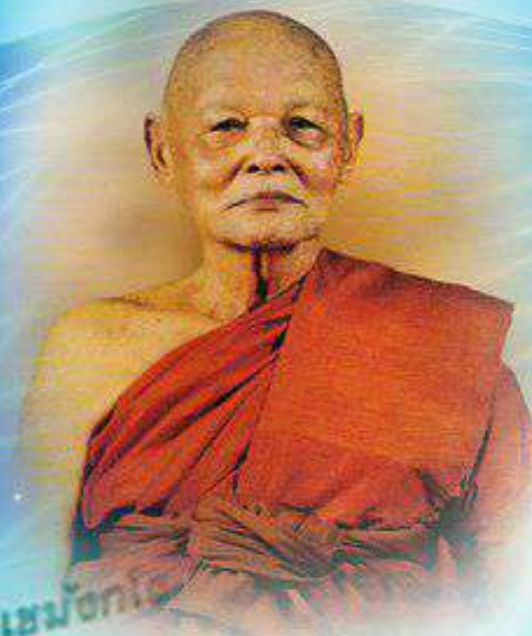




โรงพยาบาล สิงห์บุรี



โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

Singburi Hospital Journal

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2562

Vol. 28 no. 1 January - June 2019

ISSN 0858 - 4850

คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ดร. ปราณี มีหาญพงษ์
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง และเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ผู้ป่วยจำนวน 140 คน เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเฉพาะวันคู่ ไม่เว้นวันหยุดราชการ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการศึกษา พบว่า

1. คุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมตามการรับรู้ที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิงอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 1.00$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านและพบว่าด้านความเป็นรูปธรรมอยู่ในระดับมากแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.90$)

2. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิงที่มีอายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ และระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F = .649$, $p = .52$ และ $F = .664$, $p = .57$ ตามลำดับ)

3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล ที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -.088$, $p = .90$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมให้พยาบาลรักษาระดับพฤติกรรมบริการไว้ให้คงที่หรือเพิ่มมากขึ้น ควรเพิ่มการพัฒนาคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิงรับรู้คุณภาพบริการมากขึ้น

คำสำคัญ คุณภาพบริการพยาบาล การผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

Abstract : Pranee Meehanpong, Ph.D.

Quality of nursing services patients receives orthopedic surgery, Orthopedics wards, male – female, One of General Hospital.

This study is a descriptive research aims to study the quality of nursing services according to the perception of patients who received surgery orthopedic surgery way. Orthopedics wards, male – female. Compare the quality of nursing services according to the perception of patients who received surgery orthopedic surgery way. The age, level of education and experience to stay in the hospital. A group of patients who received surgery orthopedic surgery way. Orthopedics wards, male – female researchers determine the sample size, the number of patients has 140 people. Collect data for patients with features as the even days, including public holidays. Collect data for patients with features as only for a couple days, not on public holidays. The tool used in this study are questionnaire, personal information, questionnaire and the service quality. The reliability for nursing services quality scale was .97 The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, independent t-test and One-way ANOVA.

Major finds were as follows:

1. Nursing service quality as perceived by receiving surgery, orthopedic surgery, Orthopedics wards, male – female are at a high level. ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 1.00$) When considering each dimension, the dimension and found its concrete at a high level, but with the lowest average. ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.90$)

2. Nursing service quality as perceived by receiving surgery, orthopedic surgery, The comparison of nursing service quality as perceived by receiving surgery, orthopedic surgery, Orthopedics wards, male – female with age and education level, different, found that patients with age and education level. There are different perceptions of quality nursing services, not significantly at the level of .05 ($F = .649$, $p=.52$ and $F = .664$, $p=.57$ respectively)

3. Nursing service quality as perceived by receiving surgery, orthopedic surgery, The comparison of nursing service quality as perceived by receiving surgery, orthopedic surgery, Orthopedics wards, male – female with the experience of staying in the hospital, ($t = -.088$, $p = .90$) different, found that patients with the experience of staying in the hospital, not significantly at the level of .05

Keyword : Quality of nursing services, Patients receives orthopedic surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันผู้ใช้บริการมีความรู้และสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น มีการเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพมากขึ้นโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพมากขึ้น ทำให้สถานบริการพยาบาลไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือองค์กรต่าง ๆ ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานหลายด้าน เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังด้านคุณภาพและบริการของประชาชนและสังคม ให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน มีความรับผิดชอบ และสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของบริการสาธารณสุข ถือเป็นภารกิจและความรับผิดชอบต่อสำคัญของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ต้องดำเนินการเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนและสังคมให้ได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน⁽¹⁾

จากข้อมูลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง ตั้งแต่ปี 2558-2560 พบว่าผู้ป่วยทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่มานอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยแล้วมักต้องทำผ่าตัดประมาณถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด ในปี 2558 มีผู้ป่วยทั้งหมด 894 คน ทำผ่าตัด 486 คน (ร้อยละ 54.36) ในปี 2559 มีผู้ป่วยทั้งหมด 944 คน ทำผ่าตัด 467 คน (ร้อยละ 49.47) และในปี 2560 มีผู้ป่วยทั้งหมด 799 คน ทำผ่าตัด 466 คน (ร้อยละ 58.32)⁽²⁾

ผู้ป่วยกระดูกหักแม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้ว แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากจะมีผลกระทบด้านจิตใจที่กลัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ด้านร่างกายจะทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการผ่าตัดแล้วยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะข้อติดแข็งหรือเคลื่อนไหวข้อได้น้อย กระดูกติดผิดรูป (Mal union) กระดูกไม่ติด (Nonunion) ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบเนื่องจากไม่ได้ใช้งาน (Disuse atrophy) ภาวะเกิดกระดูกงอกในกล้ามเนื้อ (Myositis ossificans) หรือการติดเชื้อ⁽³⁾ จากผลกระทบดังกล่าว มีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการให้ได้นานที่สุด โดยการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาทางออร์โธปิดิกส์ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้นกว่าเดิม⁽⁴⁾

คุณภาพบริการ (Quality of Service) เป็นระดับความเป็นเลิศทั้งในด้านรูปธรรมนามธรรม หรือเป็นการให้บริการที่ตอบสนองตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ ถูกต้อง เหมาะสม และได้มาตรฐานวิชาชีพ เกิดความผิดพลาดน้อย⁽⁵⁾ คุณภาพการบริการด้านสุขภาพมีองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ คุณภาพตามความเป็นจริง (Quality in Fact) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการ ได้ให้การดูแลผู้ใช้บริการตามมาตรฐานที่กำหนด และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in Perception) เกิดจากการที่ผู้ใช้บริการรับรู้ ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ⁽⁶⁾

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลมีหลายอย่าง ซึ่งประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในอดีตที่เคยใช้บริการมาก่อนทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับบริการที่ได้รับและทำให้เกิดความคาดหวังต่อบริการนั้น ๆ ขึ้นมาเมื่อจะใช้บริการในครั้งต่อไป⁽⁷⁾ อายุของผู้ใช้บริการส่งผลต่อการพิจารณาเลือกบริการสุขภาพ ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพที่ต่างกันโดยเมื่อบุคคลมีอายุ

มากขึ้นจะแสวงหาวิธีดูแลตนเอง และมีกระบวนการคิดการตัดสินใจในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ที่มากขึ้น^(8,9)

นอกจากนี้ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้แหล่งประโยชน์ และการดูแลสุขภาพ⁽¹⁰⁾

คุณภาพของการให้บริการสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับพยาบาลมากเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและต้องติดต่อสื่อสารกับผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงการที่พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างทันท่วงทีด้วยการปฏิบัติอย่างสุภาพ อ่อนโยน เคารพความเป็นบุคคลสนใจและเข้าใจปัญหาของผู้ใช้บริการ แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้และทักษะ ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการพยาบาลมุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นมุมมองของการประเมินคุณภาพการพยาบาลจึงเปลี่ยนเป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการมากขึ้น⁽¹¹⁾ นอกจากนี้การประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญและมีแนวโน้มที่จะเป็นหลักในการจำแนกการวัดและประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาล⁽¹²⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าอยู่ในระดับใดและมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อายุ และระดับการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการพร้อมทั้งปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

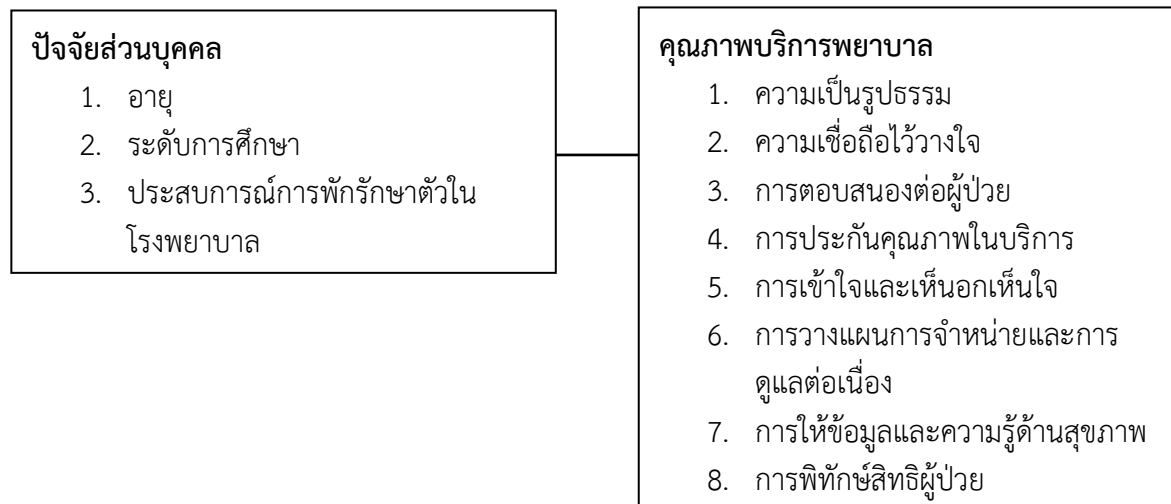
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่เข้ารับการรักษาคหผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดคุณภาพบริการพยาบาลของพาราสูรามาน⁽¹³⁾ กล่าวว่า คุณภาพการให้บริการเป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินของผู้รับบริการโดยทำการเปรียบเทียบระหว่างบริการที่คาดหวัง กับการบริการที่รับรู้จริงจากผู้ให้บริการซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวัง จะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ จากบริการที่ได้รับและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน⁽¹⁴⁾ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ ซึ่งคุณภาพการบริการที่เป็นคุณภาพตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรม

2) ความเชื่อถือไว้วางใจ 3) การตอบสนองต่อผู้ป่วย 4) การประกันคุณภาพในบริการ 5) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ 6) การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ในการประเมินคุณภาพการให้บริการโดยอาศัยการประเมินจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตามอายุระดับการศึกษา และประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ใน 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2560 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จำนวนเฉลี่ยปีละ 437 คน หรือเดือนละประมาณ 36 คน เก็บข้อมูล 6 เดือนคิด เป็นผู้ป่วยทั้งหมด 216 คน⁽²⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีคำนวณจากสูตรของยามานะ⁽¹⁶⁾ ได้ผู้ป่วยจำนวน 140 คน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่นอนโรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน
2. อายุตั้งแต่ตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดอาชีพ การศึกษา
3. รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบคำถามได้
4. เข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาไทย
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยจะจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเฉพาะวันคู่ ไม่เว้นวันหยุดราชการ จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่สร้างตามมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน⁽¹⁴⁾ มาตรฐานบริการสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ และแนวคิดเครื่องมือวัดคุณภาพตามรูปแบบพาราสุรามาน⁽¹³⁾ ของเรื่องฤทธิศรีนครินทร์⁽¹⁷⁾ ซึ่งได้ขออนุญาตการนำมาปรับใช้กับเจ้าของและสถาบันการศึกษาที่เจ้าของแบบสอบถามจบการศึกษาเรียบร้อยแล้ว มีความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดเชิงบวกทั้งหมด ประกอบด้วยคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน 8 ด้าน จำนวน 40 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามคุณภาพคุณภาพบริการพยาบาล ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่นอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรีเรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมที่จะตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามได้ รวมทั้ง อาจลงนามในใบยินยอมหรือไม่ก็ได้ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อทั้งกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยการให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ตอบแบบสอบถามก่อนกลับบ้าน 1 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในพักรักษาตัวในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. คะแนนการรับรู้ต่อคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งโดยรวมและรายด้าน
3. การเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) หากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการวิเคราะห์หาความแตกต่างรายคู่ (Multiple comparisons) ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference) และสถิติทดสอบค่าทีแบบสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test)

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	67.90
หญิง	45	32.10
อายุ		
18 -33 ปี	38	27.10
34 -49 ปี	44	31.10
≥ 50 ปี	58	41.40
$\bar{x} = 45.56$ SD = 17.19 Min -Max = 18 -93		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	69	49.30
มัธยมศึกษา	38	27.10
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	30	21.40
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	2.10
สถานภาพ		
โสด	53	37.90
คู่	81	57.90
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	4.30
อาชีพ		
งานบ้าน	25	17.90
รับจ้าง	87	62.10
เกษตรกร	7	5.00
ค้าขาย	7	5.00
เบิกได้	14	10.00
ประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
1 ครั้ง	57	40.70
มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	83	59.30

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 95 คน (ร้อยละ 67.90) มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 41.40) รองลงมาอายุ 34-49 ปี (ร้อยละ 31.40) อายุเฉลี่ย 45.56 ปี สำเร็จ การศึกษาระดับประถม 69 คน (ร้อยละ 49.30) รองลงมาระดับมัธยมศึกษา 38 คน (ร้อยละ 27.10)

ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ 81 คน (ร้อยละ 57.90) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง 87 คน (ร้อยละ 62.10) ส่วนใหญ่ประสบการณ์ในพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง 83 คน (ร้อยละ 59.30)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกรายด้าน และโดยรวม (n = 140)

คุณภาพบริการ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการประกันคุณภาพในบริการ	4.02	0.97	มาก
ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.99	0.97	มาก
ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	3.98	0.86	มาก
ด้านการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	3.97	0.93	มาก
ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.97	0.95	มาก
ด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	3.96	1.00	มาก
ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วย	3.94	0.96	มาก
ด้านความเป็นรูปธรรม	3.89	0.90	มาก
รวม	3.96	0.96	มาก

จากตารางที่ 2 คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 1.00$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การประกันคุณภาพในบริการ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.02$, $SD = 0.97$) รองลงมาคือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.99$, $SD = 0.97$) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ($\bar{x} = 3.98$, $SD = 0.86$) การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{x} = 3.97$, $SD = 0.93$) ความเชื่อถือไว้วางใจ ($\bar{x} = 3.97$, $SD = 0.95$) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 1.00$) การตอบสนองต่อผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.94$, $SD = 0.96$) และความเป็นรูปธรรม ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.90$) ตามลำดับ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย
ศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกรายข้อ (n = 140)

คุณภาพบริการ	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	ระดับ
ด้านการประกันคุณภาพในบริการ	4.02	0.97	มาก
การรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ปราศจากข้อผิดพลาดและ ภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี	4.05	0.99	มาก
การพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยนมีอัธยาศัยไมตรีที่ดี	4.05	0.99	มาก
ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย	4.02	1.06	มาก
การป้องกันอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น การพลัดตกหกล้ม	4.00	1.01	มาก
การอธิบายสาเหตุและข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยได้	4.00	1.02	มาก
การอธิบายการแสดงออกของพยาบาลทำให้เกิดความมั่นใจ ในการเข้ารับบริการ	3.97	0.98	มาก
ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.99	0.97	มาก
การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์	4.10	0.90	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกรายข้อ (n = 140) (ต่อ)

คุณภาพบริการ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	ระดับ
การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษา วิธีปฏิบัติตัว ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก่อนเซ็นยินยอมรับการรักษา	4.02	1.05	มาก
การให้บริการด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น	3.98	1.04	มาก
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับการรักษายาบาล	3.95	1.02	มาก
การเปิดโอกาสให้ซักถามในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจและเป็นปัญหา	3.89	1.09	มาก
ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ	3.98	0.86	มาก
การได้รับการดูแลรักษาเอาใจใส่จากพยาบาลเป็นอย่างดี	4.02	1.05	มาก
การเข้าใจปัญหาและความต้องการเฉพาะ	3.98	0.83	มาก
การมีความเห็นอกเห็นใจในอาการและความเจ็บป่วย	3.95	0.85	มาก
การพูดคุยให้กำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย	3.96	0.97	มาก
ด้านการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	3.97	0.93	มาก
การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อม	4.04	1.01	มาก
การฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้าน			
การอธิบายให้ทราบถึงวันนัด วิธีปฏิบัติตัว และความสำคัญการมาตรวจตามนัด	4.02	1.06	มาก
การได้รับผลการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ดี	3.92	0.97	มาก
ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน	3.91	0.93	มาก
ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.97	0.95	มาก
หลังจากได้รับการดูแลรักษาแล้วพึงพอใจและยอมรับผลการรักษา	4.10	1.05	มาก
เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยจะกลับมารับบริการอีกครั้ง	3.97	1.00	มาก
การสนใจเอาใจใส่ที่จะช่วยแก้ปัญหา	3.95	1.02	มาก
การให้การดูแลอาการเจ็บป่วยอย่างสุภาพนุ่มนวล	3.92	0.94	มาก
การดูแลรักษายาบาล ไม่เกิดข้อผิดพลาดในการให้บริการ	3.92	0.94	มาก
ด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	3.96	1.00	มาก
การให้คำอธิบายและคำแนะนำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	3.99	1.10	มาก
การได้แนะนำข้อมูลในเรื่องการเจ็บป่วย ผลการตรวจ แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีปฏิบัติตัว	3.97	0.95	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย
 ศัลยกรรมกระดูกขา – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกรายข้อ (n = 140) (ต่อ)

คุณภาพบริการ	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	ระดับ
การอธิบายขั้นตอนบริการและกฎระเบียบของโรงพยาบาลให้ทราบ	3.92	1.07	มาก
ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วย	3.94	0.96	มาก
การมีความกระตือรือร้นยินดีให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ตลอดเวลา	4.00	0.97	มาก
การได้รับคำแนะนำ และรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยขณะนอนรักษา ในโรงพยาบาล	3.98	1.03	มาก
การอธิบายให้ทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง	3.97	1.00	มาก
การสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทันทีที่ต้องการ	3.96	1.02	มาก
ขั้นตอนการรับเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก	3.77	1.10	มาก
ด้านความเป็นรูปธรรม	3.89	0.96	มาก
การมีบุคลากรที่แต่งกายสะอาดสุภาพเรียบร้อย	4.15	1.08	มาก
การมีความสุภาพต่อผู้ป่วยและญาติ	4.06	0.86	มาก
การมีสีหน้ายิ้มแย้ม มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ	3.93	1.09	มาก
เครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความเพียงพออยู่ในสภาพพร้อม ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย	3.89	0.87	มาก
อาคาร สถานที่ บริเวณตึกผู้ป่วย จัดเป็นระเบียบ สะอาด อากาศ ถ่ายเทดี ไม่แออัด มีมุมพักผ่อน	3.85	1.16	มาก
การมีเอกสารแผ่นพับ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาและการ ปฏิบัติตัวที่สามารถหยิบอ่านได้ง่าย	3.73	0.88	มาก
สิ่งของที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอน แก้วน้ำ ตู้ข้างเตียง สะอาด เพียงพอ พร้อมใช้	3.72	0.99	มาก
ห้องน้ำสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่ลื่นและปลอดภัยในการเข้า ใช้บริการ	3.64	1.14	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าด้านการประกันคุณภาพในบริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ปราศจากข้อผิดพลาดและภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.99$) เมื่อพิจารณารายด้านความเป็นรูปธรรมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และรายข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีเอกสารแผ่นพับ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่สามารถหยิบอ่านได้ง่าย ($\bar{x} = 3.73$, $SD = 0.88$) สิ่งของที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอน แก้วน้ำตู้ข้างเตียง สะอาด เพียงพอ พร้อมใช้ ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.99$) และห้องน้ำสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่ลื่นและปลอดภัยในการเข้าใช้บริการ ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 1.14$) ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หู โหนก โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล ครบตามเกณฑ์ที่จะใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One- way ANOVA) ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน ความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) และข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย จำแนกตามอายุของผู้ป่วย (n = 140)

อายุ	n	$\bar{x}$	SD		SS	MS	df	F	p
8-36	45	4.08	0.71	ระหว่างกลุ่ม	1.08	0.54	2	.649	.52
37-65	74	3.90	0.47	ภายในกลุ่ม	114.43	0.83	137		
66-94	21	3.89	1.05	รวม	115.51		139		

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลจำแนกตามอายุของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F = .649$, $p = .52$)

ผู้ศึกษาทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล ครบตามเกณฑ์ที่จะใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน ความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) และข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลจำแนกตามการศึกษาของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย จำแนกตามการศึกษา (n = 140)

การศึกษา	n	$\bar{x}$	SD		SS	MS	df	F	p
ประถมศึกษา	94	3.87	0.94	ระหว่าง	1.66	0.55	3	.664	.57
				กลุ่ม					
มัธยมศึกษา	38	3.85	0.78	ภายในกลุ่ม	113.85	0.83			
อนุปริญญาหรือ	30	3.93	1.02	รวม	115.517	139			
เทียบเท่า									
ปริญญาตรีหรือสูง	3	4.24	0.31						
กว่า									

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F = .664, p = .57$)

การเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย จำแนกตามประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล ครบตามเกณฑ์ที่จะใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Independent t- test) ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร ประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ความแปรปรวนของประชากรทั้งสองกลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) และข้อมูลทั้งสองมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย จำแนกตามประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (n = 140)

ประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	n	$\bar{x}$	SD	t	df	p
1 ครั้ง	57	3.95	.89	-.088	138	.90
> 1 ครั้ง	83	3.96	.92			

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยไม่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -.088, p = .90$)

อภิปรายผล

1.คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96, SD = 1.00$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน การประกันคุณภาพในบริการ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.02, SD = 0.97$) รองลงมาคือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.99, SD = 0.97$) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ($\bar{x} = 3.98, SD = 0.86$) การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{x} = 3.97, SD = 0.93$) ความเชื่อถือไว้วางใจ ($\bar{x} = 3.97, SD = 0.95$) การให้ข้อมูลและความรู้ด้าน

สุขภาพ ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 1.00$) การตอบสนองต่อผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.94$, $SD = 0.96$) และความเป็นรูปธรรม ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.90$) ตามลำดับ เนื่องจากในปีพ.ศ. 2557 คณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาของประเทศ 1 ใน 6 เรื่องคือการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ในด้านการบริการที่เป็นเลิศนั้นมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เป็น 1 ใน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลักที่มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพ⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2556 – 2560 มุ่งเน้นระดับมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ⁽¹⁹⁾ จึงทำให้ทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขต่าง ๆ ตั้งแต่สำนักงานการพยาบาล โรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล และหอผู้ป่วย ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวโดยให้บริการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจต่อการบริการดูแลรักษาพยาบาล

รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งในมาตรฐานก็กำหนดให้มีการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ทั้งด้านการบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล จึงมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โรงพยาบาลสิงห์บุรีได้ผ่านการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปีมาถึง 3 ครั้ง ซึ่งในปัจจุบันอยู่ในระหว่างการขอการรับรองในครั้งที่ 4 จึงส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยรวมอยู่ในระดับมากดังกล่าวดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา สิงโต⁽²⁰⁾ พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ ตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชัยนาท ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พิศมัย กองทรัพย์⁽²¹⁾ ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาลในระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามการรับรู้ของผู้คลอดในโรงพยาบาลสกลนครมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. คุณภาพบริการพยาบาลจำแนกตามอายุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F = .649$, $p = .52$) สอดคล้องกับการศึกษาโศรดา ชุมนัย⁽²²⁾ พบว่าคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่งคา จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามอายุพบว่าไม่แตกต่างกัน

3. คุณภาพบริการพยาบาลจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F = .664, p = .57$)

4. คุณภาพบริการพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วย ไม่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -.88.68, p = .90$) สอดคล้องกับการศึกษาของโสธยา พูลเกษ⁽²³⁾ ในโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่ใช้บริการแตกต่างกัน ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการไม่มีความแตกต่างกัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ จนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กล่าวไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และบุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม และรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค⁽²⁴⁾ ถึงแม้บุคคลในแต่ละวัยน่าจะมีความคาดหวัง หรือการรับรู้ที่แตกต่างกัน แต่ในยุคปัจจุบัน เป็นยุคเจริญทางเทคโนโลยีข่าวสารด้านคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ และคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ที่ติดประกาศไว้ในสถานบริการ ทุกหน่วยงาน รวมทั้งการสื่อสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลเป็นอย่างดีว่าผู้ให้บริการจะให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ เมื่อผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใด เข้ารับบริการกี่ครั้ง ครั้งที่เท่าไร หรือใช้สิทธิการรักษาใด ๆ ทุกคนย่อมมีสิทธิเท่าเทียมกันตามมาตรฐานที่รัฐกำหนดไว้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวคุณภาพบริการพยาบาลจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรีจึงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรปรับปรุงด้านเป็นรูปธรรมถึงแม้จะอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งได้แก่ความพึงพอใจของผู้ป่วยในด้านทางกายภาพที่ปรากฏตั้งแต่ ความสะอาดของอาคาร สถานที่ และควรตกแต่งให้ สวยงาม สะดวกสบาย เครื่องมือเครื่องใช้พร้อมใช้ บุคลากรทางการพยาบาลมีบุคลิกดี แต่งกายเรียบร้อย

2. ส่งเสริม พัฒนาคุณภาพบริการคุณภาพบริการพยาบาลทั้งด้านการประกันคุณภาพในบริการด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ คุณภาพบริการ ด้านการวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษดา แสงวดี, อีรพร สิริอังกูร, อมรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: แนวทางการประเมินคุณภาพภายใน. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2547.
2. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย- หญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี . สถิติการผ่าตัดหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง; 2560.
3. วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม และคณะ. ตำราออร์โธปิดิกส์ เล่ม 2. สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริรักษ์ออฟเซต; 2539.
4. Kneedler JA, Dodge GH. Perioperative patient care: the nursing perspective: Jones & Bartlett Learning; 1994.
5. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2549.
6. Omachonu VK. Quality of care and the patient: New criteria for evaluation. Health Care Manage Rev. 1990; 15(4): 43-50.
7. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations: Simon and Schuster; 1990.
8. กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: ไทยเจริญการพิมพ์; 2552.
9. จิราภา เต็ง ไตรรัตน์ และคณะ. จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice; 2006.
11. Rehnström L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. Scand J Caring Sci. 2003; 17(3):308-14.
12. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MR, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. J Adv Nurs. 2001; 35(2):294-306.

13. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. Delivery quality service: Balancing customer perception and expectation. New York: Free Press; 1990.
14. สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการบริการในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2550.
15. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย; 2550.
16. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Ed. New York. Harper and Row Publications; 1973.
17. เรืองฤทธิ์ ศรีนครินทร์. คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในเวชกรรม โรงพยาบาล สกลนคร. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
18. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. (2560) เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2562, จาก: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733_1_.pdf
19. สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2556 – 2560. กรุงเทพฯ: มหานครกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560
20. วณิดา สิงโต. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชัยนาท. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2549.
21. พิศมัย กองทรัพย์. คุณภาพการพยาบาลในระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามการรับรู้ของผู้คลอดใน โรงพยาบาลสกลนคร. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาล ศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
22. ไศรดา ชุมน้อย. คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนคา จังหวัดกาฬสินธุ์. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
23. โสริยา พูลเกษ. ความคาดหวังของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. ปริญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการ สังคม). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
24. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560. (2560) เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2562, จาก: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733_1_.pdf

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

ผาสุก มั่นคง

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2561 ถึงเดือน มีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้จำนวน 1 ครั้งร่วมกับการพยาบาลปกติ โปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วย คู่มือการให้ความรู้ เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3) แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบไม่อิสระ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า 1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($x = 98.97$, $SD = 8.31$) และ ($x = 8.47$, $SD = 1.57$) ($p < 0.05$) สูงกว่า ก่อนทดลอง ($x = 93.07$, $SD = 16.11$) และ ($x = 7.47$, $SD = .94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.08$, $p < 0.05$) 2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($x = 95.53$, $SD = 15.98$) และ ($x = 8.84$, $SD = 1.56$) ($p < 0.05$) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($x = 89.90$, $SD = 8.62$) และ ($x = 7.53$, $SD = 1.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.13$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ โปรแกรมการให้ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Abstract: The Effect of Educational Program to Illness Representation and Management Acute Myocardial Infarction Symptoms of Person with Acute Myocardial Infarction

Mrs. Phasuk Mankhong

The aim of this quasi-experimental design was to examine the effect of an educational program to illness representation and management, acute myocardial infarction symptoms of person with acute myocardial infarction. A sample was 60 patients with acute myocardial infarction who visited the Diabetes Clinics, Out Patient Department of Singburi Hospital. The data collection was conducted between December 2018 to March 2019. A sample was recruited by simple random sampling. A control group of 30 patients received usual care. The experimental group and 30 patients in the control group and the experimental group participated in a program to educated program for 1 consecutive days in visited the Diabetes Clinics to usual care. The experimental tools consisted of: 1) the educational program focusing on illness representation and management acute myocardial infarction symptoms 2) a handbook related to the illness representation and management acute myocardial infarction symptoms. Data collection tools were a person and illness representation questionnaire, illness response strategies questionnaire which was developed by the researcher. The experimental and data collecting tools were validated by 3 experts. The reliability of the illness representation questionnaire and illness response strategies questionnaire were .82 and .90 respectively. Demographic data and health-related information was analyzed by descriptive statistics and compared pre-test and post-test score of illness representation and management acute myocardial infarction symptoms in the experimental group were analyzed by paired t-test. Illness representation and management acute myocardial infarction symptoms between the experiment and the control group were analyzed by independent t-test.

The results showed that

1. The post-test score of the experimental group ($x = 98.97$, $SD = 8.31$) and ($x = 8.47$, $SD = 1.57$) ($p < 0.05$) after receiving the education program, the mean score of illness representation and management myocardial infarction symptoms was significantly higher than pre-test score ($x = 93.07$, $SD = 16.11$) and ($x = 7.47$, $SD = .94$) with statistical significance at the 0.5 level ($t = -3.08$, $p < 0.05$).

2. After receiving the education program, the mean score of illness representation and management myocardial infarction symptoms in the experimental group ($x = 95.53$, $SD = 15.98$) and ($x = 8.84$, $SD = 1.56$) ($p < 0.05$) were significantly higher than that in the control group ($x = 84.37$, $SD = 11.20$) and ($x = 7.53$, $SD = 1.14$) with statistical significance at the 0.5 level ($t = -3.13$, $p < 0.05$)

This program can be used as a guideline for educating patients to increase their illness representation and management myocardial infarction symptoms effectively, which can reduce the delayed seeking help and gain the greatest benefit from the treatment.

Keywords: Educational Program, Illness Representation, Management Acute Myocardial Infarction Symptoms

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการตาย ที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกเป็นจำนวนมากตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และทุก ๆ 25 วินาที จะมีคนเกิดเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีคนเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุก ๆ 36 วินาที¹ สำหรับประเทศไทยอัตราการเกิดและอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554-2559 อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.47 เป็นร้อยละ 29.13² โดยร้อยละ 63 จะเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล³ สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2559-2561 มีผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 46, 48 และ 49 รายตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 8, 6 และ 9 รายตามลำดับ⁴

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีลักษณะเฉพาะ คือ เจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดทับบริเวณหน้าอก และ/ หรือแน่นหน้าอก รู้สึกเหมือนมีอะไรหนัก ๆ มาทับที่หน้าอก และ/ หรือรู้สึกว้าววดสลับร้อนบริเวณทรวงอก ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีทันใดและรุนแรง สำหรับการรักษาโรคที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการของโรค การรักษาโดยการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ถ้ารักษาด้วย 2 วิธีนี้ไม่ได้ผล แพทย์จะใช้วิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด⁵ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวภายใน 1-3 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการได้รับการรักษาที่รวดเร็วจัดเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาล่าช้าร้อยละ 60 เกิดจากความล่าช้าของระยะเวลาการตัดสินใจโดยมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษเฉลี่ยถึง 95.24 นาที และ

90.88 นาที⁶ สาเหตุที่มารับการรักษาซ้ำ มาจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญกับการตอบสนองต่อการจัดการอาการของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถประเมินและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้ความรู้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินก็ตาม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการให้ความรู้ส่วนใหญ่เป็นการให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งในปัจจุบันพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้มีเป็นจำนวนมาก และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตลอดเวลา ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อให้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสามารถจัดการอาการฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับตนเอง คนในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนทดลอง
2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two – group pretest – posttest control group design)

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้

ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

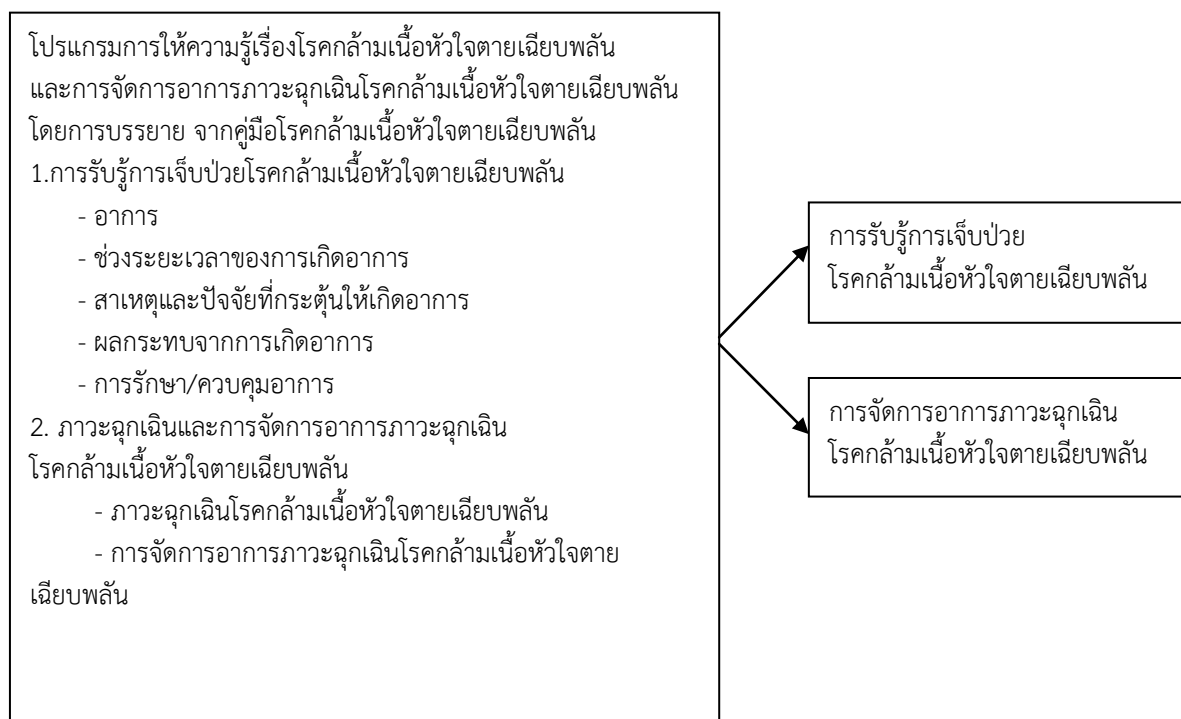
ประชากร ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นผู้ที่มีองค์ประกอบของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับ Cholesterol (Cholesterol >240 มก./ดล. หรือระดับ HDL- C เพศชาย ≤ 40 มก./ดล. หรือเพศหญิง ≤ 50 มก./ดล. หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยารักษา) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 หรือขนาดของเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วขึ้นไปในเพศชาย และตั้งแต่ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยและเลือกใช้งานวิจัย การศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด⁷ คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ .80 และนำค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ไปเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis)⁸ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย อย่างไรก็ตาม พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและทำให้เกิดการผิดพลาดในการศึกษาน้อย ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละประมาณ 25 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นจะทำให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น⁹ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹⁰ มาใช้ในการศึกษา



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เป็นกิจกรรมการให้ความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้คู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากหนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) และวิธีการตอบสนองหรือการจัดการต่อการเจ็บป่วย¹¹

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹² ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินการ การเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครอบคลุมวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยายามอดทน/ รอดอาการ ด้านรักษาด้วยตนเอง ด้านการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น และด้านการแสวงหาการรักษา/การปรึกษาบุคลากรในทีมสุขภาพ มีทั้งหมด 11 ข้อ โดยเลือกตอบการจัดการต่ออาการฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และแบบสัมภาษณ์การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการเป็นขั้นตอนโดยผู้วิจัย ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.2 สร้างคู่มือการให้ความรู้คู่มือการให้ความรู้ เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ใช้ในการทดลอง

1.3 เมื่อผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก

1.4 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทำวิจัย

1.5 ขอความร่วมมือจากหัวหน้างานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเบาหวาน ทำการสำรวจรายชื่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา อธิบายกระบวนการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงลายชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ดำเนินการในกลุ่มควบคุม (เริ่มตั้งแต่ 4 ธันวาคม 2561 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์นัดมารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยการพิทักษ์สิทธิ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน เสร็จแล้วกล่าวขอบคุณผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและญาติที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วให้การพยาบาลตามปกติ (การเก็บข้อมูลใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 วัน ในวันที่มีคลินิกเบาหวานได้แก่ทุกวันอังคารและ

พหุสัทธิ โดยเก็บข้อมูลวันละ 16 คน) ครั้งที่ 2 วันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องครั้งต่อไป (ระยะเวลาห่างจาก การนัดครั้งแรก 12 สัปดาห์) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามคู่มือการให้ความรู้ เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นเพื่อจะได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. ดำเนินการในกลุ่มทดลอง (เริ่มตั้งแต่ 11 ธันวาคม 2561 ถึง 21 มีนาคม 2562)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน (เก็บข้อมูล 5 คนต่อวัน รวมเก็บข้อมูล 6 วัน)

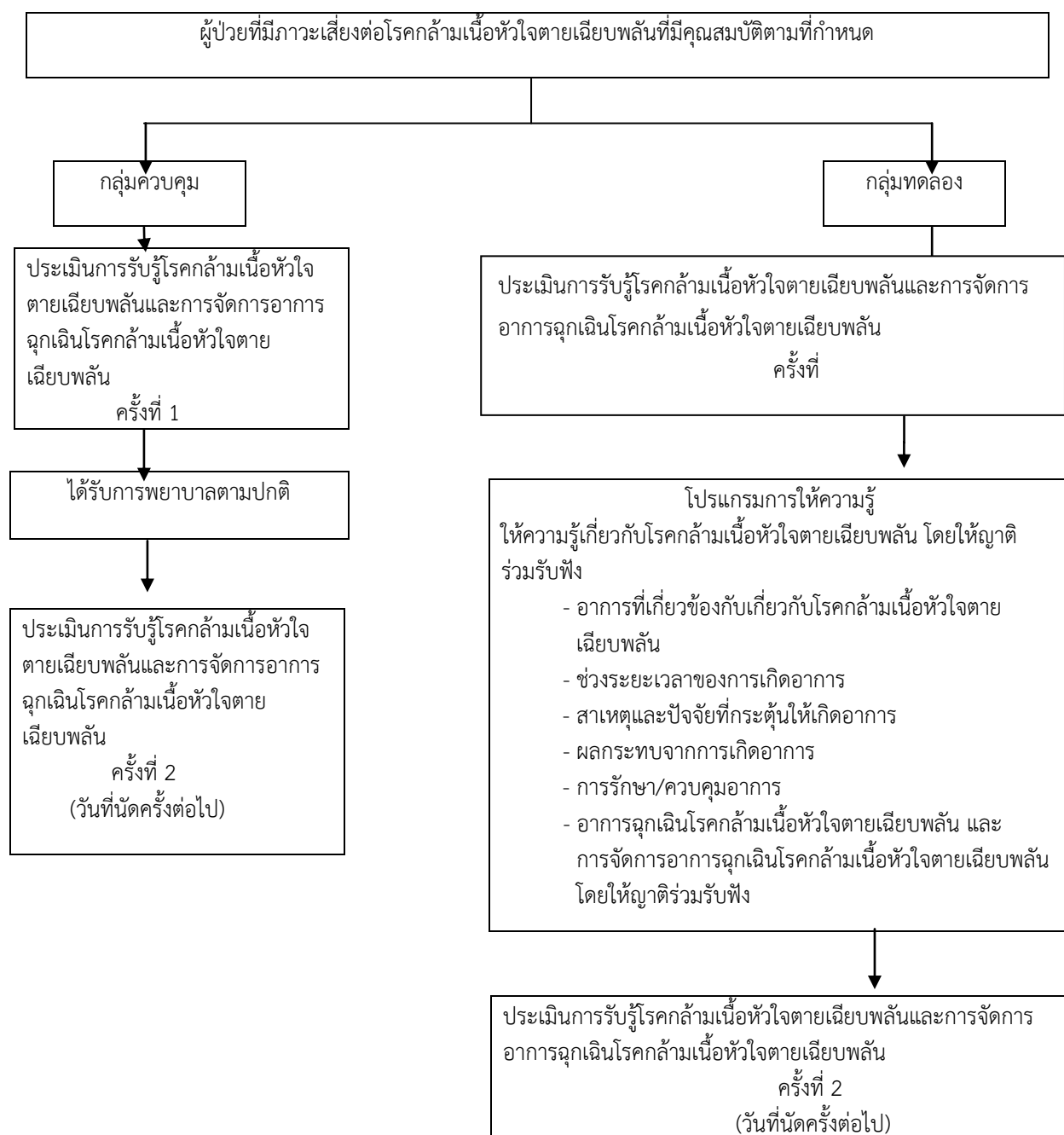
กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)

ผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ “คู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” เริ่มตั้งแต่การสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค อาการ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรุนแรง และการควบคุมและการรักษาโรค อาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการรับรู้อาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การตระหนักถึงภาวะอันตราย และความรุนแรงของอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเน้นย้ำอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เหงื่อออก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เน้นการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาต่ออาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่มีอาการที่บ้านและเดินทางมาโรงพยาบาล การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกำเริบ การขอความช่วยเหลือเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุด มุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยรู้จักและจดจำเบอร์รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ประโยชน์และวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ หากผู้ป่วยมารับการรักษาที่รวดเร็ว และอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รุนแรง การสอนจะมีการสะท้อนกลับโดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ หรือความรู้เดิมตามความเป็นจริงและให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย สรุปเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 3

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องครั้งต่อไป (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน (เก็บข้อมูล 5 คนต่อวัน รวมเก็บข้อมูล 6 วัน)

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าทีแบบไม่อิสระ (Paired t-test)

3. ทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าทีอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย มีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์จริยธรรมของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ก่อนเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กลุ่มควบคุมร้อยละ 86.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 76.7) อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.03 ปี (SD=10.57) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 47.27 ปี (SD=10.22) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (กลุ่มควบคุมร้อยละ 36.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 33.3) และ รายได้เฉลี่ยประมาณ 10,001-20,000 บาท (กลุ่มควบคุมร้อยละ 23.3 กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3) ในกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40 เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ และรายได้ ยกเว้น ระดับการศึกษา ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.3 ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กลุ่มควบคุม ร้อยละ 90 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.7 ในกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลอง มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล เรื่องภาวะสุขภาพ ระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัว และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยกเว้น ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ด้วยสถิติแบบไม่อิสระ (paired t-test) (n=60)

ผลลัพธ์	ก่อน		หลัง		t	p-value
	ได้รับโปรแกรม		ได้รับโปรแกรม			
	การให้ความรู้		การให้ความรู้			
	(n=30)		(n=30)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	93.07	16.11	98.97	8.31	2.24	.033
การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	7.47	.94	8.47	1.57	-3.08	.005

*p<0.05

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ($x = 98.97$, $SD = 8.31$) ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ($x = 93.07$, $SD = 16.11$) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.24$, $p < 0.05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (paired t-test) พบว่าการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ($x = 8.47$, $SD = 1.57$) ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ($x = 7.47$, $SD = .94$) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.08$, $p < 0.05$)

2.2 คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติอิสระ (independent t-test) ($n=60$)

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง (pre-test)	84.37	11.20	94.50	15.46	-1.12	.160
หลังทดลอง (post-test)	89.90	8.62	95.53	15.98	-3.13	.003

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ก่อนทดลอง พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ($x = 94.50$, $SD = 15.46$) กลุ่มควบคุม ($x = 84.37$, $SD = 11.20$) โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.12$, $p > 0.05$) หลังทดลอง พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ($x = 95.53$, $SD = 15.98$) กลุ่มควบคุม ($x = 89.90$, $SD = 8.62$) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.13$, $p < 0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) ($n=60$)

การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง (pre-test)	6.70	2.15	4.96	2.68	2.76	.08
หลังทดลอง (post-test)	7.53	1.14	8.84	1.56	-2.64	.011

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ก่อนทดลอง พบว่าการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ($x = 4.96$, $SD = 2.68$) กลุ่มควบคุม ($x = 6.70$, $SD = 2.15$) โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.76$, $p > 0.05$) หลังทดลอง พบว่าการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ($x = 8.84$, $SD = 1.56$) กลุ่มควบคุม ($x = 7.53$, $SD = 1.14$) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.64$, $p < 0.05$)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.6) อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.03 ปี (SD=10.57) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 47.27 ปี (SD=10.22) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงที่อายุมากกว่า 45 ปีจะมีเส้นเลือดที่แดงที่เล็ก และคดเคี้ยวกว่า มีโรคประจำตัวมากกว่าเพศชาย⁷ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป (โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, อ้วน และโรคหัวใจ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค¹³

โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กรอบแนวคิด การรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำองค์ประกอบที่ 2 และ 3 ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง บุคคลจะมีการสร้างหรือพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยในโรคนั้น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ และมีผลต่อการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่า ผลของการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนการรับรู้ทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ⁷ และการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความสามารถด้านร่างกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹⁴

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง สามารถกล่าวได้ว่า การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้หรือการสอนจากพยาบาลเป็นช่องทางหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น โปรแกรมการให้ความรู้ครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้อาการ สาเหตุ ระยะเวลาการเป็นโรค ผลกระทบของการเกิดโรค การควบคุมและการรักษา อาการภาวะฉุกเฉิน และการจัดการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้หรือการสอนเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามโปรแกรมการสอนที่กำหนด ส่งผลให้สามารถแก้ปัญหา และจัดการกับภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลง

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริหาร ควรเพิ่มแผนการให้ความรู้ที่เน้นการรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแผนการพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ครบทุกคลินิก เพื่อจะได้ให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง
2. ด้านการปฏิบัติ ในการให้ความรู้ควรให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากครอบครัว และมีการติดตามประเมินการรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินทุกครั้งที่นัดมาที่คลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในระยะยาว
3. ด้านการศึกษาวิจัยควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในทุกคลินิกที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistic-2012 update. Texas: American Heart Association. 2012.
2. เกรียงไกร เสงี่ยมและกนกพร แจ่มสมบุญ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์. 2555.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554 – 2559. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ). 2559.
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติผู้ป่วยใน 2559 – 2561.
5. เบญจมาศ แสนแสง. การดูแลผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (PTCA). ในเพลินดา ศิริปการ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจาริก, และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 187-211. 2551.
6. สุวีณา เบาะเปลี่ยน. บทบาทพยาบาลเพื่อลดการมารักษาซ้ำของผู้ป่วย กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.วารสารพยาบาลทหารบก; 15:78-83. 2554.
7. อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพนาส ชินวงศ์ และวิภา แซ่แซ่. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2556.
8. Polit, D. F., & Hungler, B. P. Nursing research: Principle and Method (6th ed.). Philadelphia: Lippincott, P.P; 416-7. 1999.
9. Polit, D. F., & Beck, C. T. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
10. Leventhal, H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. Social Distress and the Homeless, 5(1), 11-38. 1996.
11. Dracup, K., & Moser, D. K. Beyond sociodemographics: Factors influencing the

- decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. Heart and Lung, 26, 253-252. 1997.
12. เป็น รักเกิด. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2550.
 13. นิตยา พันธุเวช และ หทัยชนก. ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2558. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จากเว็บไซต์ <http://thained.com/information statistic non-communicable-disease-data. php>. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2561.
 14. ตาณิกา หลานวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน
ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา

เพียงใจ ดาวัลย์
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาหญิงไทย วัย 72 ปี เข้ารับการรักษาใน stroke unit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสิงห์บุรี เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2561 มาโรงพยาบาล ด้วยอาการ 30 นาที ก่อน ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูง 5 ปี และเบาหวาน 3 ปี รับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี แต่ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลไม่ได้ไม่ดี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke with Stroke fast track และ CT brain พบ Moderate brain atrophy, No demonstrable intracranial hemorrhage. NIHSS 7 BW 55.4 kgs. แพทย์รักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมง ส่ง CT brain ซ้ำ พบ Hypodense lesion involved right parietooccipital lobe, possibly acute infarction of right PCA territory. ประเมินการกลืน พบว่ากลืนได้ปกติและสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ เบาหวานได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลให้การพยาบาลในก่อนและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ จนอาการคงที่ แล้วจึงส่งทำกายภาพบำบัด นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 วัน จึงจำหน่าย โดยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ และนัดติดตามอาการที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในทุกระยะ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน, ยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

A Thai female 72 years old was admitted in stroke unit at Singburi Hospital on 13 December 2017. She had facial palsy, dysphagia and cell hemiparesis about 30 minutes. Her underlying disease was hypertension and impair Fast glucose. The doctor suspect that she was Acute ischemic stroke and stroke fast tract

CT brain showed that moderate Brain Atrophy and not seen intracerebral hemorrhage. She had 7 of NIHSS score and 55.4 kg of body weight. So she can receive rtPA intravenous. After 24 hours from rtPA infusion CT brain showed that hypodence lesion involve Right parietooccipital lobe, possibly acute infarction of right PCA territory. She can swallowed by diabetes low salt soft diet. So the nurse should be knowledge and nursing care pre-post receive rtPA. The purpose mornitoring change symptom and

complication until stable. She did physical therapy. She was admitted about 6 days. The doctor make an appointment from Discharge at Stroke Clinic.

The nursing in physical and mild of Cerebrovascular disease patient have goal for normal dialy activity.

Keyword: Ischemic stroke, Thrombolytic drugs

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย¹ ของประชาชนไทยนอกจากนี้จากการศึกษาในปี 2555 พบว่า รายงานความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 345 รายต่อประชากรแสนคน² และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ(disability adjusted life year) ที่สำคัญโดยผู้ป่วยที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่³ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁴

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พิสูจน์แล้วว่า สามารถลดอัตราเสียชีวิตและพิการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้⁵ คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)⁶ 2) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Aspirin) แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 48 ชั่วโมงแรก และ 3) การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic drug) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก⁷

จังหวัดสิงห์บุรี พ.ศ. 2561 มีประชากร 208, 573 คน พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 46,825 ราย ร้อยละ 24.33 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 15,552 ราย และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 36,578 ราย ส่งผลกระทบมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องติดใน 5 อันดับโรค พบว่าปี 2558-2561 จำนวน 442 ราย, 469 ราย, 534 รายและ 511 ราย ตามลำดับ⁸ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันเวลาใน 4.5 ชั่วโมง และได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบว่าตั้งแต่ปี 2558-2561 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จำนวน 28 ราย ได้รับยา 12 ราย (ร้อยละ 42.85), จำนวน 31 ราย ได้รับยา 15 ราย (ร้อยละ 48.39), จำนวน 21 ราย ได้รับยา 8 ราย (ร้อยละ 38.10), จำนวน 23 ราย ได้รับยา 16 ราย (72.7) ตามลำดับ⁸

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะพักฟื้น การเตรียมตัวกลับบ้านและการติดตามผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นได้อีกด้วย

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย รู้สึกรู้สีกตัวดี วัยสูงอายุ รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ผมสีดำ นอนพักบนเตียงมาโรงพยาบาล มุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง NIHSS 7 On 0.9% NaCl 1000 ml vien 80 ml/hr ที่มีมือขวา และ on extention clave ที่ข้อพับแขนขวา

อาการสำคัญ

ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

Last well seen 12.00 น. รับประทานอาหารอาการปกติ 12.30 น. ขณะยืนขายของ เวียนศีรษะ นิ่งพัก 12.35 น. ญาติพบผู้ป่วยปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง จึงตัดสินใจรีบนำส่ง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา คือ HCTZ (25) 1 tab OD. oral p.c., Normetec (Amlo 5 mg + Olmesartan 20 mg) 1 tab OD. oral p.c. และระดับไขมันในเลือดสูง โดยการรักษาด้วยยา คือ Simvastatin (20) 11 tab OD. oral h.s. ทั้ง 2 โรคเป็นมา 5 ปี และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus type 2) รักษาโดยการรับประทานยา คือ Glipizide 1 เม็ด ครั้ง b.i.d. oral a.c. และ Metformin (500) 1 tab b.i.d. oral p.c. เป็น 3 ปี รับประทานไม่สม่ำเสมอ และรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ผมสีดำ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนข้างขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด 3 NIHSS 7 BW 55.4 kgs. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที เต้านมสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 167/107 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count พบ WBC count 4.29×10^3 /ul, Neutrophils 53.8%, Lymphocytes 40.3%, RBC count 4.23×10^6 /ul, Hematocrit 36.8%, Hemoglobin 12.7%, Platelets count 281×10^3 /ul, PT 10.20 sec, PTT 25.20 sec, INR 0.93, BUN 16 mg/dl, Cr 1.0 mg/dl, Blood sugar 169 mg/dl, Sodium 140 mmol/L, Potassium 3.5 mmol/L, Chloride 105 mmol/L, Carbondioxide 28 mmol/L

ผลการตรวจพิเศษ

CT brain พบ Moderate brain atrophy, No demonstrable intracranial hemorrhage.

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับใหม่ วันที่ 13 ธันวาคม 2561 ด้วยอาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล Admit stroke unit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด

แขนซ้ายขวาเกรด 5 แขนขาซ้ายเกรด 3 NIHSS 7 BW 55.4 kgs. CT brain พบ Moderate brain atrophy, No demonstrable intracranial hemorrhage. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute ischemic stroke with Stroke fast track มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาทุกข้อ และไม่พบข้อห้ามในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) พร้อมการลงนามยินยอมของสามีและบุตรของผู้ป่วย แพทย์จึงรักษาละลายลิ่มเลือด (rtPA) 49.9 mg โดยแบ่งยา 4.9 mg vein bolus in 1 minute then 45 ,g vien drip in 60 minute ผ่าน infusion pump หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด ครบ 24 ชั่วโมง ส่ง CT brain ซ้ำ พบ Hypodense lesion involed right parietooccipital lobe, possibly acute infarction of right PCA territory.

หลังจากได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 6 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับอาการไม่พึงประสงค์ของการได้ยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน **S** : ผู้ป่วยบอก “ปวดหัวมาก มึนหัว”

O: ได้รับยา rt-PA ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PT 10.20 sec, PTT 25.20 sec, INR 0.93

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ของยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกาย เช่น สมอ่ง ทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ, อาการทางระบบประสาท และ NIHSS ⁹

- ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง • ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง • ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมง

แรกควบคุม ความดันโลหิตผู้ป่วย $\leq 180/105$ mmHg และ GCS ไม่ drop ≥ 2 คะแนน

- และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว

2. นอนศีรษะสูง 15 – 30 องศาตรงไม่พับ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

3. พักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง เพื่อลดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย

4. งดน้ำและอาหาร 24 ชั่วโมง

5. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ทุก 4 ชั่วโมง ให้อยู่ช่วง 80 – 180 mg%

เพราะจะไปทำลายสมองทำให้บริเวณสมองมีเนื้อตายเพิ่มขึ้น และให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml IV drip โดยผ่านเครื่องควบคุมการไหล

6. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และ monitor EKG 24 ชั่วโมง ติดตามหัวใจเต้นผิดปกติ

7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก และปริมาณของน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง ประเมินภาวะ

dehydration

8. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เลือดออกระหว่าง หรือหลังให้ยาลดกรด ลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมง เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ มีจ้ำเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยจ้ำเลือด สีของ อาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น
9. ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ หลัง 24 ชั่วโมง ระวังภาวะเลือดออก
10. ให้ยาลดกรด Omeprazole 40 mg vien stat เพื่อป้องกันเลือดออกทางเดินอาหาร

การประเมินผล

เมื่อผู้ป่วยได้ยาลดกรดลิ่มเลือดผ่านไปชั่วโมงที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ตอบคำถามเรื่องเดือนไม่ถูก แขนข้างขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 5 NIHSS 3 และเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด แขนข้างขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 5 NIHSS 2 ไม่มีภาวะเลือดออกที่ผิดปกติ (13 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองด้านขวาตีบและภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอก “ปวดหัวมาก ไม่มีอาเจียน”

O : แรกรับก่อนได้ยา rt-PA เวลา 13.30 น. ความดันโลหิต 181/99 mmHg เริ่มให้ยาเวลา 13.10 น. หลังได้รับยา เวลา 14.00 น. ความดันโลหิตเริ่มขึ้นเป็น 194/97 mmHg วัดซ้ำ 188/103 mmHg มีระดับความรู้สึกตัวลดลง Glasgow Coma scale จาก E4V5M6 ลดลงเป็น E3V5M6 pupil 2 mm RTL BE แขน 2 ข้าง เกรด 5 ขา 2 ข้างอ่อนแรง เกรด 4

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชัก เกร็ง กระตุก Pupil ไม่เท่ากัน คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง BP >220/120 mmHg ชีพจรเร็ว >120 /min

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 GCS Score ไม่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ลำคอและสะโพก ไม่พับงอมากกว่า 90 องศา
2. ตรวจวัดและบันทึกอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ถ้า coma scale ลดลง ≥ 2 รายงานแพทย์
3. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 2-4 ชั่วโมง
ลงในแบบบันทึก Care map ถ้าพบ SBP > 220, < 90 mmHg และ DBP > 120, < 60 mmHg รับรายงานแพทย์
4. ตรวจเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ถ้าพบ $O_2 \text{ sat} < 90 \%$ หรือมีภาวะ cyanosis รายงานแพทย์ทราบ
5. สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขน-ขา อ่อนแรงลดลงจากเดิม และลักษณะอาการหายใจผิดปกติ รับรายงานแพทย์

6. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับน้ำและยา ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระปกติ ให้ยาระบาย MOM 30 ml ทางปาก
8. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงในช่วงเฝ้าระวังอาการภายใน 24 ชั่วโมงแรก

การประเมินผล

ระดับความรู้สีกตัว E4V5M6, pupill 2 mm RTL BE, มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนข้างขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0- 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-90 ครั้งต่อนาที เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 16- 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต SBP 160-188 มิลลิเมตรปรอท DBP 75-99 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการอาเจียน (15-17 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะสุตสำคัญ เนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอก “เจ็บคอกลิ้นน้ำลาย ไม่ค่อยลง”

O: ผู้ป่วยมีมุมปากข้างซ้ายตก อาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด บางครั้งมีไอหลังทานอาหาร

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะสำคัญปอดอักเสบติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีไข้ หายใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบรีเฟลกซ์ขย้อน ความสามารถในการกลืน กลืนได้ ให้อาหารทางปากที่มีความหนืดข้น ได้แก่ ซีรีแล็ค, โจ๊กข้น โดยจัดท่านั่งในการรับประทานอาหาร
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำใน ระยะ 24 ชั่วโมง ควบคุมจำนวนหยดที่ให้ ผ่านเครื่องควบคุมป้องกันภาวะการได้รับน้ำเกิน
3. ทำความสะอาดปากและฟันก่อนและหลังให้อาหารทุกครั้ง
4. ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ และติดตามผลการตรวจอัลบูมินในเลือด ประเมินการขาดอาหาร

การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารธรรมดาได้ไม่สำคัญ ระหว่างนอนโรงพยาบาลมีอาการไอ ไม่มีไข้ หายใจปกติ (15 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 4 มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยญาติบอก “ฟังไม่ค่อยชัด ต้องตั้งใจฟังเขาพูดถึงจะรู้เรื่อง”

O: ผู้ป่วยมีลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากตก

วัตถุประสงค์ เพื่อสามารถตอบสนองการสื่อสารได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เพิ่มขึ้น ใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการพูด ใช้สัญลักษณ์ของภาษาในรูปแบบต่างๆ ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ หรือไม่ชัด ส่งพบนักวจิบำบัด หลังให้ยาลดอาการลิ้นแข็ง 24 ชั่วโมง
2. พยาบาลประสาน ส่งฝึกจากนักวจิบำบัด และพยาบาลจะฝึกต่อเนื่องจากนักวจิบำบัด ทุกวัน วันละ 6 รอบ กว่าที่ผู้ป่วยจะพูดได้อาจใช้เวลาจนถึง 3-4 เดือน

3. พยาบาลให้อธิบายถึงขั้นตอนการฝึกการพูด การใช้กล้ามเนื้อหน้าและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม
การประเมินผล ผู้ป่วยสื่อสารโดยการพูด ฟังเข้าใจ (15 ธ.ค.61)

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก “แล้วถ้าฉันกลับไปบ้านจะมีวิธีป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นแบบนี้อีกยังไงดี”

O : ผู้ป่วยมีประวัติเส้นเลือดสมองตีบ ได้รับยา rt-PA , มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลตนเองไม่เกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค โดยการซักถาม ทบทวนการปฏิบัติตัวที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 แนะนำอาหารที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงรับประทานไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ของทอด หลีกเลี่ยง อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ญาติช่วยตรวจสอบความถูกต้อง

1.3 เน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการประเมินผล หลังการรักษา และนัดพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในวันเดียวกัน

2. พยาบาลประสานงานส่งต่อข้อมูล HHC โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมงานจะส่งข้อมูลผู้ป่วย ย้อนกลับมายังหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้ (15 ธ.ค.61)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. การดูแล โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยเริ่มการประเมิน และให้ยาโดยพยาบาลประจำหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 4 เดือน ทำให้ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 1.30 ชั่วโมง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของยาสามารถเปิดหลอดเลือดได้ ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงควรให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

2. พยาบาลให้ความรู้ประชาชนและรณรงค์ในเรื่อง Stroke alert และ Stroke awareness โดยผ่าน ทีม อสม ทำให้ประชาชนรับทราบข้อมูล เข้าถึงระบบการรักษาหลังเกิดอาการเพียง 30 นาที

3. จัดการให้มี Care manager และเป็น Risk register โดย สร้างฐานข้อมูล เฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการพัฒนางาน

สรุป

จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบ อันนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับรู้สติปัญญา การพูดการสื่อสาร และการกลืนลำบาก การได้รับการรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดจึงมีความสำคัญในการช่วยลดความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันเวลา ดังนั้นกระบวนการที่สำคัญจึงประกอบด้วยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องอาการโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนเพื่อให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และ การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลโดยพยาบาลที่มีความรู้และความชำนาญ จึงจะช่วยให้เปิดหลอดเลือดได้สำเร็จ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดตามมาได้ นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพพยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้ลดการพึ่งพา มีคุณภาพชีวิตที่ดี : กรณีศึกษาฉบับนี้ จึงนับว่าสำคัญมากในการเรียนรู้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. American stroke Association. “. Learn about stroke2008.” [Internet].[cited 19 May 2019]. available form: [URL://www. strokeassociation.org/Presenter.jhtml](http://www.strokeassociation.org/Presenter.jhtml).
2. นลินี พสุคันธวัค สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. “แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป สถาบันประสาทวิทยา.” กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2559.
3. กิ่งแก้ว ปาจริย. “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ.” กรุงเทพฯ: บริษัท แอล. ที.เพรส, 2557.
4. เสาวลักษณ์ กองนิล. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ.”วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน. กรุงเทพฯ: 2557;4(1): 90-97.
5. Hacke, W., Kaste , M., Skyhoj Olsen, T., Hacke, W., Orgogozo, J.M. For the EUSI Executive Committee.“*Acute treatment of ischemic stroke.*” *Cerebrovasc.*2000;10 (3): 22-33.
6. Hickey, J.A. “*The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing.*” 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:164-165.
7. World Health Organization. “. World stroke Campaign.2015.” [Internet].[cited 18 May 2019]. available form:[http://www. World-strokeassociation.org/advocacy/world-stroke-campaign](http://www.World-strokeassociation.org/advocacy/world-stroke-campaign).
8. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. “รายงานสถิติประจำปี2558-2561.” เอกสารอัดสำเนา.
9. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. “Ambulatory Neurology.” กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558.

สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ, พบ.
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีในช่วงปี 2558-2559 พบว่าโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุอันดับ1ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบโดยทำการศึกษาแบบRetrospective (case-control) study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีในปี2560 ทั้งหมด 433 คน เสียชีวิตจากปอดอักเสบ103 คน โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานและการรักษาแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยสถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก(Multiple logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยAdjusted odds ratio(OR adj) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95(95%CI) นัยสำคัญทางสถิติ 0.050

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 71.32 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 58.30 มีโรคประจำตัวร้อยละ 96.10 เข้าการรักษาหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 31.10 มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 97.10 ระยะเวลาจนรพ.เฉลี่ย 8.65 วัน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงเดี่ยวพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value<0.050) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน แรกกับมีอุณหภูมิร่างกาย < 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต < 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ > 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ > 25 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัวGlasgow coma scale (GCS) < 8 จำนวนเม็ดเลือดขาว > 20,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร จำนวนเกร็ดเลือด < 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร การทำงานของไต ค่าBUN $\geq$ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าครีเอตินิน > 1.40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับอัลบูมิน <2.50 กรัมต่อเดซิลิตร ภาพเอ็กซเรย์ปอดแบบ Alveolar infiltration และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนร่วม (น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด/ปอดแฟบ/ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศหรือก๊อมนในปอด) มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วม เป็นปอดอักเสบในโรงพยาบาลหรือปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก(Odds ratio;95% confidence interval; p -value < 0.050) ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ แรกกับมีอุณหภูมิร่างกาย<36 องศาเซลเซียส (OR 13.742 ;95% CI 1.508-125.276; p 0.020) GCS <8 (OR 10.991 ;95% CI 1.730-69.833; p 0.011) มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วม (OR 7.012 ;95% CI 1.679-29.292; p 0.008) และการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (OR 0.009 ;95% CI 0.001-0.068; p <0.001)

สรุปผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกาย< 36 องศาเซลเซียส ระดับความรู้สึกตัว (GCS) <8 และมีการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมด้วย ส่วนปัจจัยที่มีผลลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยคือการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยปอดอักเสบ

Abstract : The mortality causes and factors related to patients with pneumonia in Singburi Hospital

Pongnuch Boonyapaisanchaoen

Pneumonia is the most common leading cause of death in Singburi hospital, between 2015 to 2016. Therefore, this study aimed to investigate the association between the causes and the factor of death in pneumonia patients. This was the retrospective (case-control) study. There were a total of 433 patients with a principal diagnosis of pneumonia at Singburi Hospital, from January to December 2017. A 103 of patients who died from pneumonia were recruited in this study. The baseline characteristics and treatment courses were reviewed and collected from the medical record. The data in the study were shown in frequency, percentage, median, mean and standard deviation. A Multiple logistic regression analysis was performed to compute adjusted odds ratios (OR adj) and to find the correlation between influencing factors and the cause of death. For all analysis, a significant level of 0.050 was used and 95% confidence intervals were done.

Mean age of patients who died from pneumonia was 71.32 years old, which 58.30% were male, 96.10% had underlying disease, 31.10% admitted in ICU, 97.10% had comorbidity and complication, 26.2% had septicemia and the mean of hospital length of stay was 8.65 days. In Univariate analysis, it was found that the statistical significant relative factors with pneumonia patient's mortality were underlying disease, blood pressure < 90/60 mmHg, pulse rate > 120 /min, respiratory rate $\geq$ 25 /min, white blood cell(WBC) count >20,000 cell/mm³, platelet count <100,000 cell/mm³, BUN $\geq$ 20 mg/dl, creatinine >1.40 mg/dl, albumin < 2.50 gm/dl, chest X- rays with alveolar infiltration pattern and complicated findings (pleural effusion, atelectasis, pneumothorax or mass), hospital acquired pneumonia (HAP)/Ventilator associated pneumonia (VAP) and proper antibiotics.

In multiple logistic regression analysis, it was found that statistically significant relative factors with pneumonia patient's mortality (Odds ratio; 95% confidence interval; *p*-value <0.050) were body temperature < 36 °C (OR 13.742 ; 95% CI 1.508-125.276; *p* 0.020), GCS < 8 (OR 10.991 ; 95% CI 1.730-69.833; *p* 0.011), bacteriemia (OR 7.012 ; 95% CI 1.679-29.292; *p* 0.008) and proper antibiotics use (OR 0.009 ;95% CI 0.001-0.068; *p*<0.001).

In conclusion, the significant causes and factors that associate with pneumonia patient's mortality were patient's body temperature less than 36 °C, alteration of consciousness (GCS<8) and bacteriemia. The important factor which decreased pneumonia patient's mortality is proper antibiotic use.

Keywords: mortality rate, patients with pneumonia

บทนำ

โรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุดทั่วโลก ในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยในปี 2558 พบว่าปอดอักเสบมีอัตราเสียชีวิต 42.10 คนต่อประชากร 100,000 คน มากสุดเป็นอันดับที่ 3 รองจาก โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดในสมอง[1] และเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อที่ทำให้ประชากรไทยเสียชีวิต[1] เช่นเดียวกับในจังหวัดสิงห์บุรี จากข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีพบว่า โรคปอดอักเสบมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง[2] ส่วนโรงพยาบาลสิงห์บุรีพบว่าในช่วงปี 2558-2559 โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาล[3] นอกจากนี้มีอัตราการครองเตียงที่นานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง[4] ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบเพื่อได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบในชุมชนในผู้ใหญ่ปี 2544[4] และ ร่างแนวทางการรักษาปอดอักเสบในโรงพยาบาลและปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ ปี 2549[5] ซึ่งช่วยเสริมมาตรฐานการรักษาปอดอักเสบและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางได้ในประเทศ แต่แนวทางการรักษาอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนดัดแปลงให้เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น เนื่องจากโรคปอดอักเสบมีลักษณะทางคลินิกหลากหลาย เชื้อที่เป็นสาเหตุมีหลายชนิด ในแต่ละท้องถิ่นมีความแตกต่างของชนิดของเชื้อที่ก่อโรค เชื้อก่อโรคชนิดเดียวกันอาจก่อโรคที่มีอาการและความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันได้ สุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วยอาจทำให้การตอบสนองต่อการรักษา และการพยากรณ์โรคของปอดอักเสบในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน[4] การที่จะปรับเปลี่ยนหรือดัดแปลงแนวทางการรักษาปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรต้องมีข้อมูลมาสนับสนุน

ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี แล้วนำข้อมูลหรือเหตุผลที่ดีและเหมาะสมมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางในการรักษาโรคนี้ได้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Retrospective review and case-control

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยปอดอักเสบทั้งหมดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีในปี 2560 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิตจากปอดอักเสบ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ (pneumonia) และรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปี

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษาอยู่โรงพยาบาลสิงห์บุรี

2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลทางคลินิกได้หรือเก็บได้ไม่ครบถ้วน

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ ดังนั้นสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร (Estimating proportion of one group) ซึ่งคาดคะเนว่าผู้ป่วยปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นวิธีการคำนวณมีดังต่อไปนี้

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานตามตาราง Z เท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 จากผลการศึกษาของ (Reference) พบว่า

P = ค่าสัดส่วนของอัตราการตายของผู้ป่วยปอดอักเสบ = 0.10

d = ความกระชับของการประมาณค่า (precision of estimation) โดยกำหนดเป็น 3%

$$\text{แทนค่าตามสูตร} \quad n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 0.1(1-0.1)}{(0.03)^2}$$

$$n = 385$$

จากการคำนวณพบว่าในการศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 385 คน ซึ่งจากการวิจัยผู้วิจัยได้ผู้ป่วยทั้งหมด 433 คน ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือดและตรงเกณฑ์การคัดออกทั้งหมด 78 คน เป็นผู้ป่วยรอดชีวิต 330 คน และเสียชีวิต 103 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกการเก็บข้อมูล (case record form) โดยข้อมูลของผู้ป่วยจะนำมาจาก OPD card และ IPD chart ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในช่วงปี 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบ

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติสำหรับตัวแปรชนิดต่อเนื่องผู้วิจัยจะใช้

Independent Student's t test หรือ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย

2.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสาเหตุ และตัวแปรตาม โดย Pearson Chi-Square Test นำเสนอค่าขนาดอย่างหยาบ (Crude Odds Ratio) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

2.3 หากปัจจัยใดมีค่า $p\text{-value} < 0.050$ จะนำไปวิเคราะห์ multivariate analysis ด้วย logistic regression analysis

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยปอดอักเสบที่รอดชีวิตและเสียชีวิต มีอายุเฉลี่ย 70.42 ± 17.60 ปี และ 71.32 ± 15.37 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 50 และ 58.30 มีโรคประจำตัวร้อยละ 84.20 และ 96.10 ซึ่งส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.20 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 22.20 และเบาหวานร้อยละ 21.20 ตามลำดับ ผู้ป่วยปอดอักเสบทั้งหมด เมื่อแรกได้รับวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบร้อยละ 52.70 และมีอาการทางระบบทางเดินหายใจร้อยละ 82 มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาล 3 เดือนก่อนร้อยละ 28.20 เข้าการรักษาหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 16.10 มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 82.70 ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวร้อยละ 33.48 ระดับโซเดียมในร่างกายผิดปกติร้อยละ 29.10 และโลหิตจางร้อยละ 23.57 ตามลำดับ โดยที่ผู้เสียชีวิตจากปอดอักเสบ ส่วนใหญ่มีภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน (acute respiratory failure) ถึงร้อยละ 69.90 และภาวะช็อกจากพิษเหตุติดเชื้อ (septic shock) ร้อยละ 62.14 ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียจากเสมหะร้อยละ 71.40 ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมร้อยละ 84.50 เวลาการให้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 8.99 วัน เวลานอนรพ.เฉลี่ย 10.41 วัน เป็นปอดอักเสบในชุมชนร้อยละ 57.30 และดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 9.50 รายละเอียดดังตารางที่ 1.1 และ 1.2 และจากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมีค่าเฉลี่ยของ นิวโตรฟิลร้อยละ 77.60 ± 17.23 ฮีโมโกลบิน 10.76 ± 2.49 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือดร้อยละ 30.92 ± 6.61 จำนวนเกร็ดเลือด $233.28 \pm 129.83 \times 10^3$ ตัวต่อไมโครลิตร ค่า BUN 31.59 ± 25.42 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับอัลบูมิน 2.61 ± 0.89 กรัมต่อเดซิลิตร ติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร้อยละ 26.20 ภาพเอ็กซเรย์ปอดส่วนใหญ่เป็นแบบ multiple/diffuse alveolar infiltration แตกต่างจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.050) เชื้อก่อโรคที่พบจากเสมหะส่วนใหญ่คือ *Viridan streptococci*, *Diphtheroids* และ *Pseudomonas aeruginosa* ตามลำดับ ส่วนเชื้อก่อโรคที่พบจากเลือดคือ *gram negative bacilli*, *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumonia* ตามลำดับ ดังแสดงจากตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงเดี่ยวจากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.050) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน แรกเริ่มมีอุณหภูมิร่างกาย < 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต $< 90/60$ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ > 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ≥ 25 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัว (GCS) < 8 จำนวนเม็ดเลือดขาว $> 20,000$ เซลล์ต่อไมโครลิตร การทำงานของไต ค่า BUN ≥ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าครีเอตินิน > 1.40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับอัลบูมิน < 2.50 กรัมต่อเดซิลิตร ภาพเอ็กซเรย์ปอดแบบ Alveolar infiltration และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนร่วม (น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด/ปอดแฟบ/ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศหรือก้อนในปอด) มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วม เป็นปอดอักเสบในโรงพยาบาลหรือปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Odds ratio; 95% confidence interval; p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรกเริ่มมีอุณหภูมิร่างกาย < 36 องศาเซลเซียส (OR 13.742 ; 95% CI 1.508-125.276; p 0.020) GCS < 8 (OR 10.991 ; 95% CI 1.730-69.833; p $< .011$) มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วม (OR 7.012 ; 95% CI 1.679-29.292; p 0.008) และการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (OR 0.009 ; 95% CI 0.001-0.068; p < 0.001)

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร และการรักษาของกลุ่มศึกษาจำแนกตามกลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิต

Patient Characteristics	Pneumonia			p-value
	All n=433	Non-death n=330	Death n=103	
Age (mean±SD, years)	70.63±17.09	70.42±17.60	71.32±15.37	0.999
Age ≥ 65, n (%)	292(67.40)	227(68.80)	65(63.10)	0.283
Sex male, n (%)	225(52)	165(50)	60(58.30)	0.143
Underlying disease, n (%)	377(87.10)	278(84.20)	99(96.10)	0.002
Diabetes Mellitus	92(21.25)	70(21.21)	22(21.40)	0.975
Hypertension	252(58.20)	207(62.70)	45(43.70)	0.001
Chronic kidney disease	72(16.60)	56(17)	16(15.50)	0.733
Cardiovascular disease	96(22.20)	70(21.20)	26(25.20)	0.390
Cerebrovascular disease	86(19.90)	65(19.70)	21(20.40)	0.878
Malignancy	49(11.30)	27(8.20)	22(21.40)	<0.001
Cirrhosis	13(3)	8(2.40)	5(4.90)	0.207
AIDS	19(4.40)	11(3.30)	8(7.80)	0.055
COPD /Chronic lung disease	66(15.20)	47(14.20)	19(18.40)	0.300
Leukopenia (ANC<500 cell/mm ³)	6(1.40)	3(0.90)	3(2.90)	0.129
Bed ridden	44(10.20)	29(8.80)	15(14.60)	0.090
Time to admit, n (%)				0.680
8:00-16:00	203(46.90)	157(47.60)	46(44.70)	
16:00-24:00	184(42.50)	140(42.40)	44(42.70)	
24:00-8:00	46(10.60)	33(10)	13(12.60)	
Principle diagnosis is pneumonia, n (%)	228(52.70)	176(53.30)	52(50.50)	0.256
Median duration of symptom, hrs	24(0.16-504) ^a	24	24	0.074
Respiratory symptom presentation, n (%)	355(82)	273(82.70)	82(79.60)	0.473
First visit at Singburi Hospital, n (%)	333(76.90)	270(81.80)	63(61.20)	0.001
Pior admit in 3 months, n (%)	122(28.20)	80(24.20)	42(40.80)	0.001
Ward ICU, n (%)	70(16.20)	38(11.50)	32(31.10)	<0.001
Tranfer to ICU, n (%)	54(12.50)	30(9.10)	24(23.30)	<0.001
Co-morbidity and complication, n (%)	358(82.70)	258(78.20)	100(97.10)	<0.001
Respiratory failure	145(33.48)	73(22.12)	72(69.90)	
Septic shock	86(19.86)	22(6.67)	64(62.14)	
Acute kidney injury	95(21.94)	68(20.61)	27(26.21)	
Hypo/hypermnatremia	126(29.10)	95(28.79)	31(2.91)	
Congestive heart failure	64(14.78)	46(13.94)	18(17.48)	
Anemia	102(23.57)	71(21.52)	31(30.10)	
Hypoglycemia or DKA/HHNS	29(6.70)	11(3.33)	18(17.48)	

a = range(min-max), AIDS(Acquired immunodeficiency syndrome), COPD(Chronic obstructive pulmonary disease) , ICU(intensive care unit), DKA(Diabetic ketoacidosis), HHNS(Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome)

ตารางที่ 1.2 ข้อมูลลักษณะทางประชากร และการรักษาของกลุ่มศึกษาจำแนกตามกลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิต

Patient Characteristics	Pneumonia			p-value
	All n=433	Non-death n=330	Death n=103	
Body temp (mean±SD,°C)	37.69±1.15	37.77±1.11	37.44±1.25	0.003
SBP (mean±SD,mmHg)	131.64±29.66	135.55±28.37	119.11±30.39	<0.001
DBP (mean±SD,mmHg)	76.31±18.46	77.93±18.38	71.13±17.84	0.003
PR (mean±SD,per min)	103.28±21.91	101.53±19.90	108.90±26.71	0.003
RR (mean±SD,per min)	23.40±5.84	22.81±5.01	25.29±7.65	0.004
O ₂ saturation (mean±SD,%)	90.98±9.49	92.12±8.36	87.59±11.75	0.042
Level of conscious(GCS),(mean±SD)	13.72±2.76	14.01±2.27	12.78±3.80	0.002
On Endotracheal tube, n (%)	145(33.50)	73(22.10)	72(69.90)	<0.001
Median duration of ventilator, days	4(1-49) ^b	4	4	0.756
On central line, n (%)	9(2.10%)	1(0.30%)	8(7.80)	<0.001
Retained foley catheter, n (%)	156(36)	88(26.70)	68(66)	<0.001
Physical therapy, n (%)	127(29.30)	103(31.20)	24(23.30)	0.124
Proper antibiotics use, n (%)	367(84.80)	315(95.50)	52(50.50)	<0.001
Median time to initiated antibiotic, minutes	60(5-10,080) ^b	60	60	0.265
Antibiotics duration (mean±SD,days)	8.99±8.81	9.09±6.16	8.65±7.53	0.073
Hospital stay (mean±SD,days)	10.41±8.81	10.68±8.82	9.54±8.74	0.054
Final Diagnosis, n (%)				<0.001
CAP	248(57.30)	214(64.80)	34(33)	
Aspiration pneumonia	24(5.50)	21(6.40)	3(2.90)	
HCAP	82(18.90)	57(17.30)	25(24.30)	
HAP/VAP or HAP and VAP	79(18.30)	38(11.50)	41(39.80)	
Palliative care, n (%)	41(9.50)	4(1.20)	37(35.60)	<0.001

b =range (min-max), SBP(Systolic blood pressure), DBP(Diastolic blood pressure), PR(Pulse rate), RR(Respiratory rate), CAP (community acquired pneumonia), HCAP (health care associated pneumonia), HAP(hospital acquired pneumonia), VAP(ventilator associated pneumonia)

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและลักษณะภาพเอ็กซเรย์ปอดของผู้ป่วยปอดอักเสบ

Patient's investigation	Pneumonia			p-value
	All n=433	Non-death n=330	Death n=103	
WBC count (mean±SD, cell/mm ³)	12,490.35 ±9,212.88	11,885.52 ±5957.41	11,590 (470-145,810) ^c	0.449
PMN (mean±SD, %)	76.35±14.28	75.96±13.23	77.60±17.23	0.012
Hemoglobin (mean±SD, gm/dl)	11.14±2.32	11.26±2.26	10.76±2.49	0.014
Hematocrit (mean±SD, %)	32.58±6.60	33.10±6.53	30.92±6.61	0.002
Platelet count (x10 ³) (mean±SD, cell/mm ³)	251.39 ±117.37	257.05 ±112.81	233.28 ±129.83	0.041
BUN (mean±SD, gm/dl)	24.22±20.25	21.88±17.73	31.59±25.42	<0.001
Creatinine (mean±SD, gm/dl)	1.31±1.31	1.24±1.29	1.49±1.32	0.078
Albumin (mean±SD, gm/dl)	2.86 ±0.78	2.99±0.67	2.61±0.89	0.013
Chest X-ray, n (%)				
Type				0.006
Alveolar	145(33.50)	99(30)	46(44.70)	
Interstitial	288(66.50)	231(70)	57(55.30)	
Distribution, n (%)				0.026
Focal	189(43.60)	154(46.70)	35(34)	
Mutiple	112(25.90)	82(24.80)	30(29.10)	
Diffuse	132(30.50)	94(28.50)	38(36.90)	
Association finding, n (%)				<0.001
Effusion	90(20.80)	55(16.70)	35(34)	
Atelectasis	15(3.50)	14(4.20)	1(1)	
Pneumothorax	5(1.20)	0	5(4.90)	
Mass	20(4.60)	14(4.20)	6(5.80)	
Sputum culture, n (%)	309(71.40)	233(70.60)	76(73.80)	0.618
Hemoculture, n (%)	49(11.30)	22(6.40)	27(26.20)	<0.001

WBC= white blood cell, BUN=Blood Urea Nitrogen, PMN= Polymorphonuclear neutrophil, c = median(min-max)

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562

ตารางที่ 3 เชื้อก่อโรคจากผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการจากในเลือดและเสมหะของผู้ป่วยปอดอักเสบ

Organism	Hemoculture n=49			Sputum culture n= 486		
	All	Non-death	Death	All	Non-death	Death
<i>Coagulase negative staphylococci</i>	1		1	12	10	2
<i>MSSA</i>	2		2	9	8	1
<i>MRSA</i>				3	2	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	2	1	3	2	1
<i>Viridan streptococci</i>	1		1	135	114	21
<i>Streptococcus pyogenes</i>					1	
Group D streptococci	1		1			
<i>Hemophilus influenza</i>				2	2	
<i>Enterococcus spp.</i>	4	2	2			
<i>Propionebacterium acnes</i>				1	1	
<i>Escherichia coli</i>	7	3	4	16	10	6
<i>Escherichia coli ESBL</i>	3	1	2	8	3	5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	3	2	40	32	8
<i>Klebsiella pneumoniae ESBL</i>				14	5	9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1		1	44	34	10
<i>Pseudomonas aeruginosa MDR</i>				7	4	3
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>				3	2	1
<i>Stenotrophomonas maltophilia MDR</i>				2	1	1
<i>A.baumannii</i>	1		1	11	8	3
<i>A.baumannii MDR</i>	1		1	24	13	11
<i>Proteus</i>	1			3	2	1
<i>Diphtheroids</i>				115	85	30
<i>Other gram positive bacilli</i>	2	2		1	1	
<i>Enterobacter spp.</i>				4	3	1
<i>Other gram negative bacilli</i>	15	8	7	10	7	3
<i>Legionella pneumophila</i>	1	1				
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>				3	1	2
<i>Candida spp.</i>				1	1	
<i>other specify</i>				2	1	1
<i>Yeast</i>				12	10	2

MSSA (Methicillin-Sensitive Staphylococcus aureus) MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเชิงเดี่ยวที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบ

Factors	Univariate		p-value
	Crude OR	95% CI	
Underlying disease	4.629	1.632-13.131	0.004
Comorbidity/complication	9.302	2.865-30.206	<0.001
Body temp < 36 °C	3.522	1.577-7.867	0.002
SBP < 90 mmHg	5.885	2.579-13.427	<0.001
DBP < 60 mmHg	2.107	1.265-3.507	0.004
PR > 120/min	2.438	1.507-3.943	<0.001
RR ≥ 25 /min	2.191	1.345-3.567	0.002
GCS < 8	3.899	1.927-7.890	<0.001
WBC count > 20,000 cell/mm ³	2.440	1.298-4.584	0.006
PMN > 80%	1.711	1.094-2.675	0.019
Platelet count > 100,000 cell/mm ³	4.780	2.284-10.002	<0.001
BUN ≥ 20 mg/dl	2.062	1.316-3.229	0.002
Cr >1.40 mg/dl	2.054	1.273-3.314	0.003
Albumin < 2.50 gm/dl	2.536	1.23-5.231	0.012
Alveolar Infiltration pattern	1.883	1.196-2.966	0.006
Bacteremia	4.470	2.367-8.441	<0.001
Proper antibiotics use	0.049	0.025-0.093	<0.001
HAP/VAP	5.081	3.023-8.543	<0.001

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

Factors	Multivariate		p-value
	Adjusted OR	95% CI	
Body temp < 36°C	13.742	1.508-125.276	0.020
GCS < 8	10.991	1.730-69.833	0.011
Bacteremia	7.012	1.679-29.292	0.008
Proper antibiotics use	0.009	0.001-0.068	<0.001

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มประชากรในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโดยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีถึงร้อยละ 67.40 และมีโรคประจำตัวซึ่งผู้รอดชีวิตมีโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า และโรคมะเร็งน้อยกว่าผู้เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นปอดอักเสบในชุมชนร้อยละ 57.30 เมื่อแรกรับมีอาการแสดงทางระบบหายใจร้อยละ 82 และได้รับวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบเพียงร้อยละ 52.70 เข้ารักษาหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 16.20 และดูแลประคับประคองร้อยละ 9.50 เมื่อนำข้อมูลทีวิเคราะห์ปรับใช้กับแนวทางการรักษาปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรีซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 การคัดกรองและประเมินความรุนแรงของระดับโรค สามารถใช้ตามแนวทาง CURB-65 score (confusion, uremia, respiratory rate, low blood pressure, 65 year or older) [6-9] SMART-COP score [6,10] และ severe CAP criteria [7] เนื่องจากสอดคล้องกับผลวิจัยว่าสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แกรับสัญญาณชีพไม่คงที่ โดยอุณหภูมิร่างกาย < 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต $< 90/60$ มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ ≥ 25 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ > 120 ครั้งต่อนาที มีภาวะแทรกซ้อนที่บ่งบอกว่ามีการทำงานผิดปกติของอวัยวะคือภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Respiratory failure) ภาวะช็อกจากพิษเหตุติดเชื้อ (septic shock) การทำงานของไตผิดปกติ ร่วมกับระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (GCS) < 8 ตรวจพบจำนวนเกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร การทำงานของไต ค่า BUN ≥ 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าครีเอตินิน > 1.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีภาพเอ็กซเรย์ปอดแบบ multi/diffuse alveolar infiltration นอกจากนี้การศึกษายังพบปัจจัยอื่นเพิ่มคือจำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 20,000 เซลล์ต่อไมโครลิตรมีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซี การ์เซียและคณะ [11] ส่วนที่ 2 แนวทางการรักษาปอดอักเสบเป็นการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ การวิจัยพบว่าปัจจัยที่ลดอัตราการเสียชีวิตปัจจัยที่ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยปอดอักเสบ ได้แก่ การได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (OR 0.009 ; 95% CI 0.001-0.068; $p < 0.001$) มีอัตราเสียชีวิตเป็น 0.009 เท่าของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของคอลเลฟ, เพโรราและคณะ [12,13] ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากปอดอักเสบโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีการให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมเพียงร้อยละ 50.50 แตกต่างจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่ได้รับร้อยละ 95.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตารางที่ 1.2 ดังนั้นควรมีปรับแนวทางการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับเชื้อก่อโรคในชุมชนและโรงพยาบาลสิงห์บุรี ให้แพทย์ทั่วไปสามารถนำไปเป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล

สรุป

สรุปผลการวิจัยพบว่า ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปัจจัยที่มีผลเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกาย < 36 องศาเซลเซียส, ระดับความรู้สึกตัว (GCS) < 8 และมีการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมด้วย ส่วนปัจจัยที่มีผลลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยคือการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรม และเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข(Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health).สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558:Public Health Statistics A.D.2015 .กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด,2559:79-145.
2. แสงอรุณ บุญศรี.สถิติสารสนเทศGIS:การเสียชีวิต จำแนกตามเพศและสาเหตุที่สำคัญปี พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต].สิงห์บุรี:สำนักงานสถิติจังหวัดสิงห์บุรีกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม;2560 [เข้าถึงเมื่อ 31พ.ค.2562] เข้าถึงได้จาก<http://164.115.26.119/singburi.nso/component/page-929-section-44-catagory-246>.
3. คณะกรรมการสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม.รายงานการเสียชีวิตผู้ป่วยโรงพยาบาลสิงห์บุรี.การประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม(PCT med); 2559 มิถุนายน; โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สิงห์บุรี; 2559
4. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่).กรุงเทพฯ: เอสพีการพิมพ์, 2544.
5. สมาคมอุรเวชช์สมาคมโรคติดเชื้อ และสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. ร่างแนวเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาและป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลและปอดอักเสบที่ เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ใหญ่ในประเทศไทย.กรุงเทพฯ;2549.
6. วิภา รัชชัยพิชิตกุล (2558). การรักษาโรคปอดบวม.วารสารอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ,1(4),17-29.
7. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al.Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 2: S27-72.
8. Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009; 64 (Suppl 3): iii1-55.
9. Ronan D, Nathwani D, Davey P, Barlow G. Predicting mortality in patients with community acquired pneumonia and low CURB-65 scores.Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2010; 29: 1117-24
10. Charles PG, Wolfe R, Whitby M, et al. SMARTCOP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community acquired pneumonia. Clin Infect Dis 2008; 47:375-84.
11. C. Garcia-Vidal, N. Fernandez-Sabe, J. Carratala, et al.Early mortality in patients with community acquired pneumonia: causes and risk factors.Eur Respir J 2008; 32: 733–39
12. Kollef MH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ. Inadequate antimicrobial treatment of infections: a risk factor for hospital mortality among critically ill patients. Chest 1999;115:462–74.
13. Pereira JM, Paiva JA, Rello J. Severe sepsis in community-acquired pneumonia: early recognition and treatment. Eur J Intern Med 2012; 23: 412-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณผ่านระบบ GFMS
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

สุนทร ไทรชมภู
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่คุณสมบัติของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 รายการเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกส่งหลักฐานการจัดซื้อจัดจ้างขอเบิกเงิน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2560 สถิติวิเคราะห์ที่ใช้ ได้แก่ สถิติร้อยละ (Percentage) ความถี่ (frequency) และไคสแควร์ (Chi -square) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า

1. ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณพบว่าระยะเวลาที่ใช้เบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ มีค่าเฉลี่ย 44.09 วัน ได้เบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์กำหนด ร้อยละ 86.60 ซึ่งกำหนดไม่เกิน 90 วัน
 2. ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ด้านเพศ ประเภทข้าราชการ ตำแหน่งงาน ประเภทเจ้าหน้าที่ประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา
 3. คุณสมบัติของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
- ควรนำผลการวิจัยไปปรับปรุงประสิทธิภาพด้านระบบปฏิบัติการของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีในหน่วยงานให้รองรับและสอดคล้องกับระยะเวลาของการการเบิกจ่ายมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ การเบิกจ่ายผ่านระบบ GFMS

Abstracts : FACOTRS RELATED TO THE EFFICIENCY OF THE NON-BUDGET
DISBURSEMENT THROUGH GFMIS SYSTEM, CHOMPHON KHET UDOMSAK
HOSPITAL
SOONTORN SAICHOMPOO*

The purpose of descriptive research was to study the relationship between personal factors of staff, the properties of computer for recording data in the system and the efficiency of the non-budget disbursement. Multi-stage random sampling was used to select the sample group of 410 items. The research instrument is a recording form and collecting data from secondary sources. Data collection was conducted between July– December, 2017. The statistical analysis used was Percentage, frequency, and Chi-Square. Data were analyzed by the program.

The result of research as follow

The disbursement efficiency was 86.60% and an average of 44.09 days, that has not spent time less than 90 days. The relationship between personal factors in sex, type of government official, job position, type of officer, work experience, and properties of computer for recording data in the browser system did not correlate with the efficiency of disbursement of non budget in time. The system of operation of the features computer for recording data is has a positively correlation with the high level of the efficiency of disbursement of non budget in time statistically significant at .05.

Key words: budget disbursement efficiency, disbursement through the GFMIS system

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลกำหนดนโยบายการปฏิรูประบบราชการไทยให้การปฏิบัติงานภาครัฐมีความโปร่งใสในการตัดสินใจโดยนาระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐ (Government Fiscal Management Information System : GFMIS¹ มาใช้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีความรวดเร็วและคล่องตัวในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น และกรมบัญชีกลางได้พัฒนาระบบให้สามารถปฏิบัติงานผ่านระบบ โดยเริ่มจากระบบจัดซื้อจัดจ้างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 กระทรวงการคลัง ได้กำหนดระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551² มาบังคับใช้ ให้หน่วยงานภาครัฐถือปฏิบัติรองรับการของระบบ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายและปฏิบัติงานตามระบบดังกล่าว นอกจากจะต้องปฏิบัติงานตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551 แล้ว โรงพยาบาลยังต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การวัดสถานะด้านการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score³ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินไม่ให้เกิดปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินการคลังและมีความสามารถชำระหนี้ให้กับเจ้าหนี้ตามระยะเวลาในการเรียกเก็บหนี้ มีการบันทึกบัญชีอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ตามมาตรฐานบัญชีอีกด้วยในการปฏิบัติงานตามระบบ โรงพยาบาลได้เตรียมความพร้อมในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การมีปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

พ.ศ. 2546⁴ ได้จัดทำคำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานแก่ผู้รับผิดชอบบันทึกในระบบประชุมอบรมชี้แจงการปฏิบัติงาน จัดหาคู่่มือปฏิบัติงานการนำเงินนอกงบประมาณฝากคลัง มีหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามระบบ 8 หน่วยงานในการรับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลเข้าระบบ มีการเตรียมเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบตามแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Government Procurement: e-GP) ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด⁵ ภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติมาเป็นระยะเวลา 1 ปีงบประมาณ พบว่า โรงพยาบาลได้เบิกจ่ายเงินผ่านระบบแล้ว 1,577 รายการ

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณผ่านระบบ GFMS ตามระบบของโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณผ่านระบบ GFMS ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่คุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิจัย และขั้นตอน โดยวางแผนดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ รายการการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่ใช้เงินนอกงบประมาณในการจัดดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างโดยอาศัยระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ในการจัดซื้อจัดจ้างมีใบสั่งซื้อ สั่งจ้าง สัญญาหรือข้อตกลง ได้ตรวจรับพัสดุ ผ่านระบบและเจ้าหน้าที่ ได้ส่งหลักฐานการตรวจรับพัสดุให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบขอเบิกเงินจากคลัง ในระบบ GFMS ให้แก่เจ้าหน้าที่หรือผู้มีสิทธิได้รับเงินตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551 จำนวนประชากรจำนวน 1,577 รายการ

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Yamane ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 410 ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ด้วยการแบ่งรายการเบิกจ่ายโดยจำแนกตามเดือนและจำแนกการเบิกจ่ายที่เป็นไปตามระยะเวลา และไม่เป็นไปตามระยะเวลา ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายจากรายการในแต่ละเดือนโดยใช้วิธีการคำนวณสัดส่วน จนกระทั่งได้จำนวนตัวอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกส่งหลักฐานการจัดซื้อจัดจ้างขอเบิกเงินที่สร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย

วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ จากเอกสารราชการแบบบันทึกส่งหลักฐานการจัดซื้อจัดจ้างขอเบิกเงิน ที่พิมพ์จากเครื่องคอมพิวเตอร์และระบบ

สถิติที่ใช้

สถิติวิเคราะห์ที่ใช้ได้แก่ สถิติร้อยละ (Percentage) ความถี่ (frequency) และไคสแควร์ (Chi - square)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ปรากฏดังต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา

รายการพัสดุที่ได้ดำเนินการเบิกจ่ายเงินมีประสิทธิภาพการเบิกจ่ายด้านความทันเวลาตามเกณฑ์กำหนดร้อยละ 86.60 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์กำหนด ร้อยละ 13.40 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของรายการพัสดุที่ดำเนินการเบิกจ่ายจำแนกตามระยะเวลาในการเบิกจ่าย

ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตามเกณฑ์กำหนด	355	86.60
2. ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด	55	13.40

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านเพศ ประเภทข้าราชการ ตำแหน่งงาน ประเภทเจ้าหน้าที่ ประสบการณ์ปฏิบัติงาน ปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการด้านบราวเซอร์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา มีดังต่อไปนี้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านเพศกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านเพศกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	เพศ		χ^2	df	p
	ชาย N (%)	หญิง N (%)			
ตามเกณฑ์	4 (100)	0 (0)	6.26	1	.429
ต่ำกว่าเกณฑ์	351 (86.50)	55 (13.50)			
รวม	355 (100)	55 (13.50)			

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านประเภทข้าราชการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านประเภทข้าราชการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านประเภทข้าราชการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	ประเภทข้าราชการ			χ^2	df	p
	ข้าราชการ N (%)	พนักงานราชการ N (%)	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข N (%)			
ตามเกณฑ์	254 (88.20)	66 (79.50)	35 (89.70)	4.55	2	.103
ต่ำกว่าเกณฑ์	34 (11.80)	17 (20.50)	4 (10.30)			
รวม	288 (100)	83 (100)	39 (100)			

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านตำแหน่งงานกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านตำแหน่งงานกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กันรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านตำแหน่งงานกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	ตำแหน่งงาน			χ^2	df	p
	นักวิชาการพัสดุ N (%)	เจ้าพนักงานพัสดุ N (%)	เจ้าหน้าที่โดยการแต่งตั้ง N (%)			
ตามเกณฑ์	65 (85.50)	85 (86.70)	205 (86.90)	.091	2	.995
ต่ำกว่าเกณฑ์	11 (14.50)	13 (13.30)	31 (13.10)			
รวม	76 (100)	98 (100)	236 (100)			

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านสถานะการเป็นเจ้าหน้าที่ตามระเบียบพัสดุกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านสถานะการเป็นเจ้าหน้าที่ตามระเบียบพัสดุกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานะการเป็นเจ้าหน้าที่ตามระเบียบพัสดุกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	สถานะการเป็นเจ้าหน้าที่ตามระเบียบพัสดุ		χ^2	df	p
	โดยตำแหน่ง N (%)	โดยการแต่งตั้ง N (%)			
ตามเกณฑ์	151 (83.40)	204 (89.10)	2.79	1	.095
ต่ำกว่าเกณฑ์	30 (16.60)	25 (10.90)			
รวม	181 (100)	229 (100)			

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านประสบการณ์ปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านประสบการณ์ปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	ประสบการณ์ปฏิบัติงาน		χ^2	df	p
	ก่อนประกาศใช้ระบบ GFMISN (%)	หลังประกาศใช้ระบบ GFMISN (%)			
ตามเกณฑ์	205 (89.10)	150 (83.30)	2.92	1	.087
ต่ำกว่าเกณฑ์	25 (10.90)	30 (16.70)			
รวม	230 (100)	180 (100)			

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ พบว่าปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	ระบบปฏิบัติการของคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบ e-GP		χ^2	df	p
	Windows ต่ำกว่า 7N (%)	Windows 7 ขึ้นไป N (%)			
ตามเกณฑ์	79 (94.00)	276 (84.70)	5.07	1	.024
ต่ำกว่าเกณฑ์	5 (6.00)	50 (15.30)			
รวม	84 (100)	326 (100)			

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านบราวเซอร์สำหรับเข้าอินเทอร์เน็ตสำหรับบันทึกข้อมูลในระบบ e-GP กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ พบว่าปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านบราวเซอร์สำหรับเข้าอินเทอร์เน็ตสำหรับบันทึกข้อมูลในระบบ e-GP กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

กลุ่ม	บราวเซอร์สำหรับเข้าอินเทอร์เน็ตสำหรับบันทึกข้อมูลในระบบ e-GP		χ^2	df	p
	Internet Explorer ตั้งแต่ Version 11 ขึ้นไป N (%)	Google Chrome ตั้งแต่ Version 40 ขึ้นไป N (%)			
ตามเกณฑ์	136 (89.50)	219 (84.90)	1.74	1	.188
ต่ำกว่าเกณฑ์	16 (10.50)	39 (15.10)			
รวม	152 (100)	258 (100)			

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้เบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ มีค่าเฉลี่ย 44.09 วัน ได้เบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์กำหนด ร้อยละ 86.60 น่าจะเป็นผลมาจากนโยบายการชำระหนี้ของโรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การวัดสถานะด้านการเงินระดับ 7 Plus Efficiency Score ที่กำหนดไม่เกิน 90 วัน¹ และกรอบระยะเวลาที่ได้รับจัดสรรงบประมาณโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ โรงพยาบาลวางแผนการชำระหนี้ตามแนวทางดังกล่าว

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิใช้งานในระบบ e-GP ด้านเพศ ประเภทข้าราชการ ตำแหน่งงาน ประเภทเจ้าหน้าที่ ประสบการณ์ปฏิบัติงาน และปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านบราวเซอร์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลาไม่มีความสัมพันธ์กันเนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติงานเบิกจ่ายผ่านระบบมาเป็นระยะเวลานาน จะมีความสามารถ ความเชี่ยวชาญและชำนาญการในการบริหารจัดการเครื่องคอมพิวเตอร์การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองทำให้การบันทึกข้อมูลในระบบให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลในระบบด้านระบบปฏิบัติการกับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณด้านความทันเวลา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เนื่องจากคุณลักษณะของเครื่องคอมพิวเตอร์แต่ละเครื่องจะมีลักษณะเฉพาะในแต่ละรุ่น ถึงอย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามคำสั่งที่สามารถประมวลผลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำมาจากผู้ปฏิบัติที่ใช้งานเป็นหลัก การดูแลรักษาการนำโปรแกรมหรือซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็นออกจากเครื่องจะเป็นผลดียิ่งที่ทำให้ระบบการปฏิบัติเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพราะการลบโปรแกรมที่ไม่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอื่นออกมีผลให้การใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งระบบปฏิบัติการ Windows ต่ำกว่า 7 สามารถทำการเบิกจ่ายเงินทันตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งทั้งนี้จากผลการศึกษาของ สุนันท์สุขเจริญ⁷ พบว่า ปัญหาในการใช้ระบบ GFMS ระบบการเบิกจ่ายเงิน ระบบการบริหารงบประมาณระบบจัดเก็บและนำส่งรายได้ระบบบัญชีแยกประเภททั่วไป และระบบการจัดซื้อจัดจ้าง ปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้งนี้เกิดจากเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพื่อให้คำแนะนำความรู้และคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยควรนำผลการวิจัยไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพด้านระบบปฏิบัติการของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีในหน่วยงานให้รองรับและสอดคล้องกับระยะเวลาของการเบิกจ่ายมากยิ่งขึ้นอันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการเงินการคลัง

2. การวิจัยประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินในครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยให้ครอบคลุมการปฏิบัติงานขั้นตอนการบันทึกบัญชี การเบิกจ่าย และเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่ศึกษาให้กระจายครอบคลุมรอบระยะเวลาของการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณเพื่อดูประสิทธิภาพการเบิกจ่ายที่ครบถ้วนสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ในการปฏิบัติงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการสนับสนุน คำปรึกษา และความช่วยเหลือในการปฏิบัติการวิจัยอย่างดียิ่งจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ขอขอบคุณ นายแพทย์ฉัตรชัย พิริยะประกอบ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ บุคลากรกลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุ ที่สนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนายสุธี คำคง รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการพัสดุชำนาญการพิเศษ ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา กลุ่มอำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติการวิจัยตามระเบียบการวิจัย ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่ทุกคนคอยให้กำลังใจในการปฏิบัติการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนทุกท่านที่ข้าพเจ้ามิได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการปฏิบัติงานระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ GFMIS. กรุงเทพฯ : กระทรวงการคลัง; 2558.
2. ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ.2551.ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนพิเศษ 50 ง (ลงวันที่ 7 มีนาคม 2551)
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560) ,หลักเกณฑ์การวัดสถานะการเงิน ระดับ 7 Plus Efficiency Score. 2560.
4. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120 , ตอนที่ 100 ก. (ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2546).
5. กรมบัญชีกลาง. เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government Procurement :e-GP).หนังสือเวียนด่วนที่สุด ที่ กค 0405/ว322 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2560.
6. พัชราภรณ์ลิ้มปိုင်คนันต์ ศึกษาเรื่อง ปัญหาและแนวทางแก้ไขการใช้ โปรแกรม GFMIS ในการจัดการด้านการเงินการคลังของประเทศไทยผ่านเครือข่าย internet : กรณี ศึกษาหน่วยงานราชการในจังหวัดแพร่.2552.
7. สุนันท์ สุขเจริญ ศึกษาเรื่องปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีด้วยระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) : กรณีศึกษาที่ทำการปกครองจังหวัดภาคกลาง.2548.

วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์ การวิจัยและค้นคว้าทางวิชาการของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้เชิงวิชาการในทางการแพทย์และสาธารณสุข
- เพื่อกระตุ้นให้มีความก้าวหน้าทางวิชาการ ส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แก่บุคลากรของโรงพยาบาลสิงห์บุรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบการ

กำหนดออกทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ในเดือนมกราคม และเดือนกรกฎาคม

การส่งเรื่อง

ส่งเรื่องลงพิมพ์ในวารสารนี้ ส่งไปยัง

นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000

การลงโฆษณา

อัตราค่าบำรุง ปีละ 100 บาท

เจ้าของ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประธานที่ปรึกษา

แพทย์หญิงวนิดา สาดตระกูลวัฒนา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

คณะกรรมการ	นายแพทย์ประพันธ์	สี่อวิโรจน์กุล
	แพทย์หญิงลินจง	พันธ์ชนะ
	นายแพทย์ภาคภูมิ	พรประเสริฐสุข
	นางสาวปริญญา	สกุลรัตน์
	นางสาวอจฉรา	ศิริรัตนกร
	ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์
	ดร.เบญญพร	ผ่องคำพันธุ์
	นายจำนงค์	ชัยสุวรรณษ์
	นายสัญญา	โพธิ์งาม

ผู้จัดการ นายวิโรจน์ มาเสนาะ

ผู้ช่วยผู้จัดการ นางสาวกมลวรรณ จันทร์จวนสุข

สำนักงาน กลุ่มพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนขุนสรณ์ อำเภอมือง
จังหวัดสิงห์บุรี
โทร 036 – 511060 ต่อ 5201
โทรสาร 036 – 522513

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ด้านการแพทย์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยแต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนด

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อนิพนธ์ บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทปริทัศน์ (Review Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชาการ หรือการจัดอบรมแพทย์ (Training Course) เป็นคราว ๆ ไปเผยแพร่ในเดือน มกราคม-มิถุนายน , กรกฎาคม-ธันวาคม

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อยและต้องมียุทธศาสตร์ชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย ใคร่สร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (Case Description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

2. ส่วนประกอบของบทความ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา” หรือ “การสังเกต”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษาไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไรและไม่รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในการศึกษาสิ่งมีชีวิตตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาเริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (Study Design, Protocol) เช่น Randomized, Double Blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (In-Terventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (Results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแล้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบ

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความมีความภูมิฐาน เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.10 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบบ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัว และชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่องใน, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์, หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมนา ลำดับที่, ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อเรื่อง, ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วนจะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำความเข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจจะอ่านบทความต่อไปหรือไม่

4.1 ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูดตัวเลขและเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3- ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์

มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญมีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวาบน

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทาง E-mail ซึ่งต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียว พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด 2007 ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว ชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วน

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะให้วารสารผู้พิมพ์ จำนวน 2 เล่ม

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง นิพนธ์ต้นฉบับ	ก
● คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย – หญิง โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ดร. ปราณี มีหาญพงษ์	1 - 18
● ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผาสุก มั่นคง	19 - 34
● การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา เพ็ญใจ ดาวัลย์	35 - 42
● สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล สิงห์บุรี ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ, พบ.	43 - 54
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณผ่านระบบ GFMIS โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ สุนทร ไทรชมภู	55 - 62

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านการวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้จัดพิมพ์ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร)

บรรณาธิการ