอย่างจริงจังครบทั้งองค์กรในเดือน กรกฎาคม 2556

หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทได้เปิดดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อเดือน เมษายน 2556 โดยเปิดให้บริการผู้ป่วย 8-10 เตียง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ พบว่าค่าเฉลี่ยของอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ อยู่ที่ 10.4 LOS (แต่ถ้าประเมินเป็นรายเดือนจะพบว่าอยู่ที่ 8.06-25 /1000 LOS) ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง ทางหน่วยงานได้นำ WHAPO มาใช้ในเดือน กรกฎาคม 2556 ตามนโยบายของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของการนำแนวทางปฏิบัติ WHAPO bundle ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย

วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติ WHAPO bundle

2.2 เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางของ WHAPO bundle ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบ Retrospective and Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study เพื่อศึกษาผลของการใช้ แนวปฏิบัติ WHAPO ต่ออัตราการเกิด ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท (NSU) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามือผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทระหว่างเดือนเมษายน 2556 ถึงเดือนมิถุนายน 2557 ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 6 เดือน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (Retrospective group) เป็นการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างย้อนหลังที่ได้รับการดูแลในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนใช้แนวทาง WHAPO และกลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวทาง WHAPO (Prospective group) เป็นระยะเวลา 6 เดือน ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในช่วง เดือนเมษายน 2556 ถึงเดือน สิงหาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในโรงพยาบาล
2. แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยใช้จากแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งใช้ตามหลักของ CDC
3. แบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางของ WHAPO ซึ่งโรงพยาบาลมีการปรับปรุงพัฒนาตามแนวทางของ สรพ. (HA) จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ คือ แนวทางการป้องกันการเป็นอหิวาต์ WHAPO W = Wean การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด H = Hand Hygiene การทำความสะอาดมือก่อนและหลังกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ A = Aspiration Precaution ป้องกันการสูดสำลัก P = Prevent Contamination การดูแลอุปกรณ์เกี่ยวกับการพยาบาล O = Oral care การทำความสะอาดปากและฟัน วันละ 2 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของกลุ่มตัวอย่าง จากสมุดทะเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท บันทึกข้อมูล อายุ เพศ ระยะเวลาในนอนของผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่าง (เดือนเมษายน 2556 ถึงเดือนกันยายน 2556) และบันทึกอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในแบบบันทึกการเกิดปอดอักเสบ
2. ผู้วิจัยร่วมกับกรรมการงาน IC นำแนวปฏิบัติ WHAPO ลงสู่การปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล ช่วงเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนธันวาคม 2556
3. กลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท บันทึกข้อมูล อายุ เพศ ระยะเวลาในนอนของผู้ป่วยแต่ละรายระหว่างเดือนมกราคม 2557 – เดือน มิถุนายน 2557 และบันทึกอัตราการเกิดปอดอักเสบ
4. เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลผู้ปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศ/แบบบันทึกกิจกรรมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบตามแนวทาง WHAPO โดยทำการสังเกตจำนวน 20 รายต่อ ช่วงเดือนมกราคม , มีนาคม , พฤษภาคม 2557 โดยทำการประเมินเป็นช่วงๆ การวิจัยครั้งนี้อาจมีผลกระทบต่องานวิจัย คือ การถูกละเมิดความเป็นส่วนตัว เนื่องจากถูกสังเกตขณะปฏิบัติงาน เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์โดยรวม ไม่ระบุชื่อและสำหรับข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด
5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงานช่วงเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ใช้ค่าเฉลี่ย นำมาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Independent – t test
3. ข้อมูลจากการสังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละในแต่ละข้อ

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวทาง WHAPO เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.89 เพศหญิง ร้อยละ 26.11 มีอายุเฉลี่ย 53.33 ปี มีวันนอนเฉลี่ย 5.42 วัน/ราย วันนอนต่ำสุด 1 วัน /ราย วันนอนมากที่สุด 31 วัน/ราย

ผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวทาง WHAPO เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.43 เพศหญิงร้อยละ 28.57 มีอายุเฉลี่ย 47.36 ปี มีวันนอนเฉลี่ย 6.94 วัน/ราย วันนอนต่ำสุด 1 วัน/ราย วันนอนมากที่สุด 34 วัน/ราย ดังในแสดงในตารางที่ 1.

เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติ WHAPO พบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบก่อนใช้แนวปฏิบัติ 14.97 /1000 ventilator day ส่วนอุบัติการณ์การเกิดหลังใช้แนวปฏิบัติ /1000 ventilator day และทำการวิเคราะห์ค่าความต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Independent – t-test พบว่ากลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติมีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบแตกต่างจากกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.039) ดังแสดงในตารางที่ 2.

การปฏิบัติตามแนวทาง WHAPO ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมที่ร้อยละ 90 เมื่อทำการวิเคราะห์รายข้อการปฏิบัติตามแนวทางของ WHAPO พบว่า

กิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด การดูดเสมหะ จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดปากฟัน (Oral care) การมีน้ำยาล้างมือ หรือ Alcohol hand rub พร้อมใช้ การเทน้ำที่ค้างใน circuits ด้วย Aseptic technique ก่อนจัดทำปฏิบัติ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 การเช็ดข้อต่อของท่อหลอดลม เครื่องช่วยหายใจ และ Ambu bag ทุกครั้งที่มีการ disconnect มีการปฏิบัติอยู่ในระดับร้อยละ 76.66 ส่วนการตรวจสอบและระบุตำแหน่งของท่อใน nurse's note รวมทั้งการวัด cuff pressure ทุก 8 ชม. และบันทึกในฟอร์มโปรท ปฏิบัติได้ร้อยละ 55

การหยาเครื่องช่วยหายใจมีการปฏิบัติเมื่อมีคำสั่งให้มีการหยาการประเมินความพร้อมในการหยาค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 46.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มก่อนใช้ WHAPO N= 203		กลุ่มหลังใช้ WHAPO N=189	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	150	73.89	135	71.43
หญิง	53	26.11	54	28.57
2. อายุเฉลี่ย (ปี)	53.33 SD = 17.47		47.36 SD = 19.24	
3. วันนอน (วัน)				
ต่ำสุด	1		1	
มากที่สุด	31		34	
ค่าเฉลี่ย	5.42		6.94	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบระหว่างกลุ่มอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ

อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
กลุ่มก่อนใช้ WHAPO	14.978	10.657	2.370	.039
กลุ่มหลังใช้ WHAPO	3.421	5.392		

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มก่อนใช้แนวทาง WHAPO เป็นเพศชายร้อยละ 73.89 เพศหญิงร้อยละ 26.11 มีอายุเฉลี่ย 53.33 ปี มีวันนอนเฉลี่ย 5.42 วัน/ราย กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.43 เพศหญิงร้อยละ 28.57 มีอายุเฉลี่ย 47.36 ปี มีวันนอนเฉลี่ย 6.94 วัน/ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ ที่ทำการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งพบเป็นเพศชายร้อยละ 60-66 มีอายุ 40-60 ปี

คิดเป็นร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักสถาบันบำราศนราดูร พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.9 มีอายุเฉลี่ย 60.09 ปี (เอื้อใจ แจ่มศักดิ์ และคณะ, 2555)

2. ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 14.978 ครั้ง /1000 วัน ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็น 3.421 ครั้ง/1000 วัน ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.039) อธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติต่าง ๆ ในการป้องกันหรือลดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เป็นการแก้ไขที่ปัญหาหรือสาเหตุโดยตรงของการติดเชื้อ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด เมื่อมีข้อบ่งชี้ การลดการส้ากของน้ำลาย ตรวจสอบ Cuff pressure ของท่อช่วยหายใจอย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดทำนอนศีรษะสูง 35-40 องศา ถ้าไม่มีข้อห้าม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนารูปแบบการป้องกันติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (เอื้อใจ แจ่มศักดิ์ และคณะ, 2555, วันดี ศรีเรืองรัตน์, 2556 และผกาดี บุญชาติ และคณะ, 2556)

3. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทาง WHAPO ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมที่ร้อยละ 90 ถ้าทำการวิเคราะห์รายการกิจกรรมการปฏิบัติตามแนวทางของ WHAPO จะพบดังนี้

กิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูแลทำความสะอาดช่องปากฟัน (Oral care) มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เพราะมีการวางระบบการแปรงฟัน 2 ครั้ง/วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ, 2556) ที่พบว่ามีการปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 86.76 โดยการแปรงฟันจะช่วยป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์และลดจำนวนแบคทีเรียที่อาศัยในช่องปาก (Grap MJ et al , 2005 อ้างถึงใน เอื้อใจ แจ่มศักดิ์ และคณะ, 2555)

การล้างมือที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมแรกๆที่ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อย และเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลหาดใหญ่ (วันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ, 2556) การศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีการล้างมือก่อนทำกิจกรรมอย่างถูกต้อง ร้อยละ 85 การล้างมือเพิ่มขึ้นหลังทำกิจกรรม ร้อยละ 96.66 มีการศึกษาว่าที่บุคลากรไม่ล้างมือก่อนทำกิจกรรมเนื่องจากความเร่งรีบในการทำงาน เร่งรีบในการช่วยชีวิตผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่อง (จารุวรรณ รัตติโชติ, 2550 อ้างถึงในวันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ, 2556)

การล้างมือที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เป็นส่วนสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยได้ (อะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2555) เมื่อมีการล้างมืออย่างถูกวิธี มีการเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาลทำให้การแพร่กระจายเชื้อลดลง (เอื้อใจ แจ่มศักดิ์ และ คณะ, 2555)

สำหรับกิจกรรมการดูแลท่อช่วยหายใจในการตรวจวัดแรงดันในกระเปาะ (Cuff pressure) มีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย พบร้อยละ 55 ซึ่งพบว่าสาเหตุที่มีการปฏิบัติน้อยเพราะบางครั้งมีการระงับ ผู้ป่วยมีการระงับต้องรีบช่วยแก้ไขปัญหาเช่น กำลังช็อค หรือมีการ CPR ภายหลังจากเสร็จภารกิจที่ยุง พยาบาลจึงลืมตรวจวัดแรงดันในกระเปาะ (Cuff pressure) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวัลย์ ไครบุตร และศิริพร แสงสว่าง, 2551 อ้างถึงใน วันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ, 2556

การหย่าเครื่องช่วยหายใจมีการปฏิบัติเมื่อมีคำสั่งให้มีการหย่า การประเมินความพร้อมในการหย่าค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 46.66 มีการปฏิบัติได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งจากการสังเกตและพูดคุยกับพยาบาลผู้ปฏิบัติพบว่าไม่มีความมั่นใจ ไม่มีความรู้ในการวัดค่าบางอย่าง เช่น Spontaneous Tidal Volume ในการประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะต้องอ้างอิงตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก อีกทั้งแบบประเมินยังไม่มีมีการปรับปรุงที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร จากการศึกษาของ เอื้อใจ แจ่มศักดิ์ และ คณะ, 2555 ที่ได้นำแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาใช้ให้ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยลดลงจาก 9 วัน เป็น 5 วัน

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจควรตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องการ การหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก การล้างมือ การวัดแรงดันในกระเปาะ (Cuff pressure) การเช็ดข้อต่อต่างๆของเครื่องช่วยหายใจ อาจต้องมีการให้ความรู้ทั้งทางทฤษฎีและฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีความสามารถและทักษะ (Competency)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติ WHAPO ลดลงจาก 14.98 ครั้ง/1000 ventilator-day เป็น 3.42/1000 ครั้ง/1000 ventilator-day ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. มีการศึกษาวิจัยเข้าถึงผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านตัวผู้ป่วย

2. มีการศึกษาวิจัยถึงผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ WHAPO ต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม เพื่อยืนยันผลลัพธ์และศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

3. มีการพัฒนาแนวทาง หรือเครื่องมือในการประเมิน การหยาเครื่องช่วยหายใจ ในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ง่าย เหมาะสมตามบริบท

บรรณานุกรม

1. ผกาดี บุญชาติ และจันทร์คำ โพธิ์อ่อง. ผลการพัฒนาแบบการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556; Vol 13: 76-87
2. วันดี ศรีเรืองรัตน์ และคณะ. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลหาดใหญ่. วารสารหาดใหญ่วิชาการ 2556; vol 11 (2): 81-93.
3. เมตตา ภิรมย์อยู่ รุ่งเพชร หอมสุวรรณ และ จันทรรูปบูชา. การพัฒนากลุ่มแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารกองการพยาบาล. 2554; ปีที่ 38 ฉบับ 3: 6-19

4. ขวัญผกา ปรางทอง และวรวรรณ เปี่ยมสุวรรณ. การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิริราช .วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2555; vol 51: 51-57.
5. วรณัฐ เณรพรม. ผลของการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ,บัณฑิตวิทยาลัย เชียงใหม่. 2544.
6. ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล. ปอดบวมในหอผู้ป่วย.วารสารโรคปอดและทรวงอก. 2542; 20 , 55-64.
7. สมหมาย คชนาม.เอกสารประกอบการบรรยาย “เรื่อง การเขียนรายงานการวิจัย”.เอกสารอัดสำเนาใช้ประกอบการสอน. มปป. 2556.
8. สมหมาย คชนาม.เอกสารประกอบการบรรยาย “เรื่อง เครื่องมือและสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล”.เอกสารอัดสำเนาใช้ประกอบการสอน. มปป. 2556
9. เอื้อใจ แจ่มศักดิ์, อำภพร นามวงศ์พรม และ น้ำอ้อย ภัคติวงศ์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบ ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ .วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555; ปีที่ 30 ฉบับ 4: 78-87.
10. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล, พิมพ์ครั้งที่ 10, เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2555
11. <http://www.icnsk1.blogspot.com/2009/01/cop-vap.html> 10/10/2014
12. http://www.kchealthcare.com/media/1488/vap_ceu_booklet_z0406.pdf 10/10/2014
13. [http://www.udo.moph.go.th/work_staff/Link to R2R อีสารตอนบน รายการที่ 30 เรื่อง : ผลของการพัฒนาการใช้กลุ่มแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลสกลนคร](http://www.udo.moph.go.th/work_staff/Link%20to%20R2R%20อีสารตอนบน%20รายการที่%2030%20เรื่อง%20ของการพัฒนาการใช้กลุ่มแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ%20โรงพยาบาลสกลนคร) ผู้วิจัยหลัก: พงศ์ลดา รักษาพันธ์ พย.ม. (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ) หน่วยงานผู้วิจัยหลัก: งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยรอง: นพ.บุญมี มีประเสริฐ, ญัฐวิภา บุญเกิดรัมย์, กมลวัลย์ ไกรบุตร, 10/10/2014

AZT induced anemia

ขวัญใจ ธนากรจักร์

เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

บทนำ

โลหิตจาง ภาวะเลือดจาง หรือซีด (Anemia or Anaemia) คือ ภาวะที่มีปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติทางการแพทย์ หมายถึงการที่ระดับค่าฮีโมโกลบิน (Hb) ในเลือดต่ำกว่า 13 กรัม/เดซิลิตรในผู้ชายหรือ 12 กรัม/เดซิลิตรในผู้หญิง ถ้าคิดเป็นค่าฮีมาโตคริต (Hct) คือ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า 39 และ 36 เปอร์เซ็นต์ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะโลหิตจางมาก่อน ไม่ได้ใช้ยาอื่นที่อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางและไม่มีโรคร่วมหรือภาวะอื่นที่อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งภาวะโลหิตจางเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ เสียเลือดปริมาณมาก มีการทำลายเม็ดเลือดแดงในปริมาณมากผิดปกติ หรือความผิดปกติในการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากขาดสารอาหารได้แก่ ธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และกรดโฟลิก

มีสารเคมีและยาหลายชนิดที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง พบว่า Zidovudine (AZT) เป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะโลหิตจาง ซึ่งอาจพบว่าการเกิดโลหิตจางภาวะเดียวหรือพบร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล ในเลือดต่ำ (Neutropenia) ก็ได้ โดยทั่วไปจะพบภาวะโลหิตจางหลังรับยาในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกจนถึงหลายเดือนแรก อาการที่พบคืออ่อนเพลีย และจากการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์จากเดิม GPOVirus เป็น GPOVirus เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยา AZT เพิ่มมากขึ้น การที่สามารถเข้าใจถึงความเสี่ยง อาการ และโอกาสที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถนำข้อมูลมาพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยได้เพิ่มมากขึ้นได้อีก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 53 ปี อาชีพทำนา

อาการสำคัญ

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อต้นเดือนพฤษภาคม 2557 ด้วยอาการใจสั่น ตกใจง่ายเวลาได้ยินเสียงดังและนอนไม่หลับมา 2 อาทิตย์ หลังจากนั้น 2 อาทิตย์กลับมาโรงพยาบาลด้วยเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น ทานได้น้อย ไม่พบคลื่นไส้อาเจียนมา 1 อาทิตย์ พบเปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยเป็น AZT induced anemia และรับเป็นผู้ป่วยใน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และได้รับยาต้านไวรัสจากสูตร GPO vir Z250 (ประกอบด้วยสูตรยา Nevirapine (NVP) 200 mg, Lamivudine (3TC) 150mg และ Zidovudine (AZT) 250mg) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เช้า และ AZT 300 mg 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เย็น และ 3TC 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เย็น

7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น เบื่ออาหาร จึงมาพบแพทย์และถูกรับเป็นผู้ป่วยใน มีผลตรวจ CBC พบ Hematocrit (Hct) 6.5% ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินและสงสัย AZT induced anemia วางแผนให้เลือดและพิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDs)

ประวัติการใช้ยา

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีและเข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัส ได้รับยา GPO virZ250 (NVP+3TC+AZT) รับประทาน 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เช้า และ AZT 300 mg 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เย็น และ 3TC 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง เย็น หลังจากนั้น 2 อาทิตย์ทีมสหวิชาชีพปรับยาเป็น GPO vir Z250 รับประทาน 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งทุก 12 ชั่วโมง และ Sulfamethoxazole+Trimetoprim 400+80 mg รับประทาน 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง รวมถึง Fluconazole 200 mg 1 เม็ด ทุกวันพุธ

2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมารับบริการจากอาการใจสั่น ตกใจง่ายเวลาได้ยินเสียงดังและนอนไม่หลับ มา 2 อาทิตย์ได้รับยา Ranitidine 1 amp IV,

Propranolol 10 mg รับประทาน 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า , Clorazepate dipotassium 5 mg รับประทาน 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน Cyproheptadine 10 mg รับประทาน 1 เม็ดวันละ 3 ครั้งและ ORS ชงรับประทาน

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ผลการตรวจร่างกาย

วัดสัญญาณชีพพบความดันเลือดต่ำ 90/52 mmHg (ปกติ 120/80 mmHg) ชีพจรเต้นเร็ว 110 ครั้งต่อนาที (ปกติ 70-72 ครั้ง) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที (เป็นปกติ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าผิดปกติดังนี้

Lab(Female)	Normal	เดือน กค. 56 (ก่อนรับยา)	เดือน พค. 57
Hematocrit(Hct)	36-45(%)	33.5	6.5
Hemoglobin(Hb)	12-16(gm%)	10.6	2.2
White blood cell	5-10 cubic mm.	7.1	1.99
Red blood cell	3.5-5 cubic mm.	4.91	1.03
MCV	80-94.5 fl	68.2	63.5

การวินิจฉัย

AZT induced anemia

การรักษา

ให้เลือด 2 ยูนิต Hct เพิ่มขึ้น 23% และเปลี่ยนยาต้านไวรัสจาก GPO vir Z250 เป็น GPO Vir S30 รับประทาน 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งทุก 12 ชั่วโมง และ Sulfamethoxazole+Trimetoprim 400+80 mg รับประทาน 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง รวมถึง Fluconazole 200 mg 1 เม็ด ทุกวันพุธ และเพิ่ม Folic 5 mgรับประทาน 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ Ferrous fumarate 200 mg รับประทาน 1 เม็ดวันละ 3 ครั้ง

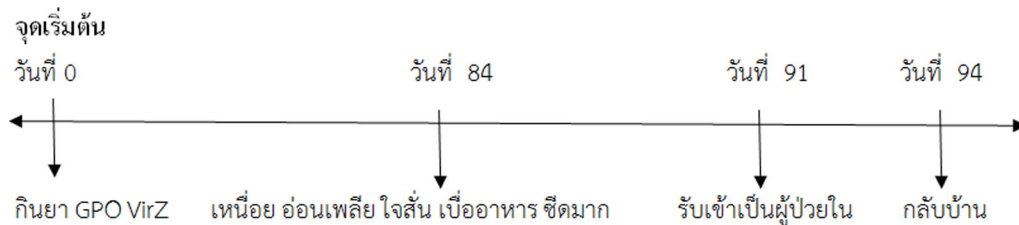
การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรืออาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย

ผู้ป่วยรายนี้ มีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหลังจากเริ่มยา GPO VirZ จากการซักประวัติผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติแพ้ยา แพ้อาหารหรือสารเคมีใดๆมาก่อน เมื่อประเมินความน่าจะเป็นของการแพ้ยาโดยใช้ Naranjo's algorithm และ WHO's criteria ได้ผลประเมินระดับ “น่าจะใช่(Probable)” และยาต้านไวรัสเอชไอวี GPO VirZ ซึ่งประกอบด้วย ยา 3 ตัว ได้แก่ AZT, 3TC และ NVP เพิ่มเติม พบว่า AZT ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) มีรายงานการเกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ ผื่นคัน และพบภาวะโลหิตจางได้ 1-1.4% ยา 3TC มีผลข้างเคียงน้อย มีรายงานคลื่นไส้ อาเจียน¹

ส่วน NVP มีรายงานผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ผื่นแพ้ที่ผิวหนัง พบได้ 14.8% มีอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง ภาวะตัว อักเสบ ประมาณร้อยละ 60 ของการใช้ non -NRTI² ส่วน Sulfamethoxazole+Trimetroprim พบอาการข้างเคียง ส่วนมากเป็นผื่น คัน หรืออาการบวม Fluconazole จะพบ ผื่น คัน ไข้หรืออาการบวม³ และยาทุกตัวส่วนใหญ่เกิดขึ้น ภายใน 12 สัปดาห์แรกของการเริ่มใช้ยา โดยผู้ป่วยรายนี้ได้ เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ ภาวะโลหิตจางวิกฤติ (เกณฑ์ระดับฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 6.5 g/dL) ซึ่งผู้ป่วย รายนี้มีระดับฮีโมโกลบิน 6.5 g/dL ซึ่งคาดว่าจะน่าจะเป็นผล มาจากยา AZT และในฐานข้อมูลเฝ้าระวังความปลอดภัยด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทย พบรายงานยา AZT+3TC ทำให้เกิด anemia 105 ฉบับจากอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 458 รายงาน³ ซึ่งคิดเป็น 22.93% ในปี 2554

จากการศึกษาในประเทศไทยของสุขชัย เจริญเสวต ตระกูล เรื่องความชุกของภาวะซีดจากการใช้ Zidovudine

(AZT) แทน Stavudine (d4T) -based HAART ในคลินิก ยาต้านไวรัสโรงพยาบาลพาน จ.เชียงราย⁴ พบว่าความชุกของ ภาวะซีดจากยาต้านไวรัสที่มีองค์ประกอบเป็น AZT เป็น ร้อยละ 15.7 โดยภาวะซีดรุนแรงระดับวิกฤติ (เกรด 4) คิดเป็นร้อยละ 4.3 โดยพบว่าเพศหญิงจะมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซีด ซึ่งระยะเวลาที่พบภาวะซีดมีค่ามัธยฐานและค่า 25-75 เปอร์เซ็นไทล์เท่ากับ 20 (12.8-28.0) สัปดาห์ เมื่อ เทียบการศึกษากับ Dipti และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับ AZT 1256 คนในอินเดีย พบ anemia 203 คน(16.2%) พบว่าเป็น ภาวะซีดรุนแรงระดับวิกฤติ (Hct<6.5%) ร้อยละ 7.9 และพบในระยะเวลา 3.2±1.6 เดือน⁵ ซึ่งใกล้เคียงกับ ของไทย อีกการศึกษาในอิหร่าน Mohsen และคณะ ศึกษา ในผู้ป่วยที่ได้รับ AZT 212 คน พบ anemia 95 คน (71%) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นมากแต่พบว่าเป็น ภาวะซีดรุนแรง ระดับวิกฤติ (Hct<6.5%) ร้อยละ 7.9 ซึ่งไม่แตกต่างกับ งานวิจัยอื่น และพบในระยะเวลา 3.91±2.8 เดือน⁶



Timeline แสดงการเข้ายาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัย ภาวะซีดที่เกิดจากยาต้าน ไวรัส AZT base regimen ในประเทศไทยของ สุขชัย เจริญเสวตตระกูล ร่วมกับการศึกษาในต่างประเทศของ Dipti และ Mohsen มีความสอดคล้องและใกล้เคียงกันใน 2 การศึกษาคือทำให้เกิดภาวะซีดได้ถึงร้อยละ 15.7 และ 16.2 แต่อีกการศึกษาพบถึง ร้อยละ 71 แต่ในจำนวนนี้เป็น ภาวะซีดรุนแรงซึ่งเป็นภาวะคุกคามอันตรายถึงชีวิตได้ใกล้ เคียงกัน คือร้อยละ 4.3 ในไทยและร้อยละ 7.9 และ 7.9 ใน ต่างประเทศ และจากการศึกษาของสุขชัย เจริญเสวตตระกูล พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ได้รับ AZT base regimen จนกระทั่ง พบภาวะซีดอยู่ที่ 12.0-28.0 สัปดาห์ และในรายงานกรณี ศึกษานี้ พบภาวะซีดวิกฤติในสัปดาห์ที่ 12 (วันที่ 84 ตาม Timeline) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุขชัย

เจริญเสวตตระกูล

ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีการ วางแผนเปลี่ยนจากสูตรเดิมคือ GPOVirS30 (ประกอบด้วย สูตรยา Nevirapine 200 mg :NVP , Lamivudine 150mg :3TC และ Stavudine 30 mg :d4T) หากต้องการใช้ สูตรยาต้านไวรัสที่มี AZT base regimen ควรมีการตรวจ เลือดดูระดับ complete blood count Hb และ Hct ก่อน เริ่มยาเพื่อดูแนวโน้มหรือความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซีด กรณีที่ มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะซีด ควรเลี่ยงไปใช้ยาต้านไวรัสสูตร อื่นแทน และควรติดตามอย่างน้อย 6 เดือนคือตรวจเลือด ที่ 0, 1, 3, 6 เดือน นอกจากนี้อาจจะเพิ่มยาบำรุงเลือด คือ โฟลิกและธาตุเหล็กควบคู่ไปด้วย ร่วมกับเฝ้าระวังอาการ ทางคลินิกเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

บรรณานุกรม

1. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แห่งประเทศไทย, แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 : หน้า 149-165
2. Charles F. Lacy, Rph, Lora L. Armstrong, Morton P Goldman, Leonard L. Lance : Drug Information Handbook 2010-2011: 19th Anniversary Edition: หน้า 1157.
3. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี 2554 : หน้า 1-1352
4. สุขชัย เจียรเศวตตระกูล. ความชุกของภาวะซีดจากการใช้ Zidovudine(AZT) แทน Stavudine(d4T) -based HAART ในคลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลพาน จ.เชียงราย. วารสารการศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า กรกฎาคม-กันยายน 2555 ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 :179-191
5. Dipti A. et al. High incidence of zidovudine induced anaemia in HIV infected patients in eastern India. Indian J Med Res 132, October 2010 : 386-389
6. Mohsen M. et al. Prevalence, severity, and related factors of anemia in HIV/AIDS patients. Journal of Research in Medical Sciences, February 2012: 138-142
7. นิลวรรณ ธารจักร. AZT induced anemia. ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2556

Case study

การผ่าตัดนิ่วไตแบบส่องกล้องในผู้ป่วยที่มี Horseshoe kidneys Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in horseshoe kidneys

นพ. ไพรัตน์ กิตติศรีวรพันธ์ พบ. วว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
ภาควิชาศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 55 ปี มีอาการปวดเอวขวา Horseshoe kidneys with right staghorn renal
มานาน 1 เดือน ไม่มีปัสสาวะขัด ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือดปน calculi
มาโรงพยาบาล ตรวจพบว่ามีนิ่วที่ไตขวาทำ IVP พบว่าเป็น



ภาพ Plain KUB
แสดง right staghorn renal calculi



ภาพ IVP
แสดงให้พบHorseshoe kidneys



ภาพ IVP ที่ 30 นาที
แสดงให้เห็น ว่า ไตข้างขวามีนิ่ว และ ไตบวม (Hydronephrosis)

การรักษาเนื้องอกไตในผู้ป่วยรายนี้ มีทางเลือกดังนี้

1. การสลายนิ่ว (ESWL)
2. การผ่าตัด

เนื่องจากเนื้องอกมีขนาดใหญ่ การสลายนิ่วจึงไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสม นิ่วในผู้ป่วยรายนี้ควรรักษาโดยการผ่าตัด แต่ความยากในการรักษานิ่วไตในผู้ป่วย horseshoe kidneys คือ ไตมีความผิดปกติ ทั้งด้าน Fusion anomaly และ rotation anomaly การผ่าตัดแบบเปิดที่ทำกันทั่วไปมักจะทำได้ยาก เสียเลือดมาก และโอกาสประสบความสำเร็จน้อย ผู้ป่วยรายนี้จึงเลือกวิธีการรักษาแบบผ่าตัดส่องกล้อง (PCNL : percutaneous nephrolithotomy) ซึ่งสามารถ

เอานิ่วออกได้อย่างปลอดภัยกว่า เสียเลือดน้อย แผลเล็กกว่า ระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นกว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่า และเจ็บแผลผ่าตัดน้อยกว่าอีกด้วย

ขั้นตอนการทำ Percutaneous nephrolithotomy

ประกอบด้วย

1. Renal access
2. Dilatation
3. Nephroscope with stone disintegration
4. Nephrostomy tube replacement



จัดท่านอนคว่ำ



ขั้นตอน Renal access



ขั้นตอนการ Dilate tract



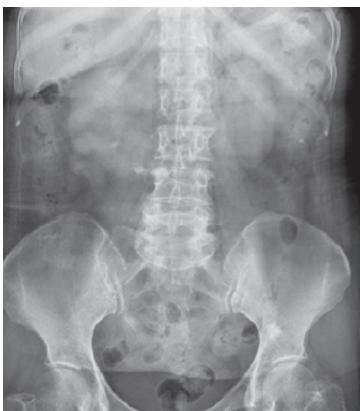
Nephroscope with stone disintegration



ภาพ plain KUB หลังการทำ PCNL
พบว่า มีนิ่วเหลืออยู่ในไตข้างขวา
เล็กน้อย

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้จากการทำ PCNL in horseshoe kidneys
(Complications)

1. Colon injury
2. pneumothorax
3. Bleeding
4. Adjacent organ injury



ภาพ Plain KUB Last follow up
CIRF: (Clinical insignificant renal fragment)
หลังทำ PCNL และ ESWL พบว่า สามารถเอานิ่วออก
ได้เกือบ 100%

ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้น หลังผ่าตัดยังมีนิ่วเหลือ จึงได้ให้ผู้ป่วยคา
สาย Nephrostomy tube กลับบ้าน พร้อมทั้งนัดมาสายนิ่ว 1 ครั้ง follow up Film KUB พบว่า
นิ่วแตกดี หลุดออกเกือบ 100 % (ดังภาพ) จึงได้ถอดสาย Nephrostomy tube ออกให้ Last follow
up ผู้ป่วยสบายดีไม่มีอาการปวดเอวแล้ว ปัสสาวะใสดี

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial) เป็นบทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. บทความทบทวนความรู้ (Topic review) คือบทความที่มีลักษณะการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ อย่างสมบูรณ์ในเรื่องนั้น ควรเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษามากหรือเป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น
3. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) คืองานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยนั้น
4. รายงานคนไข้ที่น่าสนใจ (Interesting case) คือรายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบบ่อย หรือผู้ป่วยที่พบบ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น
5. นวัตกรรม คือผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. เกร็ดความรู้ คือความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. กิจกรรมการประชุมวิชาการ ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แต่บุคคลโดยรวม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว พิมพ์ชิดด้านซ้าย ในกระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. หน้าแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (บางกรณีอาจใช้รูปถ่ายร่วมด้วย) เบอร์โทรศัพท์ต่อ, E.mail
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด เว้นแต่ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้
4. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ
5. บรรณานุกรมใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal
6. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อมเขียนข้อมูลลง CD 1 แผ่น ส่งไปยังงานศึกษาอบรม โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร. (042) 521349, (042) 511422 หรือ 511424 ต่อ 1016 โทรสาร (042) 521349 E-mail : training 1016 @hotmail.com

ตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรม

1. วารสารทั่วไป
ชื่อผู้เขียนบทความ. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่(ฉบับที่): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
พลสุข จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ 2556; 31(3): 186-194.
Leelarasamee A. AIDS control: who is missing. J Infect Dis Antimicrob Agents 1996 Sep-Dec; 13Z3): 123-5
2. หนังสือ
ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
ประเสริฐ ทองเจริญ. เอดส์: กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2531.
Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.
3. จากอินเทอร์เน็ต
ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ออนไลน์]ปีพิมพ์[cited วันเดือนปีที่อ้าง]. Available from: URL
ครรชิต มัลยวงศ์. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการมาตรฐานไอซีที. [ออนไลน์]10 มีนาคม 2546. [อ้างเมื่อ 6 กรกฎาคม 2550] จาก http://www.drkanchit.com/ictstandard/ict_content/introict.pdf.
Gordon CH, Simmons P, Wynn G. Plagiarism: what it is, and how to avoid it [online] 2001 [cited 2001 Jul 24]. Available from: <http://www.zoology.ubc.ca/bpg/plagiarism.htm>

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ
3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารโรงพยาบาลนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน