



วารสารสุขภาพ  
และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

**H&E**

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563

VOL.5 NO.3 July-September 2020

ISSN : 2586-3868



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 ..... เสาวณีย์ ศิริพันธ์ ,อดิสร อุตราชภัฏ ,วิชุนี ละม้ายศรี ,ยุวดี คาคีวี	1
การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ... รภิญญา วิเชียรพักตร์	10
ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ต่อคุณภาพ บริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ..... เอมอร อภรณ์รัตน์, ศิริวัฒน์ ไชยชนะนิจ, วีรจิตร์ ทิพย์ประเสริฐ	17
ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ..... สกลรัฐ ห้วยธาร	28
ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษา ตำบลนาเคตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ..... สุจิตรา ลักษณะ	37
ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครุฑกู่ในวัยรุ่นของหญิงตั้งครุฑที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ..... นันทพร ศรีเมฆารัตน์, ตะวัน เขตปัญญา, วัชรนุช จันทคุณ, ละมุลเพชร ประคำ, เพ็ญ จีระชิวะนันท์, วรศักดิ์ธนา ดลโสภณ	46
การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุสมผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฆ้องชัย ... จิตตาวดี กมลพุทธ	51
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย ..... มรดก หมอกไชย	60
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โรงพยาบาลขอนแก่น ..... อภิญา ร่องเมือง	69
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย ..... นฤมล ฮามพิทักษ์	79
การพยาบาลกรณีโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ปี 2563 ..... ตระกูลไทย ฉายแมน	88
รูปแบบการป้องกันการตั้งครุฑกู่ในวัยรุ่น ..... นันทพร ศรีเมฆารัตน์, ตะวัน เขตปัญญา, วัชรนุช จันทคุณ, ละมุลเพชร ประคำ, เพ็ญ จีระชิวะนันท์, วรศักดิ์ธนา ดลโสภณ	96
การพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ..... สมนึก จันทรเหมือน	105
การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย ..... พัชราภรณ์ ศรีประภา	117
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ..... สุวิมล แสงเรือง และคณะ	132
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษจังหวัดตรัง ... เพชรศิริ พรภัทรศิริ	140
การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครุฑกู่กับครอบครัว ..... อมรา อัครเส, ภรกด สุฝน, ชลการ ทรงศรี	148
รูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครุฑกู่ จังหวัดอุดรดิตถ์ ..... สุมาลี มีศิริพันธ์	161

## บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 19 (ปีที่ 5 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา กรกฎาคม – กันยายน 2563 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิต การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ การใช้ยาสมเหตุสมผล ตาม RDU Hospital PLEASE การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การพยาบาลกรณีโรคมือ เท้า ปาก การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การจัดการความปลอดภัยในการจราจร ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมสหวิชาชีพ การสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



# ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563

## Effects of Case management in Chronic kidney disease patients on volume overload, chronic kidney disease, Khaowong Hospital Kalasin Province Year 2020

(Received: July 24 ,2020 ; Accepted: September 4 ,2020)

เสาวณีย์ ศิริพันธ์ ,อดิศร อุตรทักษ์ ,วิชชณี ละม้ายศรี ,ยุวดี คาคีวี  
Saowanee Siripan , Adisorn Udontak , Witchunee Lamaisri , Yuwadee Kadewee  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง  
Registered Nurse Professional Level Khaowong Hospital Kalasin Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วกก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research one group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 12 คน การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง (Care Map) คู่มือการให้ความรู้การปฏิบัติตัวโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างจากภาวะน้ำเกิน แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลหลังการได้รับการดูแลรายกรณี และแบบสอบถามความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Signed – Ranks Tests

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้การจัดการรายกรณีมีภาวะน้ำเกินลดลงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณี มีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการการจัดการรายกรณีโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 68.82 และผลการประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยรวม มีระดับความคิดเห็น ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 94.12

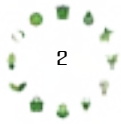
**คำสำคัญ :** การจัดการรายกรณี ภาวะน้ำเกิน ไตวายเรื้อรัง

### Abstract

The quasi-experimental research one group pre-test post-test design, aimed to study effects of case management in chronic kidney disease (CKD) patients on volume overload at Khao Wong hospital, Kalasin. The sample consisted of 12 persons who were minimum 20 years old, diagnosed with CKD, on volume overload stage 4 and 5, who came to the CKD clinic in Khao Wong Hospital. Sampling by purposive selection method. The conceptual framework of this study was case management. The instruments including Care Map of Chronic Kidney Disease on volume overload, Handbook of Chronic Kidney Disease, Evaluation of Volume Overload, Patients of Satisfaction of Care, and Multidisciplinary Assessment of Application of Case Management Method. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon-Signed-Ranks Test.

The study results showed that, after the intervention that the samples were satisfied with the service at high level, with an average on 68.82%. And most of the multidisciplinary team members agreed with the implementation of case management was 94.12%.

**Keyword:** CASE MANGMENT / VOLUM OVERLOAD



## บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์โรคไตเรื้อรังของประเทศไทย พบว่าประมาณร้อยละ 70 ของประชากรป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง จากการรายงานของสถาบันโรคไตราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต ปี 2560 มีผู้เสียชีวิตจากไตวาย 13,536 คน ประมาณ 1 ใน 3 ตายก่อนวัยอันควร อายุน้อยกว่า 60 ปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) และภาวะแทรกซ้อนสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ คือ ภาวะน้ำเกิน (volume overload)

ภาวะน้ำเกิน (volume overload) เป็นภาวะที่บุคคลมีน้ำคั่งในร่างกายและมีอาการบวม โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ การมีปริมาณน้ำในร่างกายได้รับมากกว่าปริมาณน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกาย มีการคั่งของน้ำในปอดทำให้เสียงหายใจผิดปกติ แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีอาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความผิดปกติของ ระดับอิเล็กโทรไลต์ หลอดเลือดดำที่คอไปงพอง ผิวหนังตึงใส (วิพร เสนารักษ์, 2541) ผู้ป่วยไตเรื้อรังไม่สามารถขับน้ำ และเกลือส่วนเกินออกจากร่างกายได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับน้ำและเกลือเข้าไปปริมาณมากจะเกิดภาวะน้ำเกินได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการบำบัดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น การจำกัดน้ำและการจำกัดเกลือ การบำบัดด้วยออกซิเจน การได้รับยาขับปัสสาวะ การให้ยาลดภาวะโปแตสเซียมสูงในเลือด และในระยะรุนแรงหรือระยะวิกฤติ คือการที่มีภาวะน้ำท่วมปอดถือว่าเป็นการบำบัดอายุศาสตร์ฉุกเฉินที่ต้องการการบำบัดเร่งด่วน ถ้าล่าช้าเพียงไม่กี่นาทีอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง และอาจเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วย

หายใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) แต่อาการภาวะน้ำเกินดังกล่าวข้างต้น เป็นอาการที่สามารถจัดการไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นได้

โรงพยาบาลเขาวงเป็นโรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง งานผู้ป่วยนอกให้บริการด้านการดูแลรักษา ส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพ และให้บริการคลินิกกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย คลินิก NCD (ให้บริการ DM, HT, Asthma, Warfarin, CKD, และมีหน่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียม 8 เตียง (ระบบเอกซน)) แต่ละปีมีผู้ป่วยมารับบริการทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะคลินิกไตวายเรื้อรัง มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี 2560-2562 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระดับ 4-5 จำนวน 537, 624, 732 รายตามลำดับ ปี 2562 มีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนทางไต จำนวน 672 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำเกิน ปี 2560-2562 จำนวน 93, 95, 72 รายตามลำดับ และปี 2562 มีผู้ป่วยไตวายกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admitted) ด้วยภาวะน้ำเกิน จำนวน 13 ราย (คิดเป็นร้อยละ 18.05) โดยผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลวันนอนเฉลี่ย 5.39 วันต่อราย ค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 11,536.92 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเป็นสาเหตุการตาย จำนวน 30 ราย (คิดเป็นร้อยละ 4.09)

จากการสอบถามจากพยาบาล ประจำคลินิกไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลเขาวง พบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดภาวะน้ำเกินมีหลายปัจจัย คือ ปัจจัยด้านระบบการบริการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนมาก ทำให้เกิดการรอนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามที่แพทย์แนะนำได้ เนื่องจากต้องรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นภายในบ้าน จำกัดเค็ม และจำกัดน้ำดื่มไม่ได้ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัด เช่น ไม่มีผู้ดูแลตลอดเวลาตามัวมองไม่ชัด

ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case-Management) เพื่อสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย มุ่งเน้นผลลัพธ์ คือการให้บริการที่มีคุณภาพต่อเนื่องและประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้ค่าใช้จ่าย ทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ที่จำกัด ภายในเวลาที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ประสานงานและใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Care map) ที่ร่วมกันจัดทำขึ้นโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ (ทัศนา บุญทอง, 2543)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี มาพัฒนาระบบ โดยการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกินต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลหลังการได้รับการดูแลรายกรณี

3 เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research one group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน คลินิกไต

วายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง โดยการเปรียบเทียบภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลหลังการได้รับการดูแลรายกรณี และศึกษาความคิดเห็นของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ในคลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตวายเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 4-5 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีค่าความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของไตในส่วน Glomerular Filtration Rate (GFR) ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตวายเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 4-5 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีค่าความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของไตในส่วน Glomerular Filtration Rate (GFR) ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 12 คน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการให้ความรู้การปฏิบัติตัวเรื่องโรคไตวาย เป็นคู่มือที่ผู้ศึกษาร่างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย

2. แผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (care map) เป็นแผนการดูแลที่ผู้ศึกษาร่วมกับทีมนสหสาขาวิชาชีพสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่



3.1 แบบประเมินภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นแบบประเมินภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นแบบประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยหลังการได้รับการดูแลรายกรณีใช้แนวทางในการประเมินความพึงพอใจในรูปแบบการบริการตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไต

3.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของทิมสหสาขาวิชาชีพ ต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ที่มีประสบการณ์ทางด้านการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่า CVI เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน ที่คลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้เท่ากับ 0.96 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคิดเห็นของทิมสหสาขาวิชาชีพ ได้เท่ากับ 0.93

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย ใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณีของคลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง คือ

ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วม ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2563

2. การประเมินผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณี ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ตลอดจนแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือทางสังคม แหล่งของข้อมูลได้จากผู้ป่วยญาติ บุคคลใกล้ชิด หรือเพื่อนบ้าน ส่วนข้อมูลทางการแพทย์ได้มาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย แพทย์พยาบาล และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน พ.ศ. 2563

3. การระบุปัญหา ทิมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพิจารณาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว มีผู้จัดการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ประสานให้ทีมรับทราบว่ามีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการให้ทิมสหสาขาวิชาชีพทราบ จากนั้นก็จะร่วมกันหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยอาศัย แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบครัวทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาล และฟื้นฟูภาวะสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน พ.ศ. 2563

4. การวางแผนให้การดูแล ทิมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดแผนการดูแล (care map) แผนการดูแลผู้ป่วยที่มีทิมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดไว้จะประกอบไปด้วย แผนการรักษาผู้ป่วยวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆที่จะต้องดูแลผู้ป่วยผลลัพธ์ ถ้าพบว่ามีปัญหาในขั้นตอนใดพยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้ประสานงานให้ทีมได้รับทราบ

และหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย คือ แพทย์จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมมือการวางแผนการดูแล ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน พ.ศ. 2563

5. การดำเนินการตามแผน พยาบาลผู้จัดการเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้รับทราบ ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมการดูแลและปฏิบัติตามแผนการดูแล (care map) ที่วางไว้ บันทึกความก้าวหน้าในการดูแล ร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแล หากพบว่ามีปัญหาในการดูแล หัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย คือ แพทย์จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย พยาบาลผู้จัดการจะเป็นผู้คอยติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนการดูแล และประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

6. การติดตามประเมินผล ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่การติดตามประเมินผลของแผนการดูแล (care map) ที่ผู้ป่วยได้รับ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากพบปัญหาและไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้จะช่วยกันปรับแผนการดูแล และประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยพร้อมจำหน่าย และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบริการที่ได้รับ ส่วนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในระยะแรกจะส่งต่อไปที่ศูนย์ศูนย์โฮมฮักซึ่งเป็นศูนย์ประสานงานติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการจะออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วม ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อที่บ้าน ติดตามผู้ป่วยตามวันนัดครั้งต่อไป และติดตามการมาตามนัดของผู้ป่วยโดยการตรวจสอบจาก OPD card เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จนกว่าผู้ป่วยจะไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อไป ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

### การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลข้อมูล

มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed-Ranks Test

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทุกท่านจะนำไปรวบรวมและสรุป วิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำไปเผยแพร่ในลักษณะเป็นภาพรวม ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นข้อมูลของคนใดคนหนึ่ง เช่น จะไม่มีชื่อ ที่อยู่ หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่แสดงว่าเป็นตัวตนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

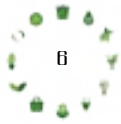
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ขออนุญาตจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และมีความยินดีในการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อมกับบลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

### ผลการวิจัย

#### 1. ภาวะน้ำเกินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้การจัดการรายกรณี

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 59 – 67 ปี (ร้อยละ 50.00) โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 62.75 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.67) กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธและการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 91.67)

1.2 กลุ่มตัวอย่างหลังใช้การจัดการรายกรณี มีภาวะน้ำเกินลดลงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณี



**2. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบริการการจัดการรายกรณี** กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการการจัดการรายกรณีโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 68.82

**3. ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณี**

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี มากที่สุด(ร้อยละ 50) โดยมีอายุเฉลี่ย 37.88 ปี หญิงมากกว่าเพศชาย(ร้อยละ 85.00) สถานภาพคู่ ร้อยละ 56.25 วิชาชีพแพทย์และพยาบาลมากที่สุด(ร้อยละ 25) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี(ร้อยละ 81.25) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8.20 ปี โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยช่วง 4-6 ปีมากที่สุด(ร้อยละ 37.50)

3.2 ผลการประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณี พบว่าผลการประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยรวมมีระดับความคิดเห็น ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 94.12

**สรุปและอภิปรายผล**

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เปรียบเทียบภาวะน้ำเกินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้การจัดการรายกรณีทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า  $Z = -2.714$  ค่า  $p - value .007$  สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำเกิน ในระยะก่อนและหลังการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสิมา รัตนศิลา (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูง

กว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $p - value < .05$ ) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $p - value < .05$ ) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p - value < .05$ ) ราตรี โกศลจิตร (2560) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับการจัดการรายกรณี ต่ำกว่าก่อนได้รับ หลังการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $.001$  ( $P < .001$ ) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิก ของผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับการจัดการรายกรณี ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ( $P < .001$ ) และโกศล ศรีกังพาน(2561) ได้ศึกษา ผลการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกินคลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย พบว่าภาวะน้ำเกินในกลุ่มตัวอย่าง หลังใช้การจัดการรายกรณี มีภาวะน้ำเกินลดลงกว่า ก่อนใช้การจัดการรายกรณี ( $\bar{X} = 37, S.D = .50$ ) ( $\bar{X} = 37, S.D = .50$ ) ( $\bar{X} = 100, S.D = .00$ )

จากการศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยพบว่า การวางแผนการดูแลที่ดีของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบกับการทำงานเป็นทีม มีระบบการทำงานที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำเกินภายหลังการใช้การจัดการรายกรณี พบว่าภาวะน้ำเกินลดลงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณี

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล หลังการได้รับการดูแลรายกรณี ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการการจัดการรายกรณีโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 68.82 อภิปรายได้ว่า ภายหลังผู้ป่วยได้รับการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นการทำงานภายใต้ความร่วมมือของ

ทีมสหสาขาวิชาชีพแบบต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลแบบรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี โกศลจิตร (2560) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการรายกรณีมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p < .001$ ) พัชลาวัล สาระพันธ์ (2555) ได้ศึกษาผลการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า เมื่อได้รับการดูแลแบบรายกรณี ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อรูปแบบการดูแลรายกรณี

3. ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิจัย พบว่าความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมีระดับความคิดเห็น ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งโดยรวมร้อยละ 94.12 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 100 ในประเด็น การทำงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ช่วยให้มองเห็นประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายมากขึ้น ทำให้มีการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพมากขึ้น การดำเนินงานสามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำ ควรดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และควรประเมินผลเป็นระยะ รองลงมา กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 81.25 ในประเด็นการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีทำให้มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานการและดำเนินงานนี้ไม่เป็นการเพิ่มภาระในการทำงานให้มากขึ้น ผลการประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยรวม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 100.00 อภิปรายได้ว่า ผลของการจัดการรายกรณีที่เกิดขึ้นกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในคลินิกไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาล

เขาวง ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน ทุกคนเห็นด้วยต่อรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และไม่ถือว่าการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นภาระต่อการปฏิบัติงานประจำวันมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้มาทำการดูแลผู้ป่วยและทำกิจกรรมร่วมกันเพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันและประสานความช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ ตลอดจนได้มีการเพิ่มเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และยังพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการติดต่อสื่อสารและมีการประสานงานการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นแกนกลาง มีการปรึกษาหารือ การแสดงความคิดเห็น มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนไม่เกิดความสับสนในบทบาท ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายและวางแผนร่วมกันลดการทำงานแบบแยกส่วน ซึ่งสอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2542) กล่าวว่า การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ มิได้หมายถึงการประสานงาน หรือการรายงานเท่านั้น แต่หมายถึงความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อกำหนดแนวทาง หรือรูปแบบการดำเนินการ การเตรียมการซึ่งประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานตามแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน ส่งผลลดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชลาวัล สาระพันธ์ (2555) ได้ศึกษาผลการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยโรคไตวาย เรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนเห็นด้วยต่อรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการดูแล



ผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ ทำให้ผลการประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยรวม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 94.12

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำเกิน ในระยะก่อนและหลังการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยระดับเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำให้การนำ

ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารเป็นอย่างดี ดังนั้นหากทางโรงพยาบาลจะขยายผลการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีไปยังกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้บริหารควรประกาศเป็นนโยบายให้ทุกแผนกได้ทราบและเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จมากขึ้น

2. ผู้บริหารทางโรงพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปกำหนดแนวทางการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอื่นๆ ต่อไปให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ

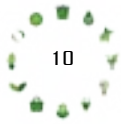
3. ควรนำผลการวิจัยไปกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะน้ำเกิน เพื่อลดการเกิดภาวะน้ำเกิน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ให้และผู้รับบริการ

### เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ. (2548). **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี:** จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการประชุม. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโน. (2541). **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี:** รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 6 (2), 27-32.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2545). **การพยาบาลผู้รับบริการในภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่าง สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย.** กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ทัศนาศุ บุญทอง. (2543). **ทิศทางการปฏิรูปรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย.** วารสารสภาการพยาบาล. เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561 เข้าถึงได้จาก <http://www.kmutt.ac.th>.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ. (2542). **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พัชลาวัล สาระพันธ์. (2555). **ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลชุมชน.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราตรี โกศลจิตร. (2560). **ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก.** พยาบาลสาร: ปีที่ 44 ฉบับที่ 1, หน้า 26-38.



- รังสิมา รัตนศิลา. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข: ปีที่ 29 ฉบับที่ 1, หน้า 67-79.
- วิพร เสนารักษ์. (2541). การวินิจฉัยทางการแพทย์. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิไลวรรณ โพธิ์ศรีทอง. (2555). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี: ปีที่ 28 ฉบับที่ 1, หน้า 112-121.
- ศูนย์ข้อมูล งานเวชสถิติ โรงพยาบาลเขาวง (2562). สถิติงานคลินิกไตวาย เรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง: สถาบันโรคไต ภูมิราชนครินทร์ เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561 เข้าถึงได้จาก <http://www.hfocus.org>.
- สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ. (2539). ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง : การวางแผนการพยาบาล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์



## การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

### Development of Quality Care for Palliative Care in Patients with End Stage Renal Disease Kamalasia Hospital.

(Received: July 21 ,2020 ; Accepted: September 2 ,2020)

รภิญญา วิเชียรพักตร์

Rapinya Vicheanpuk

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกมลลาไสย

Registered Nurse Professional Level Kamalasia Hospital.

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลกมลลาไสย โดยการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 20 คน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 9 คนในระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2562

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่จัดทำขึ้น ด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านของพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังนั้นจึงควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ใช้ในหอผู้ป่วยต่อไป

**คำสำคัญ :** การพัฒนาแนวทางการดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

#### Abstract

The research of study was to development quality of care for palliative care in patients with end stage renal disease Kamalasia Hospital. the quality of care for the end of life care the conceptual framework for this study was adapted from palliative care concept. The process of this study included reviewing and literature reviewed developing the quality of care. The developing quality of care was used in patient department female unit during July – December, 2019. The satisfaction of developing quality of care utilization was evaluated by the eleven of life patients and nine registered nurses.

The results revealed that the patients satisfied the developing quality of care for palliative care in patients with end stage renal disease at mostly level : The patients were treated with more holistic patients was high. There were of behaviors that nurses were able

to do following the practice of palliative care for end of life care patients. This result of study indicated that developed palliative care for end of life care patients increase positive outcome of end of life care patients. Therefore, this system should be generalized to all other settings.

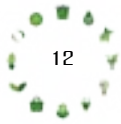
**Keyword:** development of quality of care, development quality of care for palliative care in Patients with end stage renal disease

## บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.60 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน และเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 7,800 คน เสียชีวิตจากภาวะไตวาย จำนวน 13,536 คน ซึ่ง 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ประมาณ 2 แสนคน ซึ่งต้องการรับการผ่าตัดเปลี่ยนไตประมาณ 40,000 คน แต่ปัจจุบันสามารถผ่าตัดเปลี่ยนไตได้เพียงปีละ 400 คน เท่านั้น (จำรัส สารระขวัญและคณะ, 2559) เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนไตมีขั้นตอนยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายสูงถึงคนละ 2 แสนบาท และยังมีข้อจำกัดคือ ขาดแคลนผู้บริจาคไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้หากไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตได้ จึงต้องมีวิธีการรักษาแบบประคับประคองด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ในปัจจุบันแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะนี้มี 4 ทางเลือก ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตใดๆ มุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรค รักษาคุณภาพชีวิตโดยให้การดูแลอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานการดูแลของทีมอย่างเป็นขั้นตอนรวมถึงการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆซึ่งเป็นการพัฒนาในบริบทสถานการณ์จริง

ของโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ข้อจำกัดพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง เกิดแนวทางปฏิบัติการดูแลที่ชัดเจนโดยมีพยาบาลเป็นศูนย์กลางประสานระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (มัณฑนา จิระกั๊ว และ ศิริรัตน์ จันตรี, 2559)

จากการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังปี พ.ศ. 2561 ของโรงพยาบาลสอย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต จำนวน 212 คน และมีแนวโน้มเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง ทำให้ภาวะความรุนแรงของโรคและการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทุกระบบในร่างกายจากการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต ผู้ดูแลและผู้ดูแลจะแสวงหาการรักษาทางเลือก เพื่อการพ้นหายของผู้ป่วยไตด้วยวิธีการรักษาอื่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากภาวะไตเสียหายที่ และช่วยการพ้นหาย ผู้ดูแลบางรายซื้อยาต้มสมุนไพรมาให้ผู้ดูแลและเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยได้กินยาต้มสมุนไพรนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มิตะ เหมมาน และคณะ (2558) พบว่า ผู้ดูแลจะแสวงหาการรักษาทางเลือก เนื่องจากการได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการบำบัดทดแทนไตยังไม่เพียงพอกับความต้องการของครอบครัว ที่ต้องการให้ผู้ดูแลหายและมีอาการดีขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้ศึกษาในฐานะที่ปฏิบัติงานอยู่ใน



หอผู้ป่วยในหญิงมีแนวคิดที่ว่า ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมือนกลุ่มโรคอื่นๆ โดยผสมผสานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมทั้งหอผู้ป่วยในหญิงยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ขาดการประสานงาน และการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงเห็นสมควรว่าควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต่ออาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานที่สุดก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบ มีความรู้ที่เพิ่มขึ้นตามพยาธิสภาพและโรคที่เป็น มีความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างแท้จริงและเป็นองค์รวม

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มาใช้ในการพัฒนาระบบงาน โดยมีการปฏิบัติตามวงจร P-D-C-A ขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ (Check) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินผล (Check) การปรับปรุง แก้ไข (Action)

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

มีการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัย โดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือในการดำเนินการ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ในการศึกษา แบบสอบถามสำหรับการศึกษา

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และประเมินความต้องการของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยเป็นระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเลือกรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 9 คน และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความต้องการ การของผู้ป่วย

2.2 ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผู้ศึกษาได้นำประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ นำสู่การดำเนินการในขั้นตอนต่อไปดังนี้

2.2.1) ขั้นวางแผน (Plan) จัดประชุมพยาบาลประจำตึก มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ให้ที่ประชุมร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์ เสนอแนะ แสดงความคิดเห็น แล้วตัดสินใจร่วมกัน ในการเลือกแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และกำหนดการดำเนินงานให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย มีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่พยาบาลจำนวน 9 คน ความรู้เกี่ยวกับแนวทาง

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบ  
ประคับประคอง ที่หอผู้ป่วยในหญิง

2.2.2) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Do) ดำเนิน การ  
ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตาม ลำดับทุก  
ขั้นตอน มีการควบคุม กำกับ นิเทศและติดตาม  
การปฏิบัติตามแนวทาง

2.2.3) ขั้น ประเมิน ผล (Check) เป็น  
ขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์ของการ  
ดำเนินงาน ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดย  
ประเมินผลด้านผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความพึง  
พอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบ  
ประคับประคอง ประเมินผลด้านพยาบาล โดยใช้  
แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ  
พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ  
สุดท้ายแบบประคับประคอง

2.2.4) ขั้นปรับปรุง (Action) จัดประชุม  
พยาบาลในหอผู้ป่วยในหญิง เพื่อนำ เสนอผลการ  
พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ  
สุดท้ายแบบประคับประคอง ให้ทีมร่วมเสนอแนะ  
แสดงความคิดเห็น เมื่อได้รับการยอมรับจากผู้มี  
ส่วนเกี่ยวข้องแล้ว จึงจัดทำเป็นแนวทางการ  
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบ  
ประคับ ประคอง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง โดยศึกษา ค้นคว้า  
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เสนอผู้ทรง คุนวุฒิ  
ที่มีความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรค  
ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับ ประคอง  
จำนวน 3 ท่าน คือ อายุรแพทย์ พยาบาลเฉพาะ  
ทางสาขาไต พยาบาลเฉพาะสาขาคูแลแบบ  
ประคับประคอง ตรวจสอบความถูกต้องของ  
เครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่  
0.89

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม  
ตัวอย่างที่ศึกษา โดยจัดทำเอกสารชี้แจง  
วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการศึกษา และ  
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงกับ  
กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ  
หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา ผู้ศึกษาเปิด  
โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและยินดีตอบข้อ  
สงสัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้า  
ร่วมการศึกษาแล้ว จะให้ลงนามในใบยินยอมเข้า  
ร่วมศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่  
ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ โดยได้ใช้วิธี การ  
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา แยกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และ  
สรุปประเด็นที่สำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูล  
ทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย แบบประเมินความพึง  
พอใจของผู้ป่วยและของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล  
โดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ

### ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการ  
พัฒนากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบ  
ประคับประคอง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน  
หญิง ในเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2562  
จำนวน 9 ราย จากการสัมภาษณ์ พบว่า การดูแล  
จากทีมพยาบาล เน้นการดูแลทางร่างกาย ไม่  
แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติ  
ไม่บังคับตัวเองและขาดความ เกรงครัดในการ  
ปฏิบัติตัวในเรื่องอาหาร การรับประทานยา จา  
การสังเกตสภาพผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วย  
ส่วนใหญ่ช่วยตัวเองได้ แต่มีสภาพอ่อนเพลีย  
สาเหตุที่ทำให้เข้านอนรักษาในโรงพยาบาล คือ มี  
ภาวะซีด 2 คน บวมตามร่างกาย 3 คน ระดับ  
โปแตสเซียมสูง 2 คน และมีระดับน้ำตาลในเลือด  
สูง 2 คน และทุกคนมีอาการรบกวนร่วมคล้ายกัน



เช่น อ่อนล้า เหนื่อยหอบ บวม เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ

2. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระดับที่ต้องการมาก คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ร้อยละ 97.77 รองลงมา คือ จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ เช่น ปวด นอนไม่หลับ อ่อนล้า เหนื่อยหอบ ความเอาใจใส่ดูแลใกล้ชิดจากทีมผู้ดูแล เปิดโอกาสให้มีอิสระในการตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล และให้ญาติมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการดูแลรักษาพยาบาล ร้อยละ 93.33 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและสงบ ร้อยละ 91.11 ดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค และการจำกัดน้ำ และเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมและเฝ้าดูแลตลอด ร้อยละ 88.88 เปิดโอกาสให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ถวายสังฆทาน นั่ง/นอนสมาธิ ฟังเทศหรือวิทยุธรรมะ ร้อยละ 86.66 ดูแลเรื่องยา ร้อยละ 82.22 ความปลอดภัย และการป้องกันพลัดตก หกล้ม และดูแลสุขอนามัยทั่วไป เช่น ความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 77.77

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3.1 ผลความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ความพึงพอใจระดับมากที่สุด คือ ได้รับความรู้และได้รับการดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค ได้รับความรู้และดูแลเรื่องการจำกัดน้ำดื่ม ได้รับอนุญาตให้ญาติและบุคคลใกล้ชิดเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ได้รับอำนวยความสะดวกในการใช้หนังสือธรรมะ หรือสื่อที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ถวายสังฆทาน นั่ง/นอนสมาธิ ฟังเทศหรือวิทยุธรรมะ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ได้รับความรู้และการดูแลเรื่องยา ร้อยละ 89.09 ได้รับการจัดสภาพแวดล้อมให้มีสภาพสะดวกและสงบ ร้อยละ

81.81 ได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป และได้รับความช่วยเหลือความเครียดโรค และเตรียมความพร้อมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ร้อยละ 80 ได้รับการบรรเทาอาการรบกวน ความเจ็บปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ร้อยละ 78.18 ได้รับการส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่น ยอมรับ มีการรับฟังและสนองความต้องการ ร้อยละ 74.54 และได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง ป้องกันพลัดตก หกล้ม ร้อยละ 67.27

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองช่วยให้ได้เพิ่มพูนความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 95.55 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคองทำให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น ร้อยละ 93.33 มีความพึงพอใจในกระบวนการทั้งหมดของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง ร้อยละ 93.33

สรุปได้ว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และของพยาบาล แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ เพราะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และการปฏิบัติตัวถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการ และยังช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เป็นระบบ สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างครอบคลุม ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นองค์รวม

### การอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลกมลาไสย ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมผู้ดูแล ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ



มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

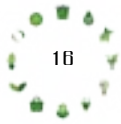
1. ด้านผู้รับบริการ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับศึกษาของ ทศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ (2555) พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก สรุปว่าการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร จันทรเสนา และ ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร (2561) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน ผลการพัฒนาจะเห็นว่ามี การวางแผนตั้งแต่การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ มีระบบการให้คำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ มีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการทำ Family Meeting ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติให้การดูแลจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พึงพอใจมาก การดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ มีความเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ โดยคำนึงสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การได้รับความรักความอบอุ่นจากญาติ บุตรหลาน กำลังใจจากครอบครัว นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือที่ดี การดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลในชุมชนรวมทั้งมีระบบการส่งต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาตอบสนองความต้องการ สามารถจัดการปัญหาและอาการรบกวนได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี

คุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

2. ด้านผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาคุณภาพดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ มุกดา ยิ้มย่อง (2556) เรื่องการพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลพบว่า ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการประเมินผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเห็นว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และพัฒนาการจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง และศึกษาผลการดำเนินงานปรับปรุงประสิทธิภาพแนวทางการดูแลให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการกำหนดโครงสร้าง หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ควรมีการสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสถานที่ที่มีความเหมาะสม
4. ควรมีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยในอื่นของโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
5. ควรมีการอบรมพยาบาลในหอผู้ป่วยที่นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย



แบบประคับประคอง ไปใช้ ให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

6. ควรมีการพัฒนาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

7. ควรมีการพัฒนากระบวนการนิเทศติดตามและรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ

8. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการส่งพยาบาลไปอบรมในหลักสูตรต่างๆ

9. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ให้การ

ดูแลต่อเองที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาารูปแบบการดูแลให้ครอบคลุม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกมลลาไสย ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล พร้อมทั้งทีมพยาบาลงานผู้ป่วยในหญิงที่ช่วยเหลือในการศึกษาตลอดจนขอบคุณทีมสหวิชาชีพในการประสานการดูแลผู้ป่วย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและญาติทุกท่านที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ทุกท่านล้วนเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการสร้างความสำเร็จในการศึกษาและอีกหลายท่านที่ได้กล่าวนามในที่นี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

- จำรัส สารระขวัญและคณะ.(2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2560.
- มันทนา จิระกังวาน และ ศิริรัตน์ จันตรี. (2559). การพัฒนาการดูแลแบบประคับ ประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2561.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ.(2554). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
- นพพร จันทรเสนา. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี.
- มุกดา ยิ้มย่อง. (2556). การพัฒนา การจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับ ประคอง ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มันทนา จิระกังวาน และ ศิริรัตน์ จันตรี. (2559). การพัฒนาการดูแลแบบประคับ ประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2561.
- มีตะ เหมมาน และคณะ. (2560). การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: ประสพการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560.
- ศยามล สุขขา. (2560). การรักษาแบบประคับประคอง: ทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

**ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ต่อ  
คุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด**

**The effect of the home visiting system for patients who need continuous care at home  
like Home Nursing Care (HNC) on the quality of nursing services in primary care units (PCU)  
in Mueang District, Roi Et Province.**

(Received: June 15 ,2020 ; Accepted: July 29 ,2020)

เอมอร อารณรัตน์, พย.บ Aimorn Arpornrat, B.S.N

ศิริวัฒน์ ไชยชนะ พย.บ Siriwat Chaihanit, B.S.N

วีรจิตร์ ทิพย์ประเสริฐ พ.บ. Weerajit Thipprasert, M.D.

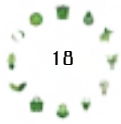
คุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด  
primary care units (PCU) in Mueang District, Roi Et Province.

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group experimental research) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ประชากร คือ กลุ่มผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU เครือข่ายฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 19 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2562 ถึง 30 เมษายน 2563 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ปฏิบัติงานใน PCU เครือข่ายฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 19 แห่ง จำนวนทั้งหมด 36 ราย และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพในอัตราส่วน 1 : 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ คุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหาได้ .80 และความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Pair T-test)

ผลการศึกษา: หลังนำใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักงานพยาบาลมากกว่าก่อนนำใช้ในทุกตัวชี้วัด ผลการประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนระดับ 3 (ผ่านเกณฑ์) และระดับ 2 (ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข) มากกว่าก่อนนำใช้การเยี่ยมบ้านแบบ HNC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** การเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, คุณภาพบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน



## ABSTRACT

This research was experimental research (one group experimental research) aim to evaluate the effect of the home visiting system for patients who need continuous care at Home Nursing Care (HNC) on the quality of nursing services in primary care units in Mueang District, Roi Et Province, before and after using the home visiting method Nursing Care (HNC). The population is the group of patients, the patients that need continuous care, and the professional nurses working in the PCU, Roi Et Hospital. A total of 19 locations were selected between June 1, 2019 to April 30, 2020. The sample was selected specifically: 1) professional nurses who care for patients who need ongoing care at home working in the network PCU. The total of 36 Roi-Et hospitals were 36, and 2) the patients who needed continuous care at home that received the care from the professional nurses in the ratio of 1: 1. The research instruments were the home visit quality evaluation criteria of the Bureau of Nursing consists of 2 parts: general information and visit criteria consisting of inputs, processes and results, quality, content tools, .80 and confidence equal to .85. Data analysis using statistics, distribution of frequency, percentage, mean, standard deviation and pair t-test statistics.

Results: After implementing the Home Nursing Care (HNC) method in patients who need ongoing care at home, the nursing service quality results are higher in accordance with the home visit quality criteria of the Bureau of Nursing. All indicators The results of the home visit quality evaluation in primary care units in Mueang District, Roi Et Province, all passed the home visit quality criteria at level 3 (passed) and level 2 (qualified criteria) more than before using the HNC visit. With statistical significance at the level of .05

**Keywords:** Home Nursing Care (HNC), Home visit, Patients that requires continuous nursing at home nursing care.

### บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงาน และวัยเด็กลดลงเนื่องจากอัตราเกิดและอัตราตายลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ผลสำรวจล่าสุดมีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่ดีขึ้นติดเตียงต้องพึ่งคนอื่นดูแลคิดเป็นเกือบร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คนที่ช่วยเหลือตนเองได้ และบางส่วนอีกประมาณ 63,000 คนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (มูลนิธิวิจัยพัฒนา

นิवास, 2558) ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ (ชลการ์ ทรงศรี, 2557) ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติทำให้สูญเสียรายได้และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมตามมา (มูลนิธิวิจัยพัฒนา นิवास, 2558)

จากฐานข้อมูลประชากรของจังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 208,229 คน คิดเป็นร้อยละ

15.92 ของประชากรทั้งหมด ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะทั้งหมด 183,272 คน คิดเป็นร้อยละ 93.81 โดยพบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ 1 (สุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้) จำนวน 177,880 คน คิดเป็นร้อยละ 97.06 เป็นผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) จำนวน 4,540 คน คิดเป็นร้อยละ 2.48 และกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) จำนวน 852 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46 ทั้งนี้ กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องดูแลจากครอบครัวและชุมชน (กลุ่มที่ 2,3 ติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน 5,392 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 (ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่ล้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, 2563) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพและใช้เวลายาวนานในการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุร้อยละ 95.0 ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 68.0 มีความพิการร้อยละ 6.0 ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 21.0 แต่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการรักษาอย่างยืดเยื้อ มุ่งยืดชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานนำไปสู่การเสียชีวิตในโรงพยาบาลและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายซึ่งครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นในช่วง 1 ปีก่อนเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในช่วง 6 เดือนสุดท้ายมีมูลค่ามากกว่าช่วงใด ๆ คิดเป็นร้อยละ 10.0-29.0 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2557) อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุก่อให้เกิดการพึ่งพิงในระยะยาวส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเครียดรวมถึงปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัว ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องอยู่คนเดียว ทูพพลภาพติดเตียง ขาดผู้ดูแลและเข้าถึงระบบบริการดูแลเพียงร้อยละ 56.7 การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องโดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า ลดเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม เชื่อมโยงและต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน

ปัจจัยสำคัญคือการสร้างเครือข่ายในการทำงานจากทุกภาคส่วนร่วมกับการใช้ศักยภาพของชุมชนโดยประสานความร่วมมือจากชุมชนมาร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2555)

เพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชากรในปัจจุบันที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สำนักการพยาบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศและพัฒนาระบบบริการพยาบาลปทุมธานีให้มีคุณภาพให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการ ได้อย่างเท่าเทียม และเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงให้ได้รับบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลในชุมชน (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบในการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการให้บริการแก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัยซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่างๆ (เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ, 2557) โดยประเภทของการเยี่ยมบ้านในชุมชนประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านแบบ Home Visit เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของครอบครัวเยี่ยมปีละ 1 ครั้ง 2) การเยี่ยมบ้านแบบ Home Health Care เยี่ยมติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลตามกลุ่มโรคต่างๆที่มีอาการไม่ซับซ้อนตามเกณฑ์การเยี่ยมที่กำหนด รายโรค และ 3) การเยี่ยมบ้านแบบ Home Ward เป็นการเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติโดยอาจมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวที่ต้องดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์-อัมพาต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น<sup>9</sup> (ซึ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน



อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการศึกษาการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home-Nursing Care (HNC) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในเขตเทศบาลนครสงขลาซึ่งวิธีการเยี่ยมแบบ HNC เป็นระบบการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเป้าหมายโดยการนำกระบวนการพยาบาลและจำลองการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาใช้ในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานของสำนักการพยาบาล ทำให้มีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง และทำให้ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น (เพ็ญศิริ อรรถวงค์ และนิชฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ, 2558)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 820 เตียง มีงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มภารกิจการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดำเนินการให้บริการอยู่ 19 แห่ง และมีระบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านในปี 2560-2562 ของงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 1193 1327 และ 1081 คนตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2562 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 354 คนคิดเป็นร้อยละ 32.78 รองลงมาคือผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 20.65 (ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่ล้า กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, 2563) ซึ่งผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้มีพยาธิสภาพของโรคต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบบองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณในการเผชิญกับความตายและการสูญเสียจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพของชุมชน ผู้ดูแลที่บ้านและแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้จัดระบบการ

ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านตั้งแต่ปี 2552 ดำเนินการในรูปแบบทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย สหวิชาชีพ ภายใต้ทีมนำทางคลินิกเชื่อมโยงกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ ประสานการดูแลและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่จากการวิเคราะห์ระบบการดูแล 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า การดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านการดูแลจากผู้ป่วยในได้รับการวางแผนจำหน่ายจากงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน แต่ยังพบว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังมีผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมากที่เข้าไม่ถึง การบริการ คุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับต่ำ การดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางด้านจิตวิญญาณ ขาดระบบสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการเปลี่ยนระบบการส่งต่อข้อมูล ทำให้เกิดการ ทำงานที่ซ้ำซ้อน เพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่าย ประกอบกับการประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการและเครือข่ายทางสังคมที่จะดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย ทีมที่ดูแลยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลมีความเครียด ท้อและทุกข์ ดังนั้นโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมขึ้น ประกอบกับจากการประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เครือข่ายฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากผลการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาลปี 2560 พบว่า ผลการประเมินอยู่ในระดับที่ 1 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ<sup>9</sup> ซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพการเยี่ยมบ้านไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จึงมีการนำ วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้เพื่อพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้านในระดับที่ 3 คือ เป็นต้นแบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้างานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน จึงสนใจศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการ



ดูแลต่อที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานบริการพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านต่อคุณภาพบริการพยาบาลเยี่ยมบ้านของสำนักงานพยาบาลก่อนและหลังใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC)

### วิธีการศึกษา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มเจ้าหน้าที่ทางพยาบาลปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านที่ปฏิบัติงานใน PCU เครือข่ายฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 19 แห่ง ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2562 ถึง 30 เมษายน 2563 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มประชากรทั้งหมด ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านที่ปฏิบัติงานใน PCU เครือข่ายฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 36 ราย และ 2) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างใช้จากประชากรทั้งหมด ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้าน (กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง) ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพในอัตราส่วน 1 :

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่มหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Quasi-Experimental One Group Pre-test Post-test Design) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ปฏิบัติงานโดยนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนวางแผนวางกรอบแนวคิดในการจัดการโรคติดต่อไม่เรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาปรับใช้ และดำเนินการเก็บข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

#### ก่อนการนำใช้ระบบการเยี่ยมบ้านของสำนักงาน

1) ภายหลังจากได้รับคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้วให้พยาบาลที่ PCU เครือข่ายที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมต่อที่บ้านตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินสถานการณ์ระดับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานงานพยาบาลชุมชนโดยให้พยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์ของสำนักงานพยาบาลในช่วงเวลาที่ผ่านมาก่อนนำระบบการเยี่ยมบ้านของสำนักงานพยาบาลมาใช้และนำผลที่ทีมงานงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดติดตามประเมินภายนอกตามเกณฑ์ระดับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานงานพยาบาลชุมชนของสำนักงานพยาบาลเป็นอย่างไรเพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบผลการพัฒนาตามระบบการเยี่ยมบ้านหลังการทดลองใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชนของสำนักงานพยาบาล และ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์บริการโดยเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลังเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาตามระบบการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานของสำนักงานพยาบาล

#### หลังการนำใช้ระบบการเยี่ยมบ้านของสำนักงาน

1) ภายหลังจากได้รับคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ดำเนินการตามขั้นตอนทดลอง ดังนี้ 1) ประชุมเตรียมความพร้อมทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจิตอาสาในชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรและบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) กำหนดผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยมอบหมาย Case ให้ทีมเยี่ยมบ้านผู้รับผิดชอบคนละ 1 ราย 3) ดำเนินการเยี่ยมบ้านตามกระบวนการ Home Nursing Care (อย่างน้อย 1 คนละ 6 ชั่วโมง/สัปดาห์) ประกอบด้วย (1) ระบบ Incharged และ Member เจ้าของ case (Incharged nurse) (2) Pre Conference Case ก่อนออกเยี่ยมบ้านตามกระบวนการทางการแพทย์ (ประมาณ 20-30 นาที) (3) เยี่ยมบ้านตามบริบทและแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล (4) Post Conference เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง (5) บันทึกทางการแพทย์ในแฟ้มประวัติของผู้รับบริการตามแบบฟอร์ม (5) ประสานการดูแลที่บ้านมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) เชื่อมโยงระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและส่งต่อจากชุมชนมายังโรงพยาบาล สนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพ (ช่องทาง ได้แก่ e-mail, Line, Skype, โทรศัพท์) และ 4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ปฏิบัติงานใน PCU เครือข่ายฯ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดหลังการดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care

### เครื่องมือในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบ HNC โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์รูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้านของเพ็ญศิริ อุตถาวงค์ และคณะ (2558) โดยนำแนวคิดของวิธีการเยี่ยม Home Visit, Home Health Care และการเยี่ยมแบบ Home Ward มาใช้ร่วมกับวิธีการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล (2557) และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล (2557) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิและเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบเพื่อให้เหมาะกับบริบท

พื้นที่ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน เป็นมาตรวัดระดับประเมินค่า (Rating Scale) เกณฑ์ประเมินย่อย จำนวน 47 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ (1) ระบบที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ระบบงาน 3 ข้อ (2) ทีมเยี่ยมบ้าน 3 ข้อ การทำงานเป็นทีมทั้งภายในและภายนอก 3 ข้อ สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้าน 3 ข้อ และการสร้างการมีส่วนร่วม 3 ข้อ และ (3) ปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้ จำนวน 3 ข้อ 2) กระบวนการ ได้แก่ ประกอบด้วย (1) งานบริการเยี่ยมบ้าน 3 ข้อ กระบวนการ เยี่ยมบ้าน 3 ข้อ และกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 3 ข้อ และ (2) ระบบดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การประสานงานการดูแลต่อเนื่อง 3 ข้อ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง 3 ข้อ การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ 3 ข้อ และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน 3 ข้อ และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ (1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผลปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน 2 ข้อ คุณภาพคุณภาพการเยี่ยมบ้าน 2 ข้อ ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน 2 ข้อ และประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ 2 ข้อ โดยเครื่องมือผ่านการหาคุณภาพเชิงเนื้อหาได้ CVI .80 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Polit, D. F. & Freed, C. T. , 2004)

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ปกปิดความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การก่อน-หลังใช้สถิติทดสอบที (Pair T-test)

### ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 72.23 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาร้อยละ 27.78 มี

อายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.45 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล โดยพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 80.56 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 66.67

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านแบบ HNC ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) และคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชนก่อนและหลังการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้

ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานระบบการเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชน	ก่อนนำใช้	หลังนำใช้
ผู้ป่วยที่ศูนย์ร่วมวางแผนจำหน่ายกับหอผู้ป่วยทั้งหมด	2,444	2,879
ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องติดตามเยี่ยม	2,334	2,203
จำนวนผู้ป่วยติดบ้าน (ราย)	473	475
จำนวนครั้งที่เยี่ยม (ครั้ง)	482	506
จำนวนผู้ป่วยติดเตียง Home ward (ราย)	847	606
จำนวนครั้งที่เยี่ยม (ครั้ง)	991	688
จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน HHC (ราย)	927	1,080
จำนวนครั้งที่เยี่ยม (ครั้ง)	1,480	1,241
ภาพรวมผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม (ราย)	2,247	2,161
ภาพรวมจำนวนครั้งที่เยี่ยม (ครั้ง)	2,953	2,435
ร้อยละที่ติดตามเยี่ยม (ร้อยละ)	96.27	98.09
ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้าน (เป้าหมาย>90%)	97.48	99.79
ผู้ป่วย Stroke ได้รับการเยี่ยมบ้าน (เป้าหมาย>80%)	89.64	85.99
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เป้าหมาย>80%)	95.40	98.90
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน (เป้าหมาย>80%)	94.50	97.04
การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (เป้าหมาย 0)	2.10	1.63
ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเกิด Bed Sore (เป้าหมาย<5%)	2.10	1.65
ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเกิด Pneumonia (เป้าหมาย<5%)	NA	2.64
ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเกิดUTI (เป้าหมาย<5%)	NA	0.66
Readmitted ภายใน 28 วัน (เป้าหมาย<3%)	3.40	2.81
ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรคและดูแลตนเองได้	95.40	97.19
ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและจำเป็นต้องส่งต่อ ได้รับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วทันเวลา	69.70	75.20

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) พบว่า ก่อนการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ

HNC มาใช้ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านทุกด้านไม่ผ่านเกณฑ์ตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล ภายหลังจากนำใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบHNC ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักการ

พยาบาลมากกว่าก่อนการใช้การเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ในทุกตัวชี้วัด ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากที่บ้าน HHC (ราย)ภาพรวมผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม (ราย) ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล ได้แก่ ด้านความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 99.79 ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 99.90 ด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 97.04 ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 1.63 ด้านผู้ป่วยที่ได้รับการ

เยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรคและดูแลตนเองได้ ร้อยละ 97.19 และด้านผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและจำเป็นต้องส่งต่อ ได้รับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วทันเวลา ร้อยละ 75.20

**3. เปรียบเทียบผลของการเยี่ยมบ้านแบบ HNC ในผู้ป่วยผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ต่อการผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้**

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคะแนนเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชน ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้ (n=19 แห่ง)

ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานระบบการเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชน	ก่อนนำใช้		หลังนำใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ1 (ไม่ผ่านเกณฑ์)	7	36.84	0	0
ระดับ2 (ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข)	8	42.11	3	15.79
ระดับ3 (ผ่านเกณฑ์)	4	21.05	16	84.21

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าความต่างของคะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคะแนนเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชน ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้

การนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนนำใช้	1.84	.76	10.500	0.000*
หลังนำใช้	2.68	.75	15.615	

มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05\*

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล ก่อนการนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้พบว่า ส่วนมากผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 2 (ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข) ร้อยละ 42 (8 แห่ง) และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ระดับ 1) ร้อยละ 36 (7 แห่ง) ภายหลังจากนำวิธีการ

เยี่ยมบ้านแบบ HNC มาใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.21 (16 แห่ง) ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 3 (ผ่านเกณฑ์) และมีผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 2 (ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข) ร้อยละ 15.79 (3 แห่ง) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคะแนนเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนและหลังการนำวิธีการเยี่ยม

บ้านแบบ HNC ในตารางที่ 4 พบว่า หลังนำใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักการพยาบาลมากกว่าก่อนนำใช้การเยี่ยมบ้านแบบ HNC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า หลังนำใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านเกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักการพยาบาลมากกว่าก่อนนำใช้ในทุกตัวชี้วัด ผลการประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนระดับ 3 (ผ่านเกณฑ์) และระดับ 2 (ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข) มากกว่าก่อนนำใช้การเยี่ยมบ้านแบบ HNC ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างมากในทีม มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล Nursing Care Process ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามทิศทางที่คาดหวัง คือ คุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2555) ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนงานบริการสังคมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการให้คำปรึกษา ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล (สำนักการพยาบาล สำนักงาน

ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การนำวิธีการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านแบบ Home-Nursing Care เป็นการดูแลที่บ้านที่ทำให้เพิ่มคุณภาพงานพยาบาลชุมชนโดย พบว่า ตัวชี้วัดงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชนภายหลังการเยี่ยมแบบ HNC เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 (Carol, H. E. and other, 2010) และสอดคล้องกับการศึกษาของแวนและคณะ (2015) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านกลุ่มติดเตียงที่บ้านโดยทีมผู้เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับบริบทในเขตเครือข่ายรพ.สต.อำเภอเมืองร้อยเอ็ดมีการร่วมดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพนักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสาในชุมชน และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด โภชนากร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ได้รับการประสานความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การสนับสนุนเตียงผู้ป่วย ออกซิเจน จากงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนและศูนย์กรุณาพิร์ คำทอน ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านมีคุณภาพบริการพยาบาลในทุกตัวชี้วัดอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติทั้งมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักการพยาบาล สอดคล้องการศึกษาผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า หลังการใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC มีการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพงานเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพ งานเยี่ยมบ้านในชุมชนของสำนักการพยาบาล ระดับ 2 และ 3 ( $M=40.09$ ,  $SD=1.51$ ,  $M=45.41$ ,  $SD=0.62$  ตามลำดับ) ซึ่งมากกว่าก่อนการ

ใช้การเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (M=24.07, SD=2.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Kruskal-Wallis test=42.601)8 และสอดคล้องการศึกษาค้นคว้าของการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ได้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต และพบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงที่สุด (กุลธนา บุญมากุล, 2558)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำใช้แนวทางแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบ HNC ไปขยายผลใช้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในเครือข่ายบริการจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เครือข่ายการพยาบาลชุมชนระดับจังหวัดสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสร้างทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ประจำหน่วย

บริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสาในชุมชน และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด โภชนากร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร รวมทั้งประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ควรนำวิธีการเยี่ยมบ้านแบบ HNC ไปใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล ส่งผลดีต่อสุขภาพทางกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย ผู้ดูแลสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติสืบไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการการเยี่ยมบ้านเช่นเดียวกันทั้งจังหวัดและมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พว. ดร. มะลิวรรณ อังคนิตย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยชี้แนะ และให้คำปรึกษาการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหารและองค์กร ที่ได้มอบโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานประจำให้มีคุณค่า ตลอดจนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิวิจัยพัฒนา นิवास. (2558). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2558  
ชลการ ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่่นนท์ เมืองอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32: 155-161.

- ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน.(2563). สถิติผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. 2563.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2557). เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2557.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข.(2555). คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care). กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2555.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2556.
- เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบบริการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข , 24: 1017-1029.
- เพ็ญศิริ อัดถาวงค์ และนิชฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ. (2558). Home – Nursing Care ดูแลที่บ้าน คุณภาพ งานพยาบาลชุมชน. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลา มูลนิธิวิจัยพัฒนานิवास. (2558). ดนตรีการกุศล เพื่อคนชรา เอาไปด้วยกัน. สืบค้นเมื่อ 12 พ.ย. 58 จาก [www.m.exteen.com/blog](http://www.m.exteen.com/blog).
- สรุปผลการประเมินตนเอง (SAR) (2560). ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานงานบริการพยาบาลชุมชน. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2557). หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผู้จัดการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Polit, D. F. & Freed, C. T. (2004). Nursing Research: Principle and Methods. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Carol, H. E., Linda, S., Margaret, J. & Cushman, K. A. (2010). Patient Safety And Quality in Home in Health Care Patient Safety and Quality. An Evidence-Base Handbook for Nurse. Williams & Wilkins.
- Van Hoof, J., Wetzels, M. H., Dooremalen, A. M., Overdiep, R. A., Nieboer, M. E., Eyck, A. M., et al. (2015). Exploring Innovative Solutions for Quality of Life and Care of Bed-Ridden Nursing Home Residents Through Codesign Sessions. Journal of Aging Research. Article ID 185054, 14 pages.
- กุลนภา บุญมากุล. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2558.

ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
Predictive factors of Coronary artery disease in patients with type II diabetes mellitus, King  
Narai Hospital

(Received: July 22 ,2020 ; Accepted: September 4 ,2020)

สกลรัฐ ห้วยธาร

Sakolrat Hauythan

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Registered Medical Physician Professional Level Internal Medicine Work Group King Narai Hospital

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยด้านอื่น ๆ และการใช้ยา นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบตัวแปรอิสระด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และหาปัจจัยทำนายด้วย Logistic regression

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงสูงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 160 คน (45.7%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 118 คน (73.8%) เพศชาย 42 คน (26.3%) มีอายุช่วง 61-70 ปี จำนวน 44 คน (27.5%) อายุเฉลี่ย 61.1 ปี (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 92 ปี) สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง 140 คน (87.5%) เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า มีภาวะ AF (OR=0.269) ระดับ LDL (OR= 3.647) รอบเอว (OR=2.147) และการใช้ยา Simvastatin (OR=11.018) เป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดหัวใจ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### Abstracts

This Retrospective descriptive study aims to study the factor predicting of coronary heart disease in patients with type 2 diabetes, Internal Medicine, King Narai Hospital study in the patient diagnosed with type 2 diabetes. The patients to Internal Medicine, King Narai Hospital during the 2018-2019. The group samples are 350 patients. The general data, health factors, metabolic disorders factors, behavioral risk factors, other factors and drug use were collected. The data were analyzed by descriptive statistics, independent variables test with correlation coefficient and factors predicting with logistic regression.

Results: The type 2 diabetes 160 patients are 118 female (73.8%), 42 male (26.3%), 80 patients with age of 61-70 years old, average patient age of 61.1 years old (Max. 23 years old, Min. 92 years old), medical welfare gold card of 140 patients (87.5%). From the multiple regression analysis, AF (OR=0.269), LDL level (OR=3.647), waistline (OR=2.147) and simvastatin using (OR=11.018) are statistically significant factor predicting of coronary heart disease.

**Keyword:**

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก เนื่องจากเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิโรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ และก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมูลค่ามหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ คาดว่าจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคนภายในปี 2573 และเพิ่มเป็น 700 ล้านคนภายในปี 2588 ผู้ใหญ่จำนวน 374 ล้านคน ติดอันดับสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรก โดยการเสียชีวิตเกือบครึ่งเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี และทารก 1 คนในทุก ๆ 6 คนมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในขณะที่อยู่ในครรภ์<sup>1</sup> ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน นอกจากส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดเป็นอันมาก การมีโรคเบาหวานที่ขาดการควบคุมดูแลนั้น อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าปกติประมาณ 3-4 เท่า (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2563; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

โดยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดจากหลอดเลือดตีบตัน หรือหลอดเลือดแข็งตัวซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมันโปรตีนและแร่ธาตุในผนังหลอดเลือดจนเกิดการตีบตันและแคบทำให้มีความต้านทานการไหลหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นเปราะบางมากขึ้น หากเกิดบริเวณหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หากอุดตันจนเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่ได้ จะเกิดหัวใจวายเฉียบพลันหรือหัวใจล้มเหลวทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย

(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้กำหนดประเด็นสำคัญในการรณรงค์แก่ประชาชน ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งภาครัฐ ให้มีความตระหนักและร่วมกันป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การสังเกตสัญญาณเตือนของโรค มีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) มีแนวทางการรับบริการเมื่อพบอาการของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปใช้ในการดูแลป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2561 ได้แสดงถึงเป้าหมายในการควบคุมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นวัยเริ่มมีการเสื่อมของหลอดเลือด ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ โดยได้มีการตรวจเช็คระดับน้ำตาลตาลสะสม (A1C) เฉลี่ยในช่วงระยะเวลา 3 เดือน โดยกำหนดผู้ป่วยเบาหวานควรจะมีค่าต่ำกว่า 7 mg% (หรือ A1C < 7%) แต่ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียง 36.5%, ระดับความดันโลหิต Blood Pressure ควรอยู่ในช่วง 80-130 mmHg แต่มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์เพียง 39.4% ในขณะที่ระดับไขมัน LDL ควรน้อยกว่า 100 mg/dl อยู่ที่ 49.2 ตามลำดับ โดยจากข้อมูลประเมินได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี, 2561)

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าและรายใหม่จำนวน 10,416 ราย, 10,320 ราย และ 10,398 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ในขณะที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่แผนกอายุรกรรม ปี 2559-2561 จำนวน 7,942 ราย, 7,300 ราย และ 7,250 ราย พบว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดร่วมด้วยจำนวน 3,992 ราย, 3,211

ราย และ 3,800 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและเพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในกระแสเลือด และระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงของแต่ละบุคคลในการนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคคลที่มีหลายปัจจัยร่วมกันจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น จากข้อมูลดังกล่าว หากมีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การดำเนินการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กำลังเป็นปัญหาของประเทศได้

เนื่องจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน พัฒนาการให้บริการ และดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

### วิธีการวิจัย

#### รูปแบบงานวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 3,450 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเพศชาย และหญิงที่วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2557) จำนวน 346 คน เพิ่มความน่าเชื่อถือ 10% (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557) = 3.4 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 350 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ
- 3) ข้อมูลปัจจัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม
- 4) ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานและด้านพฤติกรรมเสี่ยง
- 5) ข้อมูลปัจจัยด้านอื่น ๆ และการใช้ยา และ 6) การประเมินระดับ CVD risk

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย และเก็บข้อมูลจากฐานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียวด้วย Simple logistic regression จากนั้นทดสอบตัวแปรอิสระด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และหาปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงด้วย Multiple logistic regression

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระ  
นารายณ์มหาราช

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความ  
เสี่ยงสูงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=160) พบว่า

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 118 คน (73.8%) เพศชาย 42 คน (26.3%) มีอายุช่วง 61-70 ปี จำนวน 44 คน (27.5%) อายุเฉลี่ย 61.1 ปี (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 92 ปี) สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง 140 คน (87.5%)

**ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ปัจจัยด้านสุขภาพ	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR(95%CI)	p-value
	CVD risk เสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ) n=160	CVD risk เสี่ยงน้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ) n=190		
1.Rheumatoid Arthritis				
มี RA	4 (2.5)	1 (0.5)	4.84(0.53-43.80)	0.16
ไม่มี RA	156 (97.5)	189 (99.5)		
2.CKD Stage IV-V				
CKD Stage III	18 (11.3)	9 (4.7)	2.54(1.11-5.84)	0.02*
CKD Stage IV-V	142 (88.7)	181 (95.3)		
3.Atrial Fibrillation				
มี AF	44 (27.5)	8 (4.2)	8.62(3.92-18.98)	0.00*
ไม่มี AF	116 (72.5)	182 (95.8)		
4. Hypertention				
มี HT	128 (80.0)	124 (65.3)	2.12(1.30-3.46)	0.02*
ไม่มี HT	32 (20.0)	66 (34.7)		
5.ภาวะจิตเวชและซึมเศร้า				
มี	10 (6.3)	6 (3.2)	2.04(0.72-5.75)	0.17
ไม่มี	150 (93.7)	184 (96.8)		
6.COPD with acute exacerbation				
มี	12 (7.5)	7 (3.7)	2.12(0.81-5.51)	0.12
ไม่มี	148 (92.5)	183 (96.3)		

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่  
โรค CKD Stage IV-V โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด  
Atrial Fibrillation โรค Hypertention มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน  
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ  
(p<0.05)

**ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยด้านความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ปัจจัย ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR (95%CI)	p-value
	CVD risk เสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ) n=160	CVD risk เสี่ยงน้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ) n=190		
1.ระดับ FBS				
FBS > 130 mg/dl	93 (58.1)	128 (67.4)	0.67(0.43-1.04)	0.07
FBS < 130 mg/dl	67 (41.9)	62 (32.6)		
2.ระดับ HbA1C				
HbA1C > 7%	93 (58.1)	99 (52.1)	1.27(0.83-1.94)	0.26
HbA1C < 7%	67 (41.9)	91 (47.9)		
3.ระดับ Cholesterol				
Cholesterol > 200 mg/dl	90 (56.3)	55 (28.9)	3.15(2.02-4.91)	0.00*
Cholesterol < 200 mg/dl	70 (43.8)	135 (71.1)		
4.ระดับ HDL				
HDL <40 mg/dl	52 (32.5)	87 (45.8)	-0.57(0.36-0.88)	0.01*
HDL >40 mg/dl	108 (67.5)	103 (54.2)		
5.ระดับ Triglyceride				
Triglyceride >150 mg/dl	78 (48.8)	69 (36.3)	1.66(1.08-2.56)	0.07
Triglyceride <150 mg/dl	82 (51.2)	121 (63.7)		
6.ระดับ LDL				
LDL >100 mg/dl	81 (50.6)	86 (45.3)	1.24(0.81-1.89)	0.01*
LDL <100 mg/dl	79 (49.4)	104 (54.7)		

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ได้แก่ ระดับ Cholesterol > 200 mg/dl ระดับ HDL <40 mg/dl ระดับ LDL >100

mg/dl มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

**ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยพื้นฐานและด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ปัจจัย ด้านพฤติกรรมเสี่ยง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR(95%CI)	p-value
	CVD risk เสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ) n=160	CVD risk เสี่ยงน้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ) n=190		
1.การสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่	22 (13.8)	5 (2.6)	5.89(2.17-15.96)	0.06
ไม่สูบบุหรี่	138 (86.3)	185 (97.4)		
2.การดื่มสุรา				
ดื่ม	40 (25.0)	17 (8.9)	3.39(1.83-6.26)	0.14
ไม่ดื่ม	120 (75.0)	173 (91.1)		

**ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยพื้นฐานและด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR(95%CI)	p-value
	CVD risk เสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ) n=160	CVD risk เสี่ยงน้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ) n=190		
3.อายุ				
>60 ปี	80 (50.0)	120 (63.2)	0.58(0.38-0.89)	0.00*
<60 ปี	80 (50.0)	70 (36.8)		
4.ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน				
>5 ปี	76 (47.5)	131 (68.9)	0.40(0.26-0.63)	0.00*
<5 ปี	84 (52.5)	59 (31.1)		
5.ดัชนีมวลกาย (BMI)				
BMI >25 กก./ม. <sup>2</sup>	93 (58.1)	118 (62.1)	0.84(0.55-1.30)	0.44
BMI <25 กก./ม. <sup>2</sup>	67 (41.9)	72 (37.9)		
6.รอบเอว				
>90 cms	66 (41.3)	112 (58.9)	0.49(0.31-0.75)	0.00*
<90 cms	94 (58.7)	78 (41.1)		

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยพื้นฐานและด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ อายุ>60 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน >5 ปี รอบเอว >90 cms มีความสัมพันธ์

กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

**ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยอื่น ๆ และการใช้ยาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ปัจจัยอื่น ๆ และการใช้ยา	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		OR(95%CI)	p-value
	CVD risk เสี่ยงสูง จำนวน (ร้อยละ) n=160	CVD risk เสี่ยงน้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ) n=190		
1.Systolic Blood Pressure				
SBP >140 mmHg	70 (41.8)	72 (37.9)	1.27(0.83-1.95)	0.26
SBP <140 mmHg	90 (56.3)	118 (62.1)		
2.Diastolic Blood Pressure				
DBP >90 mmHg	66 (41.5)	108 (57.8)	0.51(0.33-0.79)	0.00*
DBP <90 mmHg	93 (58.5)	79 (42.2)		
3.การใช้ยาแอสไพริน				
ใช้ยา	116 (72.5)	123 (64.7)	1.43(0.90-2.26)	0.12
ไม่ได้ใช้ยา	44 (27.5)	67 (35.3)		
4.การใช้ยา Simvastatin				
ใช้ยา	42 (26.3)	135 (71.1)	8.14(1.90-9.23)	0.00*
ไม่ได้ใช้ยา	118 (73.7)	55 (28.9)		

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยอื่น ๆ และการใช้ยา ได้แก่ DBP >90 mmHg การใช้ยา Simvastatin มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

**ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ปัจจัย	b	S.E.	wald	Exp(B)	Sig.
มีภาวะ AF	1.312	0.433	9.182	0.269	0.002*
รอบเอว >90 cms	0.764	0.252	9.188	2.147	0.002*
ไม่ได้ใช้ยา Simvastatin	2.400	0.391	37.622	11.018	0.000*
ระดับ LDL >100 mg/dl	1.294	0.407	10.105	3.647	0.001*
ค่าคงที่	2.104	0.476	19.578	0.122	0.000*

\*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Nagelkerke R<sup>2</sup>=0.337, Over percentage correct 72.3%)

จากตารางที่ 5 พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นให้คงที่ ผู้ที่มีภาวะ AF (OR=0.269) ระดับ LDL (OR=3.647) รอบเอว (OR=2.147) และ การใช้ยา Simvastatin (OR=11.018) เป็นปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยมีอัตราการทำนายถูกต้องร้อยละ 72.3 ซึ่งผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา Simvastatin จะมีความเสี่ยงสูงสุดในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ใช้ยา Simvastatin 11.01 เท่า รองลงมาคือผู้ที่มีระดับ LDL >100 mg/dl จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้มีระดับ LDL <100 mg/dl 3.64 เท่า

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จำนวน 160 คน คิดเป็น ร้อยละ 45.7 มีปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะ AF ระดับ LDL>100 mg/dl ไม่ได้ใช้ยา Simvastatin และ รอบเอว >90 cms

เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน การศึกษานี้ พบว่ามีความสอดคล้องกันกับหลาย การศึกษาที่ผ่านมาในปัจจุบันด้านสุขภาพ ได้แก่ มี ภาวะ CKD Stage IV-V, ภาวะ Atrial Fibrillation, ภาวะ Hypertention (Plengvidhya N and other, 2006) ปัจจัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ได้แก่

ระดับ Cholesterol > 200 mg/dl ระดับ HDL <40 mg/dl ระดับ LDL >100 mg/dl (เสกสรร จวง จันทร. ,2558) ปัจจัยพื้นฐานและด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ อายุ >60 ปี (สุรัตน์ บุญยืน, 2559) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน การศึกษานี้ ที่ไม่มีความ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น เบาหวาน รอบเอว >90 cms DBP >90 mmHg การ ใช้ ยา Simvastatin (Plengvidhya N and other, 2006)

ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของการศึกษานี้สามารถ อธิบายและวิเคราะห์ได้ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ Atrial Fibrillation ร่วมด้วยเป็นกลุ่มอายุ 61-70 ปี ที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อ ระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเสี่ยงของผนัง หลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ภาวะเบาหวานทำให้มีสาร บางชนิดเพิ่มสูงขึ้นในเลือด สารต่างๆ ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงเสื่อมได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายมีภาวะต่ออินซูลิน และมักจะมีปัจจัยเสี่ยง ร่วมด้วย เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดัน โลหิตสูง และมีโรคอ้วน การแข็งตัวของเลือด ผิดปกติ ระดับอินซูลินในเลือดสูง ส่งผลทำให้หลอดเลือดมีโครงสร้างและหน้าที่ผิดปกติไป หลอดเลือด ต่างๆ ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดอักเสบ มีโอกาสปริ แตกทำให้มีลิ้มเลือดอุดตันอย่างฉับพลันได้ (American Heart Association, 2010)

ระดับไขมัน ซึ่งไขมัน HDL เป็นปัจจัยปกป้อง ชะลอความเสี่ยงของหลอดเลือดและลดความเสี่ยง

ของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมัน HDL < 40 mg/dl จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงร้อยละ 43 ซึ่งไขมัน LDL >100 mg/dl มีอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น 1.24 เท่า เนื่องจากไขมัน HDL มีหน้าที่เป็นตัวนำคอเลสเตอรอลจากเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายกลับมาที่ตับ เพื่อขับออกจากร่างกายโดยเปลี่ยนเป็นน้ำดีหรือสร้างเป็นสารสเตียรอยด์ และนอกจากนี้ยังช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์ต่าง ๆ รับ LDL เข้าไปมากเกินไป โดยไปแย่งที่ของ HDL ที่จะจับกับ LDL receptor เพื่อขัดขวางไม่ให้ LDL นำคอเลสเตอรอลไปสะสมที่ผนังหลอดเลือด การที่ระดับ HDL จะสูงขึ้นและเป็นการลดระดับของ LDL ได้ต้องอาศัยการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นถึงระดับการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยเบาหวานมีน้อย และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (Kolovou GD, 2005)

รอบเอว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมร้อยละ 50.85 มีเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 cms ความยาวของรอบเอวที่มากกว่าปกติ หรือเนื่องจากโรคอ้วน (obesity) เกิดจากการรับประทานที่มีไขมันสูง การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงระดับ FBS > 130 mg/dl, HbA1C > 7% ร้อยละ 58.1 ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง HDL ต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเหตุสนับสนุนให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ซึ่งรอบเอวไม่ควรเกินครึ่งของความสูง (Ashwell M, 2012)

การใช้ยา Simvastatin เป็นยาที่นำมาใช้ในการลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ในหลอดเลือด ในขณะเดียวกันก็จะเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีด้วย จากการศึกษาของหลายสถาบันมีการให้ยาในกลุ่มของ Statin ในผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลระหว่าง 200-308 มก./ดล. และ LDL-C 115-174 มก./ดล. สามารถลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 24-35 โดยลด LDL-cholesterol ให้อยู่ต่ำกว่า 100 มก./ดล. นอกจากนี้ยังมีการยืนยันว่าการใช้ Statin ใน Acute coronary syndrome ลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25 (Mihaylova B and other: 2012; Schwartz GG and other,2001)

### ข้อเสนอแนะ

แนวทางการแก้ไขที่เสนอแนะจากผลการศึกษา นี้ คือ การควบคุมเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ และการแก้ไขภาวะผิดปกติที่พบร่วมกับโรคเบาหวาน เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรณรงค์การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน อาหาร และการออกกำลังกาย ทางด้านการรักษา ควรเริ่มใช้ยา Simvastatin ที่ระดับ LDL >130 mg/dl และควบคุมให้อยู่ในระดับ < 100 mg/dl เพิ่มการตรวจ EKG ในโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มีชีพจรเต้นผิดปกติทุกราย

### เอกสารอ้างอิง

- สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ.(2563). รายงาน IDF Diabetes Atlas. [อินเทอร์เน็ต]. [10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.diabetesatlas.org?utm\\_source=media&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=world\\_diabetes\\_day\\_2019\\_press\\_release](https://www.diabetesatlas.org?utm_source=media&utm_medium=email&utm_campaign=world_diabetes_day_2019_press_release).
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. ประทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย.



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). ผลการดำเนินงานปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [10 มิถุนายน 2563].

เข้าถึงได้จาก: [https://www.nhso.go.th/frontend/page-about\\_result.aspx](https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. (2561). ข้อมูลสถิติโรคไม่ติดต่อ ปี 2561. ลพบุรี.

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2562). รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.

อรุณ จิรวัดน์กุล.(2557). สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม.กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.

ชานินทร์ ศิลป์จารุ.(2557). การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วี. อินเตอร์ พรีนซ์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ.

Plengvidhya N, Leelawatana R, Pratipanawatr T, Deerochanawong C, Krittiyawong S, Bunnag P, Kosachunhanun N. et al.(2006). Thailand diabetes registry and risk factors of stroke in Thai diabetes patients. J Med Assoc Thai 89 (Suppl 1): S49-53.

เสกสรร จวงจันทร์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 29(2): 233-39

สุรัตน์ บุญยีน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลี อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559; 6(3): 256-266

American Heart Association.(2010). Heart disease and stroke statistics-2010 update. Dallas, Texas: American Heart Association and American Stroke Association National Center; 2010.

Kolovou GD, Anagnostopoulou KK, Cokkinos DV. (2005). Pathophysiology of dyslipidaemia in the metabolic syndrome. Postgrad Med J 81: 358-66

Ashwell M. (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obesity Rev 13: 275-86.

Mihaylova B, Emberson J et al. (2012). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet 380: 581-90.

Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, Zeiher A, Chaitman BR, Leslie S, Stern T.(2001). Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. JAMA. Apr 4; 285(13): 1711-8.

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี :  
กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Surveillance systems track repeat schizophrenia patient patient protection in Khokpho district network Pattani Province. : Case study in Naketu Village, Khokpho district Pattani Province.

(Received: July 20 ,2020 ; Accepted: September 1 ,2020)

สุจิตรา ลักษณะ พบ.

Sujitra Luksana MD.

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Khokpho district Pattani Province.

### บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ แก่นนำเครือข่ายในชุมชน 30 คน และผู้ป่วยจิตเภท 27 คน เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม Discussion ORID Method : ORID นำผลจากการสนทนากลุ่มมาพัฒนา 7 ขั้นตอน และใช้แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) วิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่ามี 4 กระบวนการ 1) การเฝ้าระวังการป่วยซ้ำ มีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ในการดูแล 2) ดูแลระยะวิกฤตฉุกเฉิน มีระบบการดูแลช่วยเหลือโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน 3) การรักษาพัฒนาตามระบบ Service plan จากโรงพยาบาลแม่ข่าย สู่วิทยาลัยลูกข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชน และ 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมอาชีพ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายในชุมชน เป้าหมายอันสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ในบริบทสังคมที่เป็นอยู่จริง และเกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท การมีส่วนร่วม

### Abstract

This participatory action research aimed to study the surveillance systems for relapse prevention in schizophrenic patients through participatory networks in Khokpho District, Pattani Province. The study applied a purposive sampling method based on qualifications to select 30 participants from community leadership networks and 27 schizophrenic patients. A Discussion ORID Method (ORID) and a Global Assessment of Functioning Scale (GAF) were employed as instruments to take the results of focused group discussion to develop into seven steps, and to assess the ability to live a life of schizophrenic patients respectively. Data were analyzed using frequency distribution and percentage.

The finding demonstrated four processes as followed: 1) during the surveillance of relapse prevention, the database of schizophrenic patients were managed individually by classifying



them into three groups for treatment 2) the networks have systemic caring system during the emergency phase 3) the treatment is in accordance with the Service Plan, that is from host to network hospitals, and to networks in community and 4) the patients were rehabilitated through supporting vocational skills. Therefore, the participation of community networks including family/caregivers facilitated patients to live a normal life with their family and community in a real social context to achieve sustainability and continuity.

**Keywords:** Surveillance System for Relapse Prevention, Schizophrenic Patients, Participation

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุด เป็นโรคที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาแล้วกลับมาเป็นๆหายๆได้ตลอดเวลา หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้น จนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและทรัพยากรในด้านต่างๆ อย่างมหาศาล จากการทบทวนพบว่าโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 50-70 และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาครั้งแรก และภายในระยะ 5 ปี มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำร้อยละ 81.90 (Lindstrom & Bingerfor, 2000) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยที่ใช้เวลารักษานาน ซึ่งในจำนวนนี้มีมากกว่าร้อยละ 50 จากผลการเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้องกลายเป็นบุคคลที่ความสามารถลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการดำรงชีวิตประจำวันลดลง การปฏิบัติตามแผนการรักษาพร้อม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) เช่น การรับประทายตามแผนการรักษา (ภารดี การเร็ว, 2541) การไม่มาตามนัดพบแพทย์ และการใช้สารเสพติด (Baker, 1995 ; Chen, 1991) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตค่อยๆ ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ และผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมุ่งเน้นให้การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการ

ทางจิตที่รุนแรง หรือกำเริบเท่านั้น ซึ่งหากอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2548) และการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำจึงควรมีแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่าการให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานที่รักษา สามารถลดการป่วยซ้ำลงได้ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559)

อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จากความเครียดของสถานการณ์ฯ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ ความไม่สงบฯ มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ (บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์, 2551) โรงพยาบาลโคกโพธิ์เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 60 เตียง (พึ่งตนเอง) รับผิดชอบ 12 ตำบล รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลปัตตานี มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยมียอดสะสมในคลินิกจิตเวชตั้งนี้ ปีพ.ศ.2557-2561 จำนวน 328 ราย โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยพบว่าอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช พบว่าในปี 2558 พบมากถึง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการ

รับประทานยา ไม่มีผู้ดูแล ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ป่วยโดนทอดทิ้งจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องไปประกอบอาชีพที่ประเทศมาเลเซีย ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพัง ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการรักษา เมื่อมีอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและผู้อื่นจากอาการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหลงผิด หูแว่ว ประสานหลอน หงุดหงิด ก้าวร้าว จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ชุมชนหวาดกลัว ครอบครัวเปื้อนหน้ายเกิดอคติในครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการตติยภูมิ สุดท้ายผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็กลับสู่ชุมชน ซึ่งหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำหรือเกิดวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวชของอำเภอโคกโพธิ์ โดยพบว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง และไม่เคยพบเจอมาก่อน เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช คือ ช่างมารดา ช่างกรรยา ช่างบุตร เกิดขึ้นที่ตำบลนาเกตุ ผู้ป่วยจิตเวชรายนี้ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เมื่อมีอาการดีขึ้น ก็เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และเมื่อพ้นโทษมาก็กลับมาอยู่ในชุมชนส่งผลให้ คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัวหวาดระแวง

จากปัญหาดังกล่าวของพื้นที่ จึงได้ดำเนินการระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีขึ้น น่าจะทำให้ผู้ป่วยลดอาการป่วยซ้ำลงได้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีขึ้น ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวเป้าหมายอันสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข อัตราการกำเริบซ้ำลดลง และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมกันรับผิดชอบ ที่มีประสิทธิภาพตาม

ทักษะของประชาชนในบริบทสังคมที่เป็นอยู่จริง และเกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ

1) ประชากรในตำบลนาเกตุ ที่เป็นแกนนำเครือข่ายในชุมชน เป็นตัวแทนของชุมชนจำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการสุขภาพจิตประจำตำบล ครู ทหารพราน ชุดรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้าน กู้ชีพ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวช สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเกตุมากกว่า 1 ปี

2) ผู้ป่วยจิตเวชในตำบลนาเกตุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่กลับเป็นซ้ำภายในปี 2558-2562 ไม่จำกัดเพศ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจำนวน 27 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1. ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการสนทนาในกลุ่มแบบมีส่วนร่วม Discussion ORID Method : ORID (วิรัตน์ ปานศิลา, 2554)

2. แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัย, 2561) นำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง

### วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายศึกษาสภาพปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช เตรียมชุมชนประสานผู้รับผิดชอบและเครือข่ายในพื้นที่ ผู้นำ/ผู้บริหาร แกนนำเครือข่ายต่างๆ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ทหารพราน กู้ชีพกู้ภัย ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จำนวน 30 คน โดยใช้การพูดคุยการสนทนาในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการจัดการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแก่แกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 30 คนโดยใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนาในกลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ประกอบด้วยคำถามที่นำกลุ่มไปสู่การสนทนาอย่างเป็นระบบตามเส้นทาง เพื่อพากลุ่มผ่านระดับความสำนึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) การไตร่ตรอง (reflective) การตีความ (interpretative) และการตัดสินใจ (decisional) ซึ่งกระบวนการสนทนาตามโครงสร้างนี้จะช่วยให้กลุ่มเข้าใจถึงความหมาย รู้แจ้งเกิดปัญญาอย่างล้าลึกกับผู้เกี่ยวข้องโดยการตั้งประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ดังนี้ 1) เห็นอะไรในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) จะทำอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 4) จะตัดสินใจหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุนุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการสุขภาพจิตประจำตำบล ครู ทหารพราน ชุดรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้าน กู้ชีพ นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล ปลัดตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและให้สมาชิกเขียนข้อความตามความคิดของตนเองใส่บนกระดาษที่แจกแล้วนำมาติดรวมกันในกระดาษคลิปปาร์ตโดยแยกแต่ละประเด็น และนำผลที่ได้จากการทำสนทนาในกลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดแผนการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการวิจัย ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 นำไปสู่การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และจิตเวชฉุกเฉิน แนวทางการรักษา

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการจำกัดพฤติกรรมในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พร้อมฝึกปฏิบัติจริงแก่ภาคีเครือข่ายชุมชน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการซ้อมแผนเผชิญเหตุในพื้นที่ กรณีมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการจัดระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชนในระบบสาธารณสุข โดยการจัดฐานข้อมูลและจัดทำทะเบียนรายบุคคลในตำบล พร้อมประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย ถึงความต้องการการดูแลรักษาและระบบการส่ง โดยการแบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต Global

Assessment of Function : GAF (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา และชลดา จารุศิริชัย, 2561) เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องดังนี้

4.1. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรง Global Assessment of Function (GAF)  $\leq 50$  คะแนน (ประเภทแดง) กำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล ร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาเร่งด่วน

4.2. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรงปานกลาง Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 51-70 คะแนน (ประเภทเหลือง) ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายัง โรงพยาบาล

4.3. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรงเล็กน้อย Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 71-100 คะแนน (ประเภทเขียว) ติดตามเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และส่งข้อมูลมาโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ชี้แจงและนำระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทไปใช้โดยทีม เครือข่าย

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการนำระบบการ เฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยทีม เครือข่ายไปใช้และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 นำแบบระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมเครือข่ายไป ใช้จริง

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมเครือข่าย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

### ผลการศึกษา

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วย จิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัด ปัตตานี ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) พบว่า

1. ผลการสนทนากลุ่ม โดยการมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 15 คน พบเพศชาย จำนวน 16 คน เพื่อทราบปัญหาและความต้องการในการเฝ้า ระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำไปสู่ การวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย

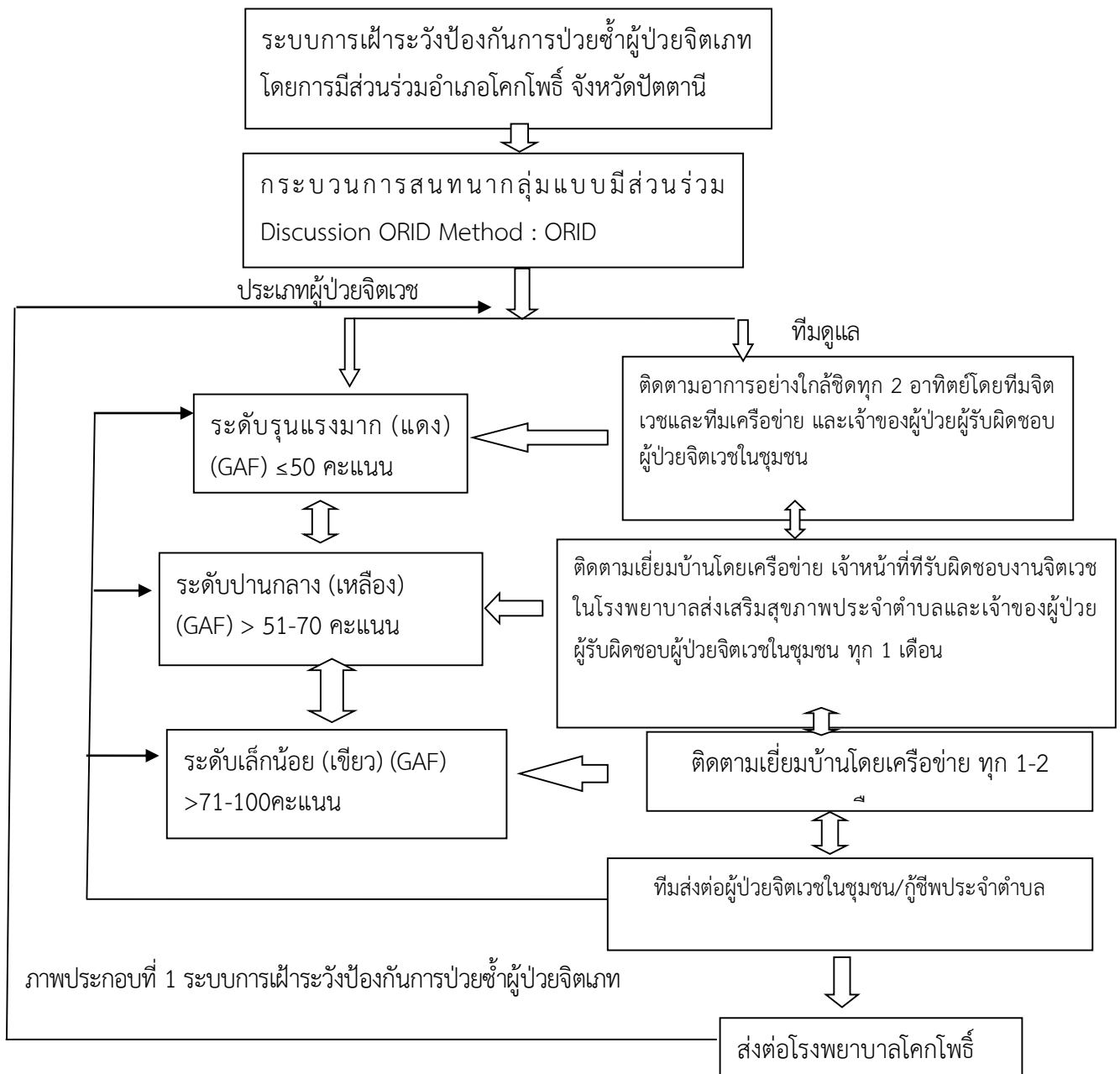
ปัญหาของทีมภาคีเครือข่าย	ความต้องการในการช่วยเหลือ
1. ทีมภาคีเครือข่ายขาดความรู้เรื่องโรคจิตเวช	1. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช
2. ทีมภาคีเครือข่ายขาดความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชใน ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน	1. การให้ความรู้ทักษะการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต 2. การซ้อมแผนเผชิญเหตุในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในภาวะ วิกฤต
3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วย จิตเวช	1. จัดระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วม 2. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและทีมเครือข่าย 3. ระบบการส่งต่อ

2. หลังจากการดำเนินกิจกรรม ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า มี 4 กระบวนการดังต่อไปนี้

2.1 กระบวนการเฝ้าระวังการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายบุคคล จำนวน 27 คน พบว่าอายุอยู่ระหว่าง 31- 40 ปี และ 41- 50 ปี ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ เพศชายร้อยละ 66.67 มีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา/มารดา มากสุดร้อยละ 48.15 รองลงมาคือ พี่สาวร้อยละ 33.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ

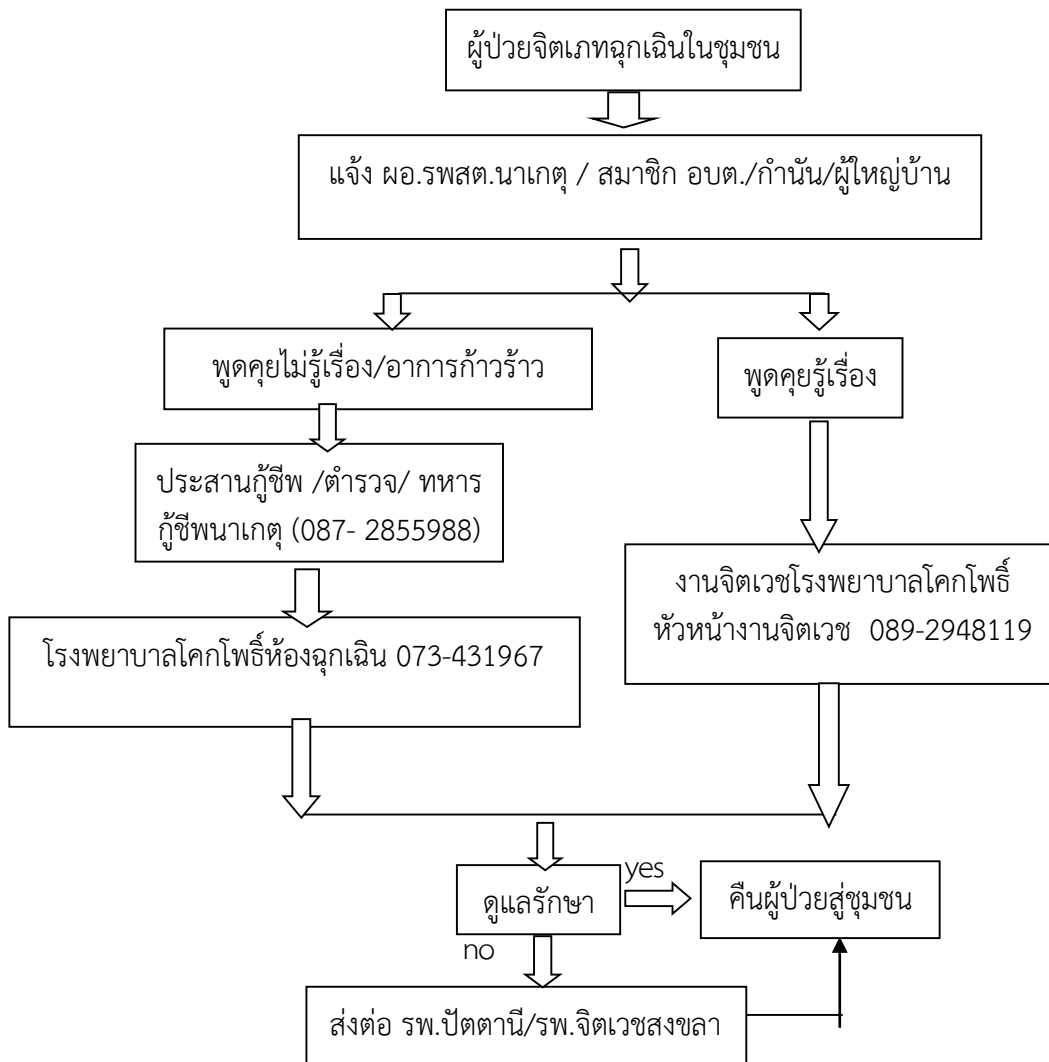
55.56 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ โดยทีมเครือข่ายและทีมจิตเวช ตามประเภทผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 กลุ่ม จากคะแนน (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) ประเมินผลหลังดำเนินการ 6 เดือนพบว่า อาการระดับความรุนแรงมาก จากร้อยละ 18.51 ลดลงเป็นร้อยละ 7.40 ระดับความรุนแรงระดับปานกลาง จากร้อยละ 29.63 ลดลงเป็นร้อยละ 18.63 และระดับความรุนแรงระดับน้อย จากร้อยละ 51.85 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.07 ตามลำดับ

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม



2. กระบวนการดูแลและระยะวิกฤตฉุกเฉิน พบว่า มีระบบการดูแลช่วยเหลือโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน โดยมีระบบ Flow chart ในการประสานทีมชุมชนที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน



ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

3. กระบวนการรักษา พัฒนาระบบ Service plan จาก โรงพยาบาล แม่ ช าย (โรงพยาบาลปัตตานี) สู่วงพยาบาลลูกชาย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาระบบการรักษาในคลินิก ระบบการ Refer in, Refer out, Refer back และระบบ Refer link

ระบบนัดผู้ป่วย ระบบ Line กลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในชุมชน ชื่อกลุ่ม Psycho โคกโพธิ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการและเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว

4. กระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตำบลนาเกตุ



ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปลุกผัก และเลี้ยงสัตว์ (เลี้ยงไก่) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70 และผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าร่วม ละครที่มัสยิดในวันศุกร์ได้ ร้อยละ 25.93

### อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท โดย การมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมี ส่วนร่วม (Discussion ORID Method) เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นการร่วมคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เครือข่ายยังขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเภท มีทัศนคติด้านลบ และกลัวผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการดูแลในระยะ วิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนว ทิศทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบ ทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยา และผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานที่ รักษา (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) และสอดคล้องกับ การศึกษาผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ที่ พบว่า ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การสื่อสารของญาติ และผู้ป่วย การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และปรับ ทัศนคติส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระลดลง มี ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับ เป็นซ้ำได้ (จันรรจ์ พลไพรินทร์ และฐิติวัลลค์ ธรรม ไพโรจน์, 2552)

การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการ ป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมเครือข่ายชุมชน พบว่า เครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการ อบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการ แบ่งประเภทผู้ป่วย และมีการวางแผนการดูแลและ มีขั้นตอนอย่างชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อเกิดวิกฤตฉุกเฉินทีม

เครือข่ายดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยจิตเภท สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ละหมาดที่ มัสยิดในวันศุกร์) ของชุมชนได้ และได้รับการ สนับสนุนส่งเสริมด้านอาชีพแก่ผู้ป่วยจากองค์การ บริหารส่วนตำบล ชุมชนเกิดการยอมรับผู้ป่วย ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรี คำสุข ไช้โตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย มีเครือข่ายที่ให้การ สนับสนุนอยู่ระหว่าง 3-8 ราย และการติดตาม เยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแล รับ-ส่ง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถกลับไปทำงานได้ และยังสอดคล้องกับ การศึกษากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน (ไพจิตร พุทธ รอด, 2559) ที่พบว่า ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายได้รับการ อบรมให้มีความรู้ มีการวางแผนการดูแล มีการ เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ชุมชนและครอบครัวมีส่วน ร่วมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง เกิดผลดีต่อการรักษา

### ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันการ ป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ในครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดดำเนินการในชุมชน อื่นๆ ได้
2. ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน คือ บุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีน้อยการดำเนินการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต เภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องสร้าง กระบวนการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยการ ให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และ พร้อมที่จะสนับสนุน จึงจะทำให้กระบวนการ ทำงานได้สำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี. กองแผนงาน.  
กรมสุขภาพจิต.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554, ขอนแก่น. 186-189.
- จำนรรจ์ พลไพรินทร์ และฐิติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรี ธีรญา, 10 (1) 13-18.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิ้งเหลงที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์. 3(1) 24-35
- บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์. (2551). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพจิตร พุทธรอด. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใน ชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 24(2) 122-129.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิตชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัยกุล. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พรอสเพอรัลส์.
- ภาวดี การเร็ว. (2541). ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร บริษัทวีพีริ้น.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among Individuals who have schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 9(5), 261-268.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community : A review of clinical intervention. Hospital and Community Psychiatry, 42(3), 282-287.
- Linstrom E, & Bingefors K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Phamacoconomics 2000, 18, 105-124.



## ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

### Factors Effecting Re-Pregnancy in Adolescents of Pregnant Women Attending at Antenatal Care Clinic, Kalasin Hospital.

(Received: July 24 ,2020 ; Accepted: September 7 ,2020)

นันทพร ศรีเมฆารัตน์ และคณะ

Nantaporn Srimekarat and other

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Registered Nurse OPD Kalasin Hospital.

#### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาโดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ ปัจจัยและผลกระทบที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ผลงานการศึกษาวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 7 เรื่อง และวิจัยเชิงปริมาณ 3 เรื่อง สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งมีปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในของหญิงตั้งครรภ์เองที่มีผลต่อการไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำและปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ก็มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านบทบาทมารดา โดยที่ผ่านมามาประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั่วไป และส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนรอบข้าง และประเทศชาติ ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาระบบการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และควรมีการส่งเสริมเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นทั้งในระดับประเทศ ชุมชนและครอบครัว และที่สำคัญคือควรมีการกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหาที่ส่งผลตามมาจาก การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

**คำสำคัญ** การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ

#### Abstract

This research studied used a systematic review process. The objective was to studied the situation of repeated pregnancy in adolescents and factors affecting recurrent adolescent pregnancy among pregnant women, including the effects of repeated adolescent pregnancy. The tool used in the study was the situational, factor and impact data on the adolescent pregnancy of pregnant women. The results of research studies was 7 qualitative studies and 3 quantitative studies. Summarizes the results from a review of the literature related to repeated pregnancy. In adolescent pregnant women, the situation of repeated pregnancy tends to be higher. Including various factors both the internal factors of the pregnant woman themselves affect the inadvertent of a repeat pregnancy and the factors

that affect the re-pregnancy. Which, whether intended or not intended It affects adolescent pregnant women in various fields such as economic aspect, education, role of mother In the past, Thailand was still few study on repeated pregnancy. It's mostly education typical pregnancy in adolescent pregnant women and affect both individuals, families, surrounding communities and the nation. Suggestions for the development of the research education system there should be a developmental study. In order to change attitudes towards recurrent pregnancy in adolescents and there should be a policy promotion to prevent recurrence in adolescents, both nationally community and family and most importantly, the family should be encouraged to recognize the importance of the problems that result from repeated pregnancy in adolescents.

**Keywords:** Repeated pregnancy in adolescents Factors Contributing to a Repeat Pregnancy

### หลักการและเหตุผล

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี (Adolescent birth rate) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และปัจจุบันเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของร่างตัวชี้วัดว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคน ทุกเพศ ทุกวัย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งจากการประชุมระดับนานาชาติว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population Development หรือ ICPD) ได้กำหนดให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรี (Women empowerment) เป็นหนึ่งในประเด็นหลักในการพัฒนาที่ยั่งยืนแก่สตรี (UNDP, 1994) ในด้านสุขภาพนั้นสตรีควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้สตรีมีความสามารถที่จะควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ มีอิสระเสรีภาพในการคิดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีบุตร การ

เข้าถึงบริการสุขภาพ การปลอดภัยจากการคลอด การเลือกคู่อุปการะ ตลอดจนในเรื่องการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น หมายถึง การที่สตรีมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในขณะที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป (กรมอนามัย, 2561)

จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าแม่วัยรุ่นเป็นปัญหาระดับประเทศที่จำเป็นต้องมีนโยบายหรือโปรแกรมพิเศษเพื่อลดจำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มขยับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเข้าสู่วัยเริ่มหนุ่มสาวเร็วขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย เป็นปัจจัยให้มีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ ร่วมกับบริบททางสังคมไทยในปัจจุบันที่มีการเข้าถึงสื่อต่างๆได้ง่าย ทั้งความหลากหลายของสื่อกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์ทางเพศ เกิดการมีเพศสัมพันธ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ขาดความรับผิดชอบจากการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต (ปฏิญญา เอี่ยมสำอาง, 2555; ฤดี ปุ๊งบางกะดี และเอมพร รตินธร, 2557; อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสมจิตร เมืองพิล, 2558; สุริรัตน์ พรหมมาแสง, 2560)

ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในยุทธศาสตร์ของ



กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเกณฑ์ไว้ว่า ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ อายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งในปัจจุบันพบข้อมูลที่น่าสนใจคือปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีมากขึ้นจากการสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2560 - ปี พ.ศ. 2562 คิดเป็น ร้อยละ 31.05 , 25.78 และ 30.00 ตามลำดับ (รายงานสถิติการรับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2563) การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นยังคงสูงกว่าเกณฑ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ผลต่อมารดาพบว่ามารดาวัยรุ่นเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภาวะขาดไอโอดีน ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด (Elizabeth Wall-Wieler, and other, 2016) แผลฝีเย็บติดเชื้อ ตกเลือดหลังคลอด (Adele Pillitteri, 2007) เป็นต้น ซึ่งพบได้ในอัตราที่สูงกว่าหญิงอายุมากกว่า 20 ปี ผลต่อทารกในครรภ์ พบว่า ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น มักมีปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าในครรภ์ อาจพบภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น

หน่วยงานฝากครรภ์จึงได้จัดทำโครงการซึ่งสอดคล้องยุทธศาสตร์กระทรวงประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และเชื่อมโยงสอดคล้องยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 7 ยุทธศาสตร์ที่ 7 (กลุ่มเด็กวัยรุ่น) ให้ผู้เข้าอบรมได้รับการดูแลสุขภาพตลอดการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ดังนั้นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วนเพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงมีความสนใจในการศึกษาในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ผลงานการศึกษาวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 7 เรื่อง และวิจัยเชิงปริมาณ 3 เรื่อง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ ปัจจัยและผลกระทบที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์

### ผลการศึกษา

- ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า
1. สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
  2. ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นประกอบด้วย
    - 2.1 มีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจ
    - 2.2 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ
    - 2.3 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีเพื่อนรุ่นเดียวกันตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจ
    - 2.4 วัยรุ่นไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ
    - 2.5 ไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ
    - 2.6 อายุของหญิงตั้งครรภ์และอายุของสามี
    - 2.7 ระดับการศึกษา
    - 2.8 อาชีพมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ

2.9 เจตคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ

2.10 การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

2.11 ประสิทธิภาพแห่งเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการตั้งครรภ์ซ้ำได้สูง

2.12 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมารดาวัยรุ่นมักมาจากครอบครัวที่ยากจน

3. ผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนรอบข้าง และประเทศชาติ นอกจากนี้ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น คือ

3.1 ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

3.2 ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่

3.3 ไม่มีแรงจูงใจในการศึกษาต่อ **สรุปผลการศึกษา**

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งมีปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในของหญิงตั้งครรภ์เองที่มีผลต่อการไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำและปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ก็มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านบทบาทมารดา โดยที่ผ่านมาระบบการศึกษาไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั่วไป

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปสู่การสรุปได้ว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 จนถึงปัจจุบันและมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ

ในวัยรุ่น ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกคือ สังคมรอบข้างทั้งเพื่อน โรงเรียน และสัมพันธภาพในชุมชนอันนำไปสู่การตัดสินใจให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ ส่วนปัจจัยภายในที่สำคัญคือ ครอบครัว โดยส่วนใหญ่ทัศนคติและความเชื่อของคนในครอบครัว ที่เชื่อว่าการมีบุตรเร็วจะทำให้ทันสมัย นอกจากนั้นทัศนคติส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มองว่าการมีบุตรตั้งแต่อายุยังน้อยจะทำให้ มีคนช่วยงานในครอบครัวมากขึ้น และส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของค่านิยมในกลุ่มของวัยรุ่นบางกลุ่ม

### ข้อเสนอแนะ

1. ในระดับโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

2. ควรมีการส่งเสริมเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นทั้งในระดับประเทศ ชุมชน และครอบครัว

3. ควรมีการออกแบบบริการเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ อีกทั้งการออกแบบบริการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นแก่ทารกในครรภ์

4. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ท่านรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก อนึ่งการศึกษานี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้หากขาดความร่วมมือร่วมใจจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทุกคน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข



- ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; กรุงเทพฯ.  
UNDP. 1994. Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security.  
<http://www.hdr.undp.org/en/content/human-development-report-1994>.  
กรมอนามัย. (2561). รายงานประจำปี2561สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.  
ปริญญญา เอี่ยมสำอาง. (2555). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยบูรพา. 8(1), 55-67.  
ฤดี ปุ๋งบางกะดี และอมพร รตินธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย :  
กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 32 (2), 23-31.  
อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสมจิตร เมืองพิล. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง  
ตั้งครรภ์วัยรุ่น. ศรีนครินทร์เวชสาร; 30(3), 262-269.  
เรณู ชูนิล, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และบุญฤทธิ์ สุขรัตน์. (2558). การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลใน  
ประเทศไทย พ.ศ. 2558.  
สุภาภรณ์ มีแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20  
ปี จังหวัดราชบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 3(2), 38-48.  
สุรียรัตน์ พรหมมาแสง. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโรงพยาบาล โนน  
สุวรรณ ปี 2560. รายงานการประชุมวิชาการเครือข่ายสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 9.  
รายงานสถิติการรับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. 2563.  
Elizabeth Wall-Wieler, Leslie L. Roos and Nathan C. (2016). Nickel Social Ecological Predictors  
of Repeat Adolescent Pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth. 16:120, 2-12.  
Adele Pillitteri. (2007). Maternal and child nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams  
and Wilkins Publication. Pp:655-654.

การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE  
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชัย

Operation of the rational use of drugs according by RDU Hospital PLEASE In Tambon Health  
Promoting Hospital Khongchai District.

(Received: July 22 ,2020 ; Accepted: September 24 ,2020)

จิตตวดี กมลพุทธร ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

Jittravadee Kamaolphut M. Pharm (Clinical Pharmacy)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Pharmaceutical workgroup Khongchai Hospital Kalasin Province.

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สถานที่ศึกษา คือ รพ.สต. 7 แห่ง เก็บข้อมูลจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากดำเนินงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้น และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันตาม RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง

คำสำคัญ : การใช้ยาสมเหตุผล

### Abstract

This research was action research aimed to studied the rational use of drugs according by RDU Hospital PLEASE In Tambon Health Promoting Hospital consists of 4 steps: planning, implementing, evaluating and improving between October 2017 and March 2018. Sample size were Patients receiving antibiotics in two groups were upper respiratory tract infections and acute bronchitis and acute diarrhea. The study sites were 7 hospitals, collecting data from antibiotic prescribing from databases in the package program. And analyze by descriptive statistic.

The results of the study showed that after the operation, the hospital officers had more knowledge of antibiotic use. And the percentage of antibiotic use in upper respiratory infections and acute bronchitis and percentage of antibiotic use in patients with acute diarrhea according to RDU Hospital PLEASE in 7 hospitals there is a lower rate of antibiotic use.

Keyword : rational use of drugs

## บทนำ

ประเทศไทยมีปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปี พ.ศ. 2553 มีรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ากลุ่มยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่อง<sup>(1)</sup> มีการศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2553 ในโรงพยาบาลจำนวน 1,023 แห่ง พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเสียชีวิต 38,481 ราย พบความสูญเสียทางเศรษฐกิจของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาปัญหาการติดเชื้อดื้อยามีมูลค่าประมาณ 2,539 ถึง 6,084 ล้านบาท<sup>(2)</sup> ปัญหาโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โรคติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลและชุมชนมีความชุกร้อยละ 50 และร้อยละ 20 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีอัตราเสียชีวิตจากการติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 1 เท่า<sup>(3)</sup>

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขทำให้สูญเสียงบประมาณในการใช้ยาและเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นซึ่งการเฝ้าระวังการใช้ยาให้สมเหตุผลมีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) จึงเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลใช้นโยบายในการดำเนินการใน 6 ด้าน RDU Hospital PLEASE<sup>(4)</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอห้วยซัย มีจำนวน 7 แห่ง พบว่าผลงานดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ปีงบประมาณ 2560 ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ มีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกระดับ รพ.สต. น้อยกว่าร้อยละ 20 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.85 (เกณฑ์คือ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80) และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต.

น้อยกว่าร้อยละ 20 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80) การศึกษารั้วนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติในกระบวนการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เพื่อนำความรู้ไปใช้โดยข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ต่อไป

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สถานที่ศึกษา คือ รพ.สต. 7 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. โนนศิลาเลิง รพ.สต. โนนทัน รพ.สต. โคกประสิทธิ์ รพ.สต. หนองบัว รพ.สต. โนนเขวา รพ.สต. โนนแดง และ รพ.สต. ท่าเยี่ยม

## ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะเวลาวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการทำงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. โดยใช้ SWOT analysis ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ จุดแข็ง (strengths: S) จุดอ่อน (weakness: W) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาส (opportunities: O) และภาวะคุกคาม (threats: T) เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการแก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป พบว่าการดำเนินงานตาม RDU Hospital PLEASE จัดทำได้ไม่ครบทั้งหมดโดย 1. ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. 2. มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน ไม่มีรายการยาสมุนไพรทางเลือก 3. ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยพักระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. 4. ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต.

5. ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนซองยาซึ่งไม่มีข้อมูลครบถ้วน เช่น ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังที่ชัดเจน ไม่มีการจัดทำฉลากยามาตรฐาน 6. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน 7. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 8. ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด 9. ไม่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการให้ยาสมเหตุผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และไม่มีการอบรมผู้รับบริการเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะ ทำให้ผลการดำเนินงานการให้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 9 ประเด็น ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ทั้ง 6 ด้าน ในปีงบประมาณ 2561 วางแผนปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ชื่อง่ายแต่งตั้งคณะกรรมการการให้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลใน รพ.สต. มีหน้าที่บริหารจัดการเภสัชตำรับ พิจารณา ยาเข้า/ยาออกอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. กำหนดนโยบายการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กำกับ ติดตาม และพัฒนาระบบยาใน รพ.สต. อย่างสมเหตุผล จากการจัดประชุมคณะกรรมการการให้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ ทบทวนบัญชียา รพ.สต. พบว่ามีรายการยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนหลายขนาน จึงพิจารณาตัดรายการยาที่ซ้ำซ้อนเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มรายการสมุนไพรคือฟ้าทะลายโจรในบัญชียา รพ.สต. ซึ่งเป็นสมุนไพรใช้รักษาใช้หวัดที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรียแทนการให้ยาปฏิชีวนะ ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลชื่อง่ายจัดทำแบบบันทึกใบเบิกเวชภัณฑ์ยาและจ่ายยาให้ รพ.สต. ตามรายการที่คณะกรรมการการให้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ กำหนด จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยแพทย์จัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสด แนวทางการ

สั่งฟ้าทะลายโจร เภสัชกรจัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางประเมินแพ้ยาผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะโดยนักวิชาการคอมพิวเตอร์รวบรวมข้อมูลการแพ้ยาปฏิชีวนะจากโปรแกรม Medesoft และพิมพ์สรุชื่อผู้ป่วย อาการแพ้ยา ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาให้ รพ.สต. ทุก 1 เดือน นักเวชสถิติและนักวิชาการคอมพิวเตอร์จัดอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ หรือ International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems (ICD)10 รหัสสยามมาตรฐาน 24 หลักและการเก็บข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS (Java Health Center Information System) การพิมพ์ฉลากยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนซองยา จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการให้ยาสมเหตุผลโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต.

2. ระยะลงมือปฏิบัติ (Do) ในปีงบประมาณ 2561 คณะกรรมการการให้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอได้ดำเนินการตามแผนงาน โดยจัดทำบัญชียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. จัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เรื่องแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร แนวทางประเมินแพ้ยาผู้ป่วย แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะ จัดอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ รหัสสยามมาตรฐาน 24 หลักและการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS พิมพ์ฉลากยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนซองยา จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการให้ยาสมเหตุผล

3. ประเมินผล (Check) ประเมินผลร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย จาก

รายงานฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) และนำเสนอในที่ประชุม คปสอ. ชื่องค์ทุก 1 เดือน

4. การปรับปรุงแก้ไข (Action) คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอประชุมปรับปรุงสรุปผลการดำเนินงาน ออกนิตเทศงานใน รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และนำเสนอในที่ประชุม คปสอ. ชื่องค์ทุก 1 เดือน

### ผลการศึกษา

รพ.สต. 7 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. โนนศิลาเลิงเป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 5,027 ราย มีบุคลากร 8 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 4 ราย รพ.สต. โนนทันเป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 4,860 ราย มีบุคลากร 5 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต. โคกประสิทธิ์เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 4,247 ราย มีบุคลากร 7 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต. หนองบัวเป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 4,145 ราย มีบุคลากร 7 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 4 ราย รพ.สต. โนนเขวาเป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 3,125 ราย มีบุคลากร 8 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต.

โนนแดงเป็น รพ.สต. ขนาดเล็ก ดูแลประชากร 1,941 ราย มีบุคลากร 6 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต. ท่าเยี่ยมเป็น รพ.สต. ขนาดเล็ก ดูแลประชากร 1,820 ราย มีบุคลากร 5 ราย ส่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย

คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอพิจารณาตัดรายการยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาปฏิชีวนะออก จำนวน 6 รายการและเพิ่มรายการสมุนไพรคือฟ้าทะลายโจรในบัญชียา รพ.สต. จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร การลงรหัสโรค ภายหลังจากอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล พบว่าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.23 เป็น ร้อยละ 86.92 มีการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคไม่ถูกต้องใน รพ.สต. 5 แห่ง ลงรหัสยาในโปรแกรม JHCIS ผิด ใน รพ.สต. 1 แห่ง โดยลงยา Glyceril guaiacolate syrup เป็น ยาปฏิชีวนะ ทำให้มีการแสดงจำนวนการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตราที่สูง ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASURE

RDU Hospital PLEASURE	การดำเนินงานประเด็นที่ยังไม่สำเร็จ	แนวทางการปรับปรุง	จำนวน รพ.สต. (แห่ง)
1.การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ( Pharmacy and therapeutics committee (PTC) competency)	1.1 ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. 1.2 มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน 1.3 ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์ยาปฏิชีวนะระหว่าง รพ. กับ รพ.สต.	- การกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. - ประชุมและสรุปผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน - ทบทวนบัญชียา รพ.สต. ตัดรายการยา Amoxycillin 250 mg capsule, Penicillin V syrup, Penicillin V 250 mg, Co-trimoxazole 400/80 mg tablet, Doxycycline 100 mg capsule, Niclosamide 500 mg tablet เพิ่ม ฟ้าทะลายโจร - ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลชื่องค์จัดทำแบบบันทึกใบเบิกเวชภัณฑ์ยาตามบัญชียา รพ.สต. - จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ยา มีแนวทางประเมินแพทย์ผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์ยาปฏิชีวนะระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. ส่งต่อข้อมูลแพทย์จาก รพ. ให้ รพ.สต. ทุก 1 เดือน	7
2. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน ( Label information	2.1 ไม่มีการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน 2.2 ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนของยามีข้อมูลไม่ครบถ้วนชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้	- จัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน - พิมพ์ฉลากยาแทนการเขียนของยา	7

leaflet)	ข้อควรระวังที่ชัดเจน		
3.การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการส่งยาอย่างสมเหตุสมผล (Essential RDU tools)	3.1 ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และในบาดแผลสด	- จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการส่งฟ้าทะลายโจร - จัดทำแนวทางการลงรหัสโรค	7
4.การสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาสมเหตุสมผล (Awareness for RDU principles among health personnel and patients)	4.1 ไม่มีกรอบความรู้เรื่องการใช้อาปฏิชีวนะสมเหตุสมผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.  4.2 ไม่มีกรอบความรู้รับบริการ	- จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้อาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล เรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรค รหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการเก็บข้อมูลการส่งยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS และประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องการใช้อาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล - มีการจัดอบรมความรู้เรื่องการใช้อาปฏิชีวนะสมเหตุสมผลแก่ผู้รับบริการ	7  2

ภายหลังปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าไม่มีรายงานเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่มีรายงานการเกิดการแพ้ยาปฏิชีวนะซ้ำใน รพ.สต. มีการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยแพ้ยาปฏิชีวนะ จาก รพ.สต. มายัง รพ. 1 ราย แต่ยังมี รพ.สต. 3 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาสมเหตุสมผลใน รพ.สต. คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอจึงออกนิเทศงานใน รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์พบว่าไม่ปฏิบัติตามแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเนื่องจากจดจำแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่ได้และผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ แก้ไขโดยการทบทวนแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จัดทำแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการส่งฟ้าทะลายโจร และการลงวินิจฉัยการรักษาโรคโดยยึดติดบนโต๊ะตรวจโรค จัดตั้ง รพ.สต. ต้นแบบในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งใช้ การแนะนำผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ รพ.สต. ต้นแบบ คือ รพ.สต. โนนทัน ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ผ่าน ทั้ง 2 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2560 และมีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในอัตราที่ต่ำ คือ มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบ

เฉียบพลัน ร้อยละ 2.9 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 2.5 ซึ่งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแนวทาง Antibiotic Smart Use (ASU) และมีสไลด์แกนแนวทางการจ่ายยาปฏิชีวนะไปในแนวทางเดียวกันทุกคน คือ “ตาม Diag ตาม guideline ไม่มี ไม่จ่าย อธิบายคนไข้” มีการลงรหัสโรคผิด แก้ไขโดยจัดให้มีนักเวชสถิติ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ตรวจสอบการลงวินิจฉัยการรักษาโรค และการลงรหัสยาในโปรแกรม JHCIS ทุก 1 เดือน

ภายหลังปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เป็นระยะเวลา 6 เดือนพบว่าร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันก่อนและหลังดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะลดลง แสดงในตารางที่ 2 มีร้อยละของ รพ.สต. ที่มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ทั้ง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 จากเดิมผ่านเพียง 3 แห่ง ร้อยละ 42.9 และร้อยละของ รพ.สต. ที่มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.7 จากเดิมผ่าน 2 แห่ง ร้อยละ 28.6 แสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 2** ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการ

ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันก่อนและหลังดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE  
ใน รพ.สต. 7 แห่ง

รพ.สต.	โรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน		ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. รพ.สต. โนนขวา	18.6	5.4	73.3	26.1
2. รพ.สต. โนนทัน	5.7	2.9	17.5	2.5
3. รพ.สต. ท่าเยี่ยม	45.3	13.8	55.2	6.7
4. รพ.สต. โนนแดง	17.4	5.5	57.1	10.5
5. รพ.สต. หนองบัว	25.1	7.9	71.8	8.5
6. รพ.สต. โคกประสิทธิ์	29.8	7.1	100.00	15.4
7. รพ.สต. โนนศิลาเลิง	54.4	18.9	4.8	4.2

ตารางที่ 3 จำนวน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะ

เกณฑ์การใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต.	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก น้อยกว่าร้อยละ 20 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	3 แห่ง (42.9)	7 แห่ง (100)
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย นอก น้อยกว่าร้อยละ 20 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	2 แห่ง (28.6)	6 แห่ง (85.7)

วิจารณ์

การใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. อำเภอดงขี้เฒ่าไม่ผ่านเกณฑ์เป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ การเฝ้าระวังการใช้ยาให้สมเหตุผลมีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การวิจัยก่อนหน้านี้ มีการทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะในต่างประเทศพบว่าในภูมิภาคยุโรปมีเครือข่ายเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะ (European Surveillance of Anti-microbial Consumption Network: ESAC-Net) ตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลการบริโภคยาปฏิชีวนะในภาพรวมของภูมิภาคประกอบด้วยประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปและประเทศในเขตเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Area countries) จำนวน 30 ประเทศพบว่าประเทศฝรั่งเศสประสบปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะในมนุษย์เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับปริมาณการบริโภคยาปฏิชีวนะต้านเชื้อแบคทีเรีย ในปี พ.ศ. 2543

ประเทศฝรั่งเศสมีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน รัฐบาลฝรั่งเศสต้องเร่งแก้ไขปัญหาลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายลดร้อยละ 25 ภายในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550) ในปี พ.ศ. 2550 ลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงได้ร้อยละ 26.5 ประเทศเนเธอร์แลนด์มีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะเกณฑ์ต่ำที่สุด องค์การอนามัยโลกได้ประกาศบัญชียาหลักฉบับที่ 20 (the 20 th WHO Model List of Essential Medicines) จัดกลุ่มยาปฏิชีวนะออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มยาที่เข้าถึงได้ (access group) กลุ่มยาที่ต้องเฝ้าระวัง (watch group) และกลุ่มยาที่สงวนไว้ (reserve group)<sup>(5)</sup> ประเทศตุรกีมีนโยบายการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ในปี พ.ศ. 2546 มีการศึกษาโดยเก็บข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล จำนวน 495 ราย ในปี พ.ศ. 2549

พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง จากร้อยละ 16.6 เป็นร้อยละ 11.3<sup>(6)</sup>

คปสอ. ฮ่องกงปรับปรุงการดำเนินงานตาม กระบวนการ RDU Hospital PLEASE โดยการแต่งตั้ง คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอ ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลในทุก รพ.สต. และมีการประชุมสรุปผลการ ดำเนินงานทุก 1 เดือน ทำให้ทราบปัญหาการ ดำเนินงานและแก้ไขปัญหาจากผู้ปฏิบัติโดยตรง ทันเวลา การปรับปรุงบัญชียาปฏิชีวนะและเพิ่ม สมุนไพรฟ้าทะลายโจรใน รพ.สต. การจัดทำแบบ บันทึทกใบเบิกเวชภัณฑ์ยา รพ.สต. การจัดอบรมให้ ความรู้และจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจรทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้ถูกต้อง เหมาะสม การอบรม เรื่องแพ้ยาปฏิชีวนะและจัดทำแนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วยแพ้ยา จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะ ระหว่าง ร.พ. กับ รพ.สต. ส่งเสริมให้ใช้ยาปฏิชีวนะสม เหตุผล ลดความเสี่ยงการเกิดการแพ้ยาปฏิชีวนะซ้ำ การอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยปัญหาจำแนกโรค การลง รหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการบันทึกการสั่งใช้ยา ปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS ทำให้ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ลงบันทึกข้อมูลได้ ถูกต้อง การพิมพ์ฉลากยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์ แทนการเขียนชองยา ช่วยให้ผู้ป่วยอ่านและเข้าใจ วิธีการใช้ยาได้ถูกต้องและสามารถดำเนินการได้ใน รพ.สต. ทั้ง 7 แห่ง ซึ่งมีผลการศึกษาใกล้เคียงกับการ ศึกษาที่ก่อนหน้านี้<sup>(6,10,11)</sup> จากการศึกษาประสิทธิภาพ ของชุดกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลในผู้ป่วยติดเชื้อระบบการหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในแผนกผู้ป่วยนอกของ หน่วยตรวจประกันสังคมและหน่วยปฐมภูมิของ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2555 โดยอบรมบุคลากรในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างเหมาะสม เตรียมคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วย พบว่า มีการรักษาโรคหวัด จำนวน 1,241 ครั้ง และ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 210 ครั้ง มีอัตราการ ได้รับยาปฏิชีวนะลดลงเหลือร้อยละ 13.0 ในโรค หวัดและร้อยละ 19.1 ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และพบว่าผลการรักษาในวันที่ 3 หลังการตรวจรักษา พบว่ามากกว่าร้อยละ 97 ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะหายหรือมีอาการดีขึ้น<sup>(10)</sup> มีการศึกษา ผลการรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นใน เด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 ถึง 5 ปี) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 6 ถึง 5 ปี) ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 408 ราย พบว่า เป็นโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้น 209 ราย และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 199 ราย มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 30.2 และ 13.6 ตามลำดับ ไม่พบว่ามีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์การใช้ยา ปฏิชีวนะในการรักษาเด็กวัยก่อนเรียนที่สุขภาพ แข็งแรงดีมาก่อนที่เจ็บป่วยด้วยอาการของการติดเชื้อ ในทางเดินหายใจส่วนต้นและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน<sup>(11)</sup>

อย่างไรก็ตามการจัดอบรมให้ความรู้แก่ ประชาชนเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ยังดำเนินการได้เพียง 2 แห่ง และมี รพ.สต. 1 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซึ่งเกิดจากการร้อง ขอของผู้ป่วย ควรอบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังการศึกษาที่ก่อนหน้านี้<sup>(8,9,10)</sup> ที่มีแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยา ปฏิชีวนะในชุมชน (นอกสถานพยาบาล) คือ 1. ประชาชนไม่ใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ไม่ซื้อยา ปฏิชีวนะมาใช้เอง ไม่ขอให้บุคลากรสุขภาพจ่ายยา ปฏิชีวนะให้ ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการ รักษาการป่วยครั้งก่อน ไม่แจกยาปฏิชีวนะที่มีหรือที่ เหลือให้ผู้อื่น 2. ประชาชนไม่เรียกยาปฏิชีวนะว่ายา แก้อักเสบ เพราะการอักเสบส่วนมาก (เช่น ข้อเข่า เสื่อม ปวดหลัง) ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จึง ไม่สามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 3. บุคลากรสุขภาพ ที่สถานพยาบาล คลินิก ร้านยา ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้ ผู้รับบริการโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่าย

ยาปฏิชีวนะในโรคหวัดและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้มากกว่าร้อยละ 90 ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ 4. ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะโดยมีข้อบ่งชี้จากบุคลากรสุขภาพ ให้ใช้ยาปฏิชีวนะให้ครบถ้วนตามขนาดและระยะเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ไม่ลดขนาดยาปฏิชีวนะหรือหยุดใช้ยาปฏิชีวนะก่อนกำหนด ยกเว้นจะเกิดพิษและผลข้างเคียง ซึ่งผู้ป่วยควรพบบุคลากรสุขภาพโดยเร็ว 5. ประชาชนรับประทานอาหารที่สุกหรือสะอาดและดื่มน้ำที่สะอาดเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อแบคทีเรียก่อโรค ยาปฏิชีวนะที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหารและน้ำ 6. ประชาชนรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ไม่มียาปฏิชีวนะปนเปื้อน 7. ประชาชนล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังการสัมผัสสิ่งที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและอธิบายผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการที่ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ลดโอกาสเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาในระยะเวลายาวสั้น ควรติดตามการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตาม RDU Hospital PLEASE ในระยะยาวต่อไป จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ มีคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอที่มีพยาบาลใน รพ.สต. เป็นกรรมการ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่องทุกเดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต. โดย รพ.สต. ต้นแบบ มีนักเวชสถิติ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่ประสานงานระหว่าง รพ. และ รพ.สต. จุดด้อยของ

การศึกษานี้ คือไม่ได้ศึกษาถึงการใช้ยาของผู้ป่วยในแหล่งใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชนนอกสถานพยาบาล ไม่ได้ศึกษาถึงมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE การศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ และกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. การทบทวนบัญชีรายการยาปฏิชีวนะจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร จัดทำแนวทางประเมินแพทย์ผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะ การลงวินิจฉัยบัญชียาจำแนกโรคและรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ทบทวนการลงรหัสยาในโปรแกรม JHCIS โดยนักเวชสถิติ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามควรทบทวนความรู้การใช้ยาสมเหตุผลและติดตามการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตาม RDU Hospital PLEASE อย่างต่อเนื่อง ควรอบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการและควรศึกษาถึงแหล่งใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะและมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและศึกษาถึงมูลค่ายาปฏิชีวนะก่อนและหลังเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี จิตรกันที. มูลค่ายาปฏิชีวนะ. ใน: นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, นุศราพร เกษสมบุรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร. อุษาการพิมพ์; 2554. หน้า 21-5.
2. ภาณุมาศ ภูมาศ, ตวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร ริวไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุกุล ลิ้มวัฒนา นนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;6(3):352-60.
3. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาด้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อระบบสุขภาพ. เวชบัณฑิตศิริราช 2554;4(3):93-7.

4. Chongtrakul P. RDU Hospital: The pathway to rational drug use. *Thai J Pharmacol* 2015;37(1):48-62.
5. สุณิษา ขานวานิก. การเฝ้าระวังการบริโภควิตามินซีพีของประเทศไทย: รากฐานเพื่อการควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2560;11(4):593-607.
6. Tunger O, Karakaya Y, Cetin CB, Dinc G, Borand H. Rational antibiotic use. *J Infect Developing Countries* 2009;3(2):88-93.
7. คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ. ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.
8. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. *เวชบันทึกศิริราช* 2556;6(2):117-20.
9. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. *เวชบันทึกศิริราช* 2557;7(1):26-9.
10. Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of Multifaceted interventions on rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections and acute diarrhea. *J Med Assoc Thai* 2014;97 Suppl 3:s13-9.
11. Vandepitte WP, Ponthong R, Srisarang S. Treatment outcomes of the uncomplicated upper respiratory tract infection and acute diarrhea in preschool children comparing those with and without antibiotic prescription. *J Med Assoc Thai* 2015;98:974-84.

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

## Nursing care of Acute Ischemic Stroke

(Received: July 27 ,2020 ; Accepted: September 8 ,2020)

มรดก หมอกไชย

Moradok Mokchai

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Registered Nurse Professional Level Khon Kaen Hospital

## บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่ายรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันกรณีศึกษา 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่นมาโดยระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke fast track เป็นผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้ง 2 ราย ที่มีโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และมีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการรักษาปัญหาที่ตรวจพบในขณะที่อยู่รักษา จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ช่วงภาวะวิกฤตคุกคามชีวิตและรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ สมรรถนะสำคัญที่จำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะทาง มีทักษะ ในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินและแก้ไขปัญหา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการเผชิญปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยง และแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องในแต่ละช่วงเวลาการดำเนินของโรค การบูรณาการให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำ

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke ), ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ( Stroke fast track ), หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit)

## Abstract

This study aim to guide nursing patients with acute ischemic stroke. This is a comparative study of two case studies in the critical phase, continuous care recovery phase, and the discharge planning phase. Data was collected using Gordon's 11<sup>th</sup> health scheme of patient assessment to find patient problems, set nursing decisions, plan nursing practice, summarize, and evaluate nursing results.

Results: In this study, the study compared two cases of acute ischemic stroke patients admitted to the stroke unit of Khon Kaen Hospital. Stroke fast track is both critically ill patients with a high-risk factor associated with acute ischemic stroke and respiratory failure. They use a ventilator in conjunction with treating any problems detected while undergoing treatment. From the study of two

case studies in the care of acute ischemic stroke, nurses in life-threatening and severe crisis play essential roles with competencies that require specialized knowledge and skills to spot changes, evaluate, and solve problems to reduce complications as well as death. Their roles in promoting health in patients and their relatives are well prepared to face problems and risk factors and to solve problems that arise correctly during the disease. Complete rehabilitation of patients by a multidisciplinary team is essential so that patients and their relatives can manage themselves to prevent the occurrence of complications, growing disability, and the recurrence.

Keywords: Acute Ischemic Stroke, Stroke Fast Track System, Stroke Unit

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางระบบประสาท (จิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2556) (Neurological emergency) องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ทั่วโลกว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (ที่มีสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง, 2562) โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกสูงขึ้น จาก 690 เป็น 2,460 คนต่อประชากร 100,000 คน ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา และโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการพิการที่สูงอันดับต้นๆของประเทศไทย การสูญเสียสุขภาพโดยผู้ที่รอดชีวิต มักหลงเหลือความพิการอยู่ (สุภางค์ จริภักดิ์, 2557)

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากถึง 2,989 ราย, 2,993 ราย และ 2,998 รายต่อปี ตามลำดับ และมีอัตราตายร้อยละ 8.33, 8.27 และ 6.64 ต่อปี ตามลำดับ ส่วนผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว สูงถึงร้อยละ 80 มีการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2553 โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายในเวลา 4.5

ชั่วโมงหลัง และจัดตั้งหอผู้ป่วย Stroke unit และมีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการตนเองได้ ทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มมากขึ้น และการกลับมาเป็นซ้ำ

ผู้ศึกษาในฐานพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จากประสบการณ์ปฏิบัติงานพบว่า การประเมินตั้งแต่แรก รับ การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา ในบทบาทการศึกษาผู้ป่วย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาล

## วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการ

รักษาของแพทย์ ทบพทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จาก เอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

### ผลการศึกษา

1. กรณีศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67

ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 27 เมษายน 2563 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 16 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ (Stroke Unit) โรงพยาบาลขอนแก่น

### 2. ประวัติและการประเมินสภาพร่างกายและอาการแรกเริ่ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศ หญิง อายุ 67 ปี ส่วนสูง 165 ซม. น้ำหนัก 108 กก. BMI 39.7	เพศ หญิง อายุ 68 ปี สูง 50 ซม. น้ำหนัก 50 กก. BMI 22.22
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ซีมีลง ไม่พูด มา 3 ชั่วโมง Last seen เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยเข้าไปอาบน้ำจากนั้นออกมา ญาติพบว่า ไม่พูด ถามไม่ตอบ ซีมีลง ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาลชั้นชม GCS = E <sub>1</sub> V <sub>1</sub> M <sub>4</sub> ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลชั้นชม จังหวัดมหาสารคามมา โรงพยาบาลขอนแก่น	ไม่รู้สีกตัว ไม่พูดมา 1 ชั่วโมง (On set 08.00 น.) ญาตินำส่งโรงพยาบาลเป็ยน้อย GCS = E <sub>2</sub> V <sub>1</sub> M <sub>1</sub> ได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลเป็ยน้อย มาโรงพยาบาลขอนแก่น
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 20 ปี มีภาวะไขมันในเลือดสูง, มีประวัติ Old CVA right hemiparesis, Epilepsy รักษาสม่ำเสมอ ต่อเนื่องไม่ขาดยา	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน (มี อินซูลินฉีด ) และไตวาย (ระยะที่ 5) เป็นมา 20 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง มีประวัตินอนโรงพยาบาล เมื่อเดือนมีนาคม 2563 ด้วยเรื่องไตวาย มาด้วยมีอาการบวม
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ	แพ้ยา Penicillin
สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
Risk factor	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม และมีโรคอ้วน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มี Old CVA right hemiparesis	ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม เบาหวานและไตวาย
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	Acute Ischemic Stroke
CT Brain แรกเริ่ม	- White matter infarction at periventricular region of frontal horn of right lateral ventricle - no evidence of intracranial hemorrhage - brain atrophy which is more pronounced than the age-group	- Sub acute to chronic infarction at left frontal lobe and left parietal lobe
CT Brain หลังให้ ยา 24 ชั่วโมง	- no intracranial hemorrhage - Diffused brain atrophy	- No evidence of intracranial hemorrhage
สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม	ซีมี Drowsiness หายใจ On ET no 7.0 ซีด 20, ประเมินอาการผู้ป่วย E <sub>3</sub> V <sub>7</sub> M <sub>4</sub> กำลังของแขนขา ข้างขวาแขน 3 คะแนน ขา 2 คะแนน ข้างซ้ายแขน 3 คะแนน, ขา 2 คะแนน Pupil ตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร, ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร, มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส, PR 78 ครั้งต่อนาที, BP	ซีมี หายใจ On ET no 7.0 ซีด 20, ประเมินอาการผู้ป่วย E <sub>1</sub> V <sub>1</sub> M <sub>1</sub> , กำลังของแขนขา ข้างขวาแขน 0 คะแนน, ขา 3 คะแนน ข้างซ้ายแขน 0 คะแนน, ขา 3 คะแนน Pupil ตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร, ข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร, มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส, PR 70 ครั้งต่อนาที, BP 169/78mmHg, Oxygen saturation 100%

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	200/102 mmHg, Oxygen saturation 100% ได้รับยา Nicardipine 1:5 vein drip 10 (จาก ER) On 0.9% NSS 1000 mL vein 80 ml/hr. หายใจโดย On ET with Ventilation ชนิด Carina, NPO ไว้	เจาะ DTX ทุก 4 hr. แรกรับ 113 mg% ให้ IV. เป็น NSS 1000 ml vein 60 ml/hr, หายใจโดย On ET with Ventilation ชนิด Carina, NPO ไว้
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	พบ Cholesterol 127 mg/dL Triglyceride 165 mg/dL HDL- Cholesterol 50 mg/dL LDL- Cholesterol 44 mg/dL INR 1.04 sec HbA1C 5.5 mg % BUN 12 mg/dL Cr 0.73 mg/dL eGFR (CKD-EPI) 88.49 ml/min Albumin 4.0 g/dL Sodium 139 mmol/L Potassium 4.78 mmol/L Chloride 101 mmol/L HCO3 26.6 mmol/L WBC 9.0 10 <sup>3</sup> /uL Hemoglobin 15.0 g/dL Hematocrit 44.7% PLT 208 10 <sup>3</sup> /uL Neutrophil 73.8% Lymphocyte 16.1%	พบ Cholesterol 167 mg/dL Triglyceride 165 mg/dL HDL- Cholesterol 53 mg/dL LDL- Cholesterol 92 mg/dL INR 1.07 sec BUN 117 mg/dL Cr 10.50 mg/dL eGFR (CKD-EPI) 3.38 ml/min Albumin 2.7 g/dL Sodium 113 mmol/L Potassium 3.69 mmol/L Chloride 73 mmol/L HCO3 19.4 mmol/L WBC 6.3 10 <sup>3</sup> /uL Hemoglobin 9.0 g/dL Hematocrit 24.9% PLT 359 10 <sup>3</sup> /uL Neutrophil 88.9% Lymphocyte 5.5%
NIHSS Score แรกรับ	23	25
ระดับความรุนแรงของโรค (Modify Rankin Scale)	0 (มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด)	0 (มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด)
Barthel ADL index แรกรับ	0	0
การรักษา	น้ำหนักตัว 108 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 90 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)	น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ได้รับยา rt-PA จำนวน 50 มิลลิกรัม (0.9 mg/kg)
รวมระยะวันนอน	5 วัน	6 วัน

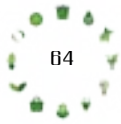
### 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผน ของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิต

วิญญาน ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (IICP) เนื่องจากการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองลดลง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินภาวะความดันโลหิตสูงโดย 1.1 ระยะ Compensation - ประเมิน V/S N/S ทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 6 ชั่วโมง และประเมินทุก 24 ชั่วโมง - สังเกตอาการสับสน ง่วงซึม กระสับกระส่าย และรุกรานตาทั้ง 2 ข้าง ไม่ขนาดไม่เท่ากัน มองเห็นภาพซ้อน วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง 1.2 ระยะ Decompensation - ประเมิน V/S N/S ทุก 1 ชั่วโมง - สังเกตอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การชักเกร็งของกล้ามเนื้อและความผิดปกติของการพูด 2. จัดให้นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อส่งเสริมให้มีการแพร่กระจายของน้ำไขสันหลังสู่ช่องว่างไขสันหลังอย่างอิสระ และมีการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก ถ้าจัดท่านอนศีรษะ <15 องศา จะส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ผลที่ตามมาทำให้แรงดันกำซาบสมองและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ถ้าจัดท่านอนศีรษะ > 30 องศา ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลง สมองขาดออกซิเจน ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้นไม่ควรจัดท่านอนราบ ท่านอนศีรษะต่ำ และท่านอนคว่ำ เพราะจะทำให้แรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น 3. ดูแลหลีกเลี่ยงการอัมพาตและการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะอาจทำให้มีการกดหรือบีบหลอดเลือดดำ Jugular ส่งผลกระทบต่อการไหลเวียนของหลอดเลือดดำและการระบายน้ำไขสันหลัง ผลที่ตามมาเกิดภาวะเลือดดำคั่งในสมองทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น



## ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. ป้องกันเกิด Valsalva maneuver ได้แก่กิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกหรือช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น การเบ่ง ถ่ายอุจจาระ การไอการจามโดยแรง การออกแรงต้านการผูกยึด การกลืนหายใจขณะพลิกตะแคงตัว เพื่อไม่ให้เกิดการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำในสมอง เกิดการคั่งของเลือดดำจากสมอง</p> <p>5. ควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5 – 37.4 องศา ถ้าสูงเกิน 38 องศา ควรเช็ดตัวลดไข้ ไม่ห่มผ้า เพราะถ้าอุณหภูมิการสูง จะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>6. ดูแลไม่ให้ศีรษะยกสูงเกิน 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองสะดวก</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ น้ำสารอาหารเป็น 0.9% NSS 1000 mL vein drip 80 mL/hr. ตามแผนการรักษา</p> <p>8. ดูแลประเมินทางเดินหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจฟังเสียงหายใจเพื่อประเมินเสมหะอุดตัน</p> <p>9. Monitor EKG และ Monitor Oxygen Saturation</p>
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	<p>1. จัดทำแผนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลศีรษะ ถ้าคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกการไหลกลับของเลือดจากสมองดีขึ้น ห้ามจัดท่านอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ</p> <p>2. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 รายงานแพทย์ทันที</p> <p>3. ตรวจสอบฝ่าเท้าสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ชั่วโมง, ทุก 30 นาที 6 ชั่วโมง, ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าผู้ป่วยจะอาการคงที่ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติระดับความดันโลหิต SBP &gt;180 mmHg, DBP &gt;105 mmHg. BT ≥ 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบ</p> <p>4. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะ หรืออุจจาระเป็นเลือดอาการซีดซึ่งบ่งบอกว่าอาจมีเลือดออกในสมอง</p> <p>5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล</p> <p>6. จัดทำหัตถการที่เสี่ยงต่อมีเลือดออก ได้แก่ ใส่สาย Foley catheterization within 2 hrs. ใส่ NG tube insertion within 24 hrs. Central venous access, arterial puncture muscular injection Antiplatelet medication for first 24 hrs.</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>8. ดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร</p> <p>9. Absolute bed rest</p>
3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	<p>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง การขีด สีเยียว เพราะเป็นอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>2. ประเมิน V/S ทุก 1 ชั่วโมง เพราะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>3. Monitor Oxygen Saturation ≥ 95%</p> <p>4. ดูแล Suction ให้ผู้ป่วยลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น</p> <p>5. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพดูแลไม่ให้สายหักพับงอ หรือมีน้ำคั่งค้างในสาย</p> <p>6. จัดทำท่านอนศีรษะ เพราะทำให้กะบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่</p> <p>7. ดูแล Cuff Pressure ให้เหมาะสม 20-25 mmHg</p> <p>8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพราะการพักผ่อนเป็นเตียงเป็นการลดการใช้ออกซิเจน</p> <p>9. ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่คงที่ ไม่ให้สายท่อช่วยหายใจหักพับงอ</p> <p>10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองถูกทำลายเนื่องจากมีไข้สูง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>2. ถ้าอุณหภูมิร่างกาย 37.6-38.0 องศาเซลเซียส ให้คลายผ้าออก เช็ดตัวลดไข้ โดยวิธี Tepid sponge หลังจากนั้น 30 นาทีวัดไข้ซ้ำ และดูแลให้ได้รับยา Paracetamol ตามแผนการรักษา</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารอาหารอย่างเพียงพอ</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ</p> <p>5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>6. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก สะอาดปราศจากเชื้อ เช่นการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย</p> <p>7. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ</p> <p>8. แนะนำญาติให้ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย สวมใส่ Mask และงดญาติที่มีไข้หรือเป็นหวัดติดเยี่ยมผู้ป่วย</p> <p>9. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ผล CBC และ UA</p>
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากรับการรักษาด้วย	<p>1. ประเมินและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออกใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ซึ่งอาจทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 6 ชั่วโมง หรือตามการรักษาของแพทย์</p>

## ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการจัดการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อินซูลิน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	3. ดูแลรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ - กรณีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาล ได้แก่ RI 10 unit IV และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตาพร่ามัว เป็นต้น และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ NSS 1,000 ml IV drip 60 ml /hr - กรณีน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้ได้รับ 50% glucose 50 ml IV push และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาจเกิดอาการเจ็บปวด ระคายเคืองเส้นเลือด หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ตรงบริเวณที่ให้ยา เกิดอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย บวม โปแตสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น และดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 10% D/NSS/2 1,000 ml IV drip 80 ml /hr 4. ติดตามวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที 5. บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารเนื่องจากงดการให้สารน้ำทางปาก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมิน V/S, V/S ทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตภาวะขาดสารน้ำ เช่น ผิวแห้งหึงแห้ง กระหม่อมบวม ตาลึก ปัสสาวะออกน้อย ตัวเย็น ซึมเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและควบคุมการหยดของสารน้ำที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ NSS 1,000 ml IV drip 80 ml /hr 4. ติดตามผลการส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ Sodium , Potassium , Chloride , HCO3 5. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 6. บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
6. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมิน ADL ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาดและจัดสิ่งของวางไว้ข้างเตียงข้างที่ผู้ป่วยมีแรงปกติ 3. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน 4. ดูแลระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 5. ดูแลจัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงพร้อมระบายอากาศได้ดีไม่เกิดความผิดปกติ ผื่น คัน รอยแดงที่ผิวหนัง
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง 2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคและแนวทางการรักษาโดยสังเขป 4. ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การทำกายภาพบำบัด การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาก่อนนัด การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 5. เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 6. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลรักษาผู้ป่วย 7. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 8. แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ

**4. ผลลัพธ์การพยาบาล** ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย เป็นผู้สูงอายุ วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke มาด้วยอาการ ซึมลง ไม่พูด มา 3 ชั่วโมง ได้รับการรักษา โดยใส่ท่อช่วยหายใจก่อน refer มารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพ และมีโรคร่วม เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 23 คะแนน CT Scan Brain พบ White matter infarction at periventricular region of frontal horn of right lateral ventricle - no evidence of intracranial hemorrhage ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยได้รับยาการรักษา โดยให้ยา ยา Nifedipine 1:5 vein drip 10 ได้รับการประเมินและ

เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt -PA) ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวมผู้ป่วยมีปอดอักเสบจากการสำลัก ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใน 3 วัน มีการวางแผนพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 0 คะแนน เป็น 35 คะแนน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต

นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 5 วัน ค่ารักษาพยาบาล 84,024 บาท

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ วินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มาด้วยอาการไม่รู้สีกตัว ไม่พูดมา 1 ชั่วโมงญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษา โดยใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนrefer มารักษาต่อที่ โรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและมีโรคร่วม เข้า Stroke Fast Track ประเมิน NIHSS ได้ 25 คะแนน CT Scan Brain พบมี - Sub acute to chronic infarction at left frontal lobe and left parietal lobeได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)ในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย Stroke unit ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นภาวะวิกฤตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม ผู้ป่วยรายนี้ มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น มีปัญหาการสื่อสาร และการกลืน และมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใน 4 วัน และมีอาการหายใจเหนื่อย หลังถอดท่อช่วยหายใจได้รับการรักษาด้วยการพ่นยา ให้ อาการดีขึ้น มีการวางแผนการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู และวางแผนจำหน่าย ค่า Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นจาก 0 คะแนน เป็น 50 คะแนน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูง ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์อนุญาต นัดติดตามการรักษา 3 สัปดาห์ รวมระยะวันนอน 6 วัน ค่ารักษาพยาบาล 63,366 บาท

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ชนิดตีบ ผู้ป่วยรายที่ 1 ถูกนำส่งโรงพยาบาลหลังมีอาการและอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 1.25 ชั่วโมงซึ่งเร็วกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ จากโรงพยาบาลชุมชนก่อนนำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น และเข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke

Fast Track ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในเวลา 4.5 ชั่วโมง เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Unit) ได้รับการแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อแตกต่างกันคือรายที่ 1 มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องลดความดันโลหิตที่สูงมีโอกาสเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถผ่านฟื้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ โรงพยาบาลขอนแก่น การพยาบาลได้ใช้แบบแผนการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของ Gordon ช่วยค้นหาปัญหา ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนการประเมินสุขภาพ ที่ต่างกัน ในรายที่ 1 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถปรับตัวได้เร็ว ถอดท่อช่วยหายใจได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายให้ส่งกลับบ้านได้โดยมีการนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 ยังต้องรับการรักษาโรคร่วมและโรคประจำตัวคือเบาหวาน และมีภาวะไตวาย ร่วมด้วย การรักษา และถอดท่อช่วยหายใจได้ช้ากว่าผู้ป่วยรายที่ 1 และยังคงดูแลต่อเนื่องจำหน่ายโดยส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพจากความเสื่อมสภาพตามวัย มีโรคร่วมเสื่อม และเป็นอัมพฤตอัมพาต ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและไม่เกิดภาวะ Progressive stroke การวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูสภาพโดยการท่ายาบำบัด ออกกำลังกาย ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและโรคร่วมของผู้ป่วยรายทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงมากและรุนแรงด้วยกันทั้งคู่ โดยมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมด้วยกัน และ



ผู้ป่วยรายที่ 2 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีโรคร่วม จึงทำให้ระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การฟื้นฟูสภาพร่างกายจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีค่าคะแนน Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นทั้ง 2 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ ส่งกลับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชนเดิมเพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องต่อไป

### อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและต้องเร่งด่วนในการรักษา เพื่อให้ทันเวลาในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) การใช้เวลาในการวินิจฉัยรักษา และการเข้าถึงยาได้ในเวลาจำกัด การเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะต้องทำให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะในช่วงเวลา 270 นาที หรือภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังจากเกิดอาการ การประเมินและเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกสำคัญ รายโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะแรก เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การดูแลรักษาสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และปฏิบัติตามเกณฑ์การให้ยาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic therapy) คือยา rt-PA ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันทำให้เลือดไหลกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงให้ได้เร็วที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปลอดภัย เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติ ภาวะแทรกซ้อนตามหลังโรค

หลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเนื่องจากเป็น ผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ การดูแลป้องกันตั้งแต่ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ช่วยป้องกันอีกทางด้วย ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมาก โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากจะช่วยกระตุ้น การฟื้นฟูตัวของสมองและกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น เพื่อลด ความพิการซ้ำซ้อน ควรให้ครอบครัวตั้งแต่ระยะแรก รับผู้ป่วยระยะดูแลรักษาตามปัญหาที่พบ และระยะเตรียมความพร้อมเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาล ใกล้บ้านสู่ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความสุขอยู่ร่วมในสังคมได้ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ การประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องปฏิบัติอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรค การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing processes) ทุกระยะของการดูแล พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพียงพอซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นผู้ป่วยปลอดภัยลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้



### เอกสารอ้างอิง

- จิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์, 2556). หน้า 311-344.
- ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. (2562) **คู่มือระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น . พิมพ์ ครั้งที่ 1** :ขอนแก่น :หจก คลังนานาชาติ ; 2562.
- สุภางค์ จริภักดิ์ (2557) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : วิทยานิพนธ์ศึกษาวารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กค-7 กย 2557.
- ดุสิต สถาวร และครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์.(2559). **สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย The Smart ICU. พิมพ์ครั้งที่ 1.** กรุงเทพฯ : บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. หน้า 9.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์, 2556). หน้า 311-344.
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2561). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- สถลทิพย์ คุณาศิร (2019 ) **การศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบบริการ Stroke Fast Track แต่ไม่เข้าเกณฑ์การรับยาละลายลิ่มเลือด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น . Journal Thai Soc Volume 18 (2):15-28.**
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน (Cerebrovascular Accident หรือ Stroke). ใน : สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง. หน้า 39-65
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). **แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 . พิมพ์ครั้งที่ 1** :ขอนแก่น :หจก คลังนานาชาติ. หน้า 3-16
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550). **แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.** กรุงเทพฯ.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2550). **แนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.** กรุงเทพฯ.
- อดุลย์ วิริยเวชกุล.(2534). **Acute Stroke Management.** ใน นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง, กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์ หน้า 451
- อรุณี เองยศมาก และวิจิตร กุสุมภ์. (2551). **ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท (Nervous System Alteration).**ใน : วิจิตร กุสุมภ์, บรรณาธิการ. Critical Care Nursing: A Holistic Approach. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์. หน้า 283-312
- รัชณี เบญจธันง และพิพพ์จิตร กัญจนสินธุ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ บริษัท ลีฟวิง เอ พี. หน้า 93 – 119.
- Troke STS, Roup STG. (1995). **Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke.** The National.Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group. N Engl J Med. 333: 1581-7.
- Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, guidetti D, et al.(2008). **Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke.** N Engl J Med . 359: 1317-29.

# การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โรงพยาบาลขอนแก่น Development of a Nursing Model for Care of Pediatric Ventilated Patients at Home at Khon Kaen Hospital

(Received: July 20 ,2020 ; Accepted: September 2 ,2020)

อภิญญา รongเมือง พ.บ.

Apinya Rongmaung B.N.S.

หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น

Older children's wards Khon Kaen Hospital

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 26 คน ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 45 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติ แบบสอบถาม แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประเมินปัญหาความต้องการการดูแล และประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สอบถาม สัมภาษณ์ปัญหาความต้องการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา** พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การเตรียมทีมรับเพื่อส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากนำใช้รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ในปี พ.ศ.2560 พบผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เป็นกลุ่มโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อเนื้อทั้งหมด และพบว่า 1) อัตรา readmission ภายใน 28 วัน ในหอผู้ป่วยเด็กโตลดลงจากก่อนการศึกษา โดยลดลงจากร้อยละ 50 (2 ราย) เป็นไม่มีผู้ป่วย readmission ระยะวันนอนในหอผู้ป่วยเด็กโตลดลง จากก่อนการศึกษา 2 ปี เป็น 6 เดือน และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ประมาณ 20 เท่า 2) การมีส่วนร่วมผู้ดูแลและครอบครัว พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแล ร้อยละ 100 3) การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เท่ากับ 98

**คำสำคัญ:** รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน

## Abstract

This study is an action research. The sample consisted of 26 multidisciplinary teams, 45 patients and their families. The instruments used for the study consisted of observation form, questionnaire, satisfaction questionnaire. Situation Information Form, Interview Form, Group Chat Record Assess the problem, care needs And assess satisfaction Data was collected by observing inquiries, interviews, problems, needs. Analyze quantitative data with frequency, percentage statistics and qualitative data analysis by content analysis.

The results of the study showed that the nursing model development for home care of pediatric ventilator use consisted of four steps: pre-hospital preparation. Preparing the receiving team for information transfer and patient care Continued care at home And monitoring and evaluation of home care After adopting a nursing model for home care of pediatric ventilator patients at home in

2017, three patients were found in all neurological and musculoskeletal disease groups and found that 1) readmission rates. Within 28 days in wards, older children were reduced from before the study. Decreased from 50% (2 cases) to no readmission patients. Sleep days in the older wards decreased. From 2 years to 6 months prior to the study and could reduce the cost of treatment approximately 20 times. 2) Participation of caregivers and families It was found that the satisfaction of the caregivers was 100%. 3) The participation of the multidisciplinary team. The satisfaction of the multidisciplinary team was 98.

**Keywords:** nursing care model, pediatric care Pediatric patients using home ventilators

## บทนำ

ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาและเทคโนโลยีการช่วยหายใจที่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น แต่ก็ยังมีเด็กอีกกลุ่มหนึ่งที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวและไม่สามารถหายจากเครื่องช่วยหายใจได้ การดูแลเพื่อให้เด็กที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (home ventilator) สามารถกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างปลอดภัย จำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน แล้วจึงเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายจากการอยู่โรงพยาบาล จะเห็นได้จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในรอบ 20 ปีจาก 2.8 ถึง 7.4 คนต่อประชากร 100,000 คน (US Census Bureau. State and county QuickFacts, 2010) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาวเฉลี่ย 2-3 รายต่อปี ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต และใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลนานมากกว่า 1 ปี ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นได้เสมอ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของทั้งเด็กและครอบครัว รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โดยเฉพาะหอผู้ป่วยเด็กโตจึงได้เริ่มดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน โดยการดำเนินงานนั้นมีการพัฒนาเป็นระบบมากขึ้นในปีพ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจด้านทักษะของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ในช่วงแรกของการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา บางรายกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ ขาดแคลนอุปกรณ์โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีทีมช่วยบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจทำให้เครื่องช่วยหายใจชำรุด และการเตรียมความพร้อมของทีมรับดูแลผู้ป่วยเด็กต่ออย่างขาดความต่อเนื่อง โรงพยาบาลขอนแก่นจึงได้ทำโครงการเพื่อจัดหาเครื่องช่วยหายใจสำหรับเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (Home ventilator) และพัฒนารูปแบบการพยาบาล วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสกลับคืนสู่ครอบครัว มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลลดลง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความผาสุกของจิตใจ (สุวรรณ ชัยกุล และคณะ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน พบว่าการจัดการเฉพาะกรณีจะต้องมีการตั้งเป้าหมายของกิจกรรมที่ชัดเจน มีการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว และมีการติดตามคอยกำกับดูแล

เพราะการจัดการเฉพาะกรณีได้เข้าไปมีบทบาทในกระบวนการจัดการ เพื่อให้การดูแลสุขภาพนั้นมีคุณภาพและเป็นคุณภาพที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยลดการจัดการที่ซ้ำซ้อนจากหลายๆ หน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นพร้อมด้วยความคุ้มค่าอยู่ในตัวเอง<sup>3</sup> (Laura M. Sterni, 2016) ในทุกขั้นตอนของการจัดการนั้น จะมุ่งให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Familycenteredcare : FCC) ซึ่งเป็นรูปแบบหรือวิธีการที่ครอบครัวและทีมสุขภาพร่วมกันในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล เริ่มตั้งแต่การตัดสินใจจนถึงการมีกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ในปัจจุบันมีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้นทั้งในคลินิก โรงพยาบาล ชุมชนและที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (Toly, Musil & Carl, 2012) ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ลดระยะวันนอนและส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งญาติหรือผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งมีการร่วมมือประสานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพตัวผู้ป่วยและครอบครัว (Pichitpornchai, W., 2000)

ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิได้รองรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ในการดูแลรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านเร็วขึ้นรวมทั้งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างเหมาะสม จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ซึ่งใช้แนวคิดของการดูแลจัดการเฉพาะกรณี (Case Management) มาเป็นแนวทางในการ

จัดการบริการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย โดยการผสมผสานหลักการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็ก (Family Centered Care) และมีการจัดการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) โดยมีการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการสาขาต่างๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณค่าภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมลดวันนอนโรงพยาบาล เกิดความคุ้มค่าในการให้บริการและมีความปลอดภัย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โรงพยาบาลขอนแก่น

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการเฉพาะกรณี มาเป็นแนวทางในการจัดการบริการที่เฉพาะ เจาะจงกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย โดยการผสมผสานหลักการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็กและมีการจัดการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทาการ์ด การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan: P) 2) การปฏิบัติการ (Act: A) 3) การสังเกต (Observe: O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect: R) (Kemmis S, Mc Taggart R., 2000)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มเจ้าหน้าที่ เป็นเจ้าหน้าที่จากสาขาวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ได้แก่ กุมารแพทย์ระบบหายใจ กุมารแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี พยาบาลหอผู้ป่วยเด็กโต พยาบาลทีมดูแลต่อเนื่อง เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ นักสังคมสงเคราะห์ ทีมเครื่องมือแพทย์ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้ป่วยและญาติของเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากร โดยกำหนดคุณสมบัติคือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเจ้าหน้าที่ จากสาขาวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ระบบหายใจ 1 คน กุมารแพทย์เจ้าของไข้ 1 คน พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยเด็กโต 15 คน พยาบาลทีมดูแลต่อเนื่อง 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน โภชนากร 1 คน พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ทีมเครื่องมือแพทย์ 1 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านทั้งหมด ในโรงพยาบาลขอนแก่น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ก่อนพัฒนาปี 2560 ผู้ป่วยจำนวน 4 คน และญาติ 15 คน และหลังพัฒนาปี 2560 ผู้ป่วยจำนวน 5 คน และญาติ 21 คน

### กระบวนการดำเนินการวิจัย

กำหนดระยะเวลาในการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน** โดยศึกษาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา ปัญหาการ readmission การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และระยะวันนอนในหอผู้ป่วย ค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและ

ครอบครัว การจัดเตรียมอุปกรณ์โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจ และการเตรียมความพร้อมของทีมรับส่งต่อการดูแลผู้ป่วย โดยระดมความคิดทีมสหวิชาชีพ การทำ quality round การทำ hospital conference และการสนทนากลุ่ม ทบทวนเวชระเบียน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

**ระยะที่ 2 นำเสนอสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน** กำหนดรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ซึ่งใช้แนวคิดของการดูแลจัดการเฉพาะกรณี (Case Management) มาเป็นแนวทางในการจัดการบริการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย โดยการผสมผสานหลักการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็ก (Family Centered Care) และมีการจัดการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) โดยจัดการประชุมชี้แจง นำเสนอสถานการณ์ และร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน จัดทำคู่มือแบบบันทึก ผูกทักษะการปฏิบัติ

**ระยะที่ 3 นำใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น** โดยสร้างการเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ได้จัดทำคู่มือและแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่สหวิชาชีพใช้ร่วมกัน โดยประเมินติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ประชุมปัญหาหรืออุปสรรคจากการปฏิบัติทุก 1 เดือน เยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกันประจำทุกวัน และทุกครั้งเมื่อมีข้อมูลต้องปรับแผนการดูแลในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับสหวิชาชีพ นอกจากนี้ได้กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ของหอผู้ป่วยเด็กโตมีบทบาทเป็นพยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี ทำหน้าที่ประสานงาน สื่อสารวางแผนทีมผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กโต มีบทบาทในการสนับสนุน เอื้ออำนวยให้สหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องได้ชัดเจน

**ระยะที่ 4 สรุปและประเมินผล** ระหว่างทีมผู้ดูแลสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ทีมดูแลต่อเนื่อง ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่

บ้าน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ติดตามผลลัพธ์ ก่อนและหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินปัญหาความต้องการการดูแล และประเมิน ความพึงพอใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสังเกตการณ์ ปฏิบัติ แบบสอบถาม แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบบันทึกข้อมูล สถานการณ์ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนา กลุ่ม ประเมินปัญหาความต้องการการดูแล และ ประเมินความพึงพอใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา ข้อมูล เนื้อหา Content analysis วิเคราะห์จากการทบทวน กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดเหตุไม่พึงประสงค์

### ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน พบว่า หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่นได้เริ่มดำเนินโครงการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551-2559 ผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน จำนวน 4 ราย พบผู้ป่วย readmission จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะวันนอนเฉลี่ย 2 ปี จากการ วิเคราะห์พบสาเหตุหรือปัจจัย readmission จากมี ปอดอักเสบ 2 ราย ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา หลัง 1 ปี 1 ราย กลุ่มโรคที่พบได้แก่ โรคทางระบบ ประสาทและกล้ามเนื้อ 2 ราย โรคระบบประสาท ส่วนกลาง 1 ราย และโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ราย ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจที่บ้านที่ชัดเจน ไม่ได้กำหนดแนว ททางการดูแลและบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพ มีการ ประสานงานโดยแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งอาจ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผล

2. รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การ เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การ เตรียมทีมรับเพื่อส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วย การ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามและประเมินผลการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จากโรงพยาบาล

เป้าหมาย : เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เริ่มต้นจากแพทย์ผู้ดูแลประเมินอาการและพิจารณา ว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านและ ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ค้นหาผู้ดูแลหลัก อย่างน้อย 2 คน จากนั้นจะมีการเยี่ยมผู้ป่วยโดย ทีมสหวิชาชีพ (กุมารแพทย์ระบบหายใจ กุมารแพทย์ เจ้าของไข้ พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี พยาบาล เจ้าของไข้ พยาบาลทีมดูแลต่อเนื่อง เภสัชกร นัก กายภาพบำบัด โภชนากร พยาบาลควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อ นักสังคมสงเคราะห์ ทีมเครื่องมือ แพทย์ ) รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อวางแผน ร่วมกันโดยการทำ quality round อย่างน้อย 1 ครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน อาจจะทำมากกว่า 1 ครั้ง วัตถุประสงค์ของ quality round เพื่อให้ทุก วิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัวได้ ร่วมกันวางแผนการรักษาแบบเป็นองค์รวม และเน้น ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็ก สหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องมีบทบาทเตรียมตัวความพร้อมเพื่อจำหน่าย ผู้ป่วยดังนี้

- 1) แพทย์แจ้งการวินิจฉัยโรคและแผนการ รักษาแก่ทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและครอบครัว
- 2) พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี และพยาบาล เจ้าของไข้ เตรียมการให้ความรู้ วางแผนการฝึกและ ประเมินทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแล
- 3) พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี และพยาบาล ทีมดูแลต่อเนื่อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินความ พร้อมของบ้านและสิ่งแวดล้อม ค้นหาผู้ดูแลหลักอย่าง



น้อย 2 คนและประสานงานกับสถานบริการใกล้บ้าน  
ที่ชุมชนที่จะรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

4) เกสัชกร เตรียมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา  
แก่ผู้ดูแล

5) นักกายภาพบำบัด เตรียมแผนการสอนและ  
ประเมินทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องเพื่อ  
ป้องกันแผลกดทับ ข้อยึดติด และการจัดทำเพื่อ  
ระบายเสมหะ

6) โภชนากร เตรียมสอนผู้ดูแลเรื่องการเตรียม  
อาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหาร  
ทางสายยาง (gastric feeding)

7) พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ  
เตรียมแผนการดูแลอุปกรณ์ปราศจากเชื้อและการ  
ดูแลขยะติดเชื้อที่บ้าน

8) นักสังคมสงเคราะห์ ประสานหน่วยงานที่  
เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือตามสิทธิของผู้ป่วย

9) ทีมเครื่องมือแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์ที่  
จำเป็นและแผนการดูแลบำรุงรักษาอุปกรณ์และ  
เครื่องช่วยหายใจ

**ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมทีมรับเพื่อส่งต่อ  
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย** เป้าหมาย: เพื่อส่งต่อข้อมูลที่  
จำเป็นของผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของทีมชุมชน  
ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมและเสริม  
พลังของชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่น พยาบาล  
ผู้จัดการเฉพาะกรณีเป็นผู้ประสานงานหลัก กิจกรรม  
ประกอบด้วย

1) การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความ  
พร้อมของสถานที่และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้  
ปลอดภัย ปราศจากการติดเชื้อ และป้องกันการ  
แพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

2) ทำ hospital conference คือประชุมร่วม  
ระหว่างทีมส่งต่อ (ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล  
ขอนแก่น) และทีมรับซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล  
ในโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้บ้านผู้ป่วย พยาบาลและ  
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสาธารณสุขตำบลใกล้บ้านผู้ป่วย  
อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน หัวหน้าชุมชน ตัวแทน  
จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

### ขั้นตอนที่ 3 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่าง  
ปลอดภัยจากทีมสหวิชาชีพ

เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน  
ไม่สามารถมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลได้ จึง  
ต้องอาศัยทีมเยี่ยมบ้าน และในกรณีที่มีเหตุการณ์  
ฉุกเฉินสามารถรับการรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาล  
ชุมชนใกล้บ้านได้ พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณีเป็นผู้  
ประสานงานหลัก กิจกรรมประกอบด้วย

1) การส่งต่อแผนการรักษาระยะยาว การดูแล  
ภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น การปรับเครื่องช่วยหายใจ แนว  
ทางการรักษาภาวะฉุกเฉินโดยแพทย์เจ้าของไข้ และ  
แพทย์ผู้ดูแลต่อเนื่อง (แพทย์ประจำ หรือแพทย์เวช  
ศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน/หน่วยบริการ  
ใกล้บ้าน)

2) การวางแผนการรับยา ทำความสะอาด  
แลกเปลี่ยนอุปกรณ์การแพทย์ และบำรุงรักษา  
เครื่องช่วยหายใจ

3) การวางแผนกำจัดขยะติดเชื้อที่เหมาะสม  
เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

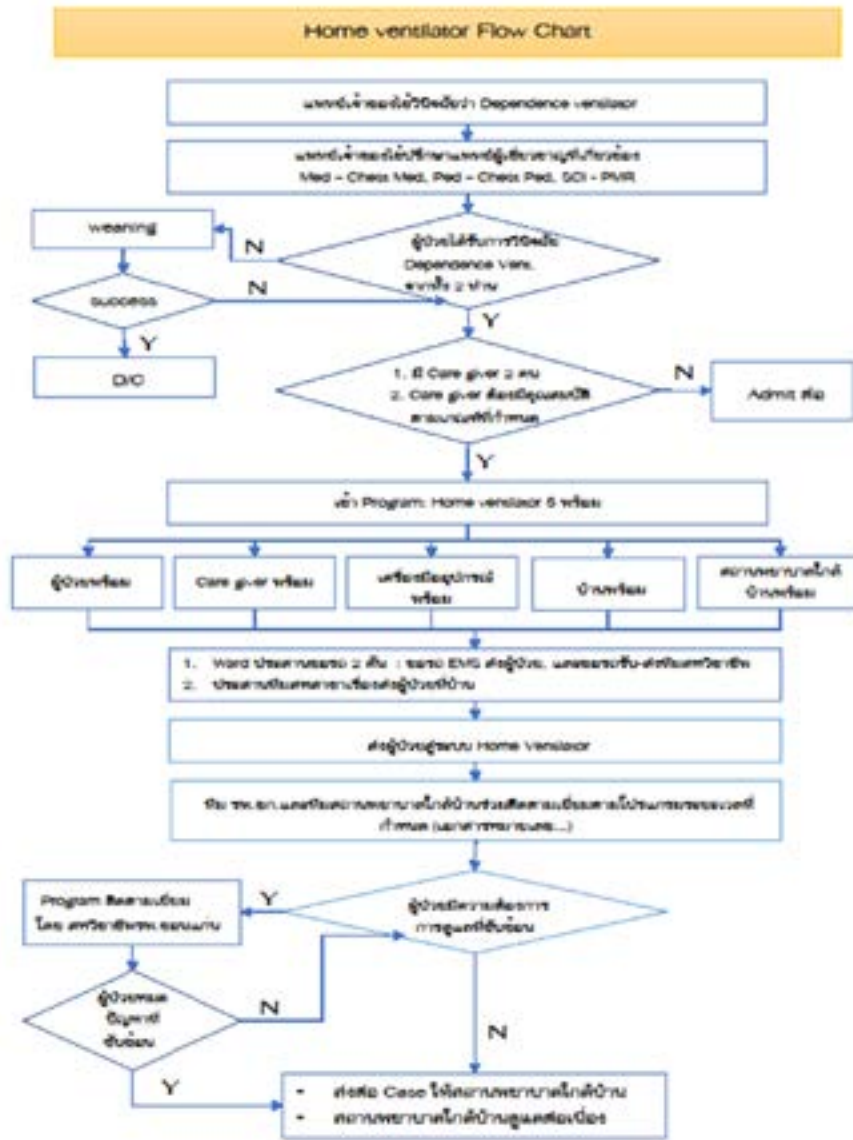
4) มีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หมายเลข  
โทรศัพท์แพทย์หรือพยาบาลของสถานพยาบาลใกล้  
บ้าน หมายเลขโทรศัพท์พยาบาลผู้จัดการเฉพาะกรณี  
และกุมารแพทย์ระบบหายใจ นอกจากนี้มีการจัดตั้ง  
กลุ่ม Application Line เพื่อให้คำปรึกษาร่วมกันของ  
ทีมสหสาขาวิชาชีพ

**ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลการ  
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน** เป้าหมายเพื่อประเมินการดูแล  
ผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล  
ในชุมชน รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาและ  
อุปสรรคที่อาจจะพบในระหว่างการดูแล โดยพยาบาล  
ผู้จัดการเฉพาะกรณีและพยาบาลทีมดูแลต่อเนื่องเป็นผู้  
ประสานงานร่วมกัน

นอกจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการ  
ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ซึ่งเป็น  
รูปแบบที่ชัดเจนแล้ว ยังได้พัฒนาจัดทำคู่มือในการ  
ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน แนวทาง  
ปฏิบัติการส่งปรึกษา การประเมิน และการดูแลผู้ป่วย

Ventilator dependence แบบประเมินความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล สื่อการสอนสำหรับเตรียมผู้ดูแลในการทำกิจกรรมพยาบาลที่จำเป็น รายการเบิกและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ แนวทางปฏิบัติการรับยาและวัสดุการแพทย์ของผู้ป่วย Home ventilator หลัง

จำหน่ายกลับบ้าน เกณฑ์การเยี่ยมบ้านและแนวทางการปฏิบัติการบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจ โดยมี Flow chart รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน และ Home program 5 พร้อม ดัชนีประเมินที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โรงพยาบาลขอนแก่น

**3. ผลลัพธ์การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น**

ภายหลังนำใช้รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ในปี พ.ศ.2560

พบผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เป็นกลุ่มโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อทั้งหมด และพบว่า จนเกิดความมั่นใจพร้อมที่จะกลับบ้าน ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้



3.1 อัตรา readmission ภายใน 28 วัน ในหอผู้ป่วยเด็กโพลลดลงจากก่อนการศึกษา โดยลดลงจากร้อยละ 50 (2 ราย) เป็นไม่มีผู้ป่วย readmission

3.2 ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยเด็กโพลลดลง จากก่อนการศึกษา 2 ปี เป็น 6 เดือน และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ประมาณ 20 เท่า

3.3 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแล ร้อยละ 100 ผู้ดูแลหลักมีสมรรถนะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านผ่านการประเมินความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 และผ่านการประเมินทักษะปฏิบัติในระดับดีมาก ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลจะโทรศัพท์หรือใช้ Application Lineปรึกษามาที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโดยตรง จำนวน 2 ราย และปรึกษาทีมสถานบริการใกล้บ้าน 1 ราย

3.4 การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เท่ากับ 98 โดยเฉพาะเครือข่ายสถานบริการใกล้บ้านและชุมชน มีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถเสริมพลังให้โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ได้แก่ ช่วยระดมทุนจัดสร้างบ้านให้ถูกตามหลักควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

### อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน หอผู้ป่วยเด็กโพล โรงพยาบาลขอนแก่น ทีมผู้ให้การรักษาระหว่างกุมารแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเด็กโพล และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องพบว่าอัตรา readmission ภายใน 28 วัน ร้อยละ 50 มีระยะเวลานอนเฉลี่ย 2 ปี ยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านที่กำหนดเป้าหมาย แนวทางการดูแลและบทบาทหน้าที่ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ซึ่งใช้

แนวคิดของการดูแลจัดการเฉพาะกรณี มาเป็นแนวทางในการจัดการบริการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย โดยการผสมผสานหลักการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเด็ก และมีการจัดการวางแผนจำหน่าย โดยกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการดูแลเดียวกัน รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ค้นหาผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 2 คน และทำ quality round เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาแบบเป็นองค์รวม ประกอบด้วยคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน แนวทางปฏิบัติการส่งปรึกษา การประเมิน และการดูแลผู้ป่วย Ventilator dependence แบบประเมินความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล สื่อการสอนสำหรับเตรียมผู้ดูแลในการทำกิจกรรมพยาบาลที่จำเป็น รายการเบิกและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ 2) การเตรียมทีมรับเพื่อส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วย โดยประเมิน Home program 5 พร้อม 3) การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แนวทางปฏิบัติการรับยาและวัสดุ การแพทย์ของผู้ป่วย Home ventilator หลังจำหน่ายกลับบ้าน 4) การติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกณฑ์การเยี่ยมบ้านและแนวทางปฏิบัติการบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณฯ ชัยกุลและคณะ (2558) Laura M. Sterni (2016) วรรณฤดี เชาวศรีกุล (2560) พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน การประสานงานระหว่างสถานบริการใกล้บ้าน การติดตามเยี่ยม บันทึกอาการ พร้อมให้การช่วยเหลือในการจัดการการดูแล การจัดตั้งทีมดูแล การคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่สามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจได้ การประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนระบบการติดตามเยี่ยมและประเมินผล นอกจากนี้ผู้ดูแลและครอบครัว มีความพึงพอใจร้อยละ 100 ผู้ดูแลหลักมีสมรรถนะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านผ่านการ

ประเมินความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 และผ่านการประเมินทักษะปฏิบัติในระดับดีมาก ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีช่องทางการสื่อสารชัดเจน เมื่อผู้ดูแลและครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติ จะโทรศัพท์หรือใช้ Application Line ปรึกษามาที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโดยตรง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มโรคที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ได้แก่ โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคระบบประสาทส่วนกลาง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mireu Park (2019) ที่พบว่าสาเหตุการวินิจฉัยที่พบบ่อย คือโรคระบบประสาทส่วนกลาง รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาทตามลำดับ ภายหลังจากนำใช้รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน สามารถลดอัตรา readmission ภายใน 28 วัน จากร้อยละ 50 เป็นไม่มีผู้ป่วย readmission ลดระยะวันนอน จาก 2 ปี เป็น 6 เดือน และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ประมาณ 20 เท่า (Toly, V. and other, 2012; Pichitpornchai, W. , 2000) สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเท่ากับ 98 โดยเฉพาะเครือข่ายสถานบริการใกล้บ้านและชุมชน มีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถเสริมพลังให้โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ได้แก่ ช่วยระดมทุน

จัดสร้างบ้านให้ถูกตามหลักควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น (Reshma Amin (Eds.), 2019)

### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย การนำรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านไปใช้ควรมีการปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ ติดตามประเมินผลการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม เพื่อให้การปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจนมากขึ้น

### บทเรียนที่ได้จากการศึกษา

สร้างทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบที่ชัดเจน (model for continuity ventilator care) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วย สามารถนำรูปแบบการดูแลไปขยายผลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ และในโรงพยาบาลอื่นได้เป็นอย่างดี เกิดทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง สามารถนำไปใช้ต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน รวมทั้งโรงพยาบาลในเครือข่าย (มหาสารคาม) ได้

### เอกสารอ้างอิง

รรณฤดี เขาว์ศรีกุล. ประสบการณ์ : การดูแลผู้ป่วยเด็กพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้านโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.

*วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.* 2560; 18(2): 3-13.

สุวรรณ ชัยกุล ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัยและมลธิธา อุดชุมพิสัย. การจัดการทางการพยาบาลในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2558; 8(4): 1-10.

Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory action research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research.* 2nd eds. Thousand Oaks CA: Sage 2000; pp: 567-605.

Laura M. Sterni. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Pediatric Chronic Home Invasive Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2016; 193(8): e16-35.



- Mireu Park (Eds.). Pediatric Home Mechanical Ventilation in Korea: the Present Situation and Future Strategy. *Journal Korean Med Sci.* 2019 Nov 4; 34(42): e268.
- Pichitpornchai, W. (2000) Discharge planning: Exploring current nursing practice in acute care setting in Thailand. Doctoral Dissertation, La Trobe University Australia.
- Reshma Amin (Eds.). Analysis of a Pediatric Home Mechanical Ventilator Population. *Pediatric Pulmonology.* 2019;54:40-46.
- Toly, V. B., Musil, C. M., & Carl, J. C. A longitudinal study of families with technologydependent children. *Research in Nursing & Health,* 2012; 35(1): 40-54.
- US Census Bureau. State and county QuickFacts 2010. <http://quickfacts.census.gov/qfd/index.html>. Accessed March 3, 2017.

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ:กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing care of septic shock

(Received: July 25 ,2020 ; Accepted: September 10 ,2020)

นฤมล ฮามพิทักษ์  
โรงพยาบาลขอนแก่น  
Narumon Hampitak  
Khon Kaen Hospital

#### บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**ผลการศึกษา:** จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและตามมาด้วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งในกระบวนการรักษาไม่ได้มุ่งเน้นที่จุดใดจุดหนึ่ง แต่เป็นการทำงานในระบบเครือข่าย การค้นหาให้พบ และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอ เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย และ ลดอัตราการเสียชีวิต

**คำสำคัญ:** ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis), ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock)

#### Abstract

This is a comparative study of two case studies in the critical phase, continuous care phase, and the discharge planning phase. Data was collected using Gordon's 11th health scheme of patient assessment to find patient problems, set nursing decisions, plan nursing practice, summarize, and evaluate nursing results.

Results: In both case studies, nurses played an essential role in the surveillance of all infected patients to avoid infection, following by septic shock. Therefore, the abilities to screen, assess symptoms, and coordinate with a multidisciplinary team are required to provide medical treatment as well as surveillance, and to monitor patients with sepsis and septic shock. The treatment does not focus on a particular point, but emphasizes on working in the network, finding, and providing patients with prompt and comprehensive care. There is adequate information to transfer to achieve the goals for patient safety and reduce mortality.

Keywords: sepsis , septic shock

#### บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของ

การเสียชีวิตในผู้ป่วยหนัก มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในร่างกาย โดยร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ แม้ว่าปัจจุบันจะมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ทันสมัยและการ

รักษาด้วยการช่วยชีวิตก็ตาม ผลลัพธ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแม้จะมีแนวโน้มดีขึ้นโดยรวมอาจเป็นเพราะการให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและมีการปรับปรุงกระบวนการแนวทางในการดูแลแบบประคับประคอง แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงสูงอย่างไม่เป็นที่ยอมรับ (Gyawali, B. and other, 2019) ในสหรัฐอเมริกา ในปี 2554 พบอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 300 รายต่อประชากร 100,000 คน ถือเป็นปัญหาสำคัญด้านการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้มีค่ารักษาที่แพงที่สุดในสหรัฐอเมริกาคิดเป็นมูลค่ามากกว่า 20 ล้านเหรียญสหรัฐ (ประมาณ 5.2% ของค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลทั้งหมด) ทางระบาดวิทยาทั่วโลกคาดว่ามากกว่า 30 ล้านคน ได้รับผลกระทบจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกปีทั่วโลกส่งผลให้อาจมีผู้เสียชีวิต 6 ล้านคนต่อปี อัตราการเสียชีวิตและจากข้อมูล Surviving Sepsis 2555 อยู่ที่ประมาณ 41% ในยุโรปเทียบกับประมาณ 28.3% ในสหรัฐอเมริกา (Gul, F. and other, 2017)

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เมื่อร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการติดเชื้อได้ แม้มีการให้สารน้ำที่เพียงพอแต่ค่าความดันโลหิตยังคงต่ำอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องให้ยาช่วยพุงระดับ ความดันโลหิต (vasopressors) เพื่อประคองค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (mean arterial pressure; MAP) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าระดับของแลคเตทในเลือด (serum lactate) มากกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร และปัสสาวะออกน้อย พยาธิสภาพของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของหลอดเลือด (distributive shock) เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นร่างกาย จะมีการสร้าง toxin มากระตุ้น complement pathway และ monocyte, neutrophil และ endothelial cell ให้หลั่งสาร mediators เช่น tumor necrosis factor (TNF), interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), platelet activating factors (PAF) (วิจิตรรา กุสุมภ์ และคณะ, 2556) ฯลฯ ส่งผลให้มีการกระตุ้น inflammatory response ทั่วทั้งร่างกายทำให้เซลล์มีการเสื่อมสภาพ

เซลล์บุผนังหลอดเลือดมีส่วนสำคัญในการตอบสนองของหลอดเลือดจากการอักเสบเฉียบพลัน การตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะคือการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบซึ่งส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและการหดตัวของเซลล์บุผนังหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยให้การรั่วไหลของโปรตีนเข้าไปในช่องว่างและเนื้อเยื่อนอกหลอดเลือด สูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน อีกทั้ง มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะ DIC จากการกระตุ้น coagulation cascade ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ชัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด (Parillo JE, 1993)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ให้บริการผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบไปด้วย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีขอบเขตการดูแลผู้ป่วยทั้งในเขตจังหวัดขอนแก่นและรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยวิกฤตจากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ามารับการรักษา ในปี 2559 ถึง 2561 มีจำนวน 2,123, 2,077 และ 2,113 รายตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 68.8, 47.9 และ 43.6 ในปี 2559 ถึง 2561 ตามลำดับ (โรงพยาบาลขอนแก่น, 2561)

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จึงได้จัดทำรายงานกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลระยะวิกฤตในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

### วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์ และแผนการรักษาของแพทย์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จาก

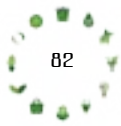
เอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

### ผลการศึกษา

#### 1. การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

#### ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>หญิงไทย อายุ 85 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 4 กันยายน 2562 ได้รับการวินิจฉัย pneumonia with Respiratory failure with septic shock ประวัติ เป็น HT มา 15 ปี ที่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมาตลอด</p> <p>อาการสำคัญ ไข้ หายใจหอบเหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย นึกถึง pneumonia เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 78 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 85/33 มิลลิเมตรปรอท จึง On Levophed (4:250) vein drip 10-32 cc/hr. ให้ยา Antibiotic เป็น Ceftriaxone 2 gm + NSS 100 ml vein drip in 3 hr q 8 hr. ต่อมาอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น On ET tube No 7.5 ซิต 22 วินิจฉัย pneumonia with Respiratory failure with septic shock ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่อง GCS E4VTM6 แต่หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 127 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 130/69 มิลลิเมตรปรอท, O2 Saturation 100% ตรวจร่างกายแกร็บ ฟังปอดได้เสียง crepitation both lung</p> <p>วินิจฉัยครั้งแรกเป็น pneumonia with Respiratory failure with septic shock Activate sepsis protocol on Levophed 4:250 vein drip 30 mcdrop/min titrate ครั้งละ 3 ml/hr. keep MAP ≥ 65 mmHg ทุก 10 นาที มีปัญหา adrenal insufficiency on Hydrocortisone 200 mg + 5% D/W 100 ml drip in 24 hr ให้ Antibiotic เป็น Tazocin 4.5 gm IV drip q 8 hr. Retained Foley's catheter เจาะ DTX ได้ 108 mg% งดน้ำงดอาหาร Admit (Day 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่อง กระสับกระส่าย On ET tube with On carina PCV mode PS 15, PEEP 5, TV 450, RR 16, FIO2 0.4, Cuff pressure 22 mmHg, O2 Saturation 100% สัญญาณชีพแกร็บ ไข้สูง อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 108 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที on ventilator ความดันโลหิต 73/38 มิลลิเมตรปรอท, sos score = 8 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที titrate levophed 4:250 IV drip 33 mcdrop/min keep MAP ≥ 65 mmHg., Blood Hemoculture ผลการตรวจเป็น Acinetobacter baumannii เปลี่ยนให้ยา</p>	<p>หญิงไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 3 มีนาคม 2562 ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia with Septic shock with Respiratory failure with AKI with Hyperkalemia มีประวัติเป็น HT, DM 10 ปี รักษาที่ชุมชนมาตลอด</p> <p>อาการสำคัญ ไข้ หายใจหอบเหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 3 วันก่อนมาไข้ ถ่ายเหลว อาเจียน กินได้น้อยเหนื่อย เพลีย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง ซึมลง หอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีปัญหา ความดันโลหิตต่ำ 88/46 มิลลิเมตรปรอท. ให้สารน้ำ 0.9%NSS total 2,000 ml ให้ Levophed (4:250) vein drip 32 ml/hr. เจาะ lab lactate high รักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone 2 gm vein stat ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย กระวนกระวาย ต่อมาซึมลง E3V4M5 On ET-Tube NO.6.5 ซิต 20 cm. Retain Foley's catheter มีวินิจฉัย Pneumonia with Respiratory failure with Septic shock with AKI with Hyperkalemia with Hypoglycemia ส่งต่อมาโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ถึง ER ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่อง GCS E3VTM5 แต่หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย On ET Tube NO.6.5 ซิต 20 อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 66 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 78/48 มิลลิเมตรปรอท, O2 Saturation 100% Levophed 4:250 IV drip 33 mcdrop/min titrate</p> <p>วินิจฉัยครั้งแรกเป็น Pneumonia with Septic shock with Respiratory failure with AKI with Hyperkalemia with Hypoglycemia with DM with HT แพทย์ Activate sepsis protocol ทำ ultrasound IVC maximum diameter ได้ 2.02 cm ค่า minimum diameter ได้ 1.28 cm distensibility index 57.8% มี ปัญหา adrenal insufficiency ให้ Hydrocortisone 200 mg + 5%D/W 100 ml vein drip in 24 hr เจาะ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Po, Mg, LFT, PT, PTT INR, lactate x 2 q 6 hr. เก็บ TSC, G/S Retained Foley's catheter ส่ง UA, U/C เจาะ DTX q 6 hr, keep 100-180 mg% งดน้ำงดอาหาร admit (Day 1) On ET tube with On carina PCV mode PS 15 PEEP 5 TV 450, RR 16, FIO2 0.4 Cuff pressure 22 mmHg, O2 Saturation 100% ความดันโลหิต 68/48 มิลลิเมตรปรอท SOS = 8 คะแนน levophed 4:250 IV drip 50</p>



## ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>Antibiotic เป็น Meropenem 2 gm + NSS 100 ml IV drip in 3 hr. then 1 gm vein drip ทุก 8 hr หลังให้ไม่มีอาการแพ้ยาหรือมีผื่น ผล lactate 8.50 mmol/L มี secretion มากให้ยา Acetin, Bisolvon ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของแพทย์ทำ Echo Bedside พบ Bilateral Pleural effusion ผล albumin ได้ 1.7 g/dl แพทย์ให้ 5% albumin 500 ml in 60 นาที wean off levophed ได้ ความดันโลหิตหลัง Off 109/60-111/54 มิลลิเมตรปรอท lactate 6.30 mmol/L (Day 2) ผู้ป่วยสดชื่นไม่มีอาการเหนื่อยหายใจหอบ หายาเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อหายใจไม่มีอาการเหนื่อยหายใจหอบ On O2 Mask with bag 10 LPM (Day 3) On O2 Canular 3 LPM Keep O2 Saturation <math>\geq</math> 95% ให้ Lasix 40 mg vein stat มีปัญหา adrenal insufficiency ให้ Hydrocortisone 50 mg vein ทุก 12 hr. เจาะ DTX ได้ 113 mg% ผล lactate 1.30 mmol/L รับประทานอาหารได้ดี (Day 3) หายใจ room air O2 Saturation <math>\geq</math> 98% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส, ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/86 มิลลิเมตรปรอท Refer โรงพยาบาลชุมชน for continuous Antibiotic Meropenem จนครบ 14 วัน รวมอยู่รักษา 5 วัน</p>	<p>mcdrop/min มีปัญหา Hyperkalemia ค่า potassium 6.23 ให้ 10% Calcium gluconate 10 ml vein, 50% glucose + RI 10 Unit vein, Kalimate 30 gm.+ น้ำ 100 ml rectal support มี lactulose 30 cc oral stat ผล albumin ได้ 2.2 g/d ให้ 5% albumin 500 ml. in 30 นาที ผล ABG มีภาวะ Severe Metabolic Acidosis รักษาโดยให้ 7.5% NaHco3 2 Amp ให้ antibiotic เป็น Meropenem 2 gm vein drip ทุก 8 hr. ผล tracheal suction culture ขึ้น Numerous Pseudomonas aeruginosa เปลี่ยนยา Antibiotic เป็น Ceftazidime 2 gm ทุก 8 hr. และ Levofloxacin 750 mg ทุก 24 hr. หลังให้ไม่มีอาการแพ้ยา ครบ 6 ชั่วโมงหลัง Activate sepsis protocol สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 97/59 มิลลิเมตรปรอท SOS = 4 คะแนน levophed 4:250 vein drip 52 mcdrop/min (Day 2) มีปัญหา adrenal insufficiency ให้ Hydrocortisone 200 mg vein drip in 24 hr. wean off levophed ได้ ความดันโลหิต 131/79 มิลลิเมตรปรอท หายใจได้ดี ตื่นดี ไม่มีหายใจเหนื่อย หอบ Try Wean T-Piece 10 LPM O2 Sat 99% plan Off Tube หลัง wean 2 hr. ขณะ wean T-Piece ไม่มีเหนื่อยหอบ (Day 3) Off ET tube แล้ว ให้ On O2 Mask with bag 10 LPM และเปลี่ยนเป็น O2 Cannula 3 LPM O2 Saturation 99% ไม่มีหายใจเหนื่อย รับประทานอาหารเบาหวานได้ (Day 4) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้เรื่องหายใจ room air หายใจไม่หอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 137/83-160/90 mmHg. Refer โรงพยาบาล Continue Ceftazidime จนครบ 5 วัน Levofloxacin (500) 1 1/2 X 1 oral pc x 3 dose รวมอยู่รักษา 3 วัน</p>

## 2. เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

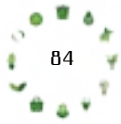
รายละเอียด	ผลการตรวจ
Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine	พบว่าพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีค่าของ Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine (Cr) ปกติ BUN 12 mg/dL Creatinine 0.69 mg/dL แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าของ Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine (Cr) สูงกว่าปกติมาทั้งสองตัว BUN 34 mg/dL Creatinine 2.91 mg/dL แสดงว่าไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ eGFR ลดลง แสดงว่าการกรองของไตลดลงด้วยเช่นกัน
Electrolyte	พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 Sodium สูง 128 mmol/L, Potassium สูง 3.76 mmol/L, Calcium 9.2 mg/dL, Phosphorus 8.3 mg/dL, Chloride ต่ำ 99 mmol/L, HCO <sub>3</sub> ต่ำ 16 mmol/L มีแต่ผู้ป่วยรายที่ 2 Sodium สูง 145 mmol/L, Potassium สูง 6.23 mmol/L, Chloride ต่ำ 101 mmol/L, HCO <sub>3</sub> ต่ำ 4.0 mmol/L จะเห็นได้ว่ารายที่ 2 มีค่า Potassium, Calcium, Phosphorus สูงกว่าปกติมาก เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถขับ Potassium (K) ออกจากร่างกายได้ และค่า Bicarbonate (HCO <sub>3</sub> ) ต่ำกว่าปกติมาก เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ไม่สามารถปรับสมดุลของสภาวะกรดต่างได้ ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดในร่างกาย (Severe Metabolic Acidosis)
Lactate	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าค่า lactate มีระดับที่สูงขึ้นเรื่อยๆ มากกว่าค่าปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 Lactate 8.50 mmol/L ผู้ป่วยรายที่ 2 Lactate 21.70 mmol/L เป็นผลมาจากการติดเชื้อในร่างกายที่รุนแรง เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจนเกิด กรดแลคติกคั่ง
Arterial Blood Gas (ABG)	ผู้ป่วยรายที่ 1 pH 7.57, pCO <sub>2</sub> 25.0 mmHg, pO <sub>2</sub> 123.4 mmHg, HCO <sub>3</sub> 23.1 mmHg ผู้ป่วยรายที่ 2 pH 7.175, pCO <sub>2</sub> 16.8 mmHg, pO <sub>2</sub> 213.6 mmHg, HCO <sub>3</sub> 26 ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Metabolic acidosis
CBC	พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่า CBC ผิดปกติ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ผล WBC 16.2 10 <sup>3</sup> /ul Neutrophil 80.7% แสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่า ผล Hematocrit 23.1% และ Hemoglobin 6.9 g/dL มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเป็น CKD อาจทำให้ Hematocrit และ Hemoglobin มีค่าต่ำได้ และจากการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ที่เกิดจากภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย

### 3. ข้อวินิจฉัย ทางกายภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการพื้นฐานปกติของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งภาวะปกติและการเปลี่ยนแปลง/ปรับเปลี่ยนขณะเจ็บป่วย ได้นำมาเป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยต่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มี 3 ระยะคือระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติของผู้ป่วย 2 ราย การประเมินผู้รับบริการตามแบบ แผนสุขภาพ

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจตอนที่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจตอนที่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจตอนที่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2	เสี่ยงต่อน้ำเยื่อหุ้มสมองอักเสบเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	เสี่ยงต่อน้ำเยื่อหุ้มสมองอักเสบเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ	เสี่ยงต่อน้ำเยื่อหุ้มสมองอักเสบเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ
3	ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่	ไม่พบปัญหา	ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหายที่
4	มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีไข้ เนื่องจากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด
5	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
6	เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว จากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว จากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว จากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
7	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อ	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากภาวะติดเชื้อ
8	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน,ของเสียคั่ง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง
9	เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ	ไม่พบปัญหา	เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะวิกฤติ
10	เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง	ไม่พบปัญหา	เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง
11	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคาท้อช่วยหายใจ	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคาท้อช่วยหายใจ	การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากความจำเป็นในการคาท้อช่วยหายใจ
12	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง
13	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก	ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก
14	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดจากการเจ็บป่วย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดจากการเจ็บป่วย	เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดจากการเจ็บป่วย
15	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน



### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤติของผู้ป่วย 2 ราย การประเมินผู้รับบริการตามแบบ แผนสุขภาพ

ปัญหา	ทฤษฎี	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	ลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	ลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
16	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

#### 4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการเจ็บป่วยในระยะเวลาวิกฤติ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การพยาบาลที่สำคัญในระยะเวลาวิกฤติ ดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	<p>ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis &amp; septic shock) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การดักจับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1) พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยใช้ qSOFA score และ SOS score 2) ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแบบประเมิน KKH Sepsis protocol (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561) 3) หากประเมินว่าผู้ป่วยเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที และเจาะ lab lactate ทันที 4) ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระดับคะแนนของ SOS score ที่ประเมินได้เมื่อแรกรับ 5) หากผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ให้ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและดำเนินการตามข้อ 2 และ 3</li> <li>การส่งเลือดเพาะเชื้อ 1) พยาบาลเตรียมอุปกรณ์เพื่อเก็บเลือดส่งตรวจภายใน 1 ชั่วโมง 2) พยาบาลเจาะเลือด 2ขวดๆ ละ 5 มิลลิลิตร 3) เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำส่วนปลายคนละตำแหน่งในเวลาเดียวกัน 4) ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อในการเก็บเลือดส่งตรวจ ตามขั้นตอนแนวทางปฏิบัติในการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือด (Haemoculture) (KKH-9-250)</li> <li>การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว 1) พยาบาลประสานแพทย์และกระตุ้นให้แพทย์สั่งการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม 2) เร่งจัดการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะจากห้องยาหรือสำรียงยาเพื่อสามารถให้ยารวดเร็ว 3) อธิบายความจำเป็น ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประวัติการแพ้ยา ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 4) บริหารยาให้ถูกต้องทั้งขนาด ปริมาณที่ถูกต้องกับแผนการรักษาตามหลัก 6 R 5) กำหนดอัตราการไหลของยาให้ได้ตามแผนการรักษา และให้ยาหลังการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง 6) ฝ้าระวังแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะ เช่น การแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน (Anaphylactic Shock) 7) เตรียมรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Emergency) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) ในกรณีที่มีการแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน</li> <li>การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง 1) ให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ทดแทนในอัตรา 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 1,500 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรก 2) วัดสัญญาณชีพหลังให้สารน้ำครบตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ 3) หาก MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะพิจารณาประเมินความเพียงพอของสารน้ำ ดูแลให้สารน้ำต่อเนื่องตามแผนการรักษาหาก MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทแพทย์จะพิจารณาให้ยา เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด(Vasopressor) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินค่า MAP ค่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทหากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ 4) ใส่สายสวนปัสสาวะประเมินและจดบันทึกปัสสาวะในเรื่องของลักษณะ สี จำนวน ของผู้ป่วยทุกชั่วโมง ดูแลให้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ 5) ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ไตวาย และประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น อาการบวมของใบหน้า มือเท้า เสียงหายใจครืดคราดฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบมีเสมหะเป็นฟอง</li> <li>การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด 1) กรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ให้วัดประเมินความดันโลหิตหากความดันโลหิตยังต่ำ (MAP น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท) ต้องมีการบริหารยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดตามแผนการรักษาแล้วปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 0.02 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จนได้ระดับความดันโลหิตตามต้องการ 2) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเพื่อดูผลให้ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท 3) หาก MAP มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ให้ทำการลดขนาดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดโดยพยายามรักษาระดับ MAP ให้อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท</li> </ol>

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>6. การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ 1) ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากออกซิเจนความเข้มข้นสูง เปิดอัตราการไหล 8-10 ลิตรต่อนาที ทันทีเมื่อแรกเริ่ม 2) จัดให้ออกซิเจนสูง 30 องศา วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ เหนื่อย หอบ เที่ยงหรือซีดตามปลายมือ ปลายเท้า ซีมลง สับสน และค่า SpO<sub>2</sub> ทุก 15 นาที 3) ประเมินค่า SpO<sub>2</sub> ทุก 15 นาที จนกระทั่งค่า SpO<sub>2</sub> ของผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมง 4) หากค่า SpO<sub>2</sub> ของผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 เปลี่ยนให้ออกซิเจนทางจมูก (O<sub>2</sub> Canula) 3-5 ลิตรต่อนาที จากนั้นประเมิน SpO<sub>2</sub> ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจนในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93 5) กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีภาวะ ARDS ดูแลปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ได้ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้งในขนาดต่ำ (6 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม)</p> <p>7. การประเมินเพื่อค้นหาแหล่งติดเชื้อในร่างกาย 1) ชักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอวัยวะที่มีการติดเชื้อในร่างกาย 2) หากพบการติดเชื้อในอวัยวะของร่างกายที่ชัดเจน เช่น แผล/ฝีที่ผิวหนัง ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาจัดแหล่งติดเชื้อ เช่น ทำแผล การถอดสายสวนหลอดเลือด หรือการเตรียมผ่าตัด 3) แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย 4) ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) การตรวจเพาะเชื้อต่างๆ</p>
<p>เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลงจากพยาธิสภาพปอดอักเสบ</p>	<p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ/เท้าเย็น เล็บ ริมฝีปาก ซีด เที่ยง กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วขึ้น</p> <p>2. ประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ได้แก่                      - Mild hypoxia (PaO<sub>2</sub> 60-80) มีอาการเหงื่อออก กระสับกระส่าย ปลายมือเท้าเย็นซีดซีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น                      - Moderate hypoxia (PaO<sub>2</sub> 50-60) มีอาการสับสน หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด อัตรการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง                      - Severe hypoxia (PaO<sub>2</sub> &lt;50) ปลายมือ/เท้า ริมฝีปากเขียว ผิวหนังลาย หัวใจเต้นช้าลงจนหยุดเต้น หายใจช้าลง จนกระทั่งหยุดหายใจ</p> <p>3. สังเกตและบันทึกออกซิเจนปลายนิ้ว (O<sub>2</sub> saturation) ทุก 1 ชั่วโมง Keep O<sub>2</sub> saturation &gt; 95% ถ้า O<sub>2</sub> saturation ต่ำลงมากกว่า 2% ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที</p> <p>4. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินเสียงลมเข้าปอด เสียงเสมหะ เสียงผิดปกติต่างๆอย่างน้อยเวลาละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ</p> <p>5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมยกตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก และปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น</p> <p>6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องดังนี้ 1) ประเมินความต้องการการดูดเสมหะจากการได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจและดูดเสมหะตามความจำเป็น เช่น เมื่อได้ยินเสียงเสมหะ เสียงเครื่องช่วยหายใจผิดปกติ 2) เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80 - 120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10 - 15 วินาที เลือกขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม คือมีขนาด (1/2 หรือ 2/3) ของท่อช่วยหายใจ 3) Hyperventilate โดยให้ออกซิเจน 100% จากเครื่องช่วยหายใจ 1 นาที ก่อน - หลัง suction 3) ดูแลท่อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้ดึงรั้ง ไม่เคลื่อนหลุด ไม่กดมุมปากดูแลวัด cuff pressure อย่างน้อยเวลาละ 1 ครั้ง หรือเมื่อได้ยินเสียง leakage ของ ET tube ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง 2 ข้างให้เท่ากันและฟังเสียงลมรั่วทางปาก บันทึกตำแหน่งที่เหมาะสม ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อระบายเสมหะ 4) ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาจัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ระวังระดับความไม่ไหลหลุด หักพับงอ และไม่มีน้ำขังเพราะจะมีผลต่อการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การได้รับออกซิเจนของผู้ป่วยลดลงและเสี่ยงต่อการก่อตัวสะสมของเชื้อโรคสังเกตเสียงของเครื่องช่วยหายใจที่ผิดปกติ 5) ดูแลวัด Tidal Volume (TV) คือปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งทุกเวลาหรือเมื่อมีการปรับตั้งการทำงานของเครื่องช่วยหายใจใหม่ 6) ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษา 7) สังเกตและติดตามผลการตรวจ ได้แก่ ABG, chest X - Rays ตามแผนการรักษา</p>
<p>ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง และภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากไตเสียหาย</p>	<p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมสูง คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สึกตัว คลื่นไส้อาเจียน ถ้าใส่หุตุทำงาน หัวใจเต้นเร็ว และเต้นช้าจนหยุดเต้น ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์</p> <p>2. ดูแลให้ผู้ป่วย On Monitor EKG เพื่อดูความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเฝ้าระวังความผิดปกติโดยถ้าผิดปกติ จะมี T-wave สูง จนกระทั่งเป็น sine wave อาการจะรุนแรงมาก ถ้าค่าโปแตสเซียม เกินกว่า 9 mEq/L ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์</p>

#### ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<ol style="list-style-type: none"> <li>บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ</li> <li>ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อลดระดับโปแตสเซียมในเลือดลง และแก้ไขภาวะความเป็นกรดของร่างกายดังนี้ 1) ดูแลการให้ 10% Calcium gluconate 10 ml IV push และ 50% glucose 50 ml+ RI 10 unit IV Stat เพื่อให้โปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์โดยเร็ว โดยทำให้โปแตสเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดลดลง ด้วยการให้ Insulin ผสมกับ 50% glucose 50 ml ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ Insulin จะเป็นตัวนำโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์ และให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำช้าๆ เพื่อลดพิษของโปแตสเซียมต่อหัวใจ ป้องกันภาวะหัวใจวาย 2) ดูแลการให้ Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml oral ทุก 2 ชั่วโมง x 3 dose เพื่อขับโปแตสเซียมออกจากร่างกายสังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาKalimate ที่จะทำให้ระดับโพแทสเซียมในร่างกายสูงขึ้น อาจเกิดภาวะบวมและหัวใจล้มเหลวได้ 3) ดูแลการให้ 7.5% NaHco3 2 Amp IV push then 2 Amp IV drip in 1hr เพื่อลดภาวะกรดในกระแสเลือด</li> <li>ติดตามผล Electrolyte โดยเฉพาะโปแตสเซียม เนื่องจากไตเสียหายที่ไม่สามารถขับโปแตสเซียมออกทางปัสสาวะได้ ประกอบกับร่างกายมีสภาพเป็นกรดมาก (Severe Metabolic Acidosis) มีการทำลายเนื้อเยื่อมาก</li> <li>ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินถึงสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย</li> <li>ติดตามผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinin(Cr) เพื่อติดตามการทำงานของไต</li> </ol>
ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ จากการติดเชื้อในกระแสเลือด	<ol style="list-style-type: none"> <li>วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้</li> <li>ดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วยเมื่อมีไข้ 38 องศาเซลเซียส และประเมินไข้หลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที</li> <li>ดูแลการให้ยา Paracetamol 300 mg IM เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูง &gt; 38.5 องศาเซลเซียส</li> <li>ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>ติดตามผล CBC, Blood Hemoculture, tracheal suction culture พบเชื้อ รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ</li> </ol>
ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> <li>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวพยาบาลถ้าพูดระบายความรู้สึกมากขึ้น</li> <li>ประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และแบบประเมินความวิตกกังวลของญาติ</li> <li>แสดงออกถึงความเข้าใจ ท่วงโยในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ</li> <li>เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และซักถามสิ่งทีวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรับฟังอย่างตั้งใจเห็นอกเห็นใจ</li> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นจริงในปัจจุบัน การรักษาและอธิบายเข้าใจได้ตามความเหมาะสมเมื่อญาติไม่พร้อมที่จะได้รับข้อมูล</li> <li>เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งญาติทุกครั้ง</li> <li>อนุญาตให้ญาติ เพื่อนหรือบุคคลสำคัญเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม</li> <li>ติดต่อให้พบแพทย์เมื่อญาติต้องการพบ</li> </ol>

#### สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญคือไข้ หายใจหอบ วินิจฉัยปอดอักเสบ (Pneumonia) และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ทั้ง 2 ราย แต่เมื่อตรวจเพาะเชื้อค้นหา source infection พบว่า รายที่ 1 พบการติดเชื้อในกระแสเลือด ในขณะที่รายที่ 2 พบการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เมื่อประเมิน qSOFA score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย sepsis กรณีศึกษารายที่ 1 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือระบบหายใจ มี Respiratory failure/ระบบหัวใจและหลอดเลือด ค่าความดันโลหิตต่ำ 85/43 mmHg/ระบบเลือด Platelet 87000/ul รักษาโดย

การให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ความดันโลหิตยังต่ำ จำเป็นต้องให้ Vasopressor (On Levophed (4:250) vein drip) Serum lactate level  $\geq 2$  mmol/L (8.50 mmol/L) ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือระบบหายใจ Respiratory failure ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำ 83/48 mmHg /ระบบไต Creatinine 2.91 mg/dL รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ความดันโลหิตยังต่ำ จำเป็นต้องให้ Vasopressor (On Levophed (4:250) vein drip) Serum lactate level 21.70 mmol/L ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้ ปัญหาทางการพยาบาล

ของผู้ป่วยจึงเป็นไปตามอวัยวะที่ล้มเหลว (Organ dysfunction) ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับความทุกข์ทรมานกว่าเกิดจากการฟื้นคืนสภาพภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี และมีเชื้อมีการติดเชื้อในกระแสเลือด พบเชื้อ Acinetobacter baumannii รักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อเป็นระยะเวลา 14 วัน ในขณะที่รายที่ 2 พบเชื้อ Numerous Pseudomonas aeruginosa มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเท่านั้นแต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มาประมาณ 10 ปี ซึ่งมีภาวะไตเสื่อมอยู่แล้ว เมื่อเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงส่งผลผลกระทัดุนให้ไตเสียหายที่ จาก

การศึกษาทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อและตามมาด้วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งในกระบวนการรักษาไม่ได้มุ่งเน้นที่จุดใดจุดหนึ่ง แต่เป็นการทำงานในระบบเครือข่าย การค้นหาให้พบ และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอ เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิต

### เอกสารอ้างอิง

- Gyawali, B., Ramakrishma, K., and Dhamoon, A.S. (2019). Sepsis: The evaluation in definition, pathophysiology, and management. SAGE Open Medicine (71): 1-13).
- Gul, F., Arslantas, M.K., Cinel, I., and Kumar, K. (2017). Changing Definitions of Sepsis. Turk Anaesthesiol Reanim 45:129-138.
- Parillo JE. Pathogenic mechanisms of septic shock. N Engl J Med 1993; 328: 1471-1477.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์, 2556). หน้า311-344.
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2561). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ทิภูลธิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 9(2), 152-162.
- ดุสิต สถาวร และครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์ .**สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย The Smart ICU**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. หน้า 9.
- ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญญญาสกุล และสุรัตน์ ทองอยู่. (2558). **ปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะ ติดเชื้อ**. วารสารสภาการพยาบาล (301), 72-85.
- รัชณี เบญจฉนัง และพิพพ์จิตร กัญจนสินธุ์. (2557). **การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ลีฟวิง เอ พี. หน้า 93 – 119.



## การพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ปี 2563

### Forecasting the situation of Hand Foot and Mouth disease in Sakon Nakhon, 2020

(Received: July 21 ,2020 ; Accepted: September 2 ,2020)

ตระกูลไทย ฉายแมน

Trakoonthai Chaimaen

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

Sakon Nakhon Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และการพยากรณ์การเกิดโรคเชิงปริมาณ เพื่อบรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2550 – 2562 และเพื่อพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2563 โดยทำการรวบรวมข้อมูลโรคมือ เท้า ปาก จากฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) พ.ศ. 2550-2562 วิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลการพยากรณ์โดยใช้อนุกรมเวลา (time series analysis) แบบ Holt-Winter Multiplicative ในโปรแกรม Eview

ผลการศึกษาพบว่า ปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่จำนวนผู้ป่วยจะสูงในช่วงต้นปี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และหลังจากนั้นจะพบผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยไปจนถึงเดือนธันวาคม ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนต่ำกว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ปี พ.ศ. 2562 และต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2557-2561) ตลอดทั้งปี ถึงแม้ว่าผลการพยากรณ์แต่ละเดือนจะมีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าจำนวนผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2562 และต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2557-2561) ตลอดทั้งปี แต่ก็ควรจะมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน เพราะโรคมือ เท้า ปาก สามารถพบได้ตลอดทั้งปี ถ้ามาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ดีพอ อาจทำให้เกิดการระบาดแพร่กระจายเป็นวงกว้างได้ นอกจากนี้ควรมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก เพื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและกระตุ้นการรายงานโรคอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยที่เป็นจริง และทำให้ทราบมาตรการที่ดำเนินการในพื้นที่ด้วย

**คำสำคัญ :** พยากรณ์โรค, มือ เท้า ปาก, อนุกรมเวลา

#### ABSTRACT

This study is a descriptive study and a quantitative forecasting to describe the epidemiological characteristics of hand foot and mouth disease in Sakon Nakhon Province in the years 2007 - 2019 and to forecast the occurrence of the disease in Sakon Nakhon Province in 2020. The disease data were collected from the epidemiological surveillance database (R 506) 2007-2019. Trends of disease by person, time and place were analyzed for descriptive statistics and the forecasting of disease were analyzed using time series analysis (Holt-Winter Multiplicative) in the Eview program.

The results showed that in 2020 there will be cases throughout the year. The number of cases will peak at the beginning of the year, from January to April and after that, there were only a few cases. The number of cases for each month in 2020 will be lower than 2019 and it will be lower than the median of monthly cases for the past 5 years (2014-2018). Although the number of cases

will be low in 2020 but intensive and continuous prevention and control measures should be taken. Especially in child development centers and schools because the disease can be found throughout the year. If the preventive and disease control measures are not executed well enough, widespread epidemic might occur. In addition, the disease should be evaluated to monitor patient data and encourage disease reporting on a regular basis. This will ensure that the number of patients is accurate and it will reflect the effectiveness of the measures taken in the area as well.

**Keywords:** Forecasting, Time series analysis, Hand foot and mouth disease

## บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth disease) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ทำให้มีตุ่ม ผื่น หรือแผลอักเสบ มีหนองที่ผิวหนังบริเวณมือ ฝ่ามือ เท้า ฝ่าเท้า และภายในปาก พบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แต่สามารถเกิดกับเด็กโตและผู้ใหญ่ได้เช่นกัน มักจะมีการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน โดยเฉพาะชั้นอนุบาล โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น และหายป่วยภายในเวลาประมาณ 7-10 วัน เชื้อไวรัสเอนเทอโร (Enterovirus) มีหลายสายพันธุ์ ซึ่งสายพันธุ์ที่พบบ่อย คือ Coxsackie virus A 16 ในรายที่ไม่รุนแรงสามารถหายเองได้ สายพันธุ์ที่มักก่อโรครุนแรง คือ Enterovirus 71 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ สมอองอักเสบ นำไปสู่ภาวะหัวใจวาย ระบบหายใจล้มเหลว และอาจรุนแรงจนเสียชีวิต จึงทำให้โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth disease) เป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

ประเทศไทย โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้มีการปรับนิยามในการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth disease) ในปี พ.ศ. 2555 โดยได้มีการรวมเอากลุ่มอาการของโรคแผลในคอหอย (Herpangina) และ กลุ่มอาการ Neuro-Cardio-Pulmonary symptoms ที่สงสัยติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร มาเป็นกลุ่มเดียวกัน และหลังจากมีการปรับนิยามในการเฝ้าระวังนั้นพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามการเฝ้าระวังโรครวมเพิ่มมากขึ้นจากเดิม โดยในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราป่วย 28.44 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น 2.5 เท่าในปี พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วย

70.91 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2559 อัตราป่วย 116.42 ต่อประชากรแสนคน และลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วย 107.07 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วย 105.24 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี 2561 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 69,774 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 105.24 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.003 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.25 : 1 พบมากในกลุ่มอายุ 1 วัน - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 1,792.39 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบรองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี อัตราป่วย 201.82 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี อัตราป่วย 24.44 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 98.44 รองลงมา คือ เมียนมาร์ ร้อยละ 0.60 และกัมพูชา ร้อยละ 0.25 พบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม จำนวน 14,627 ราย รองลงมา ได้แก่ เดือนมิถุนายน จำนวน 10,225 ราย และเดือนสิงหาคม จำนวน 9,704 ราย เดือนที่พบผู้ป่วยต่ำที่สุด คือ เดือนเมษายน จำนวน 1,735 ราย และเดือนพฤษภาคม จำนวน 2,634 ราย ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคย้อนหลังตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557-2560

สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth disease) จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2561 จังหวัดสกลนคร ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot and mouth disease) จำนวน 386 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 33.77 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.51 : 1 พบ

ในกลุ่มอายุ 1 วัน - 4 ปี มากที่สุด คิดเป็นอัตราป่วย 514.11 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี มีอัตราป่วย 39.79 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี มีอัตราป่วยเท่ากับ 7.91 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม จำนวน 71 ราย รองลงมาได้แก่ เดือนมิถุนายน จำนวน 63 ราย และเดือนสิงหาคม จำนวน 62 ราย เดือนที่พบผู้ป่วยต่ำที่สุด คือ เดือนเมษายน จำนวน 7 ราย และเดือนกุมภาพันธ์ จำนวน 8 ราย ซึ่งสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot and Mouth disease) ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ถึง 2.16 เท่า โดยมีการรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot and Mouth disease) จำนวน 834 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 72.97 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.28 : 1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 1 วัน - 4 ปี มีอัตราป่วย 1,098.05 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี อัตราป่วย 109.76 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี อัตราป่วย 11.86 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือน กรกฎาคมจำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 217 ราย รองลงมา ได้แก่ เดือนมิถุนายน จำนวน 193 ราย และเดือนสิงหาคม จำนวน 152 ราย เดือนที่พบผู้ป่วยต่ำที่สุด คือ เดือนธันวาคม จำนวน 7 ราย และเดือนกุมภาพันธ์ จำนวน 8 ราย

การพยากรณ์โรค เป็นเครื่องมือตรวจจัดการระบาดของโรคอีกวิธีหนึ่ง เพื่อทำนายการเกิดโรค คาดการณ์ความเป็นไปได้ของเหตุการณ์โรคหรือภัยที่อาจเกิดขึ้นกับประชากรในอนาคต เป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคและภัยสุขภาพ เพื่อเตรียมการล่วงหน้าที่จะรับมือหรือปรับเปลี่ยนมาตรการให้เหมาะสม รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อเตือนภัยการระบาดของโรคให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน โดยใช้หลักสถิติและข้อมูลในอดีตมากำหนดทิศทาง ตลอดจนอาศัยกระบวนการต่างๆ มาวิเคราะห์ เช่น จำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต

ทิศทางแนวโน้มของโรค ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลทำให้การพยากรณ์นั้นคลาดเคลื่อน ซึ่งกรมควบคุมโรคได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ และมีนโยบายให้สำนักวิชาการ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่งเสนอหัวข้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ดำเนินการพยากรณ์ถึงขนาดของปัญหาของโรคและภัยสุขภาพนั้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เพื่อนำไปกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ข้าพเจ้าจึงจะศึกษาการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร เพื่อทราบลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร และพยากรณ์การเกิดโรค เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย มาตรการ กิจกรรมการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2550 - 2562
2. เพื่อพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2563
3. เพื่อเสนอแนะมาตรการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ที่เหมาะสม

### วิธีดำเนินการศึกษา

#### รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และการพยากรณ์การเกิดโรคเชิงปริมาณ พื้นที่ดำเนินการศึกษา คือ พื้นที่จังหวัดสกลนคร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก เป็นจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ที่รายงานในฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ปี พ.ศ. 2550-2562 รหัสรายงาน 71

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ใช้การเลือกกลุ่มประชากรในการศึกษาแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยที่รายงานในฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ปี พ.ศ. 2550-2562 รหัสรายงาน 71

### วิธีการเก็บข้อมูล

ในการศึกษารั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโรคมือ เท้า ปาก ที่รายงานในฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ปี พ.ศ. 2552-2562 รหัสรายงาน 71

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นตามกรอบแนวคิดและจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และแบบเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วย คือ

ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ปี 2550-2562

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกรายเดือน จังหวัดสกลนคร

ได้นำเสนอแบบคัดลอกข้อมูลที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถด้านการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อขอรับคำปรึกษาพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน และวิเคราะห์ข้อมูลในการพยากรณ์โรคเชิงปริมาณ

### ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2562 สรุปได้ดังนี้

แนวโน้มระยะยาว (Trend) สูงขึ้น แต่ว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นและลดลงบ้างในแต่ละปี แนวโน้มความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก พบว่าไม่มีผู้เสียชีวิต แต่เมื่อพิจารณาจากผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล (IPD) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลของโรคมือ เท้า ปาก พบว่ามีผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน ที่มีอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสมต่อการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการเปิดเรียนมีการจัดการเรียนการสอนทำให้มีการคลุกคลีสัมผัสกัน ซึ่งจะทำให้มีการระบาดแพร่กระจายออกไปมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักร พบว่าจำนวนผู้ป่วยช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2554 ค่อนข้างต่ำแล้วเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยมีจำนวนลดลงเล็กน้อยในบางปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว น่าจะสรุปได้ว่ายังไม่พบลักษณะของการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักรที่ชัดเจนสำหรับโรคมือ เท้า ปาก ในจังหวัดสกลนคร

แนวโน้มตามเพศนั้น พบว่าเพศชายมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าเพศหญิงในทุกๆ ปี โดยพบว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง

แนวโน้มตามอายุ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 0-4 ปี มากกว่าร้อยละ 80 เกือบทุกปี รองลงมาจะพบในกลุ่มอายุ 5-9 ปี และมีรายงานในช่วงอายุอื่นๆ เพียงเล็กน้อย

แนวโน้มตามอาชีพ พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มเด็กในปกครองมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียน นอกจากนี้ยังพบได้บ้างในกลุ่มอาชีพเกษตรกร ข้าราชการ รับจ้าง นักบวช และอื่นๆ

แนวโน้มตามสถานที่ พบว่าอำเภอที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ อำเภอกุดบาก อำเภอกุสุมาลย์ อำเภอคำตากล้า อำเภอโคกศรีสุพรรณ อำเภอเจริญศิลป์ อำเภอเต่างอย อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอบ้านม่วง อำเภอพรรณานิคม อำเภอพังโคน อำเภอภูพาน

อำเภอเมืองสกลนคร อำเภอนวนศรีวาสน อำเภอวาริชภูมิ อำเภอสว่างแดนดิน อำเภอส่องดาว อำเภออากาศอำนวย และอำเภอที่มีแนวโน้มลดลงมีเพียง 1 อำเภอ คือ อำเภอโพนนาแก้ว

2. การพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ผลการพยากรณ์การเกิดโรคเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในแต่ละเดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2550 ถึงเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 ผลการคาดการณ์ พบว่าน่าจะมีผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ประมาณ 46 ราย โดยจะมีผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่จำนวนผู้ป่วยจะสูงในช่วงต้นปี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน และหลังจากนั้นจะพบผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยไปจนถึงเดือนธันวาคม ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนค่อนข้างต่ำกว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ปี พ.ศ. 2562 และต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2557-2561) ตลอดทั้งปี สำหรับแนวโน้มระยะยาวพบว่าแนวโน้มต่ำกว่าปีที่ผ่านมาก่อนข้างชัดเจน

### อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาแนวโน้มระยะยาว (Trend) การศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวโน้มระยะยาวสูงขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีผลเหมือนกับการศึกษาของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 และเหมือนกับการศึกษาของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556 และเหมือนกับการศึกษาของสายชล แปรงกระโทก, ณิชภา ตรีชัยศรี, เพ็ญศรี ไผ่รัตน์, ชัชวาล ปุยเงิน และระพีศักดิ์ ผ่องอักษร ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ปี 2556 ซึ่งอาจจะเกิดจากหลายปัจจัยที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น เช่น การตื่นตัวของประชาชนในการไปตรวจหาสาเหตุของการป่วย ความตระหนักของแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคมามากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงนิยามของการรายงานโรคในปี พ.ศ. 2555 รวมทั้งระบบการรายงานโรคที่เข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้ ทั้งที่ในความเป็นจริงอาจจะมิใช่ผู้ป่วยจำนวนเท่าเดิมก็เป็นได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันก็มีสิ่งที่ส่งเสริมให้มีการแพร่เชื้อและมีผู้ป่วยมากขึ้นได้ เช่น การมีสังคมแออัดมากขึ้น การมีกิจกรรมรวมกลุ่มมากขึ้น มีสถานที่ให้เด็กใช้ร่วมกันมากขึ้นทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานที่เครื่องเล่นของเด็กต่างๆ ซึ่งถ้าพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคยังไม่ดีพอ ทั้งพฤติกรรมส่วนตัว และการดูแลทำความสะอาดสถานที่เครื่องเล่นต่างๆ ก็อาจทำให้มีการแพร่เชื้อได้มากขึ้น และทำให้ในอนาคตมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นได้จริง

การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลของโรคมือ เท้า ปาก จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน มีผลการศึกษาตรงกับการศึกษาของ ประรณนา สุขเกษม สมณี, เลิศสุโภช วณิชย์ และพรศักดิ์ อยู่เจริญ ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก และผลการศึกษาของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556 และผลการศึกษาของ สายชล แปรงกระโทก, ณิชภา ตรีชัยศรี, เพ็ญศรี ไผ่รัตน์, ชัชวาล ปุยเงิน และระพีศักดิ์ ผ่องอักษร ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ปี 2556 ซึ่งพบว่าฤดูกาลระบาดของโรคมือ เท้า ปาก คือ ช่วงฤดูฝน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในช่วงฤดูฝน เป็นช่วงที่มีอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสมต่อการแพร่กระจายเชื้อ และอีกปัจจัยคือเป็นช่วงที่โรงเรียนเปิดการเรียนการสอนอาจทำให้เด็กมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจมีการสัมผัสคลุกคลีกันมากขึ้นกว่าช่วงอื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ายังไม่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักรที่ชัดเจนสำหรับโรคมือ เท้า ปาก ในจังหวัดสกลนคร ซึ่งผลการศึกษาตรงกับ สำนักระบาด

วิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 อาจเป็นเพราะโรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่เกิดจากการสัมผัส ซึ่งพฤติกรรม การป้องกันตัวจากโรค การรักษาอนามัยส่วนบุคคล และการดูแลรักษาความสะอาดของอุปกรณ์และสถานที่ เป็นส่วนหนึ่ง ที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ ทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักร

แนวโน้มตามเพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกๆ ปี ซึ่งผลการศึกษาดูตรงกับการศึกษาของ ปราภานา สุขเกษมสมนึก เลิศสุโภชนวิชัย และพรศักดิ์ อยู่เจริญ ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก การศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 การศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 การศึกษาของสายชล แปรงกระโทก นิชาภา ตรีชัยศรี เพ็ญศรี ไผทรัตน์ ชัชวาล ปุยเงิน และระพีศักดิ์ ผ่องอักษร ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ปี 2556 และการศึกษาของกลุ่มระดับวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์ ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2556 โรคมือ เท้า ปาก สามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่ที่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิงอาจเป็นเพราะประชากรในกลุ่มเด็กซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด มีจำนวนประชากรชายมากกว่าประชากรหญิงจึงทำให้พบการเกิดโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิงได้

แนวโน้มตามอายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 0-4 ปี เหมือนกับการศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 การศึกษาของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556 และการศึกษาของสายชล แปรงกระโทก นิชาภา ตรีชัยศรี เพ็ญศรี ไผทรัตน์ ชัชวาล ปุยเงิน และระพีศักดิ์ ผ่องอักษร ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ปี 2556 โรคมือ เท้า ปาก พบได้มากในทารกและเด็กเล็ก เนื่องจากเด็กยังมีภูมิคุ้มกันต่ำอยู่ และอาจเกิดจากการที่เด็กจะมีโอกาสได้รับเชื้อมากกว่า โดยอาจจะได้รับเชื้อไวรัสเข้าไปทางปาก จากการที่เชื้อติดมากับมือหรือของเล่นที่เปื้อนน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองและแผล อุจจาระของผู้ป่วยหรือไอ จาม รดกัน แต่ในกลุ่มอายุอื่นๆ ก็สามารถพบโรคนี้ได้เช่นเดียวกัน

แนวโน้มตามอาชีพ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเด็กในปกครองมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 การศึกษาของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556 และการศึกษาของกลุ่มระดับวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์ ศึกษาเรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากโรคมือ เท้า ปาก พบได้มากในเด็กเล็กจึงทำให้แนวโน้มของโรคพบได้ในอาชีพในปกครองมากที่สุด แต่ก็สามารถพบในอาชีพอื่นๆ ได้เช่นเดียวกัน

แนวโน้มตามสถานที่ การศึกษาครั้งนี้พบว่าโรคมือ เท้า ปาก พบได้ในทุกสถานที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์ อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 และการศึกษาของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์ อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556 เนื่องจากโรคมือ เท้า ปาก สามารถเกิดโรคได้ในทุกพื้นที่ของประเทศไทยทั้งในกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่นๆ ทั้งในกลุ่มเมืองและชนบท

ผลการพยากรณ์การเกิดโรคเชิงปริมาณ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่มีแนวโน้มต่ำกว่าปีที่ผ่านมาค่อนข้างชัดเจน ซึ่งต่างกับการศึกษาของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์ อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556 และการศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ที่ศึกษาเรื่องการพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์ อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 อาจเป็นเพราะช่วงเวลาที่ศึกษาเป็นคนละช่วงกันทำให้ผลการศึกษาไม่เหมือนกัน และเนื่องจากการเกิดโรคมือ เท้า ปาก นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งเชื้อก่อโรค (Agent) คนที่เกิดโรค (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) จึงอาจทำให้แต่ละพื้นที่ที่มีปริมาณการเกิดโรคไม่เท่ากัน

ถึงแม้ว่าผลการคาดการณ์การเกิดโรคเชิงปริมาณของโรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร พบว่าจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนมีจำนวนค่อนข้างต่ำกว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ปี พ.ศ. 2562 และต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2557-2561) ตลอดทั้งปี และมีแนวโน้มต่ำกว่าปีที่ผ่านมาค่อนข้างชัดเจน แต่ก็ควรจะมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน เพราะโรคมือ เท้า ปาก สามารถพบได้ตลอดทั้งปี ถ้ามาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ดีเพียงพอ อาจทำให้เกิดการระบาดแพร่กระจายเป็นวงกว้างได้

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ควรมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก เพื่อตรวจสอบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รายงานตรงกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ หากข้อมูลการรายงานน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยจริงควรมีการทบทวนนิยามการรายงานในปัจจุบัน และกระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบในการรายงานผู้ป่วยมีการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและรายงานอย่างสม่ำเสมอ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงคุณภาพของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคด้วย เช่น ตัวเชื้อก่อโรค (Agent) คนที่เกิดโรค (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) เนื่องจากการศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถอธิบายได้ทั้งหมด

### เอกสารอ้างอิง

- กมล กัญญาประสิทธิ์. การพยากรณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2558. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์. การพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2556. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์. การพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)

- คำณวน อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา สวัสดิ์วุฒิมงคล, ชุติพร จิระพงษา. (2557). พื้นฐานระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แคนนา กราฟฟิค.
- จิระพัฒน์ เกตุแก้ว และศรเพชร มหามาตย์. การพยากรณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2556. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- ฉันทชนก อินทร์ศรี. (2560). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2559 (หน้า 109-111). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ฉันทชนก อินทร์ศรี. (2561). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560 (หน้า 181-185). นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาโล สาณศิลป์. (2559). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558 (หน้า 109-111). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ฐิติพงษ์ ยิ่งยง. (2558). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2557 (หน้า 106-108). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ธัญญา สุทรวงศ์. (2562). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2561 (หน้า 160-162). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แคนนา กราฟฟิค.
- ปรารถนา สุขเกษม, สมนึก เลิศสุโภชนวิชัย และพรศักดิ์ อยู่เจริญ. การพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ. (2556). วิทยาการระบาดและควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 11. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพบูลย์ โล่สุนทร. (2555). ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด คงอยู่. (2557). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2556 (หน้า 100-102). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สายชล แปรงกระโทก, ณิชามา ตรีชัยศรี, เพ็ญศรี ไผรัตน์, ชัชวาล ปุยเงิน และระพีศักดิ์ ผ่องอักษร. การพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ปี 2556. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- สีลม แจ่มอุลิตรัตน์. (2540). ระบาดวิทยาพื้นฐาน. สงขลา: โซนพรีนท์.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. การพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ปี 2558. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. การพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. การพยากรณ์การเกิดโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา ประเทศไทย พ.ศ. 2556. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563, จาก [http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012\\_11](http://164.115.25.123/forecast/index.php?m=home&n=report2012_11)
- องอาจ เจริญสุข. (2542). การดำเนินงานทางระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กองกระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อาทิตยา วงศ์คำมา. (2555). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2554 (หน้า 100-101). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์).
- อาทิตยา วงศ์คำมา. (2556). โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555 (หน้า 136-138). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

## รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น Prevention's Model of Teenage Pregnancy

(Received: July 24 ,2020 ; Accepted: September 7,2020)

นันทพร ศรีเมฆารัตน์ และคณะ

Nantaporn Srimekarat and other

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Registered Nurse OPD Kalasin Hospital.

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) วิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) สังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวรรณกรรมเพื่อนำไปสู่การปรับใช้ ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่มีอุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ.2563 พบว่า เป็นมารดาวัยรุ่นที่เสียชีวิต 2 ราย และมารดาวัยรุ่นขอยุติการตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 18 ราย, 7 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ 2) จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งนี้พบว่ามีรูปแบบหรือวิธีการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลากหลายรูปแบบ 3) ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำไปสู่การปรับใช้ พบว่ารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสะท้อนให้เห็นถึง ปัจจัยนำเข้าที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรคือความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ที่สำคัญ คือสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับครอบครัว เพื่อน เทคโนโลยีและสื่อต่างๆ และกิจกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสาร และรูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่น โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นแกนนำหลัก ทั้งนี้ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วยผลกระทบในระดับบุคคลนั้น ผลกระทบในระดับครอบครัว ผลกระทบในระดับประเทศ ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงาน ทั้งยังควรมีการออกแบบบริการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อีกทั้งควรมีการส่งเสริมเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งในระดับประเทศ ชุมชนและครอบครัวและควรมีการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

**คำสำคัญ:** การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

### Abstract

This research studied was a systematic review research aims to 1) study the situation and problems of teenages pregnancy in Kalasin Province 2) analyze the situation of teenages pregnancy and 3) synthesize research results from literature to utilizations. Conduct to

quantitative and qualitative reviews of literature and research. The results was 1) the situation and problem of teenages pregnancy in Kalasin province had the lower teenages pregnancy and birth rate. But the incidence of pregnant women death in 2020 found that there were 2 teenages mothers and teenages mothers terminating their pregnancies in 2017-2019 was 18, 7 and 12 cases, respectively. 2) an analysis of the situation of teenages pregnancy was found that there was factors involved which is a common problem in teen pregnancy and the impact of teenages pregnancy. There are many models or methods of managing teenages pregnancy problems. 3) results of research synthesis to provide adaptation it was preventive patterns of teen pregnancy were reflected. The factors that premature pregnancy are beliefs, values and attitudes that are important to the environment from family, friends, technology and media levels and activities promoting the prevention of teenages pregnancy include learning activities teenages pregnancy prevention program. Through providing information and prevention model to solve the problem of pre-teenages pregnancy with public health agencies as the main. However, the effects of teenages pregnancy consist of effects on that individual level. The impact on the family level national impact. Suggestion should be promoted to work both proactive and reactive in both hospitals and departments. They should also be designed to prevent teenages pregnancy. In addition, policies should be promoted to prevent teenages pregnancy both nationally and internationally. Community and family and there should be a developmental study in order to change attitudes towards teen pregnancy.

**Keywords:** Teenage Pregnancy Prevention, Prevention's Model of Teenage Pregnancy

## บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้กำหนดอัตราการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นไม่ควรเกิน ร้อยละ 10 และจากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั่วโลก พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก 15-19 ปี เท่ากับ 65 ต่อ 1,000 ของการคลอด ขณะที่ประเทศไทยเท่ากับ 70 ต่อ 1,000 ของการคลอด หรือลำดับที่ 18 ของประเทศในเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ (สุรัชดา ชนโสภณและคณะ,2560)

ประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น และมีแนวโน้มของอายุหญิงตั้งครรภ์ที่ลดลง พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีหญิง

ตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี โดยเฉลี่ย 374 คนต่อวัน หรือมีวัยรุ่น ตั้งครรภ์ 15 คนต่อชั่วโมง และจากการสำรวจข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าในช่วงเดือนมกราคม – สิงหาคม 2556 มีเด็กเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สูงถึง 85,360 คน ซึ่งในจำนวน 2,188 คนเกิดจากหญิงตั้งครรรภ์อายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในประเทศไทย สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น และพบในวัยรุ่นที่อายุลดลง (อรทัย อาจอ่า ,2551) จากการเข้าสู่วัยเริ่มหนุ่มสาวเร็วขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย เป็นปัจจัยให้มีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ ร่วมกับบริบททางสังคมไทย ในปัจจุบันที่มีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย ทั้งความ

หลากหลายของสื่อกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์ทางเพศ เกิดการมีเพศสัมพันธ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ขาดความรับผิดชอบจากการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตตามมา (ชลดา กิ่งมาลา, ทศนีย์ รวีวรกุล และอาภาพร เผ่าวัฒนา ,2558)

จากรายงานการเฝ้าระวังการทำแท้งในประเทศไทยเดือนกันยายนปี 2554 โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า เหตุผลที่ทำให้แท้งที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เกิดจากการคุมกำเนิดล้มเหลวสูงถึง ร้อยละ 20.1 การตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจมักมีสาเหตุมาจาก 3 ปัจจัยหลักคือ 1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน 2) ความล้มเหลวจากวิธีคุมกำเนิด และ 3) จำนวนวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ จึงเป็นผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์และการเป็นมารดาในวัยรุ่นไทยเพิ่มสูงขึ้น (สุรัชดา ชนโสภณและคณะ,2560) จากสถิติสาธารณสุขพบว่า ในรอบสิบปีที่ผ่านมา อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มจาก 49.3 ในปี 2548 เป็น 53.8 ต่อหญิง 15-19 ปี พันคน ในปี 2555 คิดเป็นร้อยละ 16.59 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าทุกภาคพบสูงถึงร้อยละ 19.60 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงและต้องเร่งรีบแก้ไข (สุรัชดา ชนโสภณและคณะ ,2560) สำหรับสถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่นของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 8.34, 9.73 และ 7.10 ตามลำดับ (นริศรา คลื่นแก้ว ,2554) จากประสบการณ์การให้บริการวัยรุ่นตั้งครรภ์พบว่า ส่วนใหญ่ขาดทักษะชีวิตเรื่องเพศ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้วางแผน ยังไม่เข้าใจวิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง คู่ครองไม่มีความรับผิดชอบ(อรทัย อาจอ่ำ ,2551; ชลดา กิ่งมาลา, ทศนีย์ รวีวรกุล และอาภาพร เผ่าวัฒนา ,2558)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในแผนกฝากครรภ์ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยการให้บริการเชิงรับด้วยการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำในโรงพยาบาล สำหรับงานเชิงรุกเป็นการออกให้ความรู้กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนในจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา พบว่า อัตราการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่อุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ.2563 พบว่า เป็นมารดาวัยรุ่นที่เสียชีวิต 2 ราย และมารดาวัยรุ่นขอยุติการตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า 18 ราย, 7 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ ในส่วนที่มีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ผ่านกระบวนการยังมีอย่างต่อเนื่อง<sup>4</sup>

ดังนั้นวัยรุ่นจึงควรได้รับความรู้และมีการส่งเสริม ค่านิยมที่เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น รวมถึงการมุ่งใจเพื่อหาแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นการให้ ความรู้ตามบทเรียนแต่ยังขาดการมุ่งใจและการฝึกทักษะที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้<sup>5</sup> การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่าการสอนเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่ารูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral skill : IMB Model) สามารถทำให้บุคคลเกิดความรู้ที่ถูกต้องและสามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Chloe G Xavier, Hilary K Brown, Anita C Benoit. ,2018)

เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดทักษะในการปฏิบัติเกี่ยวกับเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้กระบวนการหรือรูปแบบเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดกาฬสินธุ์และรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. วิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดกาฬสินธุ์
3. สังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวรรณกรรมเพื่อนำไปสู่การปรับใช้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ผลงานการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยแบบ มหภาค (Meta Analysis) จำนวน 3 เรื่อง วิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) จำนวน 3 เรื่อง วิจัยเชิงพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) จำนวน 1 เรื่อง วิจัยเชิงพัฒนา (Action Research) จำนวน 4 เรื่อง วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จำนวน 1 เรื่อง

### ความสำคัญของการวิจัย

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น และมีแนวโน้มของอายุหญิงตั้งครรภ์ที่ลดลงแผนกฝากครรภ์ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยการให้บริการเชิงรับด้วยการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำในโรงพยาบาล สำหรับงานเชิงรุกเป็นการออกให้ความรู้กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา พบว่า อัตราการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่อุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ.2563 พบว่าเป็นมารดาวัยรุ่นที่เสียชีวิต 2 ราย และมารดาวัยรุ่นขอยุติการตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า 18 ราย, 7 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ<sup>4</sup> วัยรุ่นควรได้รับความรู้และมีการส่งเสริม ค่านิยมที่เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น รวมถึงการมุ่งใจเพื่อหาแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นการให้ ความรู้ตามบทเรียน แต่ยังขาดการมุ่งใจและการฝึกทักษะที่เหมาะสม ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นการหาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และมีการศึกษาโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ศึกษาทั้งในกลุ่มวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง เพราะอาจคิดว่าควรให้ได้รับข้อมูลทั้งสองฝ่ายเพื่อให้เกิดแนวทางการป้องกันร่วมกัน แต่วัยรุ่นหญิงเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบโดยตรงหากไม่สามารถยับยั้งชั่งใจตนเอง และไม่รู้จักวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม จึงควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องมีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและมีการพัฒนาทักษะที่เหมาะสม เพื่อให้มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน

การป้องกันการตั้งครรภ์ของตนเอง (Chloe G Xavier, Hilary K Brown, Anita C Benoit. ,2018)

## ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่มีอุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ.2563 พบว่า เป็นมารดาวัยรุ่นที่เสียชีวิต 2 ราย และมารดาวัยรุ่นขอยุติการตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า 18 ราย, 7 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ ในส่วนที่มีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ผ่านกระบวนการยังมีอย่างต่อเนื่อง (นริศรา คลื่นแก้ว ,2554)

### 2. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า

2.1 วัยรุ่นต้องการได้รับความช่วยเหลือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวและชุมชน (เฉลิมพล คงจันทร์ ,2557)

2.2 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี (โกสินทร์ อำคาศักดิ์. ,2555)

### ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.3 วัยรุ่นมีความรู้ เจตคติ และการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิต เพิ่มมากขึ้นภายหลังได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับเรื่องเพศ (เฉลิมพล คงจันทร์ ,2557 ; โกสินทร์ อำคาศักดิ์. (2555 ; ภาสิต ศิริเทศ ,2561 ; สุชาติ รัตธาและคณะ ,2560)

2.4 เทคโนโลยีและการสื่อสารมีผลต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นและทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาสังคม (Elizabeth Wall-Wieler, Leslie L Roos and Nathan C Nickel. ,2016)

2.5 ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพี่สาวเคยคลอดบุตรตอนวัยรุ่น มีโอกาสที่น้องสาวจะตั้งครรภ์ในวันรุ่นได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีแม่เคยตั้งครรภ์วัยรุ่น (Xi-Kuan Chen, Shi Wu Wen ,2017)

### ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.6 โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดบุตรที่มีโอกาสเกิดพร่องออกซิเจนในทารกแรกคลอด และโอกาสเกิดการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี (กรรณานุช มูลคำ ,2554)

### การจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.7 กิจกรรมการเรียนรู้ทำให้วัยรุ่นมีความพึงพอใจโดยในการจัด กลุ่มวัยรุ่นมีความตั้งใจและเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ กล้าแสดงความรู้สึกลอยๆเปิดเผย มีความเชื่อมั่นในการกระทำของตน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันสามารถยอมรับผู้อื่น มีทักษะในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ มีความสนุกสนานในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้สามารถสรุปความรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันและทำให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นในระดับหนึ่ง (Chloe G Xavier, Hilary K Brown, Anita C Benoit.,2018;โกสินทร์ อำคาศักดิ์ ,2555 ; วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ ,2556)

2.8 การให้โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงได้อย่างเหมาะสม (Chloe G Xavier, Hilary K Brown, Anita C Benoit. ,2018 ; เพียรศรี นามไพร ,2560)

2.9 วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความเชื่อเกี่ยวกับการมี

เพศสัมพันธ์ ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์ ความสามารถของตนเองในการ ใช้ถุงยางอนามัย การพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศ กับพ่อแม่ และความสะดวกใจในการพูดคุยสื่อสารเรื่อง เพศกับพ่อแม่ เพิ่มขึ้น (สุชาติ รัตนาและคณะ ,2560 ; เพียรศรี นามไพร ,2560)

2.10 รูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการ ตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่น ประกอบด้วยหน่วยงานด้าน สาธารณสุขเป็นแกนนำหลักมีบทบาทคือการสร้าง ความตระหนักรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดตั้ง คณะทำงานการสร้างความสัมพันธ์ รวบรวมผลงาน และสรุป หน่วยงานด้านศึกษาและด้านสังคมเป็น คณะทำงาน มีหน้าที่การวางแผน การดำเนินงาน การตรวจสอบ และปรับปรุง ให้มุ่งเน้นกิจกรรม การส่งเสริมองค์ความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร (Elizabeth Wall-Wieler, Leslie L Roos and Nathan C Nickel. ,2016)

3. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำไปสู่ การปรับใช้ พบว่า

3.1 รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นสะท้อนให้เห็นถึง ปัจจัยนำเข้าที่ทำให้วัยรุ่น ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรคือความเชื่อ ค่านิยม และ ทักษะคิด ที่สำคัญ คือสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับ ครอบครัว เพื่อน เทคโนโลยีและสื่อต่างๆ

3.2 รูปแบบที่สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมที่ ส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูล ข่าวสาร และรูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการ ตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่น โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุข เป็นแกนนำหลัก

3.3 ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย

3.3.1 ผลกระทบในระดับบุคคล นั้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด คลอดทารก น้ำหนักตัวน้อย คลอดบุตรที่มีโอกาสเกิดพร่อง ออกซิเจนในทารกแรกคลอด และโอกาสเกิดการ เสียชีวิตในทารกแรกเกิดสูง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมี โอกาสเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์และระหว่าง คลอด รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สุขภาพจิต

3.3.2 ผลกระทบในระดับ ครอบครัว ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาโดย เชื่อมโยงจากผลกระทบที่เกิดจากระดับบุคคลแล้ว นั้นทำให้สะท้อนถึงปัญหาของครอบครัวที่มีโอกาส เกิดขึ้นตามมา อาทิเช่น ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายใน ครอบครัว ระบบการจัดการปัญหาในครอบครัว และที่สำคัญคือปัญหาเกี่ยวกับด้านจิตใจและ ความเครียดในครอบครัว

3.3.3 ผลกระทบในระดับ ประเทศ โดยในการจัดการเกี่ยวกับการป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น นอกเหนือจากนโยบายที่ มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมและป้องกันแล้วนั้น เมื่อมี การตั้งครรภ์และคลอดตามมา สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังก็ คือปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อเกิด ภาวะแทรกซ้อนสิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อคือการดูแล เพื่อป้องกันการสูญเสียทั้งมารดาวัยรุ่นและทารก แรกเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือค่าใช้จ่ายของประเทศต่อการดูแลและบุคลากรในการดูแล

### สรุปผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้ม ลดลง แต่มีอัตราการตายขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น รวมถึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอดได้ โดยปัจจัยนำเข้าที่ทำให้วัยรุ่น

ตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรคือความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ส่วนปัจจัยภายนอกที่สำคัญ คือสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับครอบครัว เพื่อน เทคโนโลยี และสื่อต่างๆ และผล กระทบจากการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นพบว่า หญิงตั้งครรรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดบุตรที่มีโอกาสเกิดพร่องออกซิเจนในทารกแรกคลอด และโอกาสเกิดการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดสูง หญิงตั้งครรรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรรภ์และระหว่างคลอดรวมถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสุขภาพจิตได้

ทั้งนี้การป้องกันปัญหาดังกล่าว ควรมีการให้ความรู้ในรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสาร และรูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการตั้งครรรภ์ก่อนวัยรุ่น โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นแกนนำหลัก

### ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนาระบบการศึกษาวิจัยสามารถจำแนกเป็นข้อเสนอแนะหลักดังนี้

#### ต่อองค์กร

ในระดับโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับทั้งใน

โรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

#### ต่อนโยบาย

ควรมีการส่งเสริมเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นทั้งในระดับประเทศ ชุมชน และครอบครัว

#### ต่อหน่วยงาน

ควรมีการออกแบบบริการเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น อีกทั้งการออกแบบบริการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรรภ์ ขณะคลอด และภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นแก่ทารกในครรรภ์

#### ต่อการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์ในการดำเนินงานจากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ท่านรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก อนึ่ง การศึกษานี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้หากขาดความร่วมมือร่วมใจจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทุกคน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

- สุรัชดา ชนโสภณ, สุกพล ลิ้มพัฒนานานนท์, ภูษิต ประคองสาย, วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, กุมารี พัทธนี และธาริณี ศรีศักดิ์  
นอก. (2560). สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและผลกระทบต่อทารก : ผลจากการ  
สำรวจ อนามัย การเจริญพันธุ์ ปี 2549 และ 2552. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัย  
มหาวิทาลัยมหาสารคาม. 36(5), 629-634.
- อรทัย อาจอ่ำ. (2551). มิติเพศในประชากรและสังคม. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์  
(บรรณาธิการ), เพศ เหล่า และวัยเรียน : บทสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย ระดับมหภาค  
จุลภาคและนัยยะที่ผู้ใหญ่ควรเข้าใจ. กรุงเทพมหานคร:เอ็ดิสันเพรสโปรดักส์.
- ชลดา กิ่งมาลา, ทศนีย์ รวีวรกุล และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2558). ผลของโปรแกรมการป้องกัน  
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 31(3), 25-34. รายงานสถิติบริการ  
งานคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2563).
- นริศรา คลื่นแก้ว. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการสอนเพศศึกษา  
การปฏิเสธแก่บุตรวัยแรกรุ่นหญิง โดยการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อำเภอภูพานปี  
จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทาลัยขอนแก่น.
- เฉลิมพล คงจันทร์ . (2557). โครงการการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเสริมทักษะชีวิตด้านเพศศึกษา เพื่อป้องกัน  
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้ปัญหาเป็นฐานสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัย  
เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์. สุรินทร์: มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน  
วิทยาเขตสุรินทร์.
- Chloe G Xavier, Hilary K Brown, Anita C Benoit. (2018). Teenage pregnancy and long-  
term mental health outcomes among Indigenous  
women in Canada. Arch Womens Ment Health. 21(3), 333-340.
- โกสินทร์ อำคาศักดิ์. (2555). เอกสารประกอบการสอน การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ตาม  
แนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ รายวิชาสุขศึกษา เรื่อง ชีวิตปลอดภัย สำหรับนักเรียนชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนภักดีชุมพลวิทยา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30.
- ภาสิต ศิริเทศ. (2561). การพัฒนาทักษะชีวิตกับ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น.  
วารสารพยาบาลทหารบก. 19 (ฉบับพิเศษ), 10-15.
- สุชาติ รัตถา, रेखा อรัญวงศ์, รัชณี นิธากร และเฉลิมพล คงจันทร์. (2560). การพัฒนารูปแบบการ  
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในจังหวัดกำแพงเพชร. วารสาร  
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 9(2), 142-160.
- Elizabeth Wall-Wieler, Leslie L Roos and Nathan C Nickel. (2016). Teenage pregnancy:  
the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a  
younger sister. BMC Pregnancy hildbirth.16(1),120.
- Xi-Kuan Chen, Shi Wu Wen, Nathalie Fleming, Kitaw Demissie, Feorge F Rhoads, Mark Walker.  
(2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population  
based retrospective cohort study. Internation Journal of Epidemiology. 36(2), 368-373.



- กรรณานุช มูลคำ. (2554). การใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะ ชีวิตเรื่องเพศศึกษา  
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 โรงเรียน ชีรกันท์บ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน = Using participatory  
learning to enhance life skills of sex education of Mathayom Suksa 3  
Students at T. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กวัยรุ่นชาย.  
มหาวิทยาลัยนเรศวร:พิษณุโลก.
- เพียรศรี นามไพร. (2560). ความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษา  
โรงเรียนจันทบุรีเบกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสาร  
โรงพยาบาลมหาสารคาม. 14(3), 67-75.

การพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ  
ความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง  
Development potential of traffic safety management model through operation center  
committee Road safety, Khuan Khanun District, Phatthalung Province.

(Received: July 24 ,2020 ; Accepted: September 10,2020)

สมนึก จันทร์เหมื่อน  
Somnuek Chanmuean

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR โดยใช้วงจร PAOR มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึก แบบรายงานและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย การพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนขนุน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ (2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (3) การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน (4) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ (5) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (6) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ (7) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (8) การสร้างการรับบริการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน จากการทำนงานดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ความคิดเห็นของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.58 S.D. = 0.64) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2562 ลดลง ร้อยละ 0.07 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 3 ปีซ้อนหลัง การจัดการจุดเสี่ยงที่มีอยู่ในอำเภอรวม 10 จุด จากทั้งหมด 26 จุด

**คำสำคัญ** การจัดการอุบัติเหตุทางถนน, ความปลอดภัยในการจราจร, ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน

**Abstracts**

This research is a participatory action research (PAR using the PAOR cycle). The purpose of this study is to develop the potential of a traffic safety management model developed by the district road safety operations center committee, Khuan Khanun District, Phatthalung Province. Population and sampling Committee of Road Safety Operation Center, 40 people. Collect information with records. The report and Questionnaire Data were analyzed by descriptive statistics. And content analysis

The results: Development of a traffic safety management model by the Road Safety Action Center Committee Khuan Khanun District, Phatthalung Province consists of: (1) Establishment of the Road Safety Operation Center Committee, Khuan Khanun District And determination of roles and duties (2) Problem situation analysis and analyzes the risk points for road accidents. (3) Preparing a road accident prevention and reduction development plan (4) Injury epidemiological surveillance (5) Construction of the accident information network at district level (6) Development of a road injury investigation team at the district level (7) Road accident risk point management. (8) Road accident prevention reception. As a result, road accident prevention operations are excellent. The board's opinion of the Road Safety Action Center, as a

whole, is moderate ( $\bar{X}$  = 3.58 S.D. = 0.64). The death rate from road accidents in 2019 decreased. 0.07% compared to the median of the previous three years. Management of risk points available in the District totals 10 points out of 26 points.

**Keywords:** Road Accident Management, Road safety, Road Safety Operations Center

## บทนำ

อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้พิการ และผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ. 2561 (Global Report on Road Safety 2018) ขององค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 2 ของโลก โดยมีอัตราการตาย 36.2 ต่อแสนประชากร (WHO, 2018) และจากข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) ตั้งแต่ปี 2554-2561 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ 23,000 – 24,000 คน หรือชั่วโมงละ 3 คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคน และนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิการอีกปีละกว่า 7,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี (WHO, 2015) โดยอุบัติเหตุจากการจราจรนั้นมักเกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ 1) สาเหตุจากตัวบุคคล เช่น ร่างกายอ่อนเพลีย ขาดความชำนาญและประสบการณ์ในการใช้รถใช้ถนน การไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือข้อบังคับ 2) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพของรถไม่สมบูรณ์สภาพของถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ มีฝนตกทำให้ถนนลื่น การเกิดพายุหรือหมอกลงจัดทำให้ทัศนวิสัยไม่ดี 3) สาเหตุจากกฎหมาย โดยการขาดบทลงโทษที่เหมาะสมจากการฝ่าฝืนกฎจราจรหรือการขาดการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้มีจิตสำนึกในการปฏิบัติตามกฎระเบียบ(หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ทางถนน ,25561)

สถานการณ์ของจังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2557-2561 พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 1,276 (6), 4,674 (9), 5,729 (19), 5035 (31), และ 7,891 (28) ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี

2561 มีผู้บาดเจ็บทางถนนสูงสุด ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดพบในปี 2560(ระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดพัทลุง ,2561) สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางจราจรของอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2557-2561 มีจำนวนผู้บาดเจ็บทางถนน เท่ากับ 392, 1,023, 1167, 976 และ 1,100 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 2, 7, 8, 17 และ 10 ราย และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน ปี พ.ศ. 2561 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2558-2560) พบว่าจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนของอำเภอควนขนุน มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน(ระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดพัทลุง ,2561)

อุบัติเหตุทางถนนจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประเทศอย่างต่อเนื่องยาวนาน และสมควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจริงจัง(มหาวิทยาลัยบูรพา ,2546) ซึ่งคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2552 เห็นชอบให้ดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นวาระแห่งชาติและกำหนดให้ปี 2554-2563 เป็นปี “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” (Decade of Action for Road Safety) กำหนดเป้าหมายตามมาตรฐานสากลให้สามารถลดอัตราการสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากอุบัติเหตุทางถนนลงในอัตราที่ต่ำกว่า 10 คนต่อแสนประชากรคน (พงษ์พิทักษ์ ครองชนม์ ,2545) ภายใต้แนวทาง “ประชารัฐ” เพื่อให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ได้เข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อกระบวนการขับเคลื่อนภารกิจ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน

นโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ถือได้ว่าเป็นกลไกหลักในการดำเนินงานของ



รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐในการที่จะลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลดการสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินให้น้อยลง แม้ว่าที่ผ่านมา อำเภอมัญจาคีรี อำเภอยางชุมน้อย และอำเภอรัตนวาปี มีการจัดการความปลอดภัยทางถนนดำเนินการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน แต่ยังไม่สามารถลดการเสียชีวิตลงได้ เนื่องจากปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาที่มีหลายมิติและมีความซับซ้อน การป้องกันและแก้ไขปัญหาจึงต้องทำอย่างมีระบบ (บุญยืน ศรีสว่าง, 2559) การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลังของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน จากการถอดบทเรียนของคณะกรรมการ ศปถ. อำเภอมัญจาคีรี พบว่า จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่การขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกัน และขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ดังนั้นการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน โดยการบูรณาการเครือข่ายต่าง ๆ โดยใช้หลักการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชนให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของชุมชน (Community Self-Managed) และภาคีหุ้นส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคมบนฐานการจัดการและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Management/Learning) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Safe Community) จึงน่าจะเป็นยุทธวิธีที่สำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์อุบัติเหตุ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR โดยใช้วงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ หัวหน้าฝ่ายความมั่นคง สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่น แขวงทางหลวง บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านหรือแกนนำชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดพิจิตร จำนวน 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม หน่วยงาน อายุราชการ / อายุงานที่ปฏิบัติอยู่

2. แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน (5 Es) คือด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ โดยมีลักษณะ การตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีระดับการดำเนินงาน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

3. แบบการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS : District Road Traffic Injury) (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ,2559)

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) ประกอบด้วยข้อคำถาม

- 1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ตามรูปแบบที่ได้พัฒนาเป็นอย่างไรบ้าง
- 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ตามรูปแบบที่พัฒนา มีอะไรบ้าง
- 3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1. เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) ประกอบด้วย สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา แผนภูมิต้นไม้ บันไดผลลัพธ์ การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน และการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์

2. เครื่องมือวิเคราะห์จุดเสี่ยง จำนวน 8 ใบงาน ประกอบด้วย 1. ทำแผนที่และคัดเลือกจุดเสี่ยงในชุมชน 2. ค้นหารูปแบบการชนที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณจุดเสี่ยง 3. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากถนน 4. สรุปปัจจัยที่

ทำให้เกิดการชน (คน รถ ถนน) 5. เรียนรู้จากอดีต ต้นทุนเดิมในพื้นที่ จะชวนใครมาทำงาน 6. จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน 7. จัดการที่ทำได้เอง ส่งต่อปัญหาที่เกินกำลัง 8. มาตรการประเมินผล เฝ้าระวัง และติดตามผล

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความถูกต้อง เที่ยงตรง ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่อง ที่จะวัด ตรวจสอบรายละเอียดและแก้ไขแบบสอบถาม

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try-out) กับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอศรีบรรพต จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช(Cronbach Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ชั้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์อุบัติเหตุของอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

1.2 ทบทวน บทบาทหน้าที่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนขนุน

1.3 การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น

1.4 จัดประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนขนุน ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน

**2. ชั้นปฏิบัติการ** ดำเนินการตามแนวทาง และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในชั้นที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 8 กิจกรรม

**กลยุทธ์ที่ 1** พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านอุบัติเหตุทางถนน มี 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ 2) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ 3) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ/ตำบล

**กลยุทธ์ที่ 2** การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมระบบสุขภาพอำเภอ การแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุ ได้แก่ 1) การปฏิบัติการค้นหาจุดเสี่ยง โดยการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ จากนั้นระดมความคิดเห็นในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในอำเภอควนขนุนตรงไหนบ้าง โดยให้ปึกหมุดลงบนแผนที่จุดเสี่ยง กำหนดให้ สีแดง เป็นบริเวณที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วมีคนตาย สีเหลือง เป็นพื้นที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วบาดเจ็บสาหัส สีเขียว เป็นบริเวณที่ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย 2) การเลือกจุดเสี่ยงที่เห็นว่าควรปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วน 3) การวิเคราะห์จุดเสี่ยงระดมความคิดเห็นร่วมกันค้นหารูปแบบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณจุดเสี่ยง ปัจจัยด้านคน รถ ถนน ตามลักษณะบุคคล เวลา และสถานที่ 4) วางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดเสี่ยงอันตราย และปฏิบัติการกำจัดจุดเสี่ยงอันตราย 5) การสะท้อนข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนทุกเดือนในการประชุมประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนขนุน

**กลยุทธ์ที่ 3** การสร้างการรับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 1) การสร้างความตระหนักความปลอดภัยในชุมชนการขับขี่ปลอดภัย 2) รณรงค์สวมหมวกกันน็อคขับขี่ปลอดภัย จัดตั้งกองทุนหมวกกันน็อค “คนควนขนุนหัวเหล็ก”

**3. ชั้นการติดตามและประเมินผล**

3.1 ประเมินผลกระบวนการโดยการเก็บแบบสอบถาม และสังเกตการมีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอควนขนุน ในแต่ละระยะของการศึกษา

3.2 สรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

#### 4. ชั้นการปรับปรุง

การสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการถอดบทเรียนวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนจากข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาทริคในการปฏิบัติ และปรับปรุงรูปแบบ การสะท้อนการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและกระชับให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายไว้

#### ผลการวิจัย

##### สถานการณ์อุบัติเหตุ อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

สถานการณ์อุบัติเหตุอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ปี 2562 จำนวนอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 1,130 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 1,368.53 ต่อประชากรแสนคน เป็นเพศชาย 746 ราย (ร้อยละ 66.02) หญิง 384 ราย (ร้อยละ 33.98) เสียชีวิต 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.62 กลุ่มอายุที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด กลุ่มอายุ 0-13 ปี จำนวน 245 ราย รองลงมา มากกว่า 60 ปี จำนวน 226 ราย 14-20 ปี จำนวน 157 รายกลุ่มอายุ 31-40 ปี, 41-50 ปี , 51-60 ปี กลุ่มอายุลดลง 130 ราย และ 21-30 ปี จำนวน 112 ราย สถานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ถนนสายรอง จำนวน 810 ราย และถนนสายหลัก

จำนวน 320 ราย ประเภทผู้บาดเจ็บที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด คือ ผู้ขับขี่ จำนวน 810 ราย รองลงมาผู้โดยสาร จำนวน 220 ราย และคนเดินเท้า จำนวน 18 ราย

ประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์ จำนวน 916 ราย รองลงมารถจักรยาน จำนวน 55 ราย รถปิกอัพ จำนวน 44 ราย รถยนต์ จำนวน 39 ราย ปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุพบว่า ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.72 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 75 และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน ปี พ.ศ. 2562 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2559-2561) ของอำเภอควนขนุน พบว่า จำนวนการบาดเจ็บ มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง

**กระบวนการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง** สรุปรูปเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นวางแผน (Plan)

การขับเคลื่อนงานในการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอควนขนุน เน้นการทำงานตามแนวทางของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) แห่งชาติ ซึ่งแต่ละหน่วยงานดำเนินงาน และตามบทบาทหรือพันธกิจที่แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ ทำให้มีช่องว่างในการดำเนินงาน คือ ในการขับเคลื่อนในระดับต่าง ๆ ไม่มีการประสานการบูรณาการงานของทุกภาคส่วน ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติในพื้นที่ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม เพื่อสรุปผลสำเร็จของการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาางานต่อไป

จากสภาพปัญหาที่พบ ศปถ. อำเภอควนขนุน ได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ ศปถ. อำเภอ ในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการทบทวนบทบาทหน้าที่ และจัดทำคำสั่งใหม่ โดยนำประเด็นอุบัติเหตุทางถนนเป็นประเด็นปัญหาสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอควนขนุน นำเสนอให้กับท่านนายอำเภอควนขนุน ซึ่งได้นำเสนอร่างดังกล่าวในการประชุม พชอ.อำเภอควนขนุน ครั้งที่ 1/61 วันที่ 11 ตุลาคม 2561 ซึ่งประธาน พชอ. มอบหมายให้จัดตั้งคณะทำงาน พชอ. คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อำเภอควนขนุน และได้จัดประชุมคณะทำงานขับเคลื่อน พชอ. คณะทำงานฯ อำเภอควนขนุน 1/61 ในวันที่ 30 ตุลาคม 2561 ได้ข้อสรุปในที่ประชุม พชอ. คณะทำงานฯ คือ 1. งานอุบัติเหตุเป็นงานของทุกคน ส่วนราชการทุกส่วน ประชาชนทุกคนที่ต้องเข้ามาส่วนร่วมในการจัดการปัญหา 2. ใช้ข้อมูลข้อเท็จจริงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่เป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อนเพื่อให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของปัญหาอย่างแท้จริง 3. ให้ พชอ.คณะทำงานฯ จัดการข้อมูลภาพรวมอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อเสนอเข้าวาระการประชุมทุกระดับ

#### ขั้นปฏิบัติการ

**กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านอุบัติเหตุทางถนน** มี 3 กิจกรรม ได้แก่

1) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ คณะทำงานขับเคลื่อนได้จัดทำโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลขึ้นโดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม HosXP และข้อมูลจาก PHER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เมื่อบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ คนเสี่ยง รถเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง และถนนเสี่ยง ซึ่งสามารถทำสถานการณ์แยกรายเดือน หรือรายกลุ่ม เช่น เฉพาะผู้เสียชีวิต เป็นต้น นำไปใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงในเวทีต่าง ๆ ต่อไป

2) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสาร  
ด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ

ศปถ. อำเภอควนขนุน นำหลักการ  
และแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ใช้ 5 ส.  
คือ ส.ที่ 1 สารสนเทศ (Information) ในการจัดการ  
วิเคราะห์ข้อมูล แบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานป้องกัน  
อุบัติเหตุทางถนน และถนนปลอดภัยระดับอำเภอ  
ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ  
ร่วมกัน ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ส.ที่ 2  
สุดเสียง (Priority) มีการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง  
เชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งพฤติกรรมเสี่ยง ถนนเสี่ยง  
และรถเสี่ยง เพื่อให้คณะกรรมการทุกระดับ ร่วมหา  
แนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ส.ที่ 3 สหสาขา  
วิชาชีพ (Multidisciplinary) ใช้การมีส่วนร่วมทุก  
ขั้นตอนในการร่วมกันวางมาตรการ และกำหนดวิธีการ  
แก้ไขปัญหาในพื้นที่ ส.ที่ 4 สุดคุ้ม (Cost effective) มี  
การเลือกมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหา  
ของพื้นที่เรียงลำดับจากง่ายไปยาก จากไม่ต้องใช้  
งบประมาณไปถึงต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก เพื่อให้  
มีกิจกรรมลงสู่พื้นที่อย่างต่อเนื่อง และส.ที่ 5 ส่วนร่วม  
(Community participation) ในทุกเวทีการประชุม  
กิจกรรมดำเนินการมีการเชิญทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ  
เอกชน ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน มีส่วนร่วมใน  
การรับรู้แนวทางการดำเนินงานทุกขั้นตอน รวมถึงการ  
ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อสรุปและถอดบทเรียนใน  
การดำเนินงานในการวางแผนงานต่อไป

3) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการ  
บาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ/ตำบล

กระบวนการสอบสวน การสอบสวน  
อุบัติเหตุ ของอำเภอควนขนุน แต่เดิมสอบสวนโดยทีม  
ศปถ. อำเภอ เท่านั้น ในปัจจุบันหลังจากมีการ  
ขับเคลื่อน พชอ. อำเภอควนขนุน ได้มอบให้  
คณะทำงาน คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและ  
ถนนปลอดภัย ประสานกับ พชต. ทุกแห่ง และทุก  
ระดับ รวมทั้งเครือข่ายในการสอบสวนจากท้องถิ่น

ผู้นำชุมชน และ อสม. เข้าร่วมสอบสวนด้วย โดยใน  
ชุมชนจะมีการสอบสวนเบื้องต้น โดยใช้แบบสอบสวน  
อุบัติเหตุโดยชุมชน และร่วมคิด ร่วมวางแผนว่าจะ  
แก้ไขปัญหาในแต่ละกรณี

**กลยุทธ์ที่ 2** การขับเคลื่อนการ  
ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการศูนย์  
ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนการแก้ไขจุดเสี่ยง  
อุบัติเหตุ

ลักษณะจุดเสี่ยงและการจัดการจุด  
เสี่ยงในชุมชน พบว่า ลักษณะจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ  
ในชุมชนมีทั้งหมด 10 จุด แบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ คือ  
1. มีผิวถนนไม่เรียบ ขรุขระ เป็นคลื่น, 2. ถนนเป็นหลุม  
เป็นบ่อ, 3. ทางแยก 4. ถนนมีสิ่งกีดขวางทัศนวิสัย, 5. มุม  
มืด แสงสว่างน้อย 6. ถนนที่มีลักษณะเป็นทางโค้ง เมื่อ  
วิเคราะห์ถึงศักยภาพชุมชนในการจัดการจุดเสี่ยงใน  
ลักษณะต่าง โดยแบ่งเป็น จุดเสี่ยงที่ชุมชนสามารถ  
จัดการได้เองจำนวน 10 จุด และจุดเสี่ยงที่ต้องให้  
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ จำนวน 26 จุด

**กลยุทธ์ที่ 3** การสร้างการรับการ  
ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

1) การสร้างความตระหนักความ  
ปลอดภัยในชุมชน การขับเคลื่อนปลอดภัย การณรงค์ให้  
ความรู้และสร้างความตระหนักในการป้องกันภัยจาก  
อุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์  
กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามเทศกาลต่าง  
ๆ ได้แก่ เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ และวัน  
เข้าพรรษา และเทศกาลตามปฏิทินชุมชนได้แก่  
ประเพณีบุญเดือนสิบ ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง  
ด้านการสื่อสารความเสี่ยง การดำเนินงานแบ่งเป็น 2  
กลุ่มหลัก คือ 1) การจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้และ  
ประชาสัมพันธ์ โดยการรวบรวมข้อมูลและความรู้ทาง  
วิชาการแล้วนำมาประยุกต์และเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อ  
โซเชียล ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสื่อสารและ  
สร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยให้กับ

ประชาชนในวงกว้าง และกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) รมรณรงค์สวมหมวกกันน็อกฉบับซีปลอดภัย การเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดผู้เสียชีวิตในอำเภอควนขนุน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา หรือแม้แต่ปีปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย ด้วยข้อมูลนี้อำเภอควนขนุน ในที่ประชุม คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและถนนปลอดภัย ครั้งที่ 4/62 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2562 จึงกำหนดให้การ “สวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์” เป็นประเด็นหลัก เพื่อให้มาตรการเข้มข้น และเป็นตัวอย่างที่ดี ซึ่งนายอำเภอควนขนุน ได้กำชับให้ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกคนต้องสวมใส่หมวกนิรภัยทุกครั้งที่มาประชุมประจำเดือน ถ้าไม่สวมมาต้องเข้าพบเป็นการส่วนตัว และซื้อหมวกนิรภัยกลับทุกครั้ง ในการนี้จึงกำหนดให้ทุกหน่วยงานดำเนินการติดป้ายรณรงค์พื้นที่สวมหมวกนิรภัย 100 เปอร์เซ็นต์ บริเวณจุดต่าง ๆ ของหน่วยงาน และทำข้อตกลง (MOU) ภายในองค์กร โดยหน่วยงาน 3 อันดับแรก คือ สถานีตำรวจภูธรควนขนุนเป็นแห่งแรก และที่ว่าการอำเภอควนขนุน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนขนุน เป็นแห่งที่ 2 และ 3 โดยกำหนด เป้าหมายทุกหน่วยงาน และภาคีเครือข่าย แสดงออกทางสัญลักษณ์ โดยการขึ้นป้ายใส่หมวก

นิรภัย 100% นอกจากนี้มีการจัดตั้งกองทุนหมวกกันน็อก “คนควนขนุนหัวเหล็ก”

### ผลการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยรวม พบว่าการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.58$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ( $\bar{X} = 3.82$ ) ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ( $\bar{X} = 3.54$ ) ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ( $\bar{X} = 3.63$ ) ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ ( $\bar{X} = 3.58$ ) และมีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางอีก 1 ด้าน คือ ด้านวิศวกรรมจราจร ( $\bar{X} = 3.35$ ) ดังตาราง และผลการดำเนินงานอำเภอควนขนุนโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม

**ตาราง** การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยรวม

ที่	การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
1.	ด้านการบังคับใช้กฎหมาย	3.82	0.61	มาก
2.	ด้านวิศวกรรมจราจร	3.35	0.87	ปานกลาง
3.	ด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์	3.54	0.93	มาก
4.	ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.63	0.88	มาก
5.	ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ	3.58	0.77	มาก
	โดยรวม	3.58	0.64	มาก

## สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการ  
จัดการความปลอดภัยในการจราจร โดย  
คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทาง  
ถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง การเปิดโอกาส  
และสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม  
ในการดำเนินงานทุกขั้นตอน ตลอดจนการติดตาม  
และประเมินผล ส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกัน  
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม  
จำนวนอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 1,130 ราย คิดเป็น  
อัตราอุบัติการณ์ 1,368.53 ต่อประชากรแสนคน มี  
ค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน 3 ปีย้อนหลัง ส่วนอัตราการ  
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ 0.07  
เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน การจัดการจุดเสี่ยงที่  
มีอยู่ในอำเภอรวม 10 จุด จากทั้งหมด 26 จุด

จากผลการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการ  
จัดการความปลอดภัยในการจราจร โดย  
คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทาง  
ถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ผลศึกษานำมา  
อภิปรายตามข้อสรุป ดังนี้

1. ระดับการดำเนินงานป้องกันการ  
บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการ  
ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควน  
ขนุน จังหวัดพัทลุง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้  
เพราะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ได้ดำเนินการ  
ตามนโยบายของรัฐบาลในการที่จะป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาอุบัติเหตุ ทางถนนของจังหวัด โดยได้มีการ  
จัดตั้งและทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ  
ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในระดับ  
อำเภอเพื่อดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทาง  
ถนน และได้นำยุทธศาสตร์ 5 ด้าน มาเป็น  
ยุทธศาสตร์หลัก ในการดำเนินงานมีเป้าหมายเพื่อ  
ยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนระดับ  
อำเภอ ลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุและความสูญเสีย  
ในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ให้น้อยลงตาม

นโยบายของรัฐบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า  
ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านการให้ความรู้และ  
ประชาสัมพันธ์ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ  
ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ อยู่ในระดับ  
มาก ส่วนด้านวิศวกรรมจราจร อยู่ในระดับปาน  
กลาง สามารถอภิปรายผลเป็นรายด้านได้ดังนี้

1.1 ดำเนินการดำเนินงานป้องกันการ  
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการ  
ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควน  
ขนุน จังหวัดพัทลุง ด้านการบังคับใช้กฎหมาย อยู่ใน  
ในระดับมาก เมื่อพิจารณา เป็นรายข้อพบว่า ท่าน  
คิดว่า การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวดมี  
ความสำคัญต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน มีค่าเฉลี่ย  
สูงที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะการเกิดอุบัติเหตุทางถนน  
ส่วนใหญ่เกิดจาก การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร การ  
บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจะช่วยลดการเกิด  
อุบัติเหตุทางถนน (กาญจนา ยิ่งขาวและสุทธิลักษณ์  
หนุรอด ,2547) ทำการศึกษาประเมินผลมาตรการ  
แก้ไขปัญหาคอขวดอุบัติเหตุจราจรทางบก พบว่า  
สถานการณ์และ แนวโน้มปัญหาการบาดเจ็บจาก  
อุบัติเหตุจราจร มีลักษณะคล้ายกัน คือผู้บาดเจ็บ  
ลดลงแต่ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นสำหรับสาเหตุของการ  
บาดเจ็บส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจะเกิดจาก  
ปริมาณรถเพิ่มขึ้น ถนนสภาพดีและมีโครงข่าย  
เชื่อมต่อกันมากขึ้น มีการดำเนินการตามมาตรการ  
แต่ไม่ต่อเนื่องการดำเนินงานขึ้นอยู่กับนโยบายของ  
จังหวัด ระยะเวลาและความถี่ในการดำเนินงาน  
ตามมาตรการ ตรวจจับการฝ่าฝืนกฎหมาย ไม่  
สอดคล้องกับสภาพปัญหาจึงควรมีมาตรการทาง  
กฎหมายเพิ่มเติม

1.2 ดำเนินการดำเนินงานป้องกันการ  
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการ  
ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควน  
ขนุน จังหวัดพัทลุง ด้านวิศวกรรมจราจรอยู่ใน  
ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มี

การนำข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาหาสาเหตุการเกิดเพื่อวางแผน แก้ไข ทั้งนี้คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอควนขนุน ได้มีการนำข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาหาสาเหตุ และ ทำการปรับปรุงถนนและช่องทางจราจรอยู่เป็นประจำ ทำให้จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดในบริเวณเดียวกัน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ทบวงมหาวิทยาลัย, 2545) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมาอีกประการหนึ่ง ได้แก่ สภาพถนน คือความสมบูรณ์ของถนนมีความไม่เหมาะสมกับการใช้งานหรือมีข้อบกพร่อง เช่น ผิวถนนมีความเสียดทานน้อย ถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ ถนนขาด และถนนกำลังซ่อมบำรุง เป็นต้น ข้อบกพร่อง ต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ สภาพพื้นผิวถนน คือ สภาพผิวทางขณะเกิด อุบัติเหตุ เช่น ถนนลื่น มีโคลน ทราวดิน หรือน้ำมัน บนผิวจราจร อันเป็นผลมาจากทั้งธรรมชาติและจากมนุษย์ สิ่งกีดขวางจราจรคือ วัตถุที่ลวงหล่นบนผิวจราจร รถจอดกีดขวาง และ สอดคล้องกับ ผลการสำรวจปัญหา ด้านการจราจร ภายในมหาวิทยาลัยบูรพา ของสถาบันและ สารสนเทศ กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา (กองแผนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546) พบว่า มหาวิทยาลัยบูรพามีปัญหา ด้านการจราจร คือ ถนนบริเวณวงเวียนมีกรวดทรายบนผิวถนนมาก ทำให้เกิดอันตรายเวลาขับขี่ในวงเวียนหรือ เมื่อต้องเบรกอย่างกะทันหัน

1.3 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ อยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การประชาสัมพันธ์ทางสื่ออย่างต่อเนื่องจะกระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตาม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะดำเนินการ

ดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่องตามช่องทางกระจายเสียงทางวิทยุท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เสนอว่าการที่จะป้องกันอุบัติเหตุให้มีประสิทธิผล และ ประสิทธิภาพนั้น จะต้องจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการขับขี่รถให้ถูกต้องและปลอดภัย (พิทักษ์พงษ์ ครองชนม์, 2545) ด้ระบุไว้ว่าหากประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนยังขาดความสำนึกในการเคารพกฎจราจร ดังนั้นการให้การศึกษอบรม ได้แก่ การให้การศึกษอบรม เผยแพร่ความรู้ทางด้านกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่พลเมืองขั้นพื้นฐาน ในเรื่องการใช้รถใช้ถนน จึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดเพื่อให้ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน เกิดนิสัยปฏิบัติตน ให้ปลอดภัยและมีจิตสำนึกปลอดภัยไว้ก่อน

1.4 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ด้านการบริการการแพทย์ เป็นรายข้อ 4 ข้ออยู่ในระดับมาก คือ มีการตั้งทีมกู้ชีพกู้ภัยและศูนย์รับแจ้งเหตุให้สามารถปฏิบัติงานได้ 24 ชม. มีความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเหตุฉุกเฉิน การมีความพร้อมของทีมกู้ชีพกู้ภัยที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือขององค์กรเอกชน มูลนิธิต่าง ๆ และมีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางอีก 2 ข้อ คือ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการกู้ชีพกู้ภัยเบื้องต้น และการบูรณาการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างเป็นเอกภาพ

1.5 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ด้านการประเมินผลและ



สารสนเทศ เป็นรายชื่อ 5 ข้ออยู่ในระดับมาก คือ มีการเสนอการวางรายงานอุบัติเหตุทางถนนในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ มีการนำสถิติอุบัติเหตุมาพิจารณา เพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน มีการประชุมวางแผนและจัดทำแผนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานให้ความสำคัญกับนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และมีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางอีก 1 ข้อ คือ มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

2. ปัจจัย และเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ผลสำเร็จของการดำเนินงานการดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง สรุปผลตามบันไดผลลัพธ์ทั้งหมด 5 ชั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 เกิดทีมวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นทีมสหวิชาชีพจาก ส่วนปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อสม. โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกันจัดทำข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา พร้อมจัดทำบทสรุปผู้บริหารเสนอเข้าที่ประชุมทุกระดับ

ขั้นที่ 2 กลไกคณะทำงานระดับอำเภอ เกิดขึ้นต่อบนไต่ขั้นที่ 1 ที่มีการใช้ข้อมูลในการกำหนดมาตรการ นโยบาย รวมถึงกำหนดแผนงานในการดำเนินงานของอำเภอ และมอบนโยบายให้กับบนไต่ขั้นต่อไป

ขั้นที่ 3 กลไกคณะทำงานระดับท้องถิ่น มีคำสั่งแต่งตั้งทีมดำเนินการตามนโยบายระดับอำเภอ และดำเนินการต่อเนื่องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ มีการจัดการทางพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และระบบระดับท้องถิ่น โดยใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมทั้งนำเข้าเป็นข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ เพื่อแก้ไขปัญหาระยะยาว

ขั้นที่ 4 สิ่งแวดล้อม คณะทำงานทุกระดับประสานงานเพื่อดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงสำคัญของแต่ละพื้นที่ โดยแก้ไขตามบทบาทความรับผิดชอบและที่สามารถดำเนินการได้ ในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานอื่นให้ประสานเพื่อให้เข้ามาดำเนินการร่วมกันต่อไป

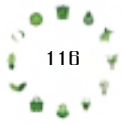
ขั้นที่ 5 พฤติกรรมเสี่ยง เกิดการขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงจากข้อมูลภาพรวมของอำเภอ คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย เมาแล้วขับ และขับเร็ว และท้องถิ่นแต่ละแห่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์หรือพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ มีการบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลสภาพปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหารวมถึงมีการทำมาตรการของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก่อนนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนร่วมกัน

#### ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาการใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุ

2. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุทางถนน ให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถสร้างความตระหนักในการขับขี่อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

3. ขยายผลไปยังพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน โดยการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU)



### เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561] **Global status report on road safety 2018.**  
<http://www.searo.who.int/thailand/areas/gsr-thai.pdf?ua=1>
- WHO, ed. (2015). **"WHO Report 2015: Data tables"** (PDF) (official report). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015
- หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ทางถนน. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561] **สถานการณ์อุบัติเหตุในภาพรวม.** <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A>
- ระบบฐานข้อมูล HDC. รายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากทางการจราจร ปี 2557-2561 จังหวัดพัทลุง [Internet]. [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562]. แหล่งข้อมูล:  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=accident/accident1.php&cat\\_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=e4a6299a408fe53ba1ce003e22240d7b](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=accident/accident1.php&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=e4a6299a408fe53ba1ce003e22240d7b)
- ระบบฐานข้อมูล HDC. รายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากทางการจราจร ปี 2557-2561 อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง [Internet]. [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562].  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=accident/accident1.php&cat\\_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=e4a6299a408fe53ba1ce003e22240d7b](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=accident/accident1.php&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=e4a6299a408fe53ba1ce003e22240d7b)
- บุญยืน ศรีสว่าง. แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนและความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน เขตพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32:4, 1451-1416
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน DHS-RTI. กรุงเทพมหานคร: เอ.พี. กราฟิก ดีไซน์และการพิมพ์; 2559
- กาญจนา ยิงขาว และสุทธิลักษณ์ หนูรอด. ประเมินผลมาตรการแก้ไขปัญหารถจักรยานตก. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2547.
- ทบวงมหาวิทยาลัย. เอกสารประกอบการฝึกอบรมโครงการอบรมนิสิตอาสาสมัครรักษาความปลอดภัยด้านการจราจร (สปรจ). กรุงเทพฯ : ทบวงมหาวิทยาลัย, 2545.
- สถาบันและสารสนเทศ กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา. รายงานประจำปี 2546. ชลบุรี : อินฟินิตี้กราฟฟิกส์, 2546.
- พงษ์พิทักษ์ ครองชนม์. ทศนคติและพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลเมืองบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษ รม. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2545

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Kidney Disease Patients on Hemodialysis : case study 2 case

(Received: July 24 ,2020 ; Accepted: September 7,2020)

พัชราภรณ์ ศรีประภา

Phatcharaphon Sriprapa

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Registered Nurse Professional Level Kalasin Hospital

### บทคัดย่อ

กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิงอายุ 79 ปี เป็นโรคไตเรื้อรัง รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6 ปี ขณะฟอกเลือดมีภาวะแทรกซ้อนคือความดันโลหิตต่ำและหลังการฟอกเลือดมีปัญหาเรื่องเลือดหยุดช้าหลังจากถอดเข็มต้องใช้เวลาในการกดเลือดนานมากกว่า 30 นาทีและใช้ยาช่วยด้วย เส้นเลือดถาวรมีปัญหาใช้งานไม่ได้ แพทย์พิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดแบบชั่วคราว ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใส่สายสวนหลอดเลือดและขอยุติการฟอกเลือดเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง

กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 34 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามตัว เหนื่อยเพลีย ปัสสาวะออกน้อยมา 3 วันร่วมกับมีประวัติเล่นน้ำที่เขื่อน มีโรคประจำตัวคือ Schizophrenia แพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราวและทำการฟอกเลือด มีภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดคือความดันโลหิตต่ำ หายใจหอบ มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ ทำการฟอกเลือด 3 ครั้ง รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

**คำสำคัญ :** โรคไตเรื้อรัง ไตวายเฉียบพลัน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

### ABSTRACT

Two case studies to studied the nursing care of patients with hemodialysis patients receiving hemodialysis. By purpose selection in patients with chronic kidney disease and acute renal failure undergoing hemodialysis who are admitted to the hemodialysis unit Kalasin Hospital. By studying the patient's history Medical treatment Collect information from patients Relatives and medical records of the patient there are condition assessments, history taking, physical examination to identify problems and needs of the patient. Bring the

information Come to make plans for nursing. Establish a nursing diagnosis using Gordon's 11-based health model concept. Orem self-care theory Palliative care there is ongoing evaluation of nursing. Until the doctor goes home.

The study found that

Case Study 1: Female, 79 years of age, had chronic kidney disease. 6 years of hemodialysis. During hemodialysis, there is a complication of low blood pressure.

And after dialysis, there is a problem with the blood stopping slowly. After removing the needle, it takes more than 30 minutes to press the blood. And use drugs together.

There is a problem with permanent veins, the doctor can consider temporary catheterization. Patients and their relatives refused catheterization and requested a termination of dialysis to enter palliative care.

Case Study 2: A 34-year-old male was admitted to Kalasin Hospital with a high fever, chills, shortness of breath, muscle pain, body pain, fatigue, low urination for 3 days, together with a history of swimming at the dam. The underlying condition is Schizophrenia. The doctor inserts a temporary catheter and dialysis. There are complications during dialysis: low blood pressure, wheezing, and cardiac arrest.

Was rescued successfully Three times of hemodialysis, totaling 14 days of hospitalization.

**Keywords:** chronic kidney disease , Acute renal failure , Hemodialysis

## บทนำ

โรคไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีการดำเนินไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ข้อมูลจากการศึกษาของสมาคมโรคไตพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 17.6 ของคนไทยที่ป่วยเป็นโรคไตทั้งหมด คิดเป็นผู้ป่วยประมาณ 8 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 10,000 คนและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตคือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้องและการผ่าตัดปลูกถ่ายไตประมาณ 80,000 คนซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดยังคงมีอยู่และจำนวนผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากขึ้นต้องสูญเสียงบประมาณด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเภทผู้ป่วยในพบว่าในปี 2560 มีผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังเป็นอันดับ 3 และในปี 2561 - 2562 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากเป็นอันดับ 1 จากสถิติการให้บริการของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งผู้ป่วยไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลันในปี 2560 จำนวน 440 ราย ปี2561 จำนวน 491 รายและปี 2562 จำนวน 514 ราย

ซึ่งโรคไตแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างช้าๆและดำเนินอย่างต่อเนื่องจนเกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของไตทั้ง 2 ข้างจากการตรวจการทำงานของไตคือ Glomerular filtration rate (GFR) < 15 มิลลิ ลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร<sup>2</sup> ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากเนื่องจากความผิดปกติในภาวะสมดุลของสารเคมี อิเล็กโตรลัยท์และสารน้ำ ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการเสื่อมหน้าที่ของไต มีความผิดปกติเกิดขึ้นที่เนื้อไตทำให้เนื้อไตถูกทำลาย เกิดอาการผิดปกติเช่นบวม คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซีด ปวดตามกระดูกและข้อ ผิวหนังแห้ง



คัน เป็นตะคริวที่ขาเวลากลางคืน ความคิดสับสน ซึมเศร้า นอนไม่หลับบางครั้งอาจเหนื่อยหอบ ซึมลง หมดสติและเสียชีวิตในที่สุด ไตวายเฉียบพลันเป็น ภาวะการทำงานของไตที่มีความผิดปกติในเวลาอันสั้น เกิดขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัวส่วนใหญ่สามารถรักษาให้ไต กลับมาเป็นปกติได้โดยมีสาเหตุมาจากปริมาณสารน้ำ ในร่างกายลดลงเช่นท้องเสียรุนแรง เสียเลือดมากหรือ อาจมีปัญหาจากไตโดยตรง การติดเชื้อในกระแส เลือด ผลเสียของไตวายเฉียบพลันจะเกิดขึ้นเร็วหาก ปัสสาวะออกน้อยจะทำให้น้ำท่วมปอดได้และหากพบ ภาวะเกลือแร่ผิดปกติเช่นโพแทสเซียมสูง เลือดเป็น กรด จะเกิดเป็นไตวายเฉียบพลันที่รุนแรงได้สิ่งที่บ่ง บอกว่าเป็นไตวายเฉียบพลันคือมีอาการเจ็บป่วยอย่าง รุนแรง ปัสสาวะน้อยลงอย่างผิดปกติ มีอาการเหนื่อย หายใจผิดปกติ การรักษาจะเน้นรักษาที่ต้นเหตุของ โรคพร้อมกับรักษาอาการที่เกิดจากความผิดปกติของ ไตแต่หากร่างกายไม่ตอบสนองต่อยาจะพิจารณา รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อช่วย ประคับประคองให้ไตทำงานน้อยลงและสามารถฟื้นฟู การทำงานกลับมาอีกครั้ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่เมื่อร่างกาย แข็งแรงไตสามารถฟื้นฟูการทำงานกลับมาได้เป็นปกติ จะสามารถหยุดการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดได้จะมี เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไตไม่สามารถกลับมาทำงานได้ เป็นปกติจึงต้องทำการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต การรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังหมายถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 5 โดยไม่ใช้การบำบัดทดแทนไตชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นส่วนประกอบแต่มีการวางแผนและเป้าหมายการ รักษาโดยอาศัยองค์ประกอบคือกระบวนการรักษาที่มี จุดประสงค์เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรอง ของไตและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการ ไม่พึงประสงค์ เน้นแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ การ ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาควรได้รับการวางแผน และตั้งเป้าหมายไว้ล่วงหน้าโดยผ่านการปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษา โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านต่างๆทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็น โรคความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ส่งผลต่อ การพูด การคิด การรับรู้ ความรู้สึกและการแสดงออก

ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆอย่างเช่น ประสาทหลอน หลงผิด ปลีกตัวจากสังคมหรือไม่ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ พบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคนี้หรืออาจเกิดจากความ ผิดปกติของสารเคมีในสมอง จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่ เฉพาะเจาะจงแต่ผู้ป่วยอาจบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้ยาและต้องเข้ารับการรักษาเพื่อควบคุม อาการไปตลอดชีวิต

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) คือกลุ่มอาการ ของโรคแบคทีเรียที่ติดต่อกันจากสัตว์เช่นหนูที่อยู่ในท่อ หนูนา อาการที่พบคือไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่น่องและโคนขา ตับและไตล้มเหลว สับสน หายใจลำบาก การรักษาตามอาการและให้ยา ปฏิชีวนะที่รวดเร็วและเหมาะสม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัด ทดแทนไตซึ่งทำได้โดยการนำเลือดออกจากผู้ป่วยมา ฟอกโดยใช้ตัวกรอง(Dialyzer)และน้ำยาไดอะลิซิส สลายได้หลักการการซึมผ่าน(Diffusion) การพา (Convection)และการกรอง(Ultrafiltration) วิธีนี้ ต้องใช้เครื่องฟอกเลือดและทำในศูนย์ฟอกเลือดโดย การดูแลของอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลไตเทียม

พยาบาลไตเทียมเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ การที่พยาบาลไตเทียม มีความรู้และทักษะในการดูแล มีการศึกษาหาความรู้ ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นผู้ ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลกสสินธุ์เพื่อจะ ได้นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 ราย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยไตวายแบบเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่มารับการรักษาในหน่วยไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจและรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนเพื่อการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 รายมีรายละเอียดดังนี้

**กรณีศึกษาที่ 1** เพศหญิงอายุ 79 ปี เป็นโรคไตเรื้อรังจากโรคเกาต์มาประมาณ 10 ปี รับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6 ปี ฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ Duration 4 ชั่วโมง UF 1 – 3 ลิตร/ครั้ง Non Heparin technique vascular access Lt.AVF BUN = 42 Cr.= 7.18 eGFR= 4 Hct = 25.7 – 27.9 vol% PT = 17.8 sec PTT = 0.0>300 sec INR = 1.27 V/S อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/67 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการแก้ไขโดยคินน้ำและให้ 50%glucose 50 ml. (v) push ใส่สายสวนหลอดเลือดแบบชั่วคราวเพื่อทำการฟอกเลือดทั้งหมด 3 ครั้ง ผ่าตัดทำเส้นเลือดถาวรเพื่อฟอกเลือด 2 ครั้ง เส้นเลือดถาวรมีปัญหาใช้งานไม่ได้เนื่องจากเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและเกิดการตีบตัน หลังการฟอกเลือดมีปัญหาเรื่องเลือดหยุดช้าหลังจากถอดเข็มต้องใช้เวลาในการกดเลือดนานมากกว่า 30 นาที บางครั้ง

ต้องได้รับยาเพื่อช่วยให้เลือดหยุดเร็วขึ้น ได้รับการผ่าตัดขยายเส้นเลือดแดง (Angioplasty) รวม 3 ครั้ง เส้นเลือดถาวรใช้งานไม่ได้ แพทย์พิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดแบบชั่วคราว V/S อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใส่สายสวนหลอดเลือดและขอยุติการฟอกเลือดเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากแล้ว

**กรณีศึกษาที่ 2** เพศชาย อายุ 34 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ด้วยอาการไข้สูงหนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามตัว เหนื่อยเพลียมา 3 วันร่วมกับมีประวัติการใช้ยาสมุนไพรและเล่นน้ำที่เขื่อน มีโรคประจำตัวคือ Schizophrenia ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN = 59 Cr.= 5.74 eGFR= 12 Urine ออก 100 ml/day แพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราว (Internal femoral double lumen catheter) เพื่อฟอกเลือด Duration 3 ชั่วโมง No UF Non Heparin technique อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/59 มิลลิเมตรปรอท On O2 mask with bag 10 LPM ได้รับการแก้ไขโดยคินน้ำและให้ 50%glucose 50 ml. (v) push ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที แพทย์พิจารณา On ETT with Respirator และมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ ยุติการฟอกเลือดส่งกลับหอผู้ป่วยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Severe Leptospirosis with Septic shock with Acute Renal Failure ได้รับการฟอกเลือดอีก 2 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมฟอกเลือดทั้งหมด 3 ครั้ง อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/60 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังฟอกเลือด BUN = 16 Cr.= 1.02 eGFR= 95 Urine ออก 2,200 ml/day ขณะรับการรักษามีอาการก้าวร้าวอะอะโวยวายเป็นบางวัน ผู้ป่วยได้รับ

การดูแลรักษาจนอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ นัดพบ จิตแพทย์ตามนัดเดิม  
ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทยอายุ 79 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานะหม้าย เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลางของบุตร การวินิจฉัย End stage renal disease (ESRD) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประเภทผู้ป่วยนอก 2 ครั้งต่อสัปดาห์	ชายไทยอายุ 34ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานะโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาลใช้บัตรทองการวินิจฉัยแรกเริ่ม Acute Febrile illness (AFI)
อาการสำคัญ	ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ตามนัด	1 วันก่อนมีอาการไข้ ปวดศีรษะ หายใจหอบเล็กน้อย

ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประเภทผู้ป่วยนอก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ก่อนมีอาการเหนื่อยเพลียเล็กน้อย แขนข้าง AVF มีอาการปวดบวม pain score 2 เป็นมา 2 วัน หลังการฟอกครั้งก่อน	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางคลินิกด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามตัว เหนื่อยเพลียมา 3 วันร่วมกับมีประวัติเล่นน้ำที่เขื่อน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เป็นโรคไตเรื้อรังจากโรคเกาต์มาประมาณ 10 ปี รับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6 ปี ใส่สายสวนหลอดเลือดแบบชั่วคราวเพื่อทำการฟอกเลือดทั้งหมด 3 ครั้ง ผ่าตัดทำเส้นเลือดถาวรเพื่อฟอกเลือด 2 ครั้ง ได้รับการผ่าตัดขยายเส้นเลือดแดง (Angioplasty) 3 ครั้ง	ความดันโลหิตสูง โรคจิตเภท มีประวัติเคยเสพยาเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
โรคประจำตัว	โรคเกาต์ โรคความดันโลหิตสูง	โรคจิตเภท (Schizophrenia) ความดันโลหิตสูง
สุขนิสัยส่วนบุคคล	-รับประทานอาหารเป็นเวลา -การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ -การหลับนอนเป็นเวลา -ไม่ได้ออกกำลังกาย -ทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน -สายตามัวเล็กน้อย- หูได้ยินชัดเจน -จิตใจราบเรียบ ชอบมีเพื่อนมาก -เมื่อมีการเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน -มีความเชื่อในพิธีทางศาสนา	-รับประทานอาหารเป็นเวลา -การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ -การหลับนอนเป็นเวลา -ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย -ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง -เสพยาเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา -ไม่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น หูได้ยินชัดเจน -จิตใจราบเรียบ ชอบมีเพื่อนมาก -เมื่อมีการเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน -มีความเชื่อในพิธีทางศาสนา
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การตรวจร่างกาย	General appearance: รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง HEENT: ไม่ซีด ตามัวเล็กน้อย หูได้ยินดี การดื่มกินอาหารการกลืนดี No Neck vein engorge Heart: normal S1S2 อัตราการเต้นของหัวใจปกติ Lung: Clear อัตราการหายใจปกติ Abdomen: soft No bleeding Urogenital: ไม่มีปัสสาวะ Extremities: Right arm แขนที่ใช้ในการฟอกเลือด (AVF) Thrill, Bruit good Neuro-signs: E4 V5M6	General appearance: รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง HEENT: ไม่ซีด ตามัวเล็กน้อย หูได้ยินดี การดื่มกิน อาหารการกลืนดี No Neck vein engorge Heart: normal S1S2 อัตราการเต้นของหัวใจปกติ Lung: Clear อัตราการหายใจปกติ Abdomen: soft No bleeding Urogenital: ปัสสาวะออกน้อย Neuro-signs: E4V1M6 Right Femoral double lumen catheter
การวินิจฉัยโรค	End stage renal disease (ESRD) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประเภทผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	Severe Leptospirosis with Septic shock with Acute Renal Failure
ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ก่อนฟอก BUN = 42 Cr.= 7.18 eGFR= 4 หลังฟอก BUN = 7 Cr.= 1.67 eGFR= 29 PT = 17.8 sec PTT = 0.0>300 sec INR = 1.27 Hct = 25.7 – 27.9 vol%	ก่อนฟอก BUN = 59 Cr.= 5.74 eGFR= 12 หลังฟอก BUN = 16 Cr.= 1.02 eGFR= 95 Hct = 24.5 – 28.7 vol%
CXR	Cardiomegaly	Pneumonia both lung
EKG	PVC,AF	Normal
Echo	Hypertensive heart disease Diastolic dysfunction grade1	-
สัญญาณชีพแรกรับ	อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/74 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/102 มิลลิเมตรปรอท

เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แผนการรักษาของแพทย์	-Hemodialysis 2 ครั้ง/สัปดาห์ -Duration 4 ชั่วโมง วันจันทร์และวันพฤหัสบดี -Vascular access Right arm AVF -BFR 300 ml/min DFR 500ml/min -Dialysate K 2 mEq/L Ca 2.5 mEq/L Na 138 mEq/L HCO <sub>3</sub> 32 mEq/L Temp 37 องศา เซลเซียส -Dialyzer Elisio190 SA 1.9 m <sup>2</sup> -Dry weight 41 kg. UF 1 – 3 lite/ครั้ง -Non Heparin technique	-Insert Right Femoral double lumen catheter -Hemodialysis 2 hr. -BFR 150 ml/min DFR 300ml/min -Dialysate K 2 mEq/L Ca 3.5 mEq/L Na 138 mEq/L HCO <sub>3</sub> 32 mEq/L Temp 37 องศาเซลเซียส -Dialyzer FDX150 SA 1.5 m <sup>2</sup> -UF 1.5 lite -Non Heparin technique

	-EPO Hemax 8,000 unit ทุกครั้งหลังฟอกเลือด -FF 1 x 3 oral pc -Folic acid 1 x 1 oral pc -Sodamint 3 x 3 oral pc -Losec(20mg) 1 x 1 oral ac -ASA(81mg) 1 x 1 oral pc -Carvedilol(12.5mg) ½ x 1 oral pc -Plavix(75mg) 1 x 1 oral pc -Warfarin(3mg) ½ x 1 oral hs	-Meropenam 1 gm.(v) in NSS 100 ml. then 500 mg .(v) in NSS 100 ml in 3 ชม. OD -Omeprazol(40mg) (v) ทุก 12 ชม. -Feed BD 300 ml. x 4 feed
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	7 ข้อ	7 ข้อ
กิจกรรมการพยาบาล	1.ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 2.ขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 3.ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม	1.ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม 2.ขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม 3.ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม
ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม	-ความดันโลหิตต่ำ	-ความดันโลหิตต่ำ -หายใจหอบเหนื่อย On ET tube with respirator -cardiac arrest
ภาวะแทรกซ้อนหลังการฟอกเลือด ด้วยเครื่อง ไตเทียม	-เลือดหยุดนาน > 30 นาทีหลังถอนเข็มAVF	

**เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)**

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการก่อนจำหน่าย	รู้สึกตัวดี ท่าทางเหนื่อยเพลีย สีหน้าวิตกกังวล เล็กน้อย หายใจปกติ แขนข้างAVF ปวดและบวม เล็กน้อย No Thrill No Bruit No bleeding ทำ U/S ตรวจแขนซ้าย และขวาพบ Stenosis ไม่สามารถแทงเข็มฟอกเลือด ได้นัดใส่สายนัดใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราวใน การฟอกเลือดครั้งต่อไป ญาติต้องการให้ฟอกเลือด ต่อแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่สายสวนหลอดเลือด ชั่วคราวไม่ยอมฟอกเลือดต่อ แพทย์พิจารณาส่ง ปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย(Palliative care) ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลขอยุติการดูแลรักษา ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมญาติลงนามใน ใบไม่ยินยอมรักษาและการช่วยฟื้นคืนชีพ นัดตรวจ ติดตามอาการ 1 สัปดาห์ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/90 มิลลิเมตรปรอท	รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ไม่มีอาการปวดศีรษะและกล้ามเนื้ออาการ อะอะโวยวายสามารถควบคุมได้ นัดพบ จิตแพทย์ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/60 มิลลิเมตรปรอท



Home Medication	-FF 1 x 3 oral pc -Folic acid 1x1 oral pc -Sodamint 3x3 oral pc -Losec(20) 1x1 oral ac -ASA(81) 1x1 oral pc -Carvedilol(12.5) ½ x 1 oral pc -Plavix(75) 1x1 oral pc -Warfarin(3) ½ x1 oral hs	-Fluphenazine deca 50mg(M) ทุก 2 สัปดาห์ -Clorapine(100mg) 1 ½ x 1 oral hs -CPZ(50mg) 1x1 oral hs -Depakine(500mg) 1x2 oral pc -Trihexyphenidyl(5mg) 1x2 oral pc
รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลกาศสินธุ์	พอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์ ประเภผู้ป่วยนอก รวม 78 ครั้ง	พอกเลือด 3 ครั้ง รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปลงและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยแบ่งการพยาบาลที่ให้เป็น 3 ระยะคือก่อนการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และหลังพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ต่อไป

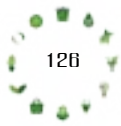
### ตารางปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ระยะก่อนการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1.ระดับความรู้สึกลดลงเนื่องจากมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย  2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะพอกเลือด	1.ระดับความรู้สึกลดลงเนื่องจากมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย  2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะพอกเลือด	1.1 ทักทายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อและนามสกุลพร้อมทั้งสังเกตสีหน้าท่าทางและการเคลื่อนไหว 1.2 วัด vital signs และประเมิน Early warning sign score ลงบันทึกใน Hemodialysis flow chart 1.3 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย จัดวางแขนข้างที่จะแทงเข็มให้เหมาะสม จัดทำอนครีษสูงและให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก 1.4 สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป ลักษณะผิว การบวมของหนังตา หน้าท้อง แขนและขา กรณีเย็นได้ให้ชั่งน้ำหนักตัวก่อนพอกเลือด 1.5 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr  2.1 ชักประวัติและสอบถามอาการ อาการหลังการพอกครั้งที่ผ่านมา เช่นอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจหอบ เจ็บหน้าอกหายใจลำบาก ยาที่รับประทานหรือดยาบางชนิดก่อนมาพอกเช่น ยาลดความดันโลหิต ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ พฤติกรรมการแสดงออกเช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว แสดงอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล
การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			2.2 วัด vital signs และประเมิน Early warning sign score ลงบันทึกใน Hemodialysis flow chart 2.3 ประเมินหลอดเลือด (vascular access) ที่ใช้ในการพอกเลือดชนิด



			<p>ถาวร(AVF) โดยการฟังเสียง Bruit และคลำ Thrill ตรวจการมีเลือดออกใต้ผิวหนังจากการแทงเข็มครั้งที่แล้วรวมถึงการอักเสบของแขนค่านั้น</p> <p>2.4ตรวจสอบข้อมูลได้แก่ แผนการรักษาของแพทย์ ข้อมูลการฟอกเลือดครั้งที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการเจ็บป่วยและยาที่ผู้ป่วยรับประทาน</p> <p>2.5นำข้อมูลที่ได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายรวมทั้งข้อมูลครั้งก่อนๆมาวางแผนการฟอกเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์โดยคำนึงถึงความเพียงพอของการฟอกเลือด Ultrafiltration, BFR, anticoagulation ภาวะผิดปกติเช่น cardiac arrhythmia, hypotension, bleeding กรณีพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม</p> <p>2.6บันทึกข้อมูลและแผนการฟอกเลือดลงใน Hemodialysis flow chart</p> <p>2.7จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย จัดวางแขนข้างที่จะแทงเข็มให้เหมาะสม จัดทำอนครีษะสูงและให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก</p> <p>2.8ตรวจสอบความพร้อมใช้ของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์เครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียมโดยการตั้งค่าการใช้งานต่างๆตามแผนการรักษาที่ได้วางไว้ ตรวจสอบเชื้อสกุลของผู้ป่วยที่ dialyzer ให้ตรงกับผู้ป่วยเตรียม dialyzer และbloodlineรวมทั้งตรวจสอบสายข้อต่อตามจุดต่างๆให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุดหรือรั่วซึม</p>
--	--	--	---

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
3.มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง	3.มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง	3.มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง	<p>2.9เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราว ( double lumen catheter )</p> <p>3.1ทักทายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อและนามสกุลพร้อมทั้งสังเกตสีหน้าท่าทางและการเคลื่อนไหว</p> <p>3.2ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ อธิบายแผนการรักษาในครั้งนี้ การตั้งปริมาณน้ำส่วนเกิน แนะนำอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้และแนะนำแจ้งพยาบาลให้ทราบทันทีมีอาการผิดปกติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมทำหัตถการการใส่สายหลอดเลือดชั่วคราวและการแทงเส้นเลือดถาวร</p> <p>3.3เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ</p> <p>3.4ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p><u>ประเมินผลการพยาบาลระยะก่อนการฟอกเลือด</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเหนื่อยเพลียเล็กน้อย ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจเรื่อง</p>



			การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราว ( double lumen catheter ) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน No bleeding ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ เครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียมพร้อมใช้
--	--	--	--

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	4.มีภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดคือความดันโลหิตต่ำเนื่องจากมีการลดลงของปริมาณสารน้ำในร่างกายเร็วกว่าการไหลกลับของน้ำภายนอกเข้ามาในหลอดเลือด	4.มีภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดคือความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากมีการลดลงของปริมาณสารน้ำในร่างกายเร็วกว่าการไหลกลับของน้ำภายนอกเข้ามาในหลอดเลือด	<p>4.1 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ</p> <p>4.2 ให้ออกซิเจนในกรณีที่เหมาะสม</p> <p>4.3 ลดอัตราการดึงน้ำและอัตราการไหลของเลือด</p> <p>4.4 ลดอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือดลงเหลือ 36 องศาเซลเซียส</p> <p>4.5 ให้NSS 200 ml. และ 50% glucose 50 ml. (v)</p> <p>4.6 กรณีศึกษาตอนที่ 2 ให้อาหารเพิ่มความดันโลหิตคือ levophed 4:250</p> <p>4.7 วัด vital signs ทุก 15-30 นาทีและเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ</p> <p>4.8 ตรวจสอบการทำงานของเครื่องไตเทียมให้ทำงานปกติตลอดเวลา ตรวจสอบตำแหน่งของเข็มและสาย double lumen catheter รวมถึงข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดหรือหักพังบอง</p> <p>4.9 อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือวิตกกังวล</p> <p>4.10 กรณีที่รับประทานอาหารได้แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักตัว ไม่รับประทานอาหารขณะฟอกเลือด</p> <p>5.1 วัด vital signs รายงานแพทย์</p> <p>5.2 เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>5.3 On respirator ตามแผนการรักษา</p> <p>5.4 ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>5.5 ดูแลการได้รับยา adrenaline, levophed 4:250</p> <p>5.6 ยุติการฟอกเลือด คั้นน้ำให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>5.7 ฝ้าระวังอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีก</p> <p>5.8 อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือวิตกกังวล</p>
		5.หายใจหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจและมีภาวะหัวใจหยุดเต้นจากการตอบสนองต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อทดแทนความบกพร่องของระบบไหลเวียนผิดปกติ	

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
			<p><u>ประเมินผลการพยาบาลขณะฟอกเลือด</u></p> <p>ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จหยุดการฟอกเลือด หลังจากได้รับการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติส่งกลับหอผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่อง</p>

<p>ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p>	<p>6.มีภาวะแทรกซ้อนคือเลือดหยุดยากหลังถอดเข็ม</p>		<p>6.1 วัด vital signs ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย 6.2 ใช้เวลากดนาน 3-5 นาทีจึงค่อยๆผ่อนแรงกดและเปิดออกดูรูแผล ถ้ายังมีเลือดซึมและสูงขึ้นต้องกดต่อ 6.3 ห้ามใช้สายรัดเพื่อห้ามเลือดหรือกดทับจนไม่พบ thrill หลังจุดห้ามเลือดซึ่งจะทำให้เกิด thrombosis ได้ 6.4 กดนาน 30 นาทีเลือดไม่หยุดรายงานแพทย์ให้ใช้ยา adrenaline ช่วยเพื่อให้เลือดหยุด 6.5 หลังเลือดหยุดปิดพลาสติกพร้อมทั้งประเมินการทำงานของเส้นเลือดโดยคลำ thrill ฟัง bruit สังเกตอาการเลือดออกทั้งภายนอกและใต้ผิวหนังจากการบวมตึงของเนื้อเยื่อรอบๆรูเข็ม 6.6 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลเส้นเลือดโดยการออกกำลังเส้นเลือดทุกวัน ห้ามยกของหนัก ห้ามนอนทับแขน ห้ามวัดความดันโลหิตหรือเจาะเลือดแขนข้างที่ใช้ฟอกเลือด เมื่อพบเลือดออกหลังกลับไปบ้านให้ใช้ผ้าปิดแผลปลอดเชื้อหรือผ้าสะอาดกดด้วยน้ำหนักพอดีให้มีเลือดไหลเวียนได้ แต่ไม่มีเลือดซึมออกมา กดไว้นานกว่า 10 นาทีหากเลือดออกไม่หยุดให้รีบมาพบแพทย์</p>
--	---	--	---

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	
	<p>7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ vascular access</p>	<p>7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ vascular access</p>	<p>6.7 แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้นคือคลำ thrill ฟัง bruit โดยแนบที่หูทุกวันและทุกครั้งที่มีความดันโลหิตต่ำ ถ้าคลำ thrill ฟัง bruit ไม่ชัดเจนให้รีบบริหารเส้นเลือดและนวดเบาๆจากรอยต่อไปตลอดแนวเส้น แล้วตรวจซ้ำใหม่หากยังผิดปกติให้รีบพบแพทย์ <u>การประเมินผล</u> หลังจากกดเลือดนาน 30 นาทีเลือดไม่หยุด รายงานแพทย์ให้ยา adrenaline ช่วยทำให้เลือดหยุดไหล แต่พบปัญหาคือคลำ thrill ฟัง bruit ไม่ได้ รายงานแพทย์ พิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราวในการฟอกครั้งต่อไป และส่งตัวเพื่อพบแพทย์ vascular  7.1 วัด vital signs โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 7.2 แนะนำและฝึกการล้างมือและแขนข้างที่ใช้ในการฟอกเลือด 7.3 ใช้ 2% chloridine in 70% alcohol ในการเตรียมผิวหนังสำหรับ double lumen catheter และการแทงเข็ม AVF 7.4 พยาบาลล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย 7.5 แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อได้แก่การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและการทำความสะอาดมือ การดูแลบริเวณที่ใส่ double lumen</p>

			catheter ไม่แกะเอาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ การประเมินผล ไม่พบการติดเชื้อบริเวณ vascular access ทั้ง 2 ชนิด
--	--	--	---

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	8.มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากการฟอกเลือดแต่ละครั้งมีภาวะแทรกซ้อนและรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานาน		<p>8.1 พุดคุยให้คำแนะนำถึงพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือด หลังการฟอกเลือดเมื่อกลับไปอยู่บ้านรวมทั้งการดูแล vascular access</p> <p>8.2 ให้อธิบายและญาติเพื่ออธิบายในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ให้อธิบายให้ญาติเข้าใจกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้</p> <p>8.3 อธิบายให้ญาติเข้าใจกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้</p> <p>8.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถทำได้กรณีที่ไม่ต้องฟอกเลือดอีกจะช่วยลดความวิตกกังวลและลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดได้</p> <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ขอยุติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เลือกรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองเนื่องจากอายุมากแล้วและกลัวในการผ่าตัดทำเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดเพราะทำมาหลายครั้งแล้ว จึงได้ประสานกับทีม palliative care เพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง</p>

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
		9.มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไต ความรู้เรื่องโรคไต โรคไตโปโรซิส การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	<p>9.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ข้อมูล</p> <p>9.2 พุดคุยให้คำแนะนำถึงพยาธิสภาพของโรคไต โรคไตโปโรซิส โรคจิตเภท แนวทางการรักษา การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปฏิบัติตัวขณะและหลังฟอกเลือด</p> <p>9.3 แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งที่มีแผนการรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก</p> <p>9.4 แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียในไต โดยดื่มน้ำและอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ควบคุมกำจัดหนู หลีกเลี่ยงการลุยน้ำที่อาจปนเปื้อนเชื้อได้โดยเฉพาะถ้ามี</p>



			<p>แผลที่มีมือ/เท้า</p> <p>9.5ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคทางจิตเวชอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องรวมถึงการจัดการอาการจากผลข้างเคียงของยา เช่นปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า มือสั่น แขนขาเกร็ง</p> <p>9.6แนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจเช่นทักษะการดูแลตนเอง เพื่อทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทักษะการอยู่ร่วมกันทั้ง ภายในบ้านและในชุมชน</p> <p>9.7แนะนำญาติ/ผู้ดูแลให้มีความเข้าใจผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อที่จะได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นการลดภาระของญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้</p> <p>9.8แนะนำญาติพาผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินอาการและรับยาต่อเนื่อง</p> <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p>
--	--	--	---

**สรุป**

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกันแต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิด สาเหตุของการเกิดโรคและการดำเนินโรคคือโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันระยะยาวซ้ำเร็วแตกต่างกัน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตทั้งโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลไตเทียมเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมีทักษะในการให้คำปรึกษาในเรื่องการบำบัดทดแทนไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการฟอกเลือดในการเตรียมสภาพจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด การเตรียมหลอดเลือด การปฏิบัติตนภายหลังการเตรียมหลอดเลือด รวมทั้งการรับประทานอาหาร สิ่งเหล่านี้พยาบาลต้องให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอและเลือกเวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้พร้อมกับประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานอาจเกิดความท้อถอย เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกรู้สึกคิดและการรับรู้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับเครื่องไตเทียมและทางด้านเทคนิคการฟอก

เลือด เข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการแก้ไขเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยการใช้แบบประเมิน Early warning sign เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจคุกคามถึงชีวิต รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงทีโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีการมอบหมายงานดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการฟอกเลือดแบบ Total case วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน มีการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองช่วยในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความทุกข์จากโรคที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างดีที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้ ในกรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤตสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1.ควรมีการปรับปรุงหรือทบทวนแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายของ

จังหวัดกาฬสินธุ์ในระบบบริการสุขภาพสาขาไตเป็นระยะๆ

2.ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคไตในประชาชนทั่วไปเพื่อให้เกิดความตระหนักและสามารถดูแลตัวเองได้ไม่ให้เป็นโรคไตหรือสามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์

3.ควรมีเครือข่ายระบบบริการในพื้นที่ในการจัดการและให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย

4.ระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อต้องมีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี

5.ควรส่งเสริมกำลังคนด้านสุขภาพบูรณาการร่วมกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(DM,HT)เนื่องจากการให้บริการต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะนักโภชนาการซึ่งยังมีไม่เพียงพอ

6.บูรณาการร่วมกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(DM,HT)เนื่องจากมีเป้าหมายในการทำงานคล้ายคลึงกันและยังเป็นการลดจำนวนบุคลากรในการแยกกันปฏิบัติงาน

7.ควรมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบสารสนเทศในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

8.บุคลากรในหน่วยไตเทียมควรศึกษาหาความรู้วิทยาการใหม่ๆอยู่เสมอโดยการประชุม อบรม สัมมนาหรือการค้นคว้าทางอินเทอร์เน็ตเช่นเทคนิคการให้คำปรึกษา ความรู้เรื่องการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง(CRRT) การทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี การทบทวนปฏิบัติการระดับEขึ้นไป นอกจากนี้ยังต้องมีการศึกษาหาความรู้เรื่องโรคอื่น ๆร่วมด้วย

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2562). **รับรู้และเข้าใจโรคจิตเภท**. ค้นเมื่อ ๑๕ ธันวาคม 2562, จาก [www.PRdmh.com](http://www.PRdmh.com)

ฉวีวรรณ ชงชัย. (2555). **กรณีศึกษา การปฏิบัติการขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤต**. ใน สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (บรรณาธิการ), **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ**. (น 228-235).

กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.

ดรุณี จันทร์เลิศฤทธิ์, สุชาดา บุญแก้ว, สง่า มั่นยืน และ อาริวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. (2560). **โปรแกรม**

**ข้อมูลคุณภาพชีวิต 9-THAI สำหรับผู้ป่วยโรคไต**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธนิต จิรนนท์ธวัช. (2556). **การเริ่มล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวาย**. ใน อิษณี พุทธิมนตรี,

ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, และ ฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์. (บรรณาธิการ), **ประชุมวิชาการประจำปีชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย**. (น 124-127). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2555). **กรณีศึกษา ผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในผู้ป่วยจิตเวช**. ใน สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (บรรณาธิการ), **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ**. (น 305-314).

กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.

ปิยะนาถ พงษ์สุทัศน์. (2555). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่อยู่ในบัลยูซีรอต**. ใน ทวี ศิริวงศ์. (บรรณาธิการ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และ ฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์. (บรรณาธิการ). (2558) **ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง**. (พิมพ์ครั้งที่2).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

พัชรินทร์ อินทร์จันทร์. (2558). **Nursing Assessment and Management in Hemodialysis**

**Complication.** ประชุมวิชาการประจำปีสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย. (น 165-172). กรุงเทพฯ: หน่วยไตเทียม กองแพทย์หลวงพระบรมมหาราชวัง.

ยุพิน วัฒนสิทธิ์. (2555). **กรณีศึกษา ผู้ปฏิบัติการณ์ขั้นสูงในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ.** ใน สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ. (น 294-297). กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.

สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2560). **คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิด**  
**ระดับประคอง.** ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วรวรรณ ชัยลิ้มปมนตรี, พงศธร คชเสนี, พรชัย กิ่งวัฒนกุล, วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, ธนันดา ตระการวนิช และ อเนก อยู่สบาย. (บรรณาธิการ). (2559) **ตำราโรคไตเรื้อรัง.** กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). **คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น.** สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. (2562). **Leptospirosis.** ค้นเมื่อ ๒๐ ธันวาคม 2562, จาก [www.tm.mahidol.ac.th](http://www.tm.mahidol.ac.th)

แบบแผนสุขภาพ. (2562). **11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน.** ค้นเมื่อ ๒๕ ธันวาคม 2562, จาก [www.mindmeister.com](http://www.mindmeister.com)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย  
Elderly health promotion social group in elderly school Kosumphisai  
Sub-district Municipality.

(Received: July 24 ,2020 ; Accepted: September 7,2020)

นางสุวิมล แสงเรือง และคณะ หน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย  
Suwimol sangrueng and others PCU Kosumphisai Hospital.

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1)ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8 คน (ร้อยละ 20 ) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกิน 180 mg% ร้อยละ 100 ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนของโรค 2) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 12 คน (ร้อยละ 30) ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่เกิน 140/90 mmHg ร้อยละ 83.3 (10 คน) ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนของโรค 3) มีภาวะปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อจำนวน 40 คน (ร้อยละ100) พบอาการปวดลดลง ร้อยละ 92 4) มีภาวะหลงลืมคะแนน MMSE ในกลุ่มเสี่ยง 5 คน (ร้อยละ 12.5) มีคะแนน MMSE เพิ่มขึ้นเป็นปกติ ร้อยละ 100 5)ผู้สูงอายุยังคงสภาพเดิม (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 100

**คำสำคัญ :** การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

**ABSTRACT**

This research was participatory action research aimed to encourage the elderly to have knowledge and understanding in taking care of themselves both physically and mentally. Feel self-worth, live in a happy society. And created participation of network partners and communities in the care of the elderly. Sample size were elderly and stakeholder in elderly school Kosumphisai Sub-district Municipality. Data were collected by health record and analyzed by descriptive statistic.

The study results showed that 1) 8 elderly diabetes patients (20%), sugar level control not more than 180 mg%, 100% did not have complications. 2) 12 elderly hypertension patients (30%) can control their hypertension not more than 140/90 mmHg, 83.3% (10 people) have no complications. 3) Have myalgia Orthopedic, 40 (100%), experienced a 92% reduction in pain. 4) There was a forgetfulness of the MMSE score among five people (12.5 percent), having a normal increase in MMSE score of 100 %. 5) elderly remain the same. (Social group) 100 %.

**Keyword :** Elderly health promotion

## บทนำ

จากปรากฏการณ์ใหม่ในศตวรรษที่ 21 ของประเทศไทย คือการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากคาดว่าปี 2573 จะมีประชากรวัยสูงอายุมากถึง 17.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 4 ของประชากรทั้งหมด และข้อมูลปัจจุบัน พบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 10.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) อายุยิ่งสูงยิ่งเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่ง (ร้อยละ 57.7) มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน การหกล้ม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จากปัญหาดังกล่าวทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ต่อทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งอำเภอโกสุมพิสัย ปัจจุบันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 16,370 คน คิดเป็นร้อยละ 14.23 ของประชากรทั้งหมด สำหรับใน เขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ปี 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 17.8 ของประชากรทั้งหมด และจากการคัดกรองสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ พบมีปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในระดับประเทศ เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด ปัญหาทางด้านจิตใจ และความถดถอยของสภาพสมอง เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวถือเป็นความท้าทายที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันจัดการ ให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ บูรณาการเป็นองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 คือ การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล การเสริมพลังชุมชน การเข้าถึงระบบบริการ การบริการแบบผสมผสาน และการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเปลี่ยนภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพลังในการพัฒนาชุมชนตนเองได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

จากการประชาคมปัญหาทางด้านสุขภาพ ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลโกสุมพิสัยร่วมกับเทศบาลตำบลโกสุมพิสัยและประชาชน 10 หมู่บ้านในเขตพื้นที่ เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ปี 2558 พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องการแก้ไขในลำดับต้น ๆ ของทุกหมู่บ้าน คือ ปัญหาด้านผู้สูงอายุ ซึ่งจากข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ในปี พ.ศ. 2558 โดย จนท. PCU โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองคือ แบบคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของกรมอนามัย และแบบคัดกรอง Geriatric Syndrome ของกรมการแพทย์ พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย 1,485 คน เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL = 12-๒0 คะแนน) 1,364 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.85 เป็นกลุ่มพึ่งพิงติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (ADL 0-๑๑ คะแนน) 121 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.14 และในจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด พบว่า มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.43 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.29 มีภาวะปวดกล้ามเนื้อหลัง เอว รวมทั้งปวดกระดูกและข้อ มากถึงร้อยละ 80 ส่วนทางด้านสมอง พบ มีภาวะหลงลืม มากถึงร้อยละ 50 ซึ่งจากการสะท้อนข้อมูลดังกล่าวให้กับคนในชุมชนและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ ทำให้เกิดแนวคิดร่วมกันว่า การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอแบบบูรณาการ เกี่ยวข้องกัน 3 ประเด็น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงเรียนผู้สูงอายุ และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง ทั้ง 3 ประเด็นนี้ จะส่งผลต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2559)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ( Long Term Care : LTC ) เป็นนโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เนื่องจากเป็นนโยบายที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับ

การดูแลครอบคลุมทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงให้สามารถคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีได้ยาวนานที่สุด และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีความสุขและอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้าน, ติดเตียง) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกลไกกองทุนตำบล มีกลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ Long Term Care ในชุมชน คือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เป็นกลไกในการบริหารจัดการ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย เป็นผู้จัดการระบบ (Care Manager : CM) และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยเป็นผู้ติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ตาม Care plan ที่ CM จัดทำให้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น โดยเป้าประสงค์การดูแลระยะยาว คือ การฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (Functional Ability) มากกว่าเพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเดียว บริการต้องมีความ หลากหลายและจัดโดยภาคส่วนต่างๆ โดยการบูรณาการของบริการด้านสังคมและด้านสุขภาพทั้งใน แนวนราบและแนวตั้งจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อ คุณภาพการให้บริการ LTC ได้ แต่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยเฉพาะโดยเฉพาะ ในอำเภอโกสุมพิสัย ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า และมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วย มีสุขภาพแข็งแรง

ให้สามารถคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีได้ยาวนานที่สุด รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่ง ดี ๆ นำไปถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลังได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีความสุข (สำนักสถิติแห่งชาติ ,2558)

แต่จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน เป็นที่น่าวิตก เนื่องจากสภาพครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต จากที่มีคนหลายรุ่นอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ขาดผู้ดูแล และอาจเกิดความรู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย ผู้สูงอายุขาดพื้นที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือการพัฒนาตนเองทั้งในด้านสุขภาพหรือในด้านอื่น ๆ การส่งเสริมสนับสนุน และแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน จึงเป็นการจัดบริการที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และเกิดจากการร่วมมือของภาคีเครือข่าย ที่เห็นได้ชัดเจน คือ โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุ มีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการ ของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ไร้ชัดเจน ระยะเวลาเปิดเรียนอาจเป็นตลอดปีหรือเปิดเป็นช่วงเวลาตามหลักสูตรที่จัดอบรม กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิต ที่จำเป็น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่า และมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้

สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สารการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่ม ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน” (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

ดังนั้น เพื่อเป็นการวางรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง อยู่อย่างมีความสุข มีชีวิตยืนยาว ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จึงได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง โดยประสานทุกภาคส่วน ให้มีส่วนร่วม “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความสุข เกิดทักษะในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเกิดการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลโกสุมพิสัยขึ้น ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2558 ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย

#### วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
3. ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้สูงอายุสู่รุ่นลูกหลาน
4. เสริมสร้างอาชีพให้ผู้สูงอายุมีรายได้สามารถดูแลตนเองได้
5. ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (participatory Action Research) ข อ ง

ครอบครัว ชุมชน และภาคีสุขภาพ. โดยเน้นการปฏิบัติการ (action orientation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย และทีมที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ใช้สถิติร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

#### 1. ขั้นการวางแผน

##### 1.1 ประชุมคณะกรรมการ

ดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ชมรมผู้สูงอายุ และผู้วิจัย ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย

##### 1.2 ศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยดำเนินการศึกษาดูงาน 2 พื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช จังหวัดชลบุรี และอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

##### 1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระดับตำบล และประกาศนโยบาย

ดำเนินการ ทำสัญญา MOU ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน

#### 2. ขั้นการปฏิบัติการ

##### 2.1 จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ

เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และคัดเลือกสถานที่ คือ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ซึ่งได้รับการสนับสนุนสถานที่ในชุมชนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

##### 2.2 ขับเคลื่อนดำเนินงาน

โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2.3 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดย จนท. PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ซึ่งใช้เครื่องมือในการคัดกรองคือ แบบคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของกรมอนามัย และแบบคัดกรอง Geriatric Syndrome ของกรมการแพทย์

2.4 ดำเนินการรับสมัครนักเรียน รุ่นแรกจากชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 40 คน ตามความสมัครใจ

2.5 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนและทีมครูที่เกี่ยวข้อง รับผิดชอบรายวิชาซึ่ง โครงสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบล ประกอบด้วย

2.5.1 ผู้อำนวยการโรงเรียน คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2.5.2 ครูผู้สอน วิชาภูมิปัญญาท้องถิ่นและการฝึกอาชีพ คือ นักเรียนผู้สูงอายุที่เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน วิชาเทคโนโลยี คือ ทีมสหวิชาชีพ ครูจากศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนและอาสาสมัคร Care giver วิชาส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพองค์รวม คือทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2.6 กำหนดระยะเวลาเรียนเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์แรกของเดือน รวมเป็นระยะเวลา 10 เดือน ซึ่งมีการกำหนดวิชาเรียนประกอบด้วย

2.6.1 วิชาส่งเสริมวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ ดนตรีพื้นบ้าน กลอนเชิง หมอลำคำสอย

2.6.2 วิชาการส่งเสริมการประกอบอาชีพ ได้แก่ การทำดอกไม้จันทน์ ดอกไม้ประดิษฐ์ การทำขนมหากเบ็ง

2.6.3 วิชาส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัย ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องกิจกรรมสร้างความสุข ๕ มิติในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ การใช้ยาและสมุนไพร วิชาป้องกันตนเองเสื่อม และการดูแลฟันในผู้สูงอายุ

โดยเน้นการฝึกปฏิบัติของนักเรียน เพื่อเป้าหมาย “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย”

2.6.4 วิชาเทคโนโลยีการเรียนรู้ ได้แก่ การใช้สื่อโทรศัพท์ Facebook Email Line

ซึ่งระหว่างการเรียนก่อนดำเนินการเรียน การสอน ทุกครั้งจะมีการกิจกรรมสร้างสมาธิ ฝึกจิตใจ เช่น สวดมนต์ ออกกำลังกายเต้นบาสโล่ป กิจกรรมนันทนาการ เพื่อป้องกันตนเองเสื่อม เป็นต้น

3. ขั้นตอนการสังเกตการณ์ สังเกตจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง และทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและความร่วมมือ ตลอดระยะเวลาจนถึงสิ้นสุดปิดโรงเรียน

4. ขั้นตอนประเมินผล

4.1 ประเมินผลลัพธ์ ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโรงเรียน

4.2 ประเมินจากผลกระทบต่อบุคคล หน่วยงานและภาคที่เกี่ยวข้อง

4.3 ประเมินจากความพึงพอใจของนักเรียน และทีมคณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

**ผลการศึกษา**  
จากการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เกิดผลลัพธ์ขึ้น 4 ส่วน ได้แก่

1. ผลต่อนักเรียนผู้สูงอายุ (จำนวน 40 คน)

1.1 เป็นโรคเบาหวาน 8 คน (ร้อยละ 20 ) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกิน 180 mg% ร้อยละ 100 ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนของโรค

1.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30) ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่เกิน 140/90 mmHg ร้อยละ 83.3 (10 คน) ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนของโรค

1.3 มีภาวะปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อจำนวน 40 คน (ร้อยละ 100) พบอาการปวดลดลง ร้อยละ 92

1.4 มีภาวะหลงลืม คะแนน MMSE ในกลุ่มเสี่ยง 5 คน (ร้อยละ 12.5) มีคะแนน MMSE เพิ่มขึ้นเป็นปกติ ร้อยละ 100

1.5 ผู้สูงอายุยังคงสภาพเดิม (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 100

1.6 ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้การดูแลสุขภาพไปดูแลคนอื่นได้ ในโครงการดอกคำควนเข้มแข็งสู่ชุมชนสุขภาพดี โดยนักเรียนผู้สูงอายุรวมกลุ่มออกไปเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร่วมกันกับ Care giver หมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิด ชมรมออกกำลังกาย ยืด ลีลาศ อังคะลุง แอโรบิก ชมรมหล่อ สวย 3 วัยใส่ใจสุขภาพ ชมรมดอกไม้ประดิษฐ์

1.7 ผู้สูงอายุมิรายได้เสริม จากผลการเรียนเรื่องอาชีพทำให้เกิดกลุ่มทำดอกไม้ประดิษฐ์ กลุ่มทำดอกไม้จันทน์จำหน่ายผลผลิตดอกไม้ประดิษฐ์ ดอกไม้จันทน์ มีรายได้แบ่งปันกันได้

1.8 ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจมีเพลงประจำรุ่น แต่งโดยนักเรียนผู้สูงอายุ คือเพลงดอกคำควน และเพลงตุ้มโฮมฮัก มีคำขวัญของนักเรียน คือ “ผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย สุขภาพดี ๘๕ ปี ยิ่งแข็งแรง” มีนวัตกรรมเด่นชื่อ “ดอกคำควนเข้มแข็งสู่ชุมชนสุขภาพดี” และมีเครือข่ายและเพื่อน จากที่มีหน่วยงานอื่นมาศึกษาดูงาน เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดท่าแกม จังหวัดพิษณุโลก แลกเปลี่ยนกับโรงเรียนสูงอายุอื่น ๆ ในจังหวัด เช่น โรงเรียนสูงอายุเทศบาลตำบลนาคูน รวมทั้งนักเรียนสูงอายุรุ่นพี่ ได้เป็นครูสอนรุ่นน้อง เป็นวิทยากรให้กับโรงเรียนสูงอายุ อื่น ๆ ในตำบลใกล้เคียง

## 2. ผลต่อสภาพแวดล้อมทางสังคม

### 2.1 เกิดเครือข่าย

เกิดระบบการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

### 2.1.1 CUP โกสุมพิสัย

ประกอบด้วย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย สาธารณะ สุขอำเภอโกสุมพิสัย PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีบทบาทหน้าที่ จัดสรรงบประมาณ ประสานงาน สร้างความร่วมมือ และวางรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

### 2.1.2 ชมรมผู้สูงอายุ

มีบทบาทหน้าที่ สนับสนุนความคิดและเข้าร่วมกิจกรรม

### 2.1.3 ภาศึเครือข่ายได้แก่

เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีบทบาทหน้าที่ สนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งสร้างความร่วมมือและจัดสรรงบประมาณสนับสนุน มีองค์กรเอกชนภายนอกคือบริษัทสินทรัพย์ให้ ความสำคัญและสนับสนุนเรื่องอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น เครื่องปรับอากาศ เครื่องเสียง ประจำศูนย์ และเครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ

## 2.2 เกิดครูต้นแบบ (ครู ก.)

นักเรียนผู้สูงอายุรุ่นแรกได้เป็นครูสอนนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุรุ่นต่อ ๆ มา และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลอื่น ๆ ในอำเภอ

## 3. กลไกทางสังคม

### 3.1 นักเรียนรุ่นแรกเข้าไปร่วม

เป็นคณะกรรมการสภาวัฒนธรรมทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ

### 3.2 เป็นต้นแบบการดำเนินงาน

โรงเรียนผู้สูงอายุของทุกตำบลในอำเภอโกสุมพิสัย และประเด็นงานด้านผู้สูงอายุ ปัจจุบันถูกกำหนดเป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ของคนอำเภอโกสุมพิสัยมีนายอำเภอโกสุมพิสัยเป็นประธาน

## 4. หน่วยงาน/ผู้บริหาร

ผู้บริหารเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดระบบการบริหารงานในโรงเรียนที่มีคณะกรรมการดำเนินงานมาจากทั้ง ๓ ส่วน ให้มีบทบาทหน้าที่

สรุปผล ทบทวนการดำเนินงาน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่าย กำหนดวิสัยทัศน์ ประกาศนโยบาย ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ และสรุปประเมินผล ส่วนโรงเรียนผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ ดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนตามหลักสูตร เน้นไปที่ภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมวัฒนธรรม การฝึกอาชีพ การส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ โดยมีผู้ศึกษาวิจัย เป็นผู้ประสานหลักของกิจกรรมในโรงเรียน

#### 5. การประเมินผลความพึงพอใจ

5.1 นักเรียนผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมต่อเนื่องหลังจบการศึกษา ในระดับพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 96.5

5.2 ครูผู้สอน คณะกรรมการดำเนินงาน หน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 92.2

#### อภิปรายผล

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ผู้วิจัยมีประเด็นอภิปรายดังนี้

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย เป็นขบวนการที่เกิดจากปัญหาด้านผู้สูงอายุที่ชุมชนตระหนักและให้ความสำคัญสืบเนื่องจากระบบการคืนข้อมูลด้านผู้สูงอายุของจนท.สาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ ให้ชุมชนรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากวัยที่มีความเสื่อมและการถดถอยของร่างกาย ซึ่งหากผู้สูงอายุครอบครัว และชุมชน รวมทั้งหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องไม่ตระหนัก และให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลายเป็นภาระให้กับครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งจากแนวคิดร่วมกันของทุกภาคส่วน ผู้วิจัยจึงได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ และ ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เริ่มจาก ขบวนการ ประชาคมคนในชุมชน (คณะ แพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ,2561) ให้เห็นปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดพันธะสัญญา (MOU) เป็นลายลักษณ์อักษร และ ขั้นตอนการทำงานอย่างเป็นระบบ มีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน และมีวัตถุประสงค์ร่วมกันชัดเจน คือ ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลโกสุมพิสัยต้องมีความรู้ มีทักษะ ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ มีความสุข มีชีวิตยืนยาว และอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีเครือข่าย และช่วยสังคมได้ตามอัตภาพ ขบวนการเรียนการสอน มีการกำหนดหลักสูตรที่ผสมผสานองค์ความรู้สมัยใหม่ ร่วมกับ ภูมิปัญญาของชุมชน ทำให้นักเรียนผู้สูงอายุมีความสุข เกิดการเรียนรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติและบอกต่อได้(วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์ ,2560) เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน เช่นค่าระดับน้ำตาลในเลือด หรือค่าระดับความดันโลหิต เป็นต้น ในระหว่างการเรียนการสอนได้เกิดนวัตกรรมดี ๆ แลกเปลี่ยนกันตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และได้รับการยอมรับ ซึ่งจากการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ประโยชน์ตอบตัวชี้วัดของหน่วยงานได้ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโกสุมพิสัย ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบัน เป็นรุ่นที่ 5 และมีนักเรียนสนใจเข้าเรียนมากถึง 570 คน ซึ่งแนวโน้มน่าจะมีการดำเนินการต่อเนื่องและยั่งยืน เนื่องจากทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และประกอบกับนโยบายด้านผู้สูงอายุกำลังเป็นนโยบายเร่งด่วนในระดับประเทศ ที่รัฐจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยหลายกระทรวงร่วมมือกัน และที่สำคัญนักเรียนผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง เป็นผู้มีความรู้และความน่าเชื่อถือทาง

สังคมเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ถือเป็น Key success ที่สำคัญยิ่งที่ทำให้ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุบรรลุลวัตถุประสงค์ มีความต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์แท้จริงกับผู้สูงอายุได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ,2558)

#### ข้อเสนอแนะ

1. การขยายผลการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่อื่นที่สนใจสามารถนำไปประยุกต์ภายใต้บริบทของคนในชุมชนนั้น ๆ ได้ แต่ควรมิตัดวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเกิดผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์ โดยแต่ละแห่งอาจมีวิธีการที่แตกต่างกันได้

2. ทางนโยบาย ในโรงเรียนเทศบาลตำบล โกสุ่มพิสัย มีนวัตกรรมดี ๆ เกิดขึ้นหลายอย่าง และมีประโยชน์กับผู้สูงอายุและชุมชน ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลควรจัดให้มีการรวบรวมนวัตกรรม ไปเผยแพร่ให้กับพื้นที่อื่น ๆ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป

#### เอกสารอ้างอิง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ 2553

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559

สำนักสถิติแห่งชาติ รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2558 .กรุงเทพมหานคร สหมิตรปรีณตั้งพัลลิวัง; 2558  
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 กรุงเทพมหานคร:

อมรินทร์พริ้นตังแอนพัลลิวัง;2558

กรมกิจการผู้สูงอายุ คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์ . ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย พ.ศ.2560

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนสหวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

Factors Related to Participation in Hospital Quality Development in Professional Teams

Wang Wiset Hospital, Trang Province

(Received: July 20 ,2020 ; Accepted: September 27,2020)

เพชรศิริ พรภักดิ์ศิริ

Petchsiri Pornpatsiri

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมนสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 112 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์หสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' s Product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.789$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร ด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ( $r = 0.708$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ด้านบุคลากร ( $r = 0.597$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ด้านงบประมาณ ( $r = 0.584$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $r = 0.545$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง

**คำสำคัญ** การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, การมีส่วนร่วม,

**Abstracts**

This research is Descriptive Correlation Research has objectives to study the factors related to the participation in hospital quality development of the multidisciplinary team in Wang Wiset Hospital, Trang Province, the population and sample were 112 multidisciplinary teams operating at Wang Wiset Hospital, Trang Province. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics. Relationship was tested by Pearson's Product moment correlation coefficient.

The results of the motivation factor were significantly positively correlated with the participation in hospital quality development of the multidisciplinary team at Wang Wiset Hospital, Trang Province ( $r = 0.789$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) factors of support from human resource

organization, budget, materials and equipment and administrative processes. There was a statistically positive relationship with the participation in hospital quality development of the multidisciplinary team in Wang Wiset Hospital, Trang Province. By supporting factors from the organization Management process there was a high level of positive correlation ( $r = 0.708$ ,  $p$ -value = 0.001), personnel ( $r = 0.597$ ,  $p$ -value = 0.001), budget ( $r = 0.584$ ,  $p$ -value = 0.001), materials ( $r = 0.545$ ,  $p$ -value = 0.001) were moderately positively correlated.

**Keywords:** Hospital quality development, participation

## บทนำ

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของประเทศไทยทำให้ประชาชนตระหนักในสิทธิหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทั้งที่เกี่ยวกับตนเองโดยตรงและเพื่อสุขภาพโดยรวมของสังคม ทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการสาธารณสุขมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ประกอบกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวดที่ 5 มาตรา 55 ระบุว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง” ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในระยะ 20 ปี ในการพัฒนาคุณภาพการสาธารณสุขของประเทศ (สำนัก

นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบเพื่อขึ้นนำทิศทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไปในทิศทางที่เหมาะสม และเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ อย่างมีมาตรฐานและเป็นธรรม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ตัวชี้วัดระดับกระทรวง, 2561)

ปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือการมีส่วนร่วมของบุคลากรภายในองค์กร โดยจะส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) ระบุว่า การมีส่วนร่วมทำให้บุคคลมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ มีส่วนร่วมเสนอ ความคิดเห็น มีส่วนร่วมและพิจารณาในการตัดสินใจใน การเลือกแนวทางการดำเนินงาน มีอิสระในการปฏิบัติงาน มากขึ้น มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติ ทำให้ บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน ภาคภูมิใจที่จะทำงาน เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อ องค์กร ทำให้มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ มีความผูกพัน ต่อผลงานของกลุ่ม เกิดความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ อันจะนำไปสู่ความร่วมมือ การเรียนรู้ร่วมกัน และเกื้อหนุนให้เกิด องค์กรแห่งการ

เรียนรู้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการ พัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัด  
ตรัง ที่ผ่านมาโดยรวมยังไม่สามารถดำเนินการพัฒนาให้  
บรรลุเป้าหมาย โดยผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
ระดับ 2 ซึ่งสาเหตุจากการดำเนินงานในการพัฒนาเพื่อ  
การรับรองคุณภาพมีความไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากปัจจัย  
หลายด้านประกอบกันทำให้การมีส่วนร่วมของบุคลากร  
ขาดความต่อเนื่อง และการดำเนินการสวนใหญ่จะเป็น  
ผู้บริหารหรือบุคลากรที่อยู่ในตำแหน่งหน้าที่ใน  
กระบวนการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ  
(โรงพยาบาลวังวิเศษ, 2563) ทั้งนี้ในการพัฒนาคุณภาพ  
เป็นการจัดระบบงานของแต่ละหน่วยงานและระบบงาน  
ที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ การจัดระบบงาน  
ดังกล่าวจะต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมทั้งทีมภายใน  
หน่วยงาน ทีมระหว่างหน่วยงาน ทีมระหว่างวิชาชีพ ทีม  
ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร ดังนั้นการพัฒนาเพื่อ  
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะสำเร็จได้ จึงไม่ได้  
ขึ้นอยู่กับผู้บริหารแต่ฝ่ายเดียวจะต้องเกิดจากความ  
ร่วมมือและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั่วทั้งองค์กร  
การพัฒนากระบวนการจะต้องเกิดขึ้นในทุกระดับตั้งแต่  
ระดับผู้ปฏิบัติงานล่างสุดจนถึงผู้บริหารสูงสุดในองค์กร  
ในการมีส่วนร่วมของบุคลากรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย  
หลายประการที่มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมไม่ว่าจะ  
เป็น ลักษณะงานที่มีความซับซ้อน ภาระงานของ  
บุคลากรมีมากไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา  
คุณภาพหรือไม่มีความสนใจในการทำงาน ปัจจัยลักษณะ  
ส่วนบุคคลในแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน ปัจจัย  
เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา  
คุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึง  
สนใจที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม  
ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทิมสหวิชาชีพ ใน  
โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางใน  
การส่งเสริมให้บุคลากรโรงพยาบาลวังวิเศษจังหวัดตรัง

ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การรับรองคุณภาพตามระบบ  
มาตรฐานสากลด้านบริหารจัดการ และสัมฤทธิ์ผลของ  
งานภาครัฐต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม  
ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทิมสหวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา  
ประเภทหาความสัมพันธ์  
(Descriptive Correlation Research)

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ  
ทิมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลวังวิเศษ  
จังหวัดตรัง จำนวน 112 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์  
เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผน  
ไทย เวชสถิติ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวังวิเศษ  
จังหวัดตรัง โดยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระหว่าง  
เดือน 1 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม 2563

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน  
การวิจัย ครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่ง  
ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น  
แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยสร้างแบบสอบถาม  
ขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการทบทวน  
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการศึกษา  
แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล  
ของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ

ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งหน้าที่ทางราชการ  
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การอบรมพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจ เป็น  
แบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามรูปแบบ  
Likert scale ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อย  
ที่สุด มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha  
coefficient) เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนจากองค์กร  
ประกอบด้วย การสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร  
ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และ ด้าน  
กระบวนการบริหาร เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า  
5 ระดับ ตามรูปแบบ Likert scale ได้แก่ มากที่สุด มาก  
ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามทั้งหมดเป็นเชิง  
บวก มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha  
coefficient) เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนา  
คุณภาพโรงพยาบาลของทีมนสวิชาชีพ ประกอบด้วย  
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการ  
ปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมใน  
การประเมินผล เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5  
ระดับ ตามรูปแบบ Likert scale ได้แก่ มากที่สุด มาก  
ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามทั้งหมดเป็นเชิง  
บวก มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha  
coefficient) เท่ากับ 0.94

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล  
(Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try  
out) กับกลุ่มทีมนสวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ  
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่  
ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้หลักการ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์  
แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha  
coefficient)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วย  
ตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่ม  
ตัวอย่างที่ศึกษา

2. ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยและ  
แบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด  
และขั้นตอน

3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของ  
แบบสอบถามที่ได้กลับคืน

4. นำข้อมูลที่ได้ในแบบสอบถามไปวิเคราะห์  
ข้อมูลทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้าน  
ลักษณะคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ จำนวน และ  
ร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์  
ระหว่างแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร กับการมี  
ส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนส  
วิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง เปรียบเทียบ  
ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรจากค่าสัมประสิทธิ์  
สหสัมพันธ์ (ค่า r) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการ  
ทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศ  
หญิง ร้อยละ 78.82 เพศชาย ร้อยละ 21.18 เพศหญิง  
กลุ่มอายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 31.2  
รองลงมา อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 29.4 ระดับการศึกษา  
สูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.8  
ตำแหน่งปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อย  
ละ 38.4 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน น้อยกว่า 15 ปี  
ร้อยละ 57.6 และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมหรือศึกษา  
งานเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ  
74.1

ระดับแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ  
จังหวัดตรัง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ในการ  
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน  
ระดับปานกลาง พิจารณารายด้าน พบว่า การ  
สนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ

ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร อยู่ใน  
ระดับปานกลาง

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ  
จังหวัดตรัง โดยรวมมีค่าเฉลี่ย ระดับปานกลาง พิจารณา  
รายด้านพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมใน ประเด็นการมี  
ส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ  
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการ  
ประเมินผล ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเลียงเบนมาตรฐาน ปัจจัยการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ปัจจัยในการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
แรงจูงใจ	3.33	0.57	ปานกลาง
การสนับสนุนจากองค์กร	3.35	0.59	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	3.41	0.63	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	3.36	0.71	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.21	0.66	ปานกลาง
ด้านกระบวนการบริหาร	3.38	0.67	ปานกลาง

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเลียงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
การมีส่วนร่วมโดยรวม	3.26	0.89	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจ	3.08	0.82	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติ	3.14	0.74	ปานกลาง
ด้านผลประโยชน์	3.25	0.67	ปานกลาง
ด้านการประเมินผล	3.20	0.80	ปานกลาง

ปัจจัยด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนจาก  
องค์กรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ  
อุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์  
เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ  
จังหวัดตรัง โดยปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้าน

กระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกใน  
ระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ  
ด้านวัสดุอุปกรณ์ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้าน  
วัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปาน  
กลาง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของแรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	ขนาดความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม
แรงจูงใจ	.789**	สูง
บุคลากร	.597**	ปานกลาง
งบประมาณ	.584**	ปานกลาง
วัสดุอุปกรณ์	.545**	ปานกลาง
การบริหาร	.708**	สูง

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### การอภิปรายผล

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของพิมลพรรณ คุณสิทธิ์ (2549) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน อยู่ใน ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.23) อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยรวมเป็นส่วนมากโดยพิจารณาตามโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นสหวิชาชีพที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งที่เป็นภารกิจของทีมนำสูงสุดในการกำหนดทิศทางหรือชี้แนะ สนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอเหมาะสม

ปัจจัยแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.33$ , S.D.=0.57) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญวีย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) พบว่า ปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน

จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.77) จากผลการศึกษา ช่างต้นแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการตอบสนองในองค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจในระดับปานกลาง ซึ่งเกิดจากการส่งเสริมบรรยากาศการพัฒนาคุณภาพด้วยการดำเนินกิจกรรมคุณภาพในรูปแบบเครือข่ายการเรียนรู้ (Quality learning network) (Celeste, 2011)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $r = 0.789$ , p-value = 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนมนชชนก เจริญสวัสดิ์ (2552) พบว่า ภาพรวมของปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ( $r = 0.662$ , p-value < 0.001) อภิปรายได้ว่า ปัจจัยจูงใจเป็นแรงจูงใจภายในที่แสดงออกถึงความต้องการของคนทำงาน เมื่อได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมย่อมทำให้ทีมนิสิตวิชาชีพโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง มีเจตคติ ความคิด ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นคุณค่า ทำให้เกิดความพึง

พอใจในงานที่ทำ จนเกิดแรงจูงใจในการทำงานให้บรรลุ เป้าหมายขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย ของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory of Motivation) (1993) ที่กล่าวถึงการตอบสนองปัจจัยจูงใจ อย่างเหมาะสมจะทำให้บุคคลรักในงาน และปฏิบัติงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =3.26, S.D.=0.89) สอดคล้องกับ การศึกษาของอัปสร วงษ์ศิริ (2552) พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรในการจัดการข้อมูลสารสนเทศ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.2) และ การศึกษาของดาวรุ่ง ดอนสมจิตร (2551) พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D. = 0.49) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขเพียงบางส่วนรับรู้ว่าการสนับสนุน ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพจากองค์กรยังอยู่ ไม่เพียงพอ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการ บริหารมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร ด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์

เชิงบวกในระดับสูง ( $r = 0.708$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ด้านบุคลากร ( $r = 0.597$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ด้านงบประมาณ ( $r = 0.584$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $r = 0.545$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของรติ บุญมาก (2551) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพ ชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.746$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนจาก องค์กรในทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอเหมาะสม ทั้งในด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร จะทำให้ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น จนเกิดผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและนำไปสู่ ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรในที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ผู้บริหารหน่วยงานควรมีกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง และออกแบบกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์เพื่อเชื่อมโยงกับกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล ลดความเครียดสร้างความสุขเพื่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรในที่สุด

2) การสนับสนุนจากองค์กรผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรด้วยการจัดหา วัสดุให้เพียงพอ หรือการประยุกต์ใช้วัสดุทดแทน ให้เพียงพอต่อการพัฒนา งานให้มีคุณภาพ



3) หน่วยงานควรส่งเสริมให้มีการ  
แลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และ สนับสนุน  
ให้เกิดการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4) หน่วยงานควรพัฒนาการมีส่วนร่วมใน  
ประเด็นการนำองค์กร การบริหารเชิงกลยุทธ์ การ  
มุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และบูรณาการทำงาน  
ร่วมกันของแต่ละหน่วยงานกับชุมชน

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการ  
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในกรอบมาตรฐานอื่น ๆ  
ได้แก่ PMQA QA LA หรือ Thai dental safety

goal เพื่อเป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพเชิงลึก  
ของทีมนิสิตวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลใน  
ประเด็นเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร ภาวะผู้นำที่เอื้อ  
ต่อการพัฒนา ความผูกพันต่อองค์กร และการรับรู้  
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมนิสิตวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

3) ควรทำศึกษารูปแบบการพัฒนา  
คุณภาพโรงพยาบาล และการประเมินผลความสำ  
เร็จหลังจากดำเนินงานเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง

#### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560)  
กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. การมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.(2554).

ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร. แรงจูงใจและการสนับสนุน จากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น. (2551).

พิมลพรรณ คุณสิทธิ์. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล  
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี. (2549).

รติ บุญมาก. การศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุน จากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ การบริหาร  
จัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น, ขอนแก่น. (2551).

โรงพยาบาลวังวิเศษ. สรุปผลการดำเนินงานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. อัดสำเนา. (2563)  
สถาพร รัตนารวีวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร  
สาธารณสุขใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. ปีที่ 7 ฉบับที่ 26  
ประจำ เดือนกันยายน-ธันวาคม 2557. (2557).

อัปสร วงษ์ศิริ. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการข้อมูลสารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์  
สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น. (2552).

Celeste P.M. Wilderom. Toward Positive Work Cultures and Climate. In Celeste P.M. Wilderom  
and Mark F.Peterson Neal M.Ashkanasy, The Handbook of Organization Culture and  
Climate (2nd ed.), (pp.74-84). California: United States of America. (2011).

## การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัว The development Sexual Communication Guidelines of Adolescents Pregnant and Families

(Received: July 14 ,2020 ; Accepted: September 10 ,2020)

อมรา อักเส  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
Amara Akkase BNS.  
ภรท สุฝน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
Porakot Soofon M.Ed.  
ชลการ ทรงศรี  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
Chonlakarn Songsri Ph.D.

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัว โดยศึกษาสถานการณ์การสื่อสารทางเพศของครอบครัวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศแก่ครอบครัวและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและประเมินความรู้และทัศนคติเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วยหญิงที่มีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มกราคม 2563 จำนวน 30 คน และผู้ปกครอง จำนวน 30 คน เป็นเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามปรับปรุงข้อความมาจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติเรื่องเพศ และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD. Median IQR Min และ Max Statistics ทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนน ความรู้และทัศนคติก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test ส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุเฉลี่ย 18 ปี ซึ่งมีอายุระหว่าง 12-19 ปี ส่วนใหญ่อยู่กินด้วยกันกับสามีโดยไม่จดทะเบียนสมรส การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวแทบไม่มีการสื่อสาร พ่อแม่มีความคิดเชิงลบในเรื่องเพศ ถ้าตั้งครรภ์แล้วไม่กล้าบอกเพราะกลัวผู้ปกครองจะลงโทษ ผู้ปกครองให้ความคิดเห็นต่อวัยรุ่นเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องน่าอายไม่ควรพูด ขาดความรู้และไม่มีเวลา แนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสาร จะประกอบด้วยทำให้ความรู้ ปรับทัศนคติและการรับรู้ ปรับฐานคิดแม่วัยรุ่นและครอบครัวเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ผลต่างของคะแนนทัศนคติของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรมพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ผลต่างของคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ )

**คำสำคัญ:** การสื่อสารเรื่องเพศ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### Abstracts

The objectives of the mixed method study were to develop the sexual communication of the adolescent pregnancy with their families by studying the situations of sexual communication in the families and adolescent pregnancy. The development of the sexual communication skills in the family

and adolescent pregnancy and assessment the knowledge and the attitudes of the sexual communication. The 30 chosen adolescent pregnancy by purposive sampling whose ages were not over 20 years old attended pregnancy services between 1<sup>st</sup>. October 2019 – 31<sup>st</sup>. January 2020 and 30 parents. The tools were the improved questionnaires from the Bureau of Reproductive Health regarding knowledge and attitudes about sex, and semi-structured questionnaire with IOC between 0.67-1.00 and the confident value was 0.83 and 0.87. Analyzing data by using descriptive statistics, Mean SD, Median IOR Min and Max statistics. The hypothesis' tests were compared the differences of the median knowledge scores and attitude before and after the training by using the statistics of Wilcoxon matched pairs signed ranks test. The qualitative data in contents analyzed

The results of the study were the sample of adolescent pregnant whose average 18 years old and whose ages between 12-19 years old live with their husbands without marriage registrations. Sexual communication in families were very little because their parents had negative thinking in sexual communication. The adolescent pregnancy were afraid to said with their parents about sex because their parents may punish them. The parents thought that it was very ashamed to talk about sex. The parents lacked of knowledge and had no time. The guidelines to develop the communication skills involved of giving education, adjusting the attitudes and perception by adjusting the base of thinking of the adolescent mothers in families about sexual communication. The median of the comparison of the parental knowledge scores before and after training was found that the significant difference in statistics at the error level not more than 5 percent (P-value <0.001) The comparison in attitude scores of the parents before and after training was found that the significant difference in statistics at the error level not more than 5 percent (P-Value <0.001). The difference in knowledge scores of the adolescent pregnancy before and after training was found that the significant differences in statistics at the error level not more than 5 percent (P-Value <0.001). The average of the differences in attitudes scores of the adolescent pregnancy before and after training was found that the significant difference in statistics at the error level not more than 5 per cent (P-Value <0.001).

**Key words:** Sexual Communication, pregnant adolescents

## บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นอัตราสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆมาก แสดงถึงความไม่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาวะ “การเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” ตามที่ทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหรือสภาพัฒน์ ได้สรุปไว้ พบว่าวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลงเรื่อยๆ จากอายุเฉลี่ยจาก 18 – 19 ปี ลดลงเป็น 15 – 16 ปี และข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นพบว่าวัยรุ่นมีการใช้ถุงยางอนามัยเพื่ออกามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในระดับต่ำ พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง

การแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาการขาดความรู้ ทักษะในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ขาดความเข้าใจในการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ปัญหาสื่อวัยรุ่นต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนค่านิยมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2560 ) วัยรุ่นไม่มีที่ปรึกษาและไม่กล้าพูดคุยกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง การจัดตั้งศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ในโรงพยาบาลและในสถานศึกษา การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน รวมทั้งการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธ์เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พบว่ากลุ่มวัยรุ่นเพียงบางส่วนเท่านั้นที่เข้าถึงบริการ ยังมีวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึง (สำนักอนามัยการเจริญพันธ์ กรมอนามัย, 2559) พบว่าวัยรุ่นขาดการสื่อสารระหว่างพ่อ

แม่ ผู้ปกครอง อีกทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง ยังเห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดคุยกับลูกหลาน ประกอบกับสังคมไทยยังมองเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม ทำให้วัยรุ่นเรียนรู้กันเองในกลุ่มเพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้การรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ครอบครัวยุคใหม่ขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ พัฒนาการทางเพศ ประกอบกับทัศนคติ การรับรู้ส่งผลให้การสื่อสารภายในครอบครัวยังมีน้อย ซึ่งพ่อแม่มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมทางเพศของลูกวัยรุ่น มีงานวิจัยสรุปตรงกันว่า ความเข้มแข็งและใกล้ชิดกัน แสดงออกด้วยการมีกิจกรรมร่วมกัน แสดงความรัก และเอื้ออาทรสม่ำเสมอพูดคุย ให้คำแนะนำเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ และเรื่องเพศในเชิงบวก เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ช่วยป้องกันวัยรุ่นตั้งครรรค์ได้

สถานการณ์การคลอดแม่วัยรุ่นอำเภอพนพิสัย แม่วัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในปี 2559 - 2561 ร้อยละ 35.42 ,29.57 และ 18.66 ต่อ 1,000 ประชากร (โรงพยาบาลพนพิสัย, 2562) การตั้งครรรค์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ การดำเนินงานที่ผ่านมาคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลพนพิสัย ได้พัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2557 การจัดบริการในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับงานบริการฝากครรรค์ งานวางแผนครอบครัว งานห้องคลอด งานให้คำปรึกษา โดยการพัฒนางานควบคู่กับการจัดบริการเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชนเชื่อมโยงกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อบริการ จากเครือข่ายกรณีที่มีปัญหาการตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ การจัดบริการ One stop services แม้ว่าอัตราการตั้งครรรค์มีแนวโน้มลดลง สำหรับพื้นที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจาก พบว่าแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่พร้อมตั้งครรรค์ถึงร้อยละ 96.55 ส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรรค์ เมื่อมีปัญหาไม่กล้าปรึกษาพ่อแม่ การรับรู้ ทัศนคติของแม่วัยรุ่นและครอบครัวไม่ถูกต้อง ขาดการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นและครอบครัว ส่งผลให้บางคนต้องออกจากสถานศึกษาเนื่องจากการตั้งครรรค์ ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษา เสียโอกาสในการในการได้งานที่ดีหรือตก

งาน ผลกระทบตามมาคือค่าใช้จ่ายในครอบครัว ส่วนใหญ่เมื่อคลอดแล้วต้องไปทำงานหาเงินมาเลี้ยงดูบุตร ทำให้เด็กต้องถูกเลี้ยงดูโดยตายาย ปู่ ย่า ทารกถูกทอดทิ้ง ขาดความอบอุ่น ผลกระทบต่อปัญหาสังคมในวงกว้าง ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นครอบครัวจึงมีความสำคัญกับวัยรุ่นเนื่องจากครอบครัวจะช่วยหล่อหลอม ปลูกฝังสิ่งที่ดี ของความเป็นมนุษย์ตั้งแต่เกิดมา เชื่อว่า ค่านิยม เจตคติ จริยธรรม และวิธีการแก้ไขปัญหา ล้วนมีอิทธิพลมาจากพื้นฐานครอบครัว บิดามารดาควรเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาให้แก่บุตร เพศศึกษาควรเริ่มต้นที่บ้าน จากการศึกษาของ ราตรี อร่ามศิลป์และวรรณศิริ ประจักษ์ โนน<sup>3</sup> พบว่า วิธีการสอนเพศศึกษาจากบิดามารดาส่วนใหญ่เป็นการสอนโดยทางอ้อม ปัญหาและอุปสรรคที่วัยรุ่นส่วนใหญ่พบในการสอนเพศศึกษาของบิดามารดา เป็นปัญหาด้านทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับ จรรยา จันทรผ่อง (จรรยา จันทรผ่อง, 2562) ควรมีการพัฒนาศักยภาพของพ่อแม่ ให้มีความสามารถในการสอนเพศศึกษา เพื่อให้ลูกมีชีวิตที่ปลอดภัยและมีสุขภาพทางเพศที่ดีต่อไป การดำเนินงานที่ผ่านมาจึงไม่มีแนวทางในการให้ความรู้ในการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นกับครอบครัว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นกับครอบครัวเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นซ้ำในพื้นที่และป้องกันการตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นกับครอบครัวและศึกษาความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรรค์วัยรุ่นกับครอบครัว

### วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบผสมผสาน (mixed method) แบ่งเป็น 3 ระยะระยะที่ 1 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพวิเคราะห์



สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของครอบครัวและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และนำแนวทางการสื่อสารไปพัฒนาทักษะการสื่อสารในกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัวโดยประเมินจากความรู้และทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศของกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วยหญิงที่มีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยทุกราย ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอโพธิ์พิสัยที่มารับบริการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มกราคม 2563 จำนวน 30 คน และครอบครัว โดยกำหนดให้เป็นพ่อ แม่หรือผู้ปกครองของหญิงที่มีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ จำนวน 30 คน

### เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามมาจาก คู่มือการจัดการอบรมเรื่องเพศยุคได้ในครอบครัว (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558) และคู่มือพัฒนาทักษะการสื่อสาร เรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นและครอบครัวใช้สัมภาษณ์ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัว ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับ พ่อแม่หรือผู้ปกครองหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรทั้งหมด ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้แบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย อายุ อาชีพหลักก่อนตั้งครรภ์ สถานะการศึกษาในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ลักษณะการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน ลักษณะการอาศัยอยู่ก่อน

ตั้งครรภ์ สถานภาพสมรสของบิดามารดาในปัจจุบัน ความอบอุ่นในครอบครัว (ก่อนแต่งงาน) อายุของมารดา อายุของสามีหรือเพื่อนชาย อาชีพหลักในปัจจุบันของสามีหรือเพื่อนชาย รายได้ต่อเดือนของสามีหรือเพื่อนชาย การตั้งครรภ์ครั้งนี้ตั้งใจให้เกิดขึ้นหรือไม่ ในระยะ 1ปี ก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือไม่/คุมกำเนิดด้วยวิธีใด การตั้งครรภ์ครั้งนี้ครรภ์ที่ แบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามมาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น ณ จุดฝากครรภ์ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561)

1.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติเรื่องเพศยุคได้ในครอบครัวประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนเต็ม 15 คะแนน แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของพ่อแม่ต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกวัยรุ่นที่ทำให้ลูก/หลานรู้สึก “คุยได้ คุยดี” ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็น มีค่าคะแนนเต็ม 40 คะแนน

1.4 แบบสอบถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารเรื่องเพศและปัญหาอุปสรรคที่พบของพ่อแม่กับการพูดคุยกับลูกวัยรุ่น และข้อเสนอแนะ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศและเพศศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนความรู้เต็ม 10 คะแนน และข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่น กับครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อซึ่งเป็นคำถามเชิงบวก ข้อ 4 ข้อ ( 1 ,2,3,4 ) และ ข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ( 6 ,7,8,9,10) มีค่าคะแนนเต็ม 50 คะแนน

2.3 แบบสอบถามแบบไม่มีโครงสร้างเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารเรื่องเพศและปัญหาอุปสรรคที่พบของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัวและข้อเสนอแนะ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

**การสร้างเครื่องมือ**

1. ศึกษาเอกสารวรรณกรรมและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาขอบเขตและสาระเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่น กับครอบครัว

2. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนตรวจสอบ เพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการทำค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00

4. แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ได้กลับมาและนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try-out) ในพื้นที่อำเภอรัตนวาปี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha - Coefficient$ ) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.87

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัย และขอความร่วมมือจากหญิงที่มีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ และพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโยที่ให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองยินยอมโดยสมัครใจโดย มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาจำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองหรือพ่อ แม่หญิงตั้งครรภ์ในการเข้าร่วมโครงการด้วยสมัครใจเช่นเดียวกันและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1 ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและประเมินความรู้ ทักษะการคิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และครอบครัว

2 ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาแนวทางในการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับ

ครอบครัว อบรมทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัว

3 การประเมินผลลัพธ์ ความรู้และทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัว หลังจัดอบรมอบรมทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับครอบครัว 2 สัปดาห์

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละพร้อมตารางประกอบความเรียง สถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD. Median IQR Min และ Max Statisticsที่ไม่อิงพารามิเตอร์ โดยใช้ Wilcoxon matched pairs signed ranks test การทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม**

โครงการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อความในแบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบใดๆและตลอดเวลาที่ร่วมกิจกรรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้การวิจัยเป็นไปตามรูปแบบที่ของคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายอนุมัติเลขที่อนุมัติจริยธรรมในการวิจัยที่ 4/2563 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2562

**ผลการวิจัย**

**1.ข้อมูลทั่วไปสถานการณ์ความรู้ ทักษะการคิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และครอบครัว**

1.1 ข้อมูลของพ่อแม่หรือผู้ปกครองจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่าอายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนใหญ่อายุ 41 - 50 ปี จำนวนร้อยละ 36.7 อายุ 51 - 60 ปีจำนวนร้อยละ 30 มีผู้ปกครองที่อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ ร้อยละ 76.7 รองลงมา เป็น ตา ยาย ร้อย

ละ 10 และส่วนมากมีบุตรที่อยู่ในความปกครอง 2 คน ขึ้นไป ร้อยละ 93.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 53.3 รายได้เฉลี่ย 7,120 บาทต่อเดือน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 30 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ยที่ 18 ปี อายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 19 ปี ส่วนใหญ่ปัจจุบันอยู่กินด้วยกันกับสามี ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 83.3 สำหรับอาชีพหลักก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เรียนจบ ม.3, ม.6 และ ปวช. ร้อยละ 53.3 มีหญิงตั้งครรภ์ที่หยุดเรียน / ลาออก ร้อยละ 23.3 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.3 ไม่ได้ประกอบร้อยละ 16.7 เป็นนักเรียนเรียนนอกระบบ ร้อยละ 13.3 ยังเรียนในสถานศึกษาเดิมร้อยละ 6 และผู้ที่ไม่ต้องให้ข้อมูลร้อยละ 23.3 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 ที่มาของรายได้ยังมาจาก ผู้ปกครองร้อยละ 20 จากสามี / เพื่อนชายร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะอยู่กับบิดาและมารดาร้อยละ 46.7 อยู่กับครอบครัวคู่รักละ 20.0 หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่ามีความอบอุ่นในครอบครัวร้อยละ 80.0 อายุของสามีหรือเพื่อนชายพบว่าส่วนใหญ่ มีอายุ 11-20 ปี ร้อยละ 50.0 อาชีพของสามีหรือเพื่อนชายส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไปร้อยละ 53.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 13.3 เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 3.3 รายได้ 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 53.3 และยังพบว่า ไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.7 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ไม่ได้ตั้งใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้และไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์และไม่มีความรู้ไปซื้อยาคุม ร้อยละ 20.0 มีคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 23.3 เป็นครั้งแรก ร้อยละ 90.0 เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะบอกผู้ปกครองของตนเอง ร้อยละ 40.0 บอกสามีหรือเพื่อนชาย ร้อยละ 33.3 บอกเพื่อน ร้อยละ 10.0 ไม่บอกใครเลย ร้อยละ 3.3 ส่วนคนที่ปรึกษาเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองของตนเอง ร้อยละ 26.7 บอกทั้งผู้ปกครองของตนเองและเพื่อนชาย ร้อยละ 16.7 ส่วนผู้ให้การดูแลในขณะตั้งครรภ์ในครั้งนี้ส่วนใหญ่ยังป็นผู้ปกครองของตนเอง ร้อยละ 20.0 มีบางส่วนดูแลร่วมกันระหว่างสามีหรือเพื่อนชาย และผู้ปกครองของตนเอง ร้อยละ 16.7

1.3 ความรู้เรื่องเพศ แม่วัยรุ่นให้ข้อมูลว่าได้จากโรงเรียนบ้าง แต่ไม่เข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดเท่าใด ในครอบครัวแทบไม่คุยเรื่องนี้เลยเพราะส่วนมากยังให้ความเห็นว่าพ่อแม่มีความคิดเชิงลบในเรื่องเพศ ถ้าตั้งครรภ์แล้วไม่กล้าบอกเพราะกลัวผู้ปกครองจะลงโทษ มีให้ข้อมูลว่าถึงพูด พ่อแม่ก็ไม่เข้าใจยังไม่อยากให้มีแฟนแต่มีบางส่วนเท่านั้นที่บอกหญิงตั้งครรภ์เรื่องการคุมกำเนิด หากความรู้หรือข้อมูลเรื่องเพศด้วยตนเองผ่าน Internet ในโทรศัพท์มือถือ ส่วนผู้ปกครองได้มีการสอนหรือแนะนำในเรื่องการวางตัวและการคบเพื่อนต่างเพศ “พ่อแม่ไม่เคยสอนเรื่องเพศ ค้นหาเองที่บ้าน ส่วนมากไม่ค่อยคุยกัน หากความรู้เอง” “พ่อแม่ส่วนมากสอนว่าผู้หญิงรักสวยรักงาม รักเรียนมากกว่าผู้ชาย” และส่วนมากไม่กล้าบอกผู้ปกครองโดยเหตุผลที่ส่วนใหญ่คืออาย กลัวบิดามารดาลงโทษด้วยการด่าหรือตี กลัวพูดจาไม่สุภาพ และคิดว่าตนยังเด็กยังไม่ถึงวัยที่ควรพูดคุย บางคนให้ข้อมูลว่าทัศนคติของทั้งตัวเด็กเองและบิดามารดานั้นคือ เด็กอายุที่จะพูดเรื่องเพศบิดามารดาจะเข้าใจว่าตนเป็นคนลามก กลัวพูดจาไม่สุภาพ

นอกจากนี้ผู้ปกครองแม่วัยรุ่นให้ความคิดเห็นต่อวัยรุ่นเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องน่าอายไม่ควรพูด และอีกอย่างตนเองไม่ค่อยมีความรู้ หรือไม่มีเวลาต้องทำงานหาเงิน ไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น โรงเรียนหรือหน่วยงานด้านสุขภาพควรมีการให้ความรู้ ตลอดจนถึงเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ และ แม่วัยรุ่นเองก็ต้องการมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดตอบว่า ต้องการให้บิดามารดาและคุณครูสอนหรือมีการสื่อสารเรื่องเพศกับตน เมื่อโตแล้ว ส่วนผู้ปกครองเองได้ให้ข้อมูลประเด็นคุณครูสอนหรือ หมอ หน่วยงานสุขภาพมีการสื่อสารเรื่องเพศกับเด็กวัยรุ่นตั้งแต่เริ่มพัฒนาการทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลง จะได้เป็นการช่วยป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิด “ควรมีการให้ความรู้ เพราะจะได้รู้ทันเกี่ยวกับการป้องกันและการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง” “ให้คุย เพราะให้ศึกษาไว้ก่อน ป้องกันไว้ก่อน มิถุนมิคุ้มกัน ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นจะได้แก้ไขทันคุยเรื่องการป้องกันและท้องก่อนวัยอันควร เพราะบางคนอาจจะมึลูกก่อนวัยอันควร ต้องคุยไว้ก่อน” “เด็กไม่ควรปกปิดพ่อแม่ เพราะอาจจะป้องกัน

ไม่ทัน” “เป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับตัวเรา เราจะได้ดูแลตัวเอง ป้องกันตัวเองได้ ควรคุยเรื่องนี้กับพ่อแม่หญิงเพียงตั้งครครส่วนน้อยเท่านั้นที่ให้ความเห็นว่า ยังไม่ควรมีการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดามารดา เนื่องจากยังมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ควรปกปิด เป็นเรื่องที่น่าอาย และการพูดคุย “เป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ถ้ามีคนรู้ก็จะอาย กลัวพ่อแม่จะเสียใจ” นอกจากนี้มีข้อค้นพบเชิงคุณภาพพบว่าสาเหตุที่มีผลต่อการตั้งครครพบว่า เกิดจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจเริ่มมีความอยากรู้อยากลองการเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศ โดยวัยรุ่นมักจะชักชวนกันชมภาพยนตร์และจะแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นเมื่อวัยรุ่นอยู่ลำพังกับคูรักด้านสังคมวัยรุ่น และให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนเป็นพิเศษ คล้อยตามเพื่อนได้ง่าย ด้านข้อมูลวัยรุ่นได้รับข้อมูลเรื่องเพศจากหลายแหล่งข้อมูลซึ่งบางแหล่งอาจให้ข้อมูลที่ไม่ต้อง สาเหตุด้านครอบครัว เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวคือการที่บุตรวัยรุ่นเติบโตมาในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูไม่ใช่พ่อแม่ที่แท้จริง พ่อแม่หย่าร้าง หรือแยกทางกัน ตา ยายจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของเด็กการเรียนรู้เรื่องเพศวัยรุ่นเรียนรู้มาจากบุคคลรอบตัว ชีวิตและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยส่วนใหญ่จะชมละครโทรทัศน์ที่มีฉากแสดงความรัก และจากสื่อลามกออนไลน์ทำให้วัยรุ่นมองว่าเป็นเรื่องปกติไม่ใช่เรื่องผิด

1.4 อุปสรรคในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร แม้ว่าบิดามารดาจะยอมรับว่าการสอนเรื่องเพศเป็นเรื่องสำคัญ บุตรควรได้เรียนรู้แต่ก็มีอุปสรรคสำคัญที่ไม่มีสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร ได้แก่ทัศนคติของบิดามารดาเองเนื่องจากบิดามารดามักจะมองว่าบุตรของตนเองยังเด็ก ยังไม่ถึงเวลาที่จะต้องเรียนรู้เรื่องเพศ ความพร้อมของบุตร เพราะบุตรยังไม่พร้อมจะเรียนรู้เรื่องเหล่านี้ บิดามารดาไม่มีเวลาอุปสรรคในการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างบุตรกับบิดามารดา ส่วนใหญ่อายุที่จะพูดเรื่องเพศกับบิดามารดา กลัวบิดามารดาจะเข้าใจว่าเป็นคนลามก กลัวถูกดูต่ำหรือตีเนื่องจากบิดามารดามักใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผลในการสอน กลัวพูดจาไม่สุภาพคิดว่าบุตรยังเป็นเด็กยังไม่ควรพูดเรื่องนี้รวมถึงบุตรบางส่วนยังคิดว่ามีความรู้ดีกว่าบิดามารดาหรือ

สามารถหาความรู้ได้ด้วยตนเองเนื่องจากเคยถามบิดามารดา แต่ก็ไม่ได้รับคำตอบที่แท้จริง

1.5 แนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครครไม่พร้อมในวัยรุ่นผู้ปกครองหญิงตั้งครครวัยรุ่นเห็นว่าควรจะต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อเรื่องเพศ ต้องเรียนรู้ศึกษาวิธีการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ครอบครัวพ่อแม่ควรปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีให้กับวัยรุ่นโดยยึดหลักว่าเรื่องเพศควรพูดคุยอย่างเข้าใจและตรงไปตรงมาเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้บุตรวัยรุ่นไปค้นคว้าข้อมูลเรื่องเพศจากแหล่งข้อมูลอื่นซึ่งอาจให้ข้อมูลที่ไม่ต้อง ควรสังเกตสิ่งแวดล้อมของบุตรเกี่ยวกับเพื่อนรวมถึงการชวนพูดคุยเรื่องราวในแต่ละวัน มีการใช้เวลาว่างร่วมกันและจัดสรรเวลาประกอบกิจกรรมเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว

2. การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครครวัยรุ่นกับครอบครัว โดยมีการดำเนินงานหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ มีการคืนข้อมูล และดำเนินการในระยะที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 สถานที่ คือโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครครวัยรุ่น จำนวน 30 คน และครอบครัวจำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน และเครือข่าย รพสต.แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน อสม. อบต. โรงเรียน โดยมีการจัดกิจกรรมคืนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาวัยรุ่น จากการรวบรวมในการอบรมแม่วัยรุ่นและครอบครัวในเวทีการอบรมปรับฐานภาคีคิดเครือข่าย คปสอ.อำเภอโพธิ์ชัย ผู้นำชุมชน อบต. สถานศึกษา และระดมสมองในการพัฒนาการดำเนินงาน ระบบส่งต่อบริการเมื่อเกิดปัญหาในชุมชนหรือในโรงเรียนผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของหญิงตั้งครครวัยรุ่นกับครอบครัวและได้จัดโครงการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ของแม่วัยรุ่นกับการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างแม่วัยรุ่น และครอบครัวอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายของโครงการ มีการประชุมชี้แจงโครงการในที่ประชุม คปสอ.อำเภอโพธิ์ชัย จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และการรับรู้

ปรับฐานคิดแม่วัยรุ่นและครอบครัว เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว จุดเริ่มต้นของการพูดคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง มีการเริ่มจากการสื่อสารทางบวก เพื่อสร้างความรู้สึก ความสัมพันธ์ที่ดี เกิดความเข้าใจ จูงใจให้ร่วมมือ ยอมรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวก็ต้องเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งหน้าที่สำคัญของพ่อแม่ /ผู้ปกครองในการช่วยให้เด็กมีภูมิคุ้มกันในเรื่องเพศ คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผ่านการสนทนาแบบ“เปิดใจคุย” การพูดคุยเรื่องเพศวัยรุ่น หลักการพูดคุยเรื่องเพศวัยรุ่น การสื่อสารที่ดี จะเริ่มสื่อสารอย่างไรดี การสอนทักษะการปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ โดยมีหัวใจสำคัญคือการมีส่วนร่วมของกลุ่มพ่อแม่ เน้นให้ผู้ปกครองลุกขึ้นมาเป็นภาคีสำคัญในการร่วมกันพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพทางเพศของเยาวชน

### 3. การประเมินผล

1.ความรู้เรื่องการสื่อสารเรื่องเพศกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของผู้ปกครอง ก่อนและหลังจากการ

จัดการอบรมพัฒนาทักษะ สองสัปดาห์ ได้ข้อมูลโดยที่ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลคะแนนผลต่างของความรู้ของผู้ปกครอง โดยพบว่า ตัวแปรข้อมูลคะแนนผลต่างมีการแจกแจงที่ไม่เป็นแบบปกติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังนั้นการทดสอบสมมติฐานการวิจัยจึงต้องใช้สถิติที่ไม่อิงพารามิเตอร์ โดยใช้ Wilcoxon matched pairs signed ranks test มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแสดงผลการวิจัย โดยคะแนนความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 8 คะแนน (IQR = 10.25-6.00 = 4.25) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 3-14 คะแนน และหลังการอบรมเท่ากับ 13 คะแนน (IQR = 13.25-12.00 = 1.25) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 6-15 คะแนน ตามลำดับผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดง ความรู้เรื่องการสื่อสารเรื่องเพศกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของผู้ปกครองสถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD, Median IQR Min และ Max Statistics

		คะแนนรวมความรู้ ก่อน	คะแนนรวมความรู้ หลัง
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		8.13	12.53
Median		8.00	13.00
Std. Deviation		2.921	1.795
Minimum		3	6
Maximum		14	15
Percentiles	25	6.00	12.00
	75	10.25	13.25

**ตารางที่ 2** ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนความรู้ก่อน และหลังการอบรมของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

คะแนนความรู้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	Z	p-value
ก่อนการอบรม	30	8.13	2.92	8.00	-4.80	<0.001
หลังการอบรม	30	12.53	1.79	13.00		

2.ทัศนคติของเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้สถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD. Median IQR Min และ Max Statistics และจากการทดสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลคะแนนผลต่างของทัศนคติของผู้ปกครอง โดยพบว่า ตัวแปรข้อมูลคะแนนผลต่างมีการแจกแจงที่ไม่เป็นแบบปกติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังนั้นการทดสอบสมมติฐานการวิจัยจึงต้องใช้สถิติที่ไม่อิงพารามิเตอร์ โดยใช้ Wilcoxon matched pairs signed ranks test มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลการวิจัยคือจาก

ผู้ปกครอง จำนวน 30 คน มีค่ามัธยฐานของคะแนนทัศนคติก่อนการอบรมเท่ากับ 33 คะแนน (IQR = 36-26.75= 9.25) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 16-39 คะแนน และหลังการอบรมเท่ากับ 34 คะแนน (IQR = 37.25-29.50= 7.75) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 18-40 คะแนน ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนทัศนคติของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

**ตารางที่ 3** แสดงค่าคะแนนทัศนคติเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD. Median IQR Min และ Max Statistics

		คะแนนรวมทัศนคติก่อน	คะแนนรวมทัศนคติหลัง
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		30.83	33.03
Median		33.00	34.00
Std. Deviation		5.943	5.666
Minimum		16	18
Maximum		39	40
Percentiles	25	26.75	29.50
	75	36.00	37.25

**ตารางที่ 4** ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนทัศนคติก่อน และหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

คะแนนทัศนคติ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	Z	p-value
ก่อนการอบรม	30	30.83	5.94	33.00	-4.67	<0.001
หลังการอบรม	30	33.03	5.67	34.00		

3.ความรู้เรื่องการสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ข้อมูลความรู้

วิเคราะห์โดยสถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD. Median IQR Min และ Max และใช้สถิติทดสอบ

ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลคะแนนผลต่างของความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพบว่า ตัวแปรข้อมูลคะแนนผลต่างมีการแจกแจงที่ไม่เป็นแบบปกติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) การทดสอบสมมติฐานการวิจัยจึงต้องใช้สถิติที่ไม่อิงพารามิเตอร์ โดยใช้ Wilcoxon matched pairs signed ranks test พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 30 คน มีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 6 คะแนน ( $IQR = 7.0-5.0 = 2.0$ )

โดยมีคะแนนตั้งแต่ 4-9 คะแนน และหลังการอบรมเท่ากับ 9 คะแนน ( $IQR = 9.25-8.0 = 1.25$ ) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 6-10 คะแนน ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม

		คะแนนความรู้ก่อน	คะแนนความรู้หลัง
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		6.03	8.87
Median		6.00	9.00
Std. Deviation		1.189	.900
Minimum		4	6
Maximum		9	10
Percentiles	25	5.00	8.00
	75	7.00	9.25

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนความรู้ก่อน และหลังการอบรมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

คะแนนความรู้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	Z	p-value
ก่อนการอบรม	30	6.13	1.19	6.00	-4.69	<0.001
หลังการอบรม	30	8.87	0.90	9.00		

4.ทัศนคติของวัยรุ่นต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว ทัศนคติของวัยรุ่นต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัวสถิติพรรณนาอธิบายค่าเฉลี่ย SD, Median IQR Min และ Max และจากการทดสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลคะแนนผลต่างของความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพบว่า ตัวแปรข้อมูลคะแนนผลต่างมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ( $p\text{-value} \geq 0.05$ ) ดังนั้นการทดสอบสมมติฐานการวิจัยจึงต้องใช้สถิติที่อิงพารามิเตอร์ โดยใช้ Paired t- test Statistics มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลการวิจัยคือผลการศึกษาศึกษาทัศนคติในหญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่น จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติก่อนการอบรมเท่ากับ 36.57 คะแนน ( $SD = 5.23$ ) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 29-48 คะแนน และหลังการอบรมเท่ากับ 43.23 คะแนน ( $SD = 2.54$ ) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 39-47 คะแนน ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 7 คะแนนทัศนคติเรื่องการสื่อสารทางเพศกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม

		คะแนนทัศนคติ	
		ก่อน	คะแนนทัศนคติหลัง
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		36.57	43.23
Median		37.00	43.00
Std. Deviation		5.230	2.254
Minimum		29	39
Maximum		48	47
Percentiles	25	33.00	42.00
	75	39.25	45.00

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนทัศนคติ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ( $\bar{d}$ )	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.d. <sub>d</sub> )	95%ช่วงเชื่อมั่นค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง	p-value
ก่อนอบรม	30	36.57	5.23	6.67	4.14	5.12 ถึง 8.21	< 0.001
หลังอบรม	30	43.23	2.54				

### การอภิปรายผล

สถานการณ์ข้อมูลของผู้ปกครองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 รายได้เฉลี่ยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับการศึกษา (กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลและคณะ, 2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดา ต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรวัยรุ่นหญิงตอนต้น พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ปกครองของเท่ากับ 42 ปี มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อเดือนอาชีพหลักเป็นเกษตรกรมากที่สุด ศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และระดับความรู้ค่อนข้างน้อยอีกทั้งต้องทำงานส่วนหนึ่งทำให้ไม่มีเวลาดูแลและสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ซึ่งสอดคล้องกับผลข้อมูลเชิงคุณภาพของการศึกษานำไปสู่การสร้างแนวทางพัฒนาความรู้และทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างหญิงวัยรุ่นและครอบครัว และยังสอดคล้องกับข้อเสนอแนะทางกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์ ส่วนการพัฒนาทักษะที่ใช้กระบวนการที่สำคัญได้แก่ การสร้างการรับรู้ใหม่ในบทบาทและความสำคัญ ของพ่อแม่ต่อการแก้ปัญหาเรื่องเพศในวัยรุ่น สร้างการรับรู้มิติในเรื่องเพศเชิงบวก การเตรียมความพร้อมในการสื่อสารกับบุตรเป็นวัยรุ่นให้ทราบสถานการณ์ปัญหาเรื่องเพศและผลกระทบที่เกิดขึ้น การสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์การสร้างทักษะชีวิตเรื่องเพศให้กับลูกวัยรุ่นเป็นบทบาทพ่อแม่ที่ปรากฏในงานวิจัยเรื่องแนวทางกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์ที่พ่อแม่ที่เป็นเกษตรกรใน

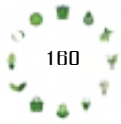


จังหวัดอุตรดิตถ์ (ผาสุก แก้วจินดา และคณะ, 2562) ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีอายุเฉลี่ยที่ 18 ปี ส่วนใหญ่อยู่กินด้วยกันกับสามี โดยไม่จดทะเบียนสมรส อายุของสามีหรือเพื่อนชายพบว่าส่วนใหญ่ มีอายุใกล้เคียงกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คืออายุช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างทั่วไป ไม่ได้ตั้งใจในการตั้งครรภ์และไม่มีความรู้ได้คุมกำเนิด ส่วนการสื่อสารในครอบครัวแทบไม่คุยเรื่องนี้เลย ผู้ปกครองแม่วัยรุ่นให้ความคิดเห็นต่อวัยรุ่นเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องน่าอายไม่ควรพูด งานวิจัยพบว่าแม้ว่าบิดามารดาจะยอมรับว่าการสอนเรื่องเพศเป็นเรื่องสำคัญ บุตรควรได้เรียนรู้แต่ก็มีอุปสรรคสำคัญที่ไม่มีสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร ได้แก่ทัศนคติของบิดามารดาเองเนื่องจากบิดามารดา มีงานวิจัยที่พบว่าการกระชับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว พ่อแม่ควรปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีให้กับวัยรุ่นโดยยึดหลักว่าเรื่องเพศควรพูดคุยอย่างเข้าใจและตรงไปตรงมาเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้บุตรวัยรุ่นไปค้นหาข้อมูลเรื่องเพศจากแหล่งข้อมูลอื่นซึ่งอาจให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารที่ดีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกันระหว่างบุตรและครอบครัวจะสามารถลดความเสี่ยงและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นประกอบด้วย การให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก การพัฒนาทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารเชิงบวก และเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันความเสี่ยงที่เกิดทั้งจากปัจจัยคุ้มกันภายในและปัจจัยคุ้มกันภายนอก (ธัญชนก ชุมทอง กิรณา สมวาทสรณ์, 2562) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และการรับรู้ ปรับฐานคิดแม่วัยรุ่นและครอบครัว เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวจะทำให้ผู้ปกครองมีส่วนช่วยให้เด็กมีภูมิคุ้มกันในเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผ่าน

การสนทนาแบบ“เปิดใจคุย” การพูดคุยเรื่องเพศวัยรุ่น หลักการพูดคุยเรื่องเพศวัยรุ่น การสื่อสารที่ดี จะเริ่มสื่อสารอย่างไรดี การสอนทักษะการปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ (สำนักกรมอนามัย, 2559) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะสามารถ ลดผลกระทบอันเกิดจากการใช้ชีวิตทางเพศไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอชไอวี และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการใช้แนวทางการสื่อสารตามแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทักษะ (Simpson, D., 1972) ซึ่งทักษะการปฏิบัติสามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึกทักษะจนเกิดความถูกต้องคล่องแคล่ว และคงทน ช่วยให้เตรียมความพร้อมในการลงมืออย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างทักษะป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น จึงเปรียบเสมือนเกราะป้องกัน การสื่อสารเชิงบวก (positive communication) ของวัยรุ่นกับครอบครัว จะทำให้เกิดความเข้าใจกันและช่วยลดความขัดแย้งที่พาไปสู่ปัญหา การสื่อสารที่ดีจะนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและความเข้มแข็ง

### ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.ด้านนโยบายควรให้ความสำคัญให้ผู้ปกครองตระหนักและสร้างความเข้าใจเรื่องสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์สำหรับพ่อแม่ ที่ผ่านมานโยบายจะมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น
- 2.ควรมีการการพัฒนาทักษะการสื่อสารพ่อแม่ หรือผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาทักษะที่ไ้กระบวนการที่สำคัญได้แก่ การสร้างการรับรู้ใหม่ในบทบาทและความสำคัญของพ่อแม่ต่อการแก้ปัญหาเรื่องเพศในวัยรุ่น สร้างการรับรู้มิติในเรื่องเพศเชิงบวกและการเริ่มพลังเชิงบวกให้กับบุตรวัยรุ่น
- 3.จากงานวิจัยพบว่ามี มีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนต้องหยุดเรียน และไม่มีรายได้ ยังอาศัยอยู่กับผู้ปกครองดังนั้นควรมีการร่วมมือกันและรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกันระหว่าง สถานศึกษา ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างการรับรู้ในการสื่อสารเรื่องเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม



### เอกสารอ้างอิง

- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.คู่มือพัฒนาทักษะการสื่อสาร เรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัว.พิมพ์ที่ กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชซิ่ง จำกัด; 2559.
- คณะกรรมการสารสนเทศ.ข้อมูลสารสนเทศ เวชระเบียนของผู้รับบริการ โรงพยาบาลโพธิ์สัวย ;2562
- ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจักษ์โน .การสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของพ่อแม่กับลูกวัยรุ่นในครอบครัว.วารสารวิชาการสุขภาพ ภาคเหนือ ปีที่ 3 ฉบับที่3 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม -ธันวาคม 2559.
- จรรยา จันทร์ผ่อง. บทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก.วารสาร NURS SCI J THAIL Vol. 37 No. 1 January - March 2019 .หน้า4-16.
- กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลและคณะ. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดา ต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างมารดาและบุตรวัยรุ่นหญิงตอนต้น (The Public Health Journal of Burapha University : Vol.8 No.2 July - December 2013 หน้า 70-80
- ผาสุก แก้วจินดา และคณะ, แนวทางกระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์ที่พ่อแม่ที่เป็นเกษตรกรในจังหวัดอุดรดิตถ. วารสารอารยธรรมศึกษา โขง-สาละวิน Mekong-Salween Civilization Studies Journal หน้า 100-122
- ธัญชนก ชุมทอง กิรณา สมวาทสรร์ค 2562.การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2562 หน้า 13-26
- กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักกรมอนามัย. คู่มือการจัดอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่ ชุมชมเกษตรกรแห่งประเทศไทย; 2559
- Simpson, D. Teaching Physical Educations: A System Approach. Boston: Houghton Muffin Co.; 1972.

## รูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

### Prevention Patterns for Iodine Deficiency of Pregnant Women in Uttaradit Province

(Received: September 1 ,2020 ; Accepted: September 21 ,2020)

สุมาลี มีศิริพันธ์

Sumalee Meesiriphan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

Public health scholar Uttaradit Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร กลุ่มละ 45 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563 ด้วยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการได้รับข้อมูลข่าวสาร ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81 , .94 และ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi squares test และ t - test ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 26.7 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับมาก ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.60

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 26.7 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.9

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150  $\mu\text{g/L}$  ต่ำกว่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150  $\mu\text{g/L}$  ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** ความรู้, การรับรู้, พฤติกรรม, หญิงตั้งครรภ์, ไอโอดีนในปัสสาวะ

#### Abstract

The objective of this research is to study patterns of prevention of iodine deficiency in pregnant women. Uttaradit Province With urine iodine content greater than 150 micrograms / l The urine iodine content was less than 150 micrograms / l. Each group of 45 subjects was conducted between May 1 and August 2020 by interviewing the researcher-created questionnaire consisting of knowledge, perception, health belief patterns, Practices for prevention of iodine deficiency disease, and obtaining information. The validity and accuracy were

investigated by Cronbach's Alpha Coefficient of 0.81, .94, and .87. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi squares test, and t-test.

The results show that

1. Knowledge of iodine deficiency disease among pregnant women where urinary iodine  $> 150 \mu\text{g/L}$  was mostly moderate 60.0%, followed by a high level of 26.7%. Total Awareness of the risk of developing iodine deficiency disease The perceived benefit of iodine deficiency preventive practice was at a moderate level, ie, the severity of iodine deficiency disease and the barrier of practice in the prevention of iodine deficiency disease. The prevention behavior of iodine deficiency was at a moderate level, 55.60 %, followed by a high level, 42.2 %.

2. The knowledge of iodine deficiency disease among pregnant women in which urinary iodine  $< 150 \mu\text{g/L}$  was mostly moderate, 64.4% followed by low 26.7%. Perception of belief patterns of health Is moderate Awareness of the risk of developing iodine deficiency disease Perception of iodine deficiency disease Recognition of the Benefits of Iodine Deficiency Practices Recognition of barriers to practice in the prevention of iodine deficiency disease is moderate. Iodine deficiency prevention behavior Most of them were at a moderate level, 68.9 %.

3. Knowledge of iodine deficiency disease Perception of health belief patterns and perception of risk of iodine deficiency disease. Perception of iodine deficiency disease recognition of the positive effects of iodine deficiency practice and the barrier to practice in iodine deficiency prevention. The prevention behavior of iodine deficiency in pregnant women with urinary iodine  $> 15 \mu\text{g/L}$  was better than that of pregnant women with urinary iodine  $< 150 \mu\text{g/L}$ . ( $p < .05$ ).

**Keyword:** Knowledge, Perception, Behavior, Pregnant Women, Urine Iodine

## บทนำ

ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุที่สำคัญของร่างกายที่พบมากในพืชและอาหารทะเล การสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีหน้าที่ในการควบคุมการเจริญเติบโต พัฒนาการของระบบประสาทและควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกายให้ทำงานได้อย่างสมดุลปกติ (สำนักโภชนาการ, 2559) ผลกระทบของการขาดไอโอดีนมีมากที่สุด หลายอย่าง หากหญิงตั้งครรภ์ขาดสารอาหารเพียงชนิดเดียว อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ต่อทารกใน ไอโอดีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายแม้เพียงเพียงเล็กน้อย แต่ก็มีความสำคัญอย่างมากต่อชีวิตของมนุษย์ไอโอดีน คือ กลุ่มเด็กแรกเกิด และสตรีตั้งครรภ์ โดยพบภาวะขาดสารไอโอดีนมากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (WHO, 2008) เนื่องจากหญิง

ตั้งครรภ์มีความต้องการไอโอดีนในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้ดำเนินไปอย่างปกติ อาทิ หัวใจ ตับ กล้ามเนื้อกระฉับกระเฉง ทำงานได้รวมทั้ง ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเซลล์ โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทของทารกในครรภ์ ไทรอยด์ฮอร์โมนทำให้เซลล์ประสาทที่สมองมีการแบ่งตัวมากขึ้น ดังนั้น หากขาดไทรอยด์ฮอร์โมนในระยะที่สมองกำลังพัฒนา ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จะทำให้เกิดมีภาวะปัญญาอ่อน (โรคเอ๋อ) หรือ cretinism (Martsuri, 2012) จากการสำรวจไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างพ.ศ. 2554-2558 ของ National Center for Child Health Screening Department of Medical Sciences (2010)

พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 36.5, 48.5, 46.0, 45.6 และ 53.5 ตามลำดับ (Chaiopanont, 2017) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับสารไอโอดีน 250 ไมโครกรัมต่อวัน จึงจะเหมาะสมและเพียงพอต่อการนำไปใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (WHO, 2007; Zimmermann, 2012) ทั้งนี้ การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีไอโอดีนเพียงพอและการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเสริมในการปรุงและถนอมอาหารรวมทั้งการรับประทานยาวิตามินเสริมไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนพบว่า พฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 98.3 (Somphan, Kanato, & Rungsiprakarn, 2013) จากการศึกษาการได้รับสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด จังหวัดพิษณุโลกในปี พ.ศ. 2548-2552 พบว่า 1 ใน 3 มีภาวะขาดสารไอโอดีน จากการสุ่มตรวจปัสสาวะในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา เพื่อหาปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะของจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา พบ Urine iodine (UI) มากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 48 และในหญิงตั้งครรภ์ตรวจปัสสาวะพบ Urine iodine (UI) มากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 44.7 (ค่ามาตรฐาน คือ มากกว่าร้อยละ 50 ) และจำนวนครัวเรือนน้อยกว่า ร้อยละ 50 มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนได้ตามเกณฑ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2560) จะเห็นได้ว่า การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่

ศึกษามีความชุกสูง หญิงตั้งครรภ์บริโภคอาหารที่มีไอโอดีนน้อยและขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับไอโอดีน

ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H., 1988) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนร่วมกับการได้รับข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์และสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริหารงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด โดยเฉพาะการวางแผนที่ยึดสภาพปัญหาของพื้นที่ (Area base) เป็นสำคัญและเป็นปัญหาเรื้อรังให้ได้รับการแก้ไข อย่างจริงจังต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร แตกต่างกัน

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ( Cross - sectional descriptive study) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 300 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโพลิตและฮังเกอร์ (Polit & Hunger, 1999) ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 (Cohen, 1988) และ การประมาณ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Effect Size) .8 โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 100 ไมโครกรัม/ลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 100 ไมโครกรัม/ลิตร ทำการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

(Cohen, 1988) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่นำมาวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วย สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ชนิดเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 9 ข้อ จำนวน 10 ข้อ แบบทดสอบเป็นชนิดให้เลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อถูกเพียงข้อเดียว โดยตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งคะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน เมื่อแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งช่วงคะแนนและแปลความระดับความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์, 2554) ได้แก่ น้อย (0 - 4 คะแนน) ปานกลาง (5 - 8 คะแนน) มาก (9 - 10 คะแนน) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Formula :KR-20 ) เท่ากับ .79

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ด้านละ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) แปลผลโดยกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) และระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญพิจารณาทั้งหมดแล้ว นำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการทดลองมาหาความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ โรคการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ด้านละ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) แปลผลโดยกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ มาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) และระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา

(Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญพิจารณาทั้งหมดแล้ว นำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการทดลองมาหาความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.86

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ตามแบบมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติดำเนินการ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคขาดสารไอโอดีนและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ และเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องและไม่ผลต่อการวิจัยเพื่อช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล “การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์” โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจก

แจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t - test และ Chi squares test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

### ผลการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 76.5 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 46.7 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 86.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.9 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไปและแม่บ้าน เท่ากันคือ ร้อยละ 22.2 สถิติในการรักษาพยาบาลคือบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.4 รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 66.7 แผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 64.4 และอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 42.2

หญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 71.1 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 44.4 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 97.8 ประกอบ

อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 26.7 สถิติในการรักษาพยาบาลคือบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.2 รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 62.2 แผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 53.3 และอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 17.8

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 26.7 ( $\bar{x}$  = 7.41, SD. = .64) คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 9 คะแนน และความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 26.7 ( $\bar{x}$  = 5.69, SD. = .86) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 7 คะแนน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร

ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน	ไอโอดีนในปัสสาวะ > 150 µg/l		ไอโอดีนในปัสสาวะ < 150 µg/l	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	12	26.7	4	8.9
ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	27	60.0	29	64.4
น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	6	13.3	12	26.7
รวม	45	100.0	45	100.0

$$\chi^2 = 6.071$$

$$df = 2$$

$$p - \text{value} = .048$$

3. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร

3.1 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 95.49, SD. = 4.52) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตารางที่ 2)

3.2 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า

150 ไมโครกรัม ต่อลิตร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 84.79, SD. = 4.45) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตารางที่ 2)

3.3 หญิงตั้งครรภ์ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อ ลิตร มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	ไอโอดีนในปัสสาวะ > 150 ไมโครกรัม /ลิตร (n=45)			ไอโอดีนในปัสสาวะ < 150 ไมโครกรัม/ลิตร (n=45)			t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน	26.14	4.21	มาก	22.65	5.47	ปานกลาง	3.391	.001 *
การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน	22.62	5.58	ปานกลาง	19.25	4.78	ปานกลาง	3.076	.002 *
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	24.64	3.45	มาก	22.36	4.15	ปานกลาง	2.834	.005 *
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	23.18	5.12	ปานกลาง	20.63	4.02	ปานกลาง	2.627	.010 *
โดยรวม	95.49	4.52	มาก	84.79	4.45	ปานกลาง	11.361	.000 *

\* p < .05

3. พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.60 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 42.2 ( $\bar{x} = 25.14$ , SD. = 3.87) คะแนนต่ำสุด 16 คะแนน คะแนนสูงสุด 27 คะแนน และพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่

อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.9 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 20.0 ( $\bar{x} = 22.39$ , SD. = 4.567) คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน คะแนนสูงสุด 24 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 100 ไมโครกรัมต่อลิตร ตีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร และไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร

ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน	ไอโอดีนในปัสสาวะ > 150 µg/l		ไอโอดีนในปัสสาวะ < 150 µg/l	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	19	42.2	9	20.0
ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	25	55.6	31	68.9
น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	1	2.2	5	11.1
รวม	45	100.0	45	100.0

$$\chi^2 = 6.881$$

$$df = 2$$

$$p - \text{value} = .032$$

### อภิปรายผล

การวิจัยรูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไอโอดีนมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ

เนาวรัตน์ บุญรักษ์ (2553) พบว่า ระดับการรับรู้โดยรวมของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องการศึกษาของภิกษุศักดิ์ เลิศเรืองปัญญา และคณะ (2553) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้เรื่องสารไอโอดีนร้อยละ 81.4 ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับมากอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องอันตรายจากโรคขาดสารไอโอดีน จากบุคลากรด้านสาธารณสุขในการให้ความรู้ที่คลินิกฝากครรภ์ การวิจัยนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไอโอดีนมากกว่า

150 ไมโครกรัมต่อลิตร พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไอโอดีนน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บริโภคอาหารที่มีไอโอดีนในปริมาณที่เพียงพอและทุกคนยังบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน (ร้อยละ 100) และยังรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100.0 และรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข แผ่นพับ/โปสเตอร์ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนหญิงตั้งครรภ์ด้วยการให้ความรู้ และให้เกลือเสริมไอโอดีนไปใช้ปรุงอาหาร ให้สมาชิกในครัวเรือนรับประทานนอกเหนือจากการให้เม็ดวิตามินธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน สามารถเพิ่มระดับไอโอดีนสมาชิกในครัวเรือนที่หญิงตั้งครรภ์ ได้ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนยังคงเป็นวิธีที่ได้รับการยืนยันว่าสามารถป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้ โดยพบว่าประชาชนที่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ นั้นได้รับสารไอโอดีนจากเกลือเสริมไอโอดีนเป็นหลัก (Andersson M, Karumbunathan V, Zimmermann MB., 2011) ทั้งนี้การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้ไม่ยาก เพียงส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีไอโอดีน การใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงและถนอมอาหาร รวมทั้งการรับประทานวิตามินเสริมไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ (Phunharach, 2011) การสนับสนุนให้บริโภคอาหารที่มีไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนจึงต้องกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นในการบริโภคอาหารที่มี

สารไอโอดีนเป็นประจำ โดยเน้นอาหารที่หาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง เช่น ปลาหู และนม รวมทั้งแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับสารไอโอดีนครบถ้วนตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย (DRI) (WHO, 2004) เนื่องจากอาหารทะเลส่วนใหญ่ราคาสูง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถบริโภคอาหารทะเลได้เพียงพอ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์บางมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ดังนั้น การส่งเสริม การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนยังคงเป็นวิธีที่ได้รับการยืนยันว่าสามารถป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้โดยพบว่าประชาชนที่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ นั้นได้รับสารไอโอดีนจากเกลือเสริมไอโอดีนเป็นหลัก

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักในการป้องกันตนเองที่อาจส่งผลกระทบต่อบุตรที่อยู่ในครรภ์จากการขาดสารไอโอดีน ดังนั้นถ้าหากในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายสินค้าหรืออาหารเสริมไอโอดีนเพื่อให้บริการอยู่ใกล้ สะดวก ก็จะช่วยลดการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์หรือของประชาชนโดยรวมได้ที่สำคัญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์หรือประชาชนโดยทั่วไปได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ โดยเฉพาะหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านให้มากขึ้น เพราะถือ

เป็นสื่อหลักในเกือบทุกชุมชน/หมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้ลดการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ได้ ซึ่งผลที่ได้สนับสนุนแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่าการรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลซึ่งบุคคลจะปฏิบัติและแสดงพฤติกรรมตามความคิดและความเชื่อของตนเอง ถ้าบุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองถูกต้องก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม (Becker, 1974)

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร และน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา ทำให้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนตามกำหนดช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรมีการวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความ

เชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน รวมทั้ง ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อเป็นการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เกษม ตั้งเกษมสำราญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ นางมาลี โชคเกิด นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ด้านส่งเสริมพัฒนา ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษางานวิจัยนี้ อาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค ข้าราชการบำนาญ (นักวิเคราะห์นโยบายและแผน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- เนาวรัตน์ บุญรักษ์. (2553). พฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์และระดับอัยรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดในจังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- ภิกษิต์ เลิศเรืองปัญญา, พิมพาภรณ์ พรหมใจ, กิ่งพิกุล ชำนาญคง, อัจฉรา วโรภาส และวัชรชัย ไชยชนะ. (2553). การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนจากระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคเหนือตอนบน ปี 2553. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 53, (4), 41-53.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. (2560). รายงานการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดอุดรดิตถ์. อุดรดิตถ์ : (อัดสำเนา).
- Andersson M, Karumbunathan V, Zimmermann MB. (2012). Global Iodine Status in 2011 and Trends over the Past Decade. J. Nutr., 142:744–50.

- Becker, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charles.
- Chaiopant, S.. (2017). Iodine Disorder Situation in Pregnant Women in Thailand during the year 2011-2015. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 7(2), 200-211. {In Thai}.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup>ed.). USA: Lawrence Erlbaum associates.
- Hetzel B.S. (2002). **Eliminating Iodine Deficiency Disorders the Role of the International Council in the Global Partnership**. *Bull World Health Organ*, 80(5): 410–417.
- Martsuri, P. (2012). Iodine deficiency prevention in pregnant women, Namsom district, Udonthani province, 2011. *Journal of the office of DPC 6 Khon Kaen*, 19(2), 27-39.
- Phunharach, S. (2011). Iodine supplements consumption and perceptions of pregnancy on congenital hypothyroidism Muang district Nong Bua Lumphu province. *UdonthaniHospital Medical Journal*, 19(1), 10-18. {In Thai}
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott. {In Thai}.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Somphan, P., Kanato, M., & Rungsiprakarn, P. (2013). Preventive behavior of iodine deficiency In pregnancy and neonatal TSH concentration in Na Wang and NaKlang district, Nong Bua Lam Phu province, Thailand. *Community Health Development Quarterly Khon kaen University*, 1(3), 117-129. {In Thai}
- World Health Organization. (2004). **Iodine status worldwide**. Geneva: Department of Nutrition for Health and Development World Health Organization.