

วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education

H&E

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565

VOL.7 NO.2 April - June 2022

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์	1
ปฐมพงศ์ เตชะคำภู	
การประเมินประสิทธิผลของยาฟิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด -19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นจังหวัดอุบลราชธานี	8
ธีรรา โลมรัตน์ และตุลาการ นาคพันธ์	
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	17
พานิช แกมนิล	
การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยากับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	27
ภริญา ราชสันเทียะ และอัญชลี ฉัตรแก้ว	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน	34
สมหมาย อุบลลี	
ความชุกของเชื้อก่อโรคและปัจจัยที่มีผลต่อการดื้อยาเซฟไตรโซนของโรคติดเชื้อสราในช่องท้องชนิดปฐมภูมิในโรงพยาบาลทุมนานี	40
นัทธชนัน ปรัชชากริน	
การพยาบาลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะปอดติดเชื้อในสถานการณ์โรคโควิด-19	51
วันทนา กอแก้ว	
การศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน	59
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	
สุลักษณ์ เสนาวุฒิ	
ผลของการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	70
ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรดิตต์	
กมลธร จิตธรรม ,ไพโรจน์ พันธ์แพง ,อัญชลี น้อยศิริ	
การประเมินและพัฒนาระดับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ	82
อนุพันธ์ ประจำ และประวี อ่ำพันธ์	
การพัฒนาแบบกิจกรรมการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับพนักงานขับรถพยาบาลในสังกัด	95
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	
วรัญญา จันทประสาพร	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	106
สุรพล เหล่าอารีรัตน์	
การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง	115
เพียงดาว ยามาฮาร่า และกนกศรี จาตเงิน	
การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขภาพอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ	126
พิระพล ต่วนภูษา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี	137
ธนาธิป บัวกล้า	
ผลการรักษา Lumbar radicular pain โดยวิธีฉีดยาของโพรงประสาทสันหลังด้วยยา Triamcinolone acetone	147
ขนาด 40 mg เทียบกับขนาด 80 mg	
ณัฐพงศ์ ศรีโพธิ์ทอง และเรืองศิริ ภาณุเวช	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาวัง	155
จังหวัดหนองบัวลำภู	
ยุวพร จิระวงศ์ประภา	

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 26 (ปีที่ 7 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา เมษายน – มิถุนายน 2565 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลของยาฟิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด -19 ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การรักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยากับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคเอสแอลอีที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะปอดติดเชื้อ ผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง ประเด็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับพนักงานขับรถพยาบาล อาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ สุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหาร การป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน วิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลังด้วยยา เกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ Diabetes Care Model at Khao Wong Hospital Kalasin Province

(Received: June 8,2022 ; Accepted: June 23,2022)

ปฐมพงศ์ เดชะคำภู¹
Pathompong Dechakamphu

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง ปี 2563 – 2564 คือ ปี 2563 จำนวน 2,530 ราย และปี 2564 จำนวน 2,410 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ปี 2564 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่า ปี 2563 Fasting Blood Sugar (FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) ปี 2563 ปกติร้อยละ 40.9 และ 38.5 ตามลำดับ ปี 2564 Fasting Blood Sugar (FBS) ปกติร้อยละ 57.9 และ Glycated hemoglobin (HbA1c) ปกติร้อยละ 51.1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มี Fasting Blood Sugar (FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) มีค่าลดลงกว่า ปี 2563

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This study was action research aimed to study behavior , health status of diabetic patients and to study the model of caring for diabetic patients at Khao Wong Hospital Kalasin Province. Between October 2020 - September 2021, total 12 months. Sample size were diabetic patients who receive services at Khao Wong Hospital Kalasin Province during the year 2020 - 2021, namely the year 2020 of 2,530 cases and the year 2021 of 2,410 cases. Data collected from medical records and questionnaires. Analyze the data by Frequency distribution Percentage Arithmetic mean Standard Deviation, Dependent t-test and Content Analysis.

The results of the study revealed that the health behaviors of diabetic patients in Khao Wong Hospital Kalasin Province, year 2020 overall and in each aspect were moderate level in 2021 overall and in each aspect were much reasonable level. And there was a statistically significant difference at the .05 level, with 2021 having more appropriate health behaviors than 2020. Fasting Blood Sugar (FBS) and Glycated hemoglobin (HbA1c) in 2020, normal at 40.9% and 38.5%, respectively, in 2021, Fasting Blood Sugar (FBS) at normal 57.9% and Glycated hemoglobin (HbA1c) at 51.1%. There was a statistically

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์



significant difference at the .05 level, with 2021 having a decrease in Fasting Blood Sugar (FBS) and Glycated hemoglobin (HbA1c) over 2020.

Keyword : Diabetes Care Model

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อน ซึ่งไม่สามารถผลิตหรือหลั่งฮอร์โมนอินซูลินออกมาให้มากเพียงพอที่จะใช้เปลี่ยนน้ำตาลที่ร่างกายได้รับจากอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และโปรตีนให้เกิดเป็นพลังงาน จึงมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ น้ำตาลส่วนเกินก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะพร้อมกับน้ำ ทำให้ปัสสาวะบ่อย จำนวนมาก ปัสสาวะมีรสหวาน เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่คุกคามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation: IDF) รายงานว่า ในปัจจุบัน ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้าน คนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาที ต่อ 1 คน และพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน คนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาasเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนอยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10-20 ปี โดยพบมากขึ้นในวัยทำงาน ประเทศไทยสถานการณ์ในประเทศไทย 2 ปีที่ผ่านมา มีคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3.5 ล้านคน แต่มีถึง 1.1 ล้านคนที่ไม่รู้ว่าตนเองป่วย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงกว่าคนปกติถึง 2-4 เท่าและมากกว่าครึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า และไต (วิชัย เทียนถาวร, 2562)

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะต้องมีการประเมินผลการดูแลเป็นระยะ นำผลที่ได้จากการประเมินมาพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพซึ่งเกิดจากการผสมผสานขององค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ได้แก่ (1)การจัดการระบบบริการสุขภาพ (2) การประสานงานกับชุมชน (3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ (5) การมีระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (6) การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของคณะผู้บริหาร และการประเมินกิจกรรมดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ในแบบประเมินจึงประเมินกิจกรรมในส่วนที่ (7) การบูรณาการทุกองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ปัทมา โกมทุบุตร, 2551)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวอย่างมีคุณภาพและทรงคุณค่าที่เป็นประโยชน์แก่สังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 รวม 12 เดือน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมและสภาวะ



สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และรูปแบบการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.00 - 1.80

ต้องปรับปรุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มา
รับบริการที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ระหว่าง ปี 2563 – 2564 คือ ปี 2563 จำนวน 2,530
ราย และปี 2564 จำนวน 2,410 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การรักษาเบาหวานชนิด
ที่ 2 การติดตามและประเมินผลการรักษาโรคเบาหวาน
และการคัดกรองและติดตามความผิดปกติจาก
เบาหวาน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน คือ ศึกษา
พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
วิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการดูแล ติดตามผลการ
ดูแลและสรุปผลการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย
เบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพในการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัด
กาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ใน
การแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย

แปลผล

4.21 – 5.00

เหมาะสมมาก

3.41 – 4.20

เหมาะสม

2.61 – 3.40

พอใช้

1.81 – 2.60

ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้ว
ปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้าน
เนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหา
และข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ
และแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไป
ทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการ
นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ
แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของครอนบาค (Cronbach method) (บุญชม ศรี
สะอาด, 2545) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .919

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการ
ดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาพฤติกรรม ประกอบด้วย การ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการ
ความเครียด โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพในการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย Fasting Blood Sugar
(FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c)

3. วิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการดูแล
ประกอบด้วย การรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 การติดตาม
และประเมินผลการรักษาโรคเบาหวาน และการคัด
กรองและติดตามความผิดปกติจากเบาหวาน

4. ติดตามผลการดูแลจากแบบวัดพฤติกรรม
สุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์และสภาวะสุขภาพ



ของผู้ป่วยเบาหวาน จากเวชระเบียนของผู้ป่วย
เบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

5. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้
นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
ได้แก่ Dependent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
จาก คณะกรรมการวิจัยสำนักงานจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษารูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัด
กาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม
2563 – กันยายน 2564 รวม 12 เดือน มีผลการ
วิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี
2563

1.1 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ปี 2564
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

1.2 สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 พบว่า
Fasting Blood Sugar (FBS) ปกติร้อยละ 40.9 และ
Glycated hemoglobin (HbA1c) ปกติร้อยละ 38.5 ปี
2564 Fasting Blood Sugar (FBS) ปกติร้อยละ 57.9
และ Glycated hemoglobin (HbA1c) ปกติร้อยละ
51.1

2. ผลวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ได้แก่ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง
ใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ การประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความ
เสี่ยง/ระยะของโรคแทรกซ้อนและการส่งปรึกษา/ส่งต่อ
ขั้นตอนการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 การติดตามและ
ประเมินผลการรักษาโรคเบาหวาน การคัดกรองและ
ติดตามจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน การตรวจ
คัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และการคัดกรองและ
วินิจฉัยโรคไตจากเบาหวาน (Alb/Cr=albumin
creatinine ratio)

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและ
สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 กับ ปี 2564

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ปี 2563 กับ ปี 2564 (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	3.19	0.15	4.64	0.21	2409	-29.653	.000	-1.46461	-1.44537
ออกกำลังกาย	3.25	0.35	4.75	0.36	2409	-14.712	.000	-1.51873	-1.47878
ความเครียด	3.12	0.21	4.61	0.29	2409	-28.303	.000	-1.49343	-1.47288
รวม	3.19	0.18	4.67	0.19	2409	-31.938	.000	-1.48805	-1.46989

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล
เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 กับ ปี 2564 พบว่า

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มีพฤติกรรมสุขภาพ
เหมาะสมกว่า ปี 2563 (t มีค่าเป็นลบ)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 กับ
ปี 2564 (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p- value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
FBS	160.23	56.51	140.46	39.79	2403	8.051	.000	.44342	.72896
HbA1c	9.05	2.44	8.46	2.59	2403	13.946	.000	16.99581	22.55725

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 กับ ปี 2564 มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยที่ ปี 2564 มี Fasting Blood Sugar (FBS)
และ Glycated hemoglobin (HbA1c) มีค่าลดลง
กว่า ปี 2563 (t มีค่าเป็นบวก)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี
2563 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ปี
2564 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก
และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 พบว่า Fasting Blood
Sugar (FBS) ปกติร้อยละ 40.9 และ Glycated
hemoglobin (HbA1c) ปกติร้อยละ 38.5 ปี 2564
Fasting Blood Sugar (FBS) ปกติร้อยละ 57.9 และ
Glycated hemoglobin (HbA1c) ปกติร้อยละ 51.1
สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษา
ของ ณิชารีย์ ใจคำวัง (2558: 173-184) ศึกษา
พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรค
ความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย จำนวน
270 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่ม
เสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพ

รวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง (เฉลี่ย = 2.76, SD =
1.89) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีระดับเสี่ยงมาก
ที่สุด (เฉลี่ย = 1.87, SD = 1.02) ส่วนมากไม่ได้ ออก
กำลังกาย เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบ
อาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงรองลงมาคือ การบริโภคอาหาร
ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (เฉลี่ย =
2.45, SD = 0.95) เนื่องจากบริโภคนิสัยและวิถีชีวิตที่
เปลี่ยนไป ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสเค็ม หวาน เผ็ด
นิยมปรุงอาหารด้วยการเติมผงปรุงรส น้ำปลา น้ำตาล
มีพฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีระดับเสี่ยงปานกลาง (เฉลี่ย
= 3.20, SD = 1.09) (เฉลี่ย = 3.13, SD = 1.48) (เฉลี่ย
= 3.17, SD = 1.62) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำ
หลังรับประทานอาหารเพราะเชื่อว่าทำให้ดับกลิ่นคาว
ปากและช่วยคลายความเครียด ดื่มสุรารายหลังจาก
การทำงาน เพื่อให้เจริญอาหารและช่วยให้หายจาก
การปวดเมื่อยตัว การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ
และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 พฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี
2563 กับ ปี 2564 มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564 มี
พฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกว่า ปี 2563 และสภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัด
กาฬสินธุ์ ปี 2563 กับ ปี 2564 มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2564



มี Fasting Blood Sugar (FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) มีค่าลดลงกว่า ปี 2563 ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย Fasting Blood Sugar (FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) นำมาวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข (ไพรัตน์ เตชะรินทร์, 2546) เพื่อกำหนดทิศทางและกรอบการดำเนินงาน ได้แก่ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ การประเมินผู้ป่วยเพื่อหาความเสี่ยง/ระยะของโรคแทรกซ้อนและการส่งปรึกษา/ส่งต่อขั้นตอนการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 การติดตามและประเมินผลการรักษาโรคเบาหวาน การคัดกรองและติดตามจอประสาทตามืดปกติจากเบาหวาน การตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และการคัดกรองและวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวาน ($\text{Alb/Cr} = \text{albumin creatinine ratio}$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ เทศนา และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ใช้หลักการมีเพื่อนช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ในกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 51.2 ปี BMI เฉลี่ย 28.40 กก./ m^2 เกือบทั้งหมดมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 90.0 ระดับน้ำตาลเฉลี่ย 95.3 มก./ดล. หลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยการควบคุม

(Adjusted) ด้วยค่าก่อนจัดโปรแกรม (Baseline) ของตัวแปรนั้น พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และ BMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความต่างเฉลี่ย -5.9 ซม.; $95\% \text{CI} = (-9.4, -2.4; p=0.001)$ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (ความต่างเฉลี่ย 3.6 คะแนน; $95\% \text{CI} = 0.3, 6.9; p=0.035$) และความรู้ (ความต่างเฉลี่ย 2.0 คะแนน; $95\% \text{CI} = 0.6, 3.4; p=0.006$) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดเส้นรอบเอว มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความรู้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่างศรี และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ (2558) ได้การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ภายหลังการพัฒนาพบว่า แบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน “PE DM KHWAO” model ช่วยเพิ่มระบบการดูแลที่เหมาะสมโดยชุมชน และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ คือ การมีส่วนร่วม ดำเนินการโดยภาคประชาชนการสื่อสารและกระบวนการดำเนินงานที่เกิดจากแผนที่คิดร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย และเป็นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา คำไสว และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ก่อนการทดสอบอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 11.66 ($\text{S.D.} = 1.99$) ซึ่งน้อยกว่าหลังการทดสอบที่อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 18.60 ($\text{S.D.} = 1.88$) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านพฤติกรรมพบว่าการเข้าร่วมในโปรแกรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.20 ($\text{S.D.} = 0.40$) ซึ่งน้อยกว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.11 ($\text{S.D.} =$



0.32) ซึ่งสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถทำให้ระดับพฤติกรรมและ Fasting Blood Sugar (FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) ดีขึ้น เนื่องจากได้มีการการศึกษาพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขา

วง จังหวัดกาฬสินธุ์และศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จากเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย Fasting Blood Sugar (FBS) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) จนสามารถนำมาวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งกิจกรรมที่ได้สามารถนำมาใช้ควบคุมกำกับ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาวเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2557) แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน.กรุงเทพฯ ฯ: หจก. อรุณการพิมพ์.
- วิชัย เทียนถาวร. (2562). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย : นโยบายสู่ การปฏิบัติ. กรุงเทพฯฯ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- ปัทมา โกมุกบุตร (2551) ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คลินิก24, 4 (เม.ย. 2551) 316-324
- Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
- บุญชม ศรีสะอาด.(2545) การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
- ณิชากรย์ ใจคำวัง.(2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 3: 173-184.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์.(2546). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ ฯ : ศักดิ์โสภารการพิมพ์.
- นงลักษณ์ เทศนา จมาภรณ์ ใจภักดี บุญหนากร พรหมภักดี กนกพร พินิจลึก.(2558). รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- วัฒนา สว่างศรี และคณะ . การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน วารสารพยาบาลทหารบก. 16 (1). 116-22.
- อนุชา คำใส, ธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์, ขาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์.



การประเมินประสิทธิผลของยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด -19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

Evaluation On Efficacy Of Favipiravir For Treatment of Covid-19 At Kutkhaopun Hospital Ubonratchathani Province

(Received: June 8,2022 ; Accepted: June 23,2022)

ธีรรา โลมรัตน์* ¹
ตุลาการ นาคพันธ์ **

บทคัดย่อ

ยา Favipiravir (FPV) เป็นยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ RNA dependent RNA polymerase ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินประสิทธิผลของ favipiravir ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง โดยการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 132 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.8) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.12 ± 1.09 ปีและน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 68.68 ± 1.52 กิโลกรัม มีค่าการทำงานของไตอยู่ในระยะที่ 1 (eGFR มากกว่า 90 mL/min) (ร้อยละ 69.7) ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ ขนาด 1,800 mg ทุก 12 ชั่วโมง ในวันแรก และ 800 mg ทุก 12 ชั่วโมงในวันที่ 2 – 5 (ร้อยละ 86.4) ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ที่ level 3.2 (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่อาการแสดงทางคลินิกดีขึ้น(ร้อยละ 88.6) มีค่า Oxygen saturation $\geq 96\%$ โดยไม่มีการให้ออกซิเจนเสริม(ร้อยละ 91.7) มีอุณหภูมิร่างกาย ≤ 37.5 °C(ร้อยละ 95.5) ค่า Respiratory rate ≤ 20 breaths/minute(ร้อยละ 91.7) ระยะเวลาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้นหลังได้รับยาเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ± 2.7 วัน อาการอาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ(ร้อยละ 0.8) ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้สรุปว่ายาfavipiravir มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโควิด -19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

คำสำคัญ : ฟาวิพิราเวียร์; ประสิทธิภาพ

Abstract

Favipiravir (FPV) was approved for treatment of Covid-19. Favipiravir is a type of RNA-dependent RNA polymerase(RdRp). The purpose of this study was to assess the efficacy of favipiravir in treatment of Covid-19. Data were collected between July and September 2021 including 132 patients with Covid-19. The results revealed that most of the patients were female (56.8%) , mean age was 39.12 ± 1.09 years and mean weight was 68.68 ± 1.52 kg, with stage 1 renal function (eGFR greater than 90 mL/min) (69.7%),dose of favipiravir were 1,800 mg every 12 hours on the first day and 800 mg every 12 hours on days 2–5 (86.4%) and severity of disease was level 3.2 (50%). Most of patients had a clinical improvement (88.6%), oxygen saturation $\geq 96\%$ without supplemental oxygen (91.7%), body temperature ≤ 37.5 °C (95.5%), respiratory rate ≤ 20 breaths/minute (91.7%). The mean time to improvement of lung X-ray

¹ เกสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก) โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

results after the drug was 4.63 ± 2.7 days. The most common adverse reactions were headache (0.8%). The result of this study shown that favipiravir was efficacy to treatment COVID-19 patients in Kut Khao Pun Hospital Ubon Ratchathani Province

Keywords : Favipiravir; Efficacy

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เป็นเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่มีความรุนแรงและก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เชื้อ SARS-CoV-2 ถูกค้นพบครั้งแรกในประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (Sood S, Bhatia GK, Seth P, Kumar P, Kaur J, Gupta V, et al. ,2021) เป็นสาเหตุให้พบการระบาดและแพร่กระจายไปทั่วโลก พบผู้ติดเชื้อในเกือบทุกประเทศทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก จาก 220 ประเทศ

ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ COVID-19 เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่มักจะไม่แสดงอาการใน 2-3 วันแรกแต่อย่างไรก็ตาม สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ผู้ป่วยมักเริ่มแสดงอาการในวันที่ 4-5 หลังการรับเชื้อและมีอาการคงอยู่เป็นเวลานาน 14 วัน โดยอาการแสดงของผู้ป่วยสามารถพบได้แก่ อาการไม่รุนแรง คือ ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย จนกระทั่งอาการรุนแรง คือ การเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ (multiple organ failure) (Ghasemnejad-Berenji M, Pashapour S. ,2020) ตามการที่เชื้อ COVID-19 มีการกลายพันธุ์และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับจำนวนเตียงผู้ป่วยมีจำนวนจำกัด ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากและอัตราการติดเชื้อยังสูงอยู่ ดังนั้นการใช้ยาต้านไวรัสที่มีกลไกออกฤทธิ์เอนไซม์ RNA dependent RNA polymerase (Badary OA. ,2021), (Lai C-C, Chao C-M, Hsueh P-R. ,2021) จึงเป็นทางเลือกในการรักษาที่ดีในการรักษาทางเลือกหนึ่ง สำหรับยาต้านไวรัสที่เป็นยาทางเลือกแรกสำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือยา ฟาวิพิราเวียร์

แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ได้กำหนดแนวการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขไว้ดังนี้ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกินกว่าที่โรงพยาบาลต้นทางจะดูแลได้ควรส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ศักยภาพสูงกว่า โรงพยาบาลต้นทาง ควรประสานการส่งต่อผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก โดยใช้เกณฑ์พิจารณาจาก SpO₂ ที่ room air <96% Rapid progressive pneumonia ใน 48 ชั่วโมง (กรมการแพทย์ ,2564)

ในส่วนแนวทางการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยโดยจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) COVID-19 case ที่ไม่มีอาการ (asymptomatic) หรือ probable case ให้รักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient & Self Isolation) หรือแยกกักที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ กลุ่มนี้มีชื่อเรียกว่า Level 1 หรือกลุ่มไม่มีอาการ 2) COVID-19 case with mild symptoms และภาพถ่ายรังสีปอดปกติที่ไม่มีภาวะเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ รักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกโดยแยกกักที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ กลุ่มนี้มีชื่อเรียกว่า Level 2 หรือกลุ่มอาการระดับไม่รุนแรง 3) COVID-19 case ที่มีปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ อาจไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย หรือมีปอดอักเสบเล็กน้อย รักษาเป็นแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือสถานที่รัฐจัดให้ กลุ่มนี้มีชื่อเรียกว่า Level 3 หรือกลุ่มอาการระดับปานกลาง และสุดท้าย 4) COVID-19 case with pneumonia หรือมี SpO₂ ที่ room air น้อยกว่า 94% รักษาเป็นแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล กลุ่มนี้มีชื่อเรียกว่า Level 4 หรือกลุ่มอาการระดับรุนแรง

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนต้องรับผู้ป่วยระดับอาการปานกลางถึงรุนแรงที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นและต้องรักษาผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงในเขตที่รับผิดชอบหากมีการรักษาที่ไม่รวดเร็วประกอบกับความเสี่ยงที่บุคลากรจะติดเชื้อและไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ อาจจะทำให้กลุ่มผู้ป่วยอาการระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลซึ่งอาจจะนำมาซึ่งผลการรักษาที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยและปานกลางหากได้รับยาฟิราเวียร์อย่างสมเหตุสมผลก็อาจจะลดการกำเริบไปเป็นกลุ่มอาการระดับรุนแรง ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาฟิราเวียร์ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน ผู้กำหนดนโยบายการรักษาโรคติดเชื้อผ่านระบบทางเดินหายใจสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยในอนาคตกรณีมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคล้ายกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลของยาฟิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด -19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หรือ HI ของโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายของโรงพยาบาลตระการพืชผล การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีหมายเลขรับรอง SSJ.UB2565-011 เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาบริการที่โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่

แพทย์รับส่งจ่ายยาฟิราเวียร์ในรูปแบบรับประทาน ที่มารับการรักษาระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่แพทย์ส่งจ่ายยาฟิราเวียร์ในรูปแบบรับประทาน, อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป, Moderate Covid-19 pneumonia(ระดับความรุนแรง Level 2-4) โดยดูจากผลเอกซเรย์ปอด และเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย $GFR \leq 15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, ผู้ป่วยโรคตับอักเสบ, ท่อน้ำดีอุดตัน หรือ ผู้ป่วยโรคตัวอย่างรุนแรง, Severe and critical COVID-19 pneumonia, กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร, มีประวัติแพ้ยาฟิราเวียร์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับร่วมด้วย นำเสนอเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของการวิจัย ประกอบไปด้วย ประสิทธิภาพการรักษา อาการทางคลินิก และอาการอันไม่พึงประสงค์ นำเสนอด้วยค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟิราเวียร์รูปแบบรับประทาน ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.8) มีอายุเฉลี่ย 39.12 ± 1.09 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 68.68 ± 1.52 กิโลกรัม มีค่าการทำงานของไตอยู่ในระยะที่ 1 (eGFR มากกว่า 90 mL/min) (ร้อยละ 69.7) ได้รับยาฟิราเวียร์ ขนาด 1,800 mg ทุก 12 ชั่วโมง ในวันแรก และ 800 mg ทุก 12 ชั่วโมงในวันที่ 2 – 5 (ร้อยละ 86.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78) ไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 97.7) ระดับความรุนแรงของโรค level 3.2 (ร้อยละ 50) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย คือ 12.66 ± 3.68 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วย (n = 132)	จำนวน(ราย, (%))
เพศ ชาย	57 (43.2)
หญิง	75 (56.8)
อายุ(ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D. (ปี))	39.12 $\pm$ 1.09
น้ำหนัก(ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D. (กก.))	68.68 $\pm$ 1.52
จำนวนวันนอน(ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D. (วัน))	12.66 $\pm$ 3.68
จำนวนวันที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์(ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D. (วัน))	5.49 $\pm$ 1.7
อาการสำคัญ	
ไอ	90 (68.2)
ไข้	69 (52.3)
จมูกไม่ได้กลิ่น	63 (47.7)
ลิ้นไม่รับรส	44 (33.3)
มีน้ำมูก คัดจมูก	40 (30.3)
ถ่ายเหลว	26 (19.7)
เหนื่อย/หายใจลำบาก	25 (18.9)
เจ็บคอ	21 (15.9)
เพสีย	2 (1.5)
ขนาดยาต่อวัน	
Favipiravir 200 mg, BW < 90 kg Day 1 => 9 tab oral q 12 hr Day 2 - 5 => 4 tab oral q 12 hr	114 (86.4)
Favipiravir 200 mg, BW > 90 kg Day 1 => 12 tab oral q 12 hr Day 2 - 5 => 5 tab oral q 12 hr	18 (13.6)
ประวัติแพ้ยา	130 (98.4)
ไม่มีประวัติแพ้ยา	
แพ้ยา Tetracyclin	1 (0.8)
Penicillin	1 (0.8)
ค่าการทำงานของไต	
eGFR มากกว่า 90 mL/min	92 (69.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วย (n = 132)	จำนวน(ราย, (%))
eGFR เท่ากับ 60 – 90 mL/min	36 (27.3)
eGFR เท่ากับ 30 – 60 mL/min	4 (3.0)
eGFR เท่ากับ 15 – 30 mL/min	0
eGFR น้อยกว่า 15 mL/min	0
โรคประจำตัว	
Hypertension	11(8.33)
Diabetes mellitus	16 (12.12)
Thyrotoxicosis	2 (1.52)
Hyperlipidemia	7 (5.30)
SLE	1 (0.8)
Gout	2 (1.52)
Ischemic heart disease	2 (1.52)
CVA	1 (0.8)
COPD	2 (1.52)
Thalassemia	2 (1.52)
ระดับความรุนแรง	
Level 1	2 (1.5)
Level 2	32 (24.2)
Level 3.1	21 (15.9)
Level 3.2	66 (50)
Level 4.1	11 (8.3)
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง	
Diabetes	29 (22.0)
BMI $\geq$ 30 or BW > 90 kg	14 (10.6)
อายุ >60 ปี	4 (3.0)
COPD, include chronic lung disease	2 (1.5)
Chronic heart disease	2 (1.5)
CVA(โรคหลอดเลือดสมอง)	1 (0.8)
Immunocompromise	1 (0.8)



2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
White Blood cells(cells/mm ³)	2,240 – 58,000	7,493.1±6,407.42
Platelet count(cells/mm ³)	30,100 – 207,000	288,110±253,183
Neutrophil(%)	26 - 92	56.58±11.22
Hematocrit(%)	19 - 50	41.44±4.64
AST(U/L)	14 - 759	45.94±66.78
ALT(U/L)	2 - 445	45.03±48.21
Creatinine(mg/dL)	0.47 - 1.67	0.85±0.22
eGFR(ml/Min)	49.32 - 135.02	99.08±18.31

3 ยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับร่วมด้วย ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาอื่นที่ไม่ใช่ยาฟิฟราเวียร์ร่วมด้วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Antipyretic and analgesic agents (ร้อยละ 99.2), Anti-tussis drugs (ร้อยละ 99.2), Corticosteroids (ร้อยละ 47.7), Antihistamines (ร้อยละ 46.2), และ Antibiotics (ร้อยละ 38.0) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ยาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมด้วย

กลุ่มยา	จำนวน(%)
Antipyretic and analgesic agents	99.2
Antihypertensive drugs	5.6
Anti-tussis drugs	99.2
Antidiabetics	14.4
Antihistamines	46.2
Lipid-lowering agents	8.4
Antiplatelet agents	0.8
Vitamins and minerals	6.9
Antibiotics	38.0
Proton pump inhibitors	18.2
Antigout agents	4.5
Anti-tuberculosis agents	1.5
Antidepressants	2.3
Antivirals	1.5
Corticosteroids	47.7
Gastrointestinal drugs	37
Antithyroid agents	1.5

ผลการประเมินประสิทธิผลและอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟิฟราเวียร์

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นและได้รับการรักษาด้วยยาฟิฟราเวียร์ที่ผ่านเกณฑ์การศึกษา จำนวน 132 ราย ผลการประเมินประสิทธิผลและอาการอันไม่พึงประสงค์ เป็นดังนี้

ผลตอบสนองต่อการรักษา

ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการแสดงทางคลินิกดีขึ้น(ร้อยละ 88.6) ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 ผลการตอบสนองต่อการรักษา(n=132)

ผลการตอบสนองต่อการรักษา	ราย (%)
อาการดีขึ้น	117 (88.6)
Level 1	2(1.71)
Level 2	31(26.50)
Level 3.1	21(17.95)
Level 3.2	60(51.28)
Level 4.1	3(2.56)
อาการรุนแรงขึ้น	14 (10.6)
Level 2	1(7.14)
Level 3.2	5(35.7)
Level 4.1	8(57.16)
เสียชีวิต	1 (0.8)
Level 3.2	1 (100)

อาการทางคลินิกและอาการอื่นไม่พึงประสงค์

จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาโรคโควิด-19ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นและผ่านเกณฑ์การศึกษา จำนวน 132 ราย ส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ มีค่า Oxygen saturation $\geq 96\%$ โดยไม่มีการให้ออกซิเจนเสริม, อุณหภูมิร่างกาย $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$ และ Respiratory rate ≤ 20 breaths/minute โดยพบผู้ป่วยเกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ร้อยละ 0.8 ดังแสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 ตัวชี้วัดทางคลินิก(n=132)

ตัวชี้วัดทางคลินิก	ราย (%)
Oxygen saturation at room air	
≥ 96	121 (91.7)
< 96	11 (8.3)
อุณหภูมิร่างกาย	
$\leq 37.5^{\circ}\text{C}$	126 (95.5)
$> 37.5^{\circ}\text{C}$	6 (4.5)
Respiratory rate	
≤ 20	121 (91.7)
> 20	11 (8.3)
อาการอื่นไม่พึงประสงค์	
ไม่พบอาการอื่นไม่พึงประสงค์	131 (99.2)
พบอาการอื่นไม่พึงประสงค์	
ปวดศีรษะ	1 (0.8)

ระยะเวลาที่ทำให้ผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้น

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาโรคโควิด-19ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นและผ่านเกณฑ์การศึกษา จำนวน 132 ราย มีจำนวน 117 ราย ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้นหลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ 2 วัน ค่าเฉลี่ยที่ทำให้ผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้นเท่ากับ 4.63 ± 2.7 วัน ดังแสดงในตาราง 6

ตารางที่ 6 ระยะเวลาที่ทำให้ผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้น (n=117)

จำนวนวัน	ราย (%)
1	1 (0.9)
2	37 (32.2)
3	7 (6.1)
4	15 (13.0)
5	21 (18.3)
6	10 (8.7)
7	6 (5.2)
8	8 (7.0)
9	3 (2.6)
10	4 (3.5)
11	1 (0.9)
13	1 (0.9)
15	1 (0.9)
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(วัน)	4.63 ± 2.7

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าอาการแสดงของโรคโควิด-19 พบบ่อยได้แก่ อาการไอ ร้อยละ 68.2 รองลงมาได้แก่ มีไข้ ร้อยละ 52.3 และสัดส่วนผู้ที่มีภาวะเบาหวานอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงของโรคร้อยละ 22 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Ucan และคณะ (2021) ทำการศึกษาแบบ Retrospective observational case-controlled cohort studyในผู้ป่วย COVID-19 ชาวตุรกี จำนวน 144 คนส่วนใหญ่มาด้วยอาการไอ ร้อยละ 62.5

การศึกษาผลตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ ในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษา มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 88.6 และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นในวันที่ 2 หลังได้รับยาใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2020) ทำการศึกษาแบบ Prospective randomized, Controlled open-label multicenter trial ในผู้ป่วย COVID-19 ชาวจีนที่ป่วยระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 236 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 ที่ป่วยระดับปานกลางมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นในวันที่ 7 นอกจากนี้



ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Doi และคณะ (2020) ที่ศึกษาการใช้ยา ฟาวิพิราเวียร์ แบบ Preliminary report observational study ของผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 2,158 ราย พบว่าหลังได้รับยา ฟาวิพิราเวียร์ ในผู้ป่วย ระดับไม่รุนแรง ปานกลาง และรุนแรง มีอาการทางคลินิกดีขึ้นในวันที่ 7 คิดเป็นร้อยละ 73.8, 66.6 และ 40.1 ตามลำดับ และใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้าของ Rattanaumpawan และคณะ (2021) ทำการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 247 คน ได้รับยา ฟาวิพิราเวียร์ อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 23 พบว่าในวันที่ 7 อาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นหลังได้รับยา ฟาวิพิราเวียร์ นอกจากนี้ พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10.06 มีอาการแย่ลงทำให้ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 0.8 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรุนแรงของโรค level 4.1 ขึ้นไป, มีเบาหวาน, มีภาวะอ้วนและ COPD, include chronic lung disease ต้องแปลใหม่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

อาการทางคลินิกและอาการอันไม่พึงประสงค์

Dabbous และคณะ(2021) ทำการศึกษาแบบ Multicenter randomized controlled study ในผู้ป่วย COVID-19 ชาวอียิปต์ จำนวน 96 คน ไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยา ฟาวิพิราเวียร์ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ มีค่า oxygen saturation น้อยกว่า 90% ประสิทธิภาพของยา ฟาวิพิราเวียร์ ในด้านของระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นหลังได้รับยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการทางคลินิกเริ่มดีขึ้นหลังได้รับยา 2 วัน(ร้อยละ 32.2) และมีค่าเฉลี่ยที่ทำให้อาการทางคลินิกดีขึ้นเท่ากับ 4.63 ± 2.7 วัน มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ucan และคณะ(2021) ทำการศึกษาแบบ Retrospective observational case-controlled cohort study ในผู้ป่วย COVID-19 ชาวตุรกี จำนวน 144 คน อาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นภายในระยะเวลาเฉลี่ย 4.16

วัน(± 2.24) และ การศึกษาของ Udwardia และคณะ (2021) ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาฟาวิพิราเวียร์ ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการระดับไม่รุนแรง ถึง ปานกลาง ที่เป็นผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาแบบ randomized, open-label, parallel-arm, multicenter, phase 3 trial ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 150 คน พบว่า ค่ามัธยฐานของเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์สั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา โดยการศึกษาในครั้งนี้พบอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาร้อยละ 0.8 อาการที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ

ระยะเวลาที่ทำให้ผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้นและระยะเวลานอนโรงพยาบาล

จากการศึกษาการประเมินประสิทธิภาพของยาฟาวิพิราเวียร์ ในผู้ใหญ่ที่มีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19) ที่มีอาการระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง (level 2- 3) ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ ขนาด 1,800 mg ทุก 12 ชั่วโมง ในวันแรก และ 800 mg ทุก 12 ชั่วโมงในวันที่ 2 – 5 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.66 ± 3.68 วัน สอดคล้องกับการศึกษากับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Dabbous และคณะ(2020) ทำการศึกษาแบบ Multicenter randomized controlled study ในผู้ป่วย COVID-19 ชาวอียิปต์ จำนวน 96 คน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ฟาวิพิราเวียร์ มีค่าเฉลี่ยนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 13.29 ± 5.86 วันและไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยา ฟาวิพิราเวียร์ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ มีค่า oxygen saturation น้อยกว่า 90% และพบว่าการศึกษาในครั้งนี้จำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยาฟาวิพิราเวียร์เฉลี่ยเท่ากับ 5.49 ± 1.7 วัน ซึ่งสั้นกว่าระยะเวลาในการศึกษาของ Doi และคณะ(2020) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วย COVID-19 ชาวญี่ปุ่นจำนวน 2,158 ราย และ Dabbous และคณะ(2021) ทำการศึกษาแบบ Multicenter randomized controlled study ในผู้ป่วย COVID-19 ชาวอียิปต์ จำนวน 96 คน ทั้ง 2

การศึกษาผู้ป่วยได้รับยา ฟาวิพิราเวียร์ เป็นระยะเวลา 10 วัน

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการประเมินประสิทธิผลของยาในโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ตัวแปรเก็บจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มสำหรับเปรียบเทียบ มีผู้ป่วยบางส่วนที่อาการมีอาการแย่ลงทำให้ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ในตัวแปรได้ การประเมินประสิทธิผลในประเด็นระยะเวลาการกำจัดเชื้อไวรัสโควิด-19 ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้มีการส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสโควิด-19 ในงานประจำ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติทางคลินิก

จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ยาฟาวิพิราเวียร์ มีประสิทธิภาพในการรักษาในผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่ำกว่า level 4.1 ถ้าระดับความ

รุนแรงสูงขึ้นอาจต้องพิจารณารักษาด้วยยา ฟาวิพิราเวียร์ ร่วมกับยากลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจในอนาคตควรบรรจุการใช้ยาต้านไวรัสในแนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกตั้งแต่ระดับรุนแรงเล็กน้อย-ปานกลาง

การศึกษาในอนาคต

การศึกษาในครั้งนี้ต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของยา ฟาวิพิราเวียร์ เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นๆในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19หรือในผู้ที่ได้รับวัคซีน

สรุปผลการศึกษา

ยาฟาวิพิราเวียร์ มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโควิด -19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นร้อยละ 88.6, ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.66 ± 3.68 วัน, ระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทางคลินิกดีขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ± 2.7 และพบอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาได้แก่ ปวดศีรษะ

เอกสารอ้างอิง

- Sood S, Bhatia GK, Seth P, Kumar P, Kaur J, Gupta V, et al. Efficacy and Safety of New and Emerging Drugs for COVID-19: Favipiravir and Dexamethasone. Current Pharmacology Reports. 2021;7(2):49-54.
- Ghasemnejad-Berenji M, Pashapour S. Favipiravir and COVID-19: A Simplified Summary. Drug Research. 2020;71(03):166-70.
- Badary OA. Pharmacogenomics and COVID-19: clinical implications of human genome interactions with repurposed drugs. The Pharmacogenomics Journal. 2021;21(3):275-84.
- Lai C-C, Chao C-M, Hsueh P-R. Clinical efficacy of antiviral agents against coronavirus disease 2019: A systematic review of randomized controlled trials. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2021.



- แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2564 กรมการแพทย์ ประเทศไทย. [Internet]. [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640804171629PM_CPG_COVID_v.17_n_20210804.pdf
- Ucan A, Cerci P, Efe S, Akgun H, Ozmen A, Yagmuroglu A, et al. Benefits of treatment with favipiravir in hospitalized patients for COVID-19: a retrospective observational case-control study. *Virology Journal*. 2021;18(1).
- Chen C, Zhang Y, Huang J, Yin P, Cheng Z, Wu J, et al. Favipiravir versus arbidol for COVID-19: a randomized clinical trial [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 15]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.17.2003742v4.full.pdf>.
- Doi Y, Kondo M, Matsuyama A, Ando M, Kuwatsuka Y, Ishihara T. Preliminary report of the Favipiravir observational study in Japan (2020/5/15). https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_casereport_en_200529.pdf 2020 [cited 2021 Sep 15].
- Rattanaumpawan P, Jirajariyavej S, Lerdlamyong K, Palavutitotai N, Saiyarin J. Real-world experience with favipiravir for treatment of COVID-19 in Thailand: results from a multicenter observational study [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.24.20133249v2.full-text>
- Dabbous HM, Abd-El Salam S, El-Sayed MH, Sherief AF, Ebeid FFS, El Ghafar MSA, et al. Efficacy of favipiravir in COVID-19 treatment: a multi-center randomized study. *Archives of Virology*. 2021;166(3):949-54.
- Udwadia ZF, Singh P, Barkate H, Patil S, Rangwala S, Pendse A, et al. Efficacy and safety of favipiravir, an oral RNA-dependent RNA polymerase inhibitor, in mild-to-moderate COVID-19: A randomized, comparative, open-label, multicenter, phase 3 clinical trial. *International Journal of Infectious Diseases*. 2021;103:62-71.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of potential development of village health volunteers in caring for diabetic patients under COVID-19 situation, Samchai District, Kalasin Province.

(Received: June 6, 2022 ; Accepted: June 27, 2022)

พานิช แกมนิล¹

Phanit Gamnil

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน เมษายน 2564 – มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 94 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ Independent t – test

ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบความเข้าใจและความเชื่อมั่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน และก่อนและหลังการอบรม รุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 และโดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม คำสำคัญ : COVID-19 , ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน , ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This research was action research aimed to study potential and model of potential development of village health volunteers in caring for diabetic patients under COVID-19 situation, Samchai District, Kalasin Province. The study period is between April 2021 – June 2021, a total of 3 months. Sample size were 94 village health volunteers, Samchai District, Kalasin Province. Data were collected by questionnaire and analyzed by frequency , percentage , mean , standard deviation , Dependent t – test and Independent t – test.

The results of the study found that comparison of understanding and confidence of village health volunteers in caring for diabetic patients under COVID-19 situation, Samchai District, Kalasin Province. There is no difference between the 1st and 2nd group. And before and after the training, Batch 1, Batch 2 and overall, it was found that there was a statistically significant difference at the .05 level. After the training, the mean scores were higher than before.

Keyword : COVID-19 , potential development of village health volunteers , diabetic patients

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออันเกิดจากไวรัสโคโรนากลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) มี อาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก อาการอื่น ๆ อาจรวมถึงอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง เจ็บคอ ภาวะเสียการรู้กลิ่นและภาวะเสียการร่ำรส แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง แต่บางทุดลงเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) อวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ ช็อกเหตุพิษติดเชื้อ และล้มเหลวเวลาตั้งแต่การสัมผัสจนถึงเริ่มแสดงอาการตรงแบบกินเวลา

ห้าวัน แต่อาจมีได้ตั้งแต่สองถึงสิบสัปดาห์ (กรมควบคุมโรค, 2563)

เบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) ที่มีความสำคัญในปัจจุบันจำนวนผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หากพวกเรายังไม่มีความตระหนักในการป้องกัน ดูแลสุขภาพ เพื่อการลดและชะลอการเกิดเบาหวาน เมื่อได้รับการวินิจฉัยเบาหวานแล้ว การดูแลเพื่อการป้องกันและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน โดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด อาทิ โรคไต จอประสาทตาเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด ย่อมนำมาซึ่งการสูญเสียทรัพยากรด้านสุขภาพ และทรัพยากรบุคคลอย่างมหาศาล (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ในสถานการณ์ COVID-19 ผู้เป็นเบาหวานควรมีการดูแลรักษาตนเอง มีข้อมูลพบว่าเบาหวาน ทำให้การทำงานของภูมิคุ้มกันร่างกายเกิดความอ่อนแอ ลงผิดปกติ หมายความว่าผู้เป็นเบาหวานจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อายุมาก หรือมีโรคร่วมหลายโรค อย่างแรกที่ต้องทำคงเหมือนบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน แต่ที่ควรเคร่งครัดมากกว่า คือ การป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคนี้ ดูแลตนเองเรื่องเบาหวานอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการลดความเสี่ยง จากภาวะแทรกซ้อนและ COVID-19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์จากโรคเบาหวานและป้องกันการติดเชื้อ

COVID-19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาศักยภาพและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน เมษายน 2564 – มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 94 คน จาก 47

หมู่บ้าน (หมู่บ้านละ 2 คน) โดยแบ่งออกเป็น 2 รุ่นคือ

รุ่นที่ 1 ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสร้างเที่ยง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน จำนวน 46 คน

รุ่นที่ 2 ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขง และ pcu โรงพยาบาลสามชัย จำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การบรรยาย เกี่ยวกับ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19

1.2 การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA และการเฝ้าระวังอาการเสี่ยงของโรค COVID-19

1.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติ



ตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA และการเฝ้าระวังอาการเสี่ยงของ โรค COVID-19

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับ น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย แปลผล
4.21 – 5.00 มีความ

เข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20 มีความ

เข้าใจมาก
2.61 – 3.40 มีความ

เข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60 มีความ

เข้าใจน้อย
1.00 – 1.80 มีความ

เข้าใจน้อยที่สุด

2.2 แบบวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19

อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเชื่อมั่น อยู่ระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ความเชื่อมั่น อยู่ระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ความเชื่อมั่น อยู่ระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ความเชื่อมั่น อยู่ระดับ น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ความเชื่อมั่น อยู่ระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย แปลผล
4.21 – 5.00 มีความ

เข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20 มีความ

เข้าใจมาก
2.61 – 3.40 มีความ

เข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60 มีความ

เข้าใจน้อย
1.00 – 1.80 มีความ

เข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอสามชัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ

แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

แบบวัดความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ.845

แบบวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ.892

ขั้นตอนในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน เมษายน 2564 – มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 3 เดือน มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์โดยใช้แบบวัดความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และแบบวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. นำเสนอสถานการณ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19

3. นำเสนอรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา

การปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

4. การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA และการเฝ้าระวังอาการเสี่ยงของโรค COVID-19

5. สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ของอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

6. สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ของอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- 2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน



การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินงาน ระหว่างรุ่น ได้แก่ Independent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการอบรม

1.1 ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ± 0.71) รองลงมา คือ การควบคุมระดับไขมันในเลือด ให้ระดับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ต่ำกว่า 100 มก./ดล. (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ± 0.71) และควรใช้ยาลดไขมันทุกราย ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ± 0.71) และ การเฝ้าระวังและวัดอุณหภูมิร่างกาย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ± 0.86) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมเรียนรู้การปฏิบัติตัวในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น การเดินทาง การไปงานเลี้ยง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 ± 0.54) รองลงมา คือ การงดดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ± 0.66) และ การ ควบคุมอาหารที่รับประทานอย่างเคร่งครัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 ± 0.53) ตามลำดับ

1.2 ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ(ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ± 0.75) รองลงมา คือ การควบคุมระดับไขมันในเลือด ให้ระดับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ต่ำกว่า 100 มก./ดล. และการห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ± 0.77 และ 3.61 ± 0.71) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมเรียนรู้การปฏิบัติตัวในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น การเดินทาง การไปงานเลี้ยง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ± 0.63) รองลงมา คือ การงดดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ± 0.72) และ การควบคุมอาหารที่รับประทานอย่างเคร่งครัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ± 0.75) ตามลำดับ

1.3 ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 2 พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ 18. การรับบริการฉีดวัคซีน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ± 0.71) รองลงมา คือ 15. การรับประทานยาและใช้ยาขณะร่วมกับผู้อื่น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ± 0.85 และ 12. การสร้างระยะห่างระหว่างบุคคล (Social Distancing) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ± 0.80) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ หมั่นดูแลรักษาเท้าให้ดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ± 0.60) รองลงมาคือ 2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ± 0.58) และ 17. การใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าห่ม แก้วน้ำ ช้อนส้อม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ± 0.71) ตามลำดับ

1.4 ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 2 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด ให้ระดับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ต่ำกว่า 100 มก./ดล. และควรใช้ยาลดไขมันทุกราย ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป(ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ± 0.74) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารและใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ± 0.80) และ การงดดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 ± 0.85) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ควบคุมอาหารที่รับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 ± 0.55) รองลงมาคือ การควบคุมความดันโลหิต ไม่ให้สูงเกิน 140/90 มม.ปรอท และหากเป็นความดันโลหิตสูงแล้ว ต้องรับประทานยาลดความดันตามแพทย์สั่งห้ามหยุดใช้ยาเอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ± 0.79) และ การใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าห่ม แก้วน้ำ ช้อน ส้อม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ± 0.81) ตามลำดับ

1.5 การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการอบรมระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2 พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยมาตรการในการป้องกัน COVID-19 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน และการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้

สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการอบรม

3.1 ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 พบว่า โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 พบว่า โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3.3 ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3.4 ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 2 พบว่า โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3.5 การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการอบรมระหว่างรุ่นที่ 1 และ 2 พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

4. การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการอบรม

4.1 การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการอบรม รุ่นที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรม



มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (ค่า t เป็นลบ)

4.2 การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการอบรม รุ่นที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (ค่า t เป็นลบ)

4.3 การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการอบรม โดยรวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (ค่า t เป็นลบ)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการอบรม รุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 และโดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (ค่า t เป็นลบ) และหลังการอบรม ความเข้าใจความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบวัดความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และแบบวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. นำเสนอสถานการณ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19

3. นำเสนอรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

4. การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA และการเฝ้าระวังอาการเสี่ยงของโรค COVID-19

5. สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ของอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

จากขั้นตอนดังกล่าว ทำให้มีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย มาตรการในการป้องกัน COVID-19 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน และการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สอดคล้อง

กับการศึกษาของ อุบล ศรุตธนาเจริญ (2557: 57-69) ได้ทำการศึกษากการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ในระดับดี (เฉลี่ย = 17.56, SD = 2.29) มีทัศนคติอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 2.57, SD = 0.18) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง (เฉลี่ย = 2.86, SD = 0.58) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือการจัดนิทรรศการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การสาธิตอาหารที่ควรบริโภคในผู้ป่วยเบาหวาน การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลเท้า การบริหารเท้าการดูแลบาดแผลเบื้องต้น การสาธิตการนวดฝ่ามือลดความเครียดเพื่อสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึงการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักขณ์ เทศนา และคณะ (2558: 49-55) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ใช้หลักการมีเพื่อนช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 51.2 ปี BMI เฉลี่ย 28.40 กก./ม² เกือบทั้งหมดมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 90.0 ระดับน้ำตาลเฉลี่ย 95.3 มก./ดล. หลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยการควบคุม (Adjusted) ด้วยค่าก่อนจัดโปรแกรม (Baseline) ของตัวแปรนั้น พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และ

BMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความต่างเฉลี่ย -5.9 ซม.; 95%CI = (-9.4, -2.4; p=0.001) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (ความต่างเฉลี่ย 3.6 คะแนน; 95%CI = 0.3, 6.9; p=0.035) และความรู้ (ความต่างเฉลี่ย 2.0 คะแนน; 95%CI = 0.6, 3.4; p=0.006) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดเส้นรอบเอว มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความรู้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ควรกำหนดให้มีกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19
2. ควรมีการนำเสนอสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19
3. ควรมีการกำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ. 2 ส. และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
4. จัดให้มีการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA และการเฝ้าระวังอาการเสี่ยงของ โรค COVID-19



5. สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
กำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ภายใต้สถานการณ์ COVID-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนา
ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายใต้
สถานการณ์ COVID-19 ในระยะยาว เพื่อสร้าง
ความยั่งยืนในการดูแลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19
ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน
พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2557). วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐาน
ในประเทศไทย (พ.ศ. 2521- พ.ศ. 2557) สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,
2557
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่ง
ประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560)
แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.
- อุบล ศรุตณาเจริญ.(2557). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตเมือง คณะ
พยาบาลศาสตร์และการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารก่อการุณย์. 21: 57-69
- นงลักษณ์ เทटना จมาภรณ์ ใจภักดี บุญหนากร พรหมภักดี กนกพร พินิจเล็ก.(2558). รายงานการวิจัยเรื่อง
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 49-55.
- Best, John W. (1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยากับการรักษาด้วยยา อย่างเดียวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Comparative Effectiveness of Active Art Therapy in Major Depressive Disorder Compared to Standard Group Pharmacotherapy

(Received: June 2, 2022 ; Accepted: June 20, 2022)

ภิญญา ราชสันเทียะ¹

อัญชลี ฉัตรแก้ว²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยากับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวในผู้ป่วยซึมเศร้า เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มโดยแบ่งเป็นกลุ่มที่รักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยา 20 คน และกลุ่มที่รักษาด้วยยาอย่างเดียว 20 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า MADRS เพื่อประเมินเปรียบเทียบผลของคะแนนโรคซึมเศร้าของผู้บำบัดทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังการใช้ศิลปะบำบัด

ผลการศึกษา : หลังการทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้า MADRS ที่ลดลง แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร้า MADRS ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วิจารณ์: พบว่าศิลปะบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้ป่วยหลายประเภทในหลายงานวิจัยโดยสามารถเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการรักษา

สรุป : ผลการศึกษานี้สะท้อนผลลัพธ์ที่ดี สามารถนำศิลปะบำบัดไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการรักษาร่วม แบบมุ่งผลลัพธ์โดยสามารถที่จะนำไปพัฒนาต่อเนื่องซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ทางการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : ศิลปะบำบัด , ภาวะซึมเศร้า , โรคซึมเศร้า

Abstract

This was quasi – experimental research aimed to comparative effectiveness of active art therapy in major depressive disorder compared to standard group Pharmacotherapy. The subject were 40 patients with Major Depressive Disorder receiving treatment in the outpatients department of Phichit Hospital. Specific assigned into the experimental group and control group. The samples of 20 assigned to be an experimental group that received both pharmacotherapy and art therapy .The rest samples of 20 were assigned to be the control group that received only standard pharmacotherapy. This study used The MADRS scales to assess the depression level on both groups which were before and after the experiment.

¹ พบ.กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพิจิตร

² พยม.กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพิจิตร

Results : After received art therapy found lower score of MADRS in both groups. But in the experimental group with art therapy had significantly lower the depression score than the control group. ($p < 0.001$)

Discussion : The results showed that art therapy can reduce depression in many groups of patients depend on the target groups and appropriate activities.

Conclusion : This study reflect good outcome , that recommended potential choice outcome service and continue to develop adherence therapy which can be more beneficial treatment in order to achieve maximum effectiveness.

Keywords : Art therapy , Depression , Major Depressive Disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นโรคผิดปกติทางอารมณ์ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย มีสมาธิและการตัดสินใจที่แย่งลงความสามารถในการทำงานลดลง เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจนอาจมีการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ (Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, et al. ,2002) ซึ่งปัญหาของโรคซึมเศร้ามีความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนเป็นปัญหาอันดับต้นๆของโรคทางจิตเวชที่เป็นจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 และเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 และมีการคาดการณ์ว่าปัญหานี้อาจจะกลายเป็นปัญหาอันดับหนึ่งในปี ค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิตพบว่าความชุกที่ได้จากการสำรวจ Major depressive disorder พบเป็นร้อยละ 2.4 (กรมสุขภาพจิต, 2556) โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย ในการรักษาโรคซึมเศร้านั้นนอกจากการรักษาโดยการให้ยาแล้วการทำจิตบำบัดก็เป็นอีกหนึ่งในวิธีการรักษาร่วมที่มีความสำคัญเช่นกัน และศิลปะบำบัดก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัดโดยการใช้ศิลปะเป็น

เครื่องมือในการทำบำบัด (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมามีพบว่าศิลปะบำบัดสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้หลายประเภท (อำเภอชนไชยธรรม สมานวงศ์ไทยและเลิศศิริ บวรกิตติ, 2549) โดยผ่านงานศิลปะที่ผู้ป่วยถ่ายทอดออกมาจากตัวตนของผู้ป่วยเองและใช้เป็นสื่อกลางในการพูดคุยและแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงออกมาเป็นคำพูดได้ (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2553) ศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดทางจิตวิทยาที่ใช้ในการสร้างสรรค์ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงและการยุติความรุนแรง ทั้งนี้การนำผลงานศิลปะมาใช้ในกระบวนการศิลปะบำบัดเป็นการแสดงออกส่วนบุคคลเพื่อสื่อถึงความรู้สึกและความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดการทำผลงาน โดยสามารถใช้ได้กับทุกคนแม้ว่าบุคคลนั้นจะไม่มีความสามารถด้านศิลปะเลยก็ตาม ศิลปะบำบัดจึงนับเป็นอีกหนึ่งตัวเลือกที่น่าสนใจในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ศิลปะยังเป็นเครื่องมือที่สามารถเข้าถึงจิตใจได้ง่ายเหมาะกับการเข้าถึงประเด็นความอ่อนไหวทางด้านจิตใจซึ่งจะช่วยลดกลไกทางจิตที่ก่อให้เกิดการสร้างกำแพงต่อกระบวนการบำบัดรักษา ทำให้การรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบากและอาจใช้เวลานาน จากการศึกษางานวิจัยอื่นโดยมากจะทำการศึกษาศิลปะบำบัดในโรคซึมเศร้าที่เกิดในกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ ทาง

ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องการทำศิลปะบำบัด และได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการทำศิลปะบำบัดในโรคเรื้อรังทางกายมาแล้วถึงสองครั้งจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยครั้งนี้โดยนำศิลปะบำบัดมาใช้ในการบำบัดร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเลือกศึกษาในประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลพิจิตร

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยากับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวในผู้ป่วยซึมเศร้า

วิธีการศึกษา :

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) โดยมีการวัดคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยศิลปะบำบัดร่วมกับการใช้ยาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว (Two groups pretest-posttest design) ซึ่งกำหนดตัวแปรที่ศึกษาไว้ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ การได้รับ / ไม่ได้รับศิลปะบำบัด

2. ตัวแปรตาม คือ ระดับภาวะซึมเศร้า

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร เลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนทำการคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม โดยจัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria)

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า(Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ของ DSM-V ที่มารับการตรวจ

รักษาคlinicจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร (2) วัดคะแนน MADRS ได้คะแนน 20 – 34 (moderate depression) และ ได้คะแนน ≥ 35 (severe depression) / MADRS คะแนนเต็ม 60 คะแนน (3) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้ (4) ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่นอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน (5) ผู้ป่วยไม่อยู่ในระยะถอนพิษยา (withdrawal) และ ระยะพิษจากยาเสพติด (intoxication) (6) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 18-60 ปี (7) สามารถให้ความร่วมมืออยู่ร่วมทำวิจัยได้ตลอด

2. เกณฑ์การคัดเลือกรับ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้า (Exclusion criteria) (1) มีภาวะฉุกเฉินทางด้านจิตเวช หรือทางด้านปัญหาทางร่างกาย ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น bipolar disorder, schizophrenia, schizoaffective disorder, neurodevelopmental disorders (Intellectual disabilities, Autism spectrum disorder, ADHD), neurocognitive disorders (Delirium, dementia), Stroke, Traumatic brain injury (3) ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการ psychosis (4) ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงใช้สารเสพติดหรือ หยุดเสพมาไม่เกิน 1 เดือน (5) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคร่วมทางกาย ที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

3. เกณฑ์การให้ยุติจากการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติในการให้ยุติจากการวิจัย คือ (1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ยินดียร่วมโครงการระหว่างการศึกษา (2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาเข้าร่วมการทำศิลปะบำบัดตามนัดหมาย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

1.โปรแกรมศิลปกรรมบำบัด โปรแกรมศิลปะบำบัดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีแบบบำบัด

รายบุคคล โดยได้ปรับปรุงมาจากงานวิจัยของซูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2554) ในการศึกษาผลของการใช้ ศิลปกรรมบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุซึ่ง ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 กิจกรรม

2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า MADRS (ค่า ความถูกต้องในเนื้อหาอยู่ในระดับ 0.6-1.0 มีค่า standardized cronbach ' s alpha coefficient = 0.8048)

3.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร รหัสเอกสาร EC 0175

ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด (จำนวน 10 ครั้ง)

ครั้งที่	หัวข้อ/กิจกรรม
1	ปฐมนิเทศและกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ
2	การวาดภาพสื่อถึงสัญลักษณ์ของตนเอง

3	การวาดภาพเรื่องความชอบ
4	การวาดภาพบ้าน
5	การวาดภาพความภูมิใจในชีวิต
6	การวาดภาพความสุขในชีวิต
7	การวาดภาพความฝันในชีวิต
8	การวาดภาพเพื่อนของฉัน
9	การวาดภาพความดีงามในชีวิต
10	การวาดภาพโดยอิสระและกิจกรรมอาสา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย 4 คนคิดเป็นร้อยละ 20 เป็นเพศหญิง 16 คนคิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอายุ 18-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 60 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคประจำตัว 8 คน โดยกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 7.5 และกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 12.5

2. ความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t – test พบว่า หลังการทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี คะแนนซึมเศร้า MADRS ที่ลดลงแต่พบว่ากลุ่มทดลองมี คะแนนซึมเศร้า MADRS ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t – test

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean Rank	Z	p-value
Posttest-pretest experimental	20	12.30	.465	.000
Posttest-pretest control	20	23.90		
Total	40			

P < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันประกอบด้วยสองส่วนหลัก ส่วนแรกคือการรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยาต้านเศร้าและการรักษาด้วยไฟฟ้าในรายที่มีอาการรุนแรง โดยยาต้านเศร้าจะไปช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (ธณินทร์ กองสุขและคณะ, 2554) ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมากและต้องใช้เวลาพอสมควร บางคนอาจต้องใช้เวลาราว 8 สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ จากนั้นอารมณ์ผู้ป่วยก็จะมีอาการดีขึ้น เศร้า น้อยลง จิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้น ส่วนที่สองคือการรักษาทางจิตใจได้แก่ การทำจิตบำบัด (ธณินทร์ กองสุขและคณะ, 2554) ซึ่งมีอยู่หลากหลายรูปแบบโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง รู้ถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ตนเองเกิดความทุกข์ และสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาย่อยๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งศิลปะบำบัดนับเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัดที่ใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือในการบำบัด (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) ศิลปะบำบัดเกิดขึ้นจากความคิดที่ว่าศิลปะเป็นการเยียวยาและเป็นการสื่อสารความคิดความรู้สึกในรูปแบบที่ปราศจากคำพูดเช่นเดียวกับการบำบัดทางจิตวิทยาในรูปแบบอื่นๆ (Alain de Botton, 2013) ซึ่งหลักการของศิลปะบำบัดคือการใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้งและความต้องการที่ซ่อนเร้นอยู่ในส่วนลึกของจิตใจ โดยศิลปะบำบัดนั้นสามารถช่วยให้บุคคลเกิดความผ่อนคลายจากความเจ็บป่วย ช่วยคลี่คลาย

ความขัดแย้งรวมทั้งปัญหาต่างๆ ที่ได้พบเจอมาและสร้างคุณค่าให้กับชีวิตและทำให้มองเห็นคุณค่าของตัวเอง (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2558)

จากผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้า MADRS ที่ลดลง แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนซึมเศร้า MADRS ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2554) ที่ศึกษาผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งทดลองกับกลุ่มทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 12 คน พบว่าศิลปกรรมบำบัดมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัญจวัฒน์ จุมลี และ สหทัยา รัตนจรณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง 24 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล อินทหมื่น และ ศิริลักษณ์ ศุภปิตพร (2555) ที่ศึกษา

ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในกลุ่มทดลอง 22 คนที่พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับศิลปะบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัดและต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กิจกรรมศิลปะบำบัดนี้ทำโดยไม่มีการเน้นผลลัพธ์ที่ดูสวยงาม ไม่มีการตัดสิน ไม่มีถูกไม่มีผิด ผู้ป่วยสามารถแสดงออกผ่านภาพวาดระบายสีอย่างเป็นอิสระทำให้ผู้ป่วยสามารถวาดรูปได้อย่างไม่มีความกดดัน รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกมั่นใจ ซึ่งผู้ป่วยแสดงออกมาทางสีหน้าท่าทางและอิริยาบถขณะทำกิจกรรมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson(1983) ที่พบว่ากิจกรรมศิลปะบำบัดช่วยลดความกดดันในใจ ช่วยกระตุ้นจินตนาการ ทำให้เกิดความรู้สึที่เป็นอิสระ ไม่ท้อแท้ สิ้นหวัง เห็นคุณค่าของตัวเองและมีความสุขและสอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐ ลอยสงเคราะห์(2552) ที่ศึกษาผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดชายสถาบันธัญญารักษ์ ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังจากได้รับศิลปะบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งการทำศิลปะบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยานั้นนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคที่ดีขึ้นเนื่องจากยาต้านเศร้าทำให้สารเคมีในสมองอยู่ในภาวะสมดุล ศิลปะบำบัดยังช่วยเยียวยาบำบัดในเชิงความรู้สึกควบคู่ไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองผ่านการวาดภาพ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติทางด้านลบของผู้ป่วยให้เป็นมุมมองที่เหมาะสมและเรียนรู้ที่จะจัดการกับอารมณ์ทำให้มีการแสดงออกทาง

อารมณ์อย่างเหมาะสมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง พันธุกรรม บุคลิกภาพ การเลี้ยงดู ความเครียดในชีวิตและปัญหาทางด้านจิตสังคมทำให้เกิดอาการป่วยเกิดขึ้น ดังนั้นการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ⁵ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและลดระยะเวลาของการรักษาลงโดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้นำศิลปะบำบัดมาเป็นหนึ่งในกระบวนการรักษาร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากที่ได้รับการทำกิจกรรมศิลปะบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลง ย่อมแสดงให้เห็นว่าการใช้ศิลปะบำบัดสามารถนำไปเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมร่วมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดี

ข้อเสนอแนะ :

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1. การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทางจิตเวชอย่างอื่นเช่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง โรคสมาธิสั้น ผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเรื้อรัง
2. ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ศิลปะบำบัดในระยะเวลาที่แตกต่างกันเช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน
3. การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาวัดผลหลังการทดลองทันทีที่ทั้งนี้หากมีการติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการทดลองไปแล้วอีกระยะหนึ่งอาจช่วยบอกผลของศิลปะบำบัดว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้ด้วยหรือไม่สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไปอาจมีการศึกษาประสิทธิภาพของศิลปะบำบัดโดยมีการติดตามผลระยะยาวเช่นทุกๆ 1,3 และ 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, MulsantBH , Olin JT, et al. Assessment of late life Depression. Biol Psychiatry 2002; 52:164-174.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556. นนทบุรี: 2556.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา.ศิลปะบำบัดศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด. กรุงเทพฯ : คุรุสภาลาดพร้าว; 2550.
- อำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย,เลิศศิริร์ บวรกิตติ. ศิลปกรรมบำบัด. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2549; 6: 243-7.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. ศิลปกรรมบำบัดสังเขป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2553.
- ธณินทร์ กองสุขและคณะ.โรคซึมเศร้ารักษาหายได้.(พิมพ์ครั้งที่ 5).อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2554 .
- Alain de Botton .Art as Therapy. New York; Phaidon ;2013.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .คู่มือปฏิบัติงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม Matrix Program . ปทุมธานี; 2558.
- ซูทิพย์ รัตนพลแสนย์. ผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า. วารสารเกษตรศาสตร์ 32 น. 191-200. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาลยจุฬาลงกรณ์ ;2554.
- ปัญญาวัฒน์ จุมลี ,สหทัยรัตนจรณะ. ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ.ว.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลยบูรพา. 2564;29(2):47-58.
- นฤมล อินทหมื่น ,ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) .กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2555.
- Wilson.H. Increase Challenge with the Elderly. Journal of Psychological Association .1983; 10 (31) : 26-30.
- รัฐ ลอยสงเคราะห์. ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาเสพติดชาย สถาบันธัญญาลักษณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต .กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ;2552.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน Nursing care of Systemic lupus erythematosus patients with end stage renal disease in the community

(Received: June 9,2022 ; Accepted: June 24,2022)

สมหมาย อุบาลี¹
Sommai Ubalee

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี วินิจฉัยเป็นโรคเอสแอลอีร่วมกับมีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลาม้า วันที่ 18 เมษายน 2565 ด้วยอาการซีด ข้ออักเสบ ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร่วมกับการล้างไตทางหน้าท้อง รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 12 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ เพื่อติดตาม มีการวางแผนการเยี่ยมออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเยี่ยม ระยะเยี่ยม และระยะสิ้นสุดการเยี่ยม ได้รับการเยี่ยมและติดตามหลังจำหน่ายจำนวน 4 ครั้ง และติดตามต่อเนื่องทุก 1 เดือน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในช่องท้อง

จากการศึกษาผู้ป่วย พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอสแอลอีเป็นการควบคุมให้อยู่ในภาวะโรคสงบ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเอสแอลอี, ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การดูแลในชุมชน

Abstract

A 21 year old Thai female patient was diagnosed with SLE and end-stage chronic renal insufficiency and then admitted to Bangplama Hospital on April 18, 2022 with anemia and arthritis. The patient was received a palliative care together with peritoneal dialysis and admitted in hospitalized for 12 days. The patient was discharged and referred to the primary care unit for follow-up home visits. The follow-up home visits of patient are planned into three phases: pre-visit phase, visit phase and end-visit phase. The patient received visits and follow-up visits for four time and follow up every 1 month. Patient was more able to take care of themselves. Caregiver had knowledge and was able to take care of the patient. In addition, a patient was no complications such as abdominal infections.

From the study, it was found that the nursing care of SLE patient was to control them in remission, prevent the occurrence of complications from the disease and the patient is able to use a normal life.

Keywords: Nursing care, Systemic lupus erythematosus, end stage renal disease, community care

บทนำ

โร ค เอส แอล อี (Systemic lupus erythematosus: SLE) เป็นโรคแพ้ภูมิตนเอง (Autoimmune disease) ที่พบบ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ90) โรคนี้พบอุบัติการณ์ 0.3-0.9 คนต่อ

ประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี และความชุก 3.3-24 คนต่อประชากรเด็ก 100,000 คนโรคเอสแอลอีพบได้ในทุกช่วงอายุ ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในช่วงเด็กและวัยรุ่น อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการ คือ 11-12 ปี พบน้อย ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

¹ โรงพยาบาลบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

อัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายอยู่ที่ 4.5-5:1 ซึ่งต่างกับผู้ใหญ่ที่มีอัตราส่วนของเพศ หญิงต่อเพศชาย อยู่ที่ 9-10:1 ปัจจุบันไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่ชัดเจน สันนิษฐานว่าเกิดจากพันธุกรรมร่วมกับสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน การดำเนินโรคมีความหลากหลายในแต่ละบุคคล มีการกำเริบและสงบของโรคเป็นระยะ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ ป้องกันการทำลายอวัยวะต่างๆ โดยรักษาให้โรคสงบโดยเร็วและป้องกันการกำเริบของโรคโดยเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา น้อยที่สุด

โรคไตในผู้ป่วย SLE เป็นสาเหตุสำคัญของการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี มีอาการแสดงของโรคหลากหลาย ตั้งแต่ไม่มีอาการแสดงทางไตใดๆ จนโรคไตรุนแรงต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ความพิการที่สำคัญในผู้ป่วย SLE คือภาวะไตวายเรื้อรัง พบอัตราการเกิดไตวายเรื้อรังร้อยละ 20 ที่ 10 ปี หลังการวินิจฉัย และผู้ป่วย SLE พบอัตราความล้มเหลวจากการปลูกถ่ายไตมากกว่าภาวะอื่น 2-3 เท่า อีกทั้งพบการกลับเป็นโรคหลังการปลูกถ่ายไตร้อยละ 10 การล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) เป็นการรักษาหนึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อประคับประคองไม่ให้เสียชีวิต แต่การรักษายังคงต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี สัญชาติไทย สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบิดา มารดา

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: วันที่ 18 เมษายน 2565

วันที่จำหน่าย: วันที่ 30 เมษายน 2565

อาการสำคัญ: ซีด ข้ออักเสบ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวด บวมแดง ตามข้อ ซีด รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 12 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการประสานร่วมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ผู้ป่วยมีประวัติโรคเอสแอลอี ตรวจพบเมื่อปี 2556 เริ่มจากมีอาการบวมทั้งตัว ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการวินิจฉัย SLE ร่วมกับมีภาวะไตวายเรื้อรัง และบำบัดด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง ปี 2560 ส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาเมรุมาศ มีนัดติดตามผลทุก 1 เดือน โดยผู้ป่วยจะมารับการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลบางพลาม้า และนำผลเลือดไปพบแพทย์ตามนัด ปี 2564 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางพลาม้า จำนวน 3 ครั้ง ด้วยภาวะข้ออักเสบ โลหิตจาง ล่าสุดมีภาวะเลือดออกไม่หยุดหลังถอนฟันคุด

การประเมินตามระบบ

รูปร่างทั่วไป: รูปร่างผอม น้ำหนัก 35 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 14.56 อ่อนเพลีย

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/98 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: รู้สึกตัว พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ดี รู้วัน เวลา สถานที่ (GCS=15 คะแนน) Pupil Ø 2mm RTL (BE) แขน ขากำลังปกติ

ผิวหนัง: ผิวแห้ง มีผื่นแดงนูน ดูซีด ผิวหนังบริเวณข้อมือ ข้อเท้าแดงเล็กน้อย

ศีรษะและใบหน้า: ศีรษะสมมาตรกันดี คลำไม่พบก้อน ใบหน้าบวม ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาบวมเล็กน้อย การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 74 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ



ช่องท้องและทางเดินอาหาร: มีแผล Exit site
และสาย Tenckhoff บริเวณรอบแผลไม่บวมแดง
กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ
แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดปกติ Motor
power grade 4
ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง
(PSS score) 90%
การประเมิน ADL เท่ากับ 19/20
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete Blood Count ผล White blood
count 4,370 cells/ cell/mm³, Neutrophil 66%,
Lymphocyte 21 %, Monocyte 4%, Eosinophil
9%, Basophil 0%, Hematocrit 28%, Platelet
count 399,000 cell/mm³.
Electrolyte ผล Na 139.6 mmol /L, K 3.97
mmol /L, Cl 98.9 mmol /L, CO₂ 22.6 mmol /L
BUN 84.1 mg/dl, Creatinine 11.62 mg/dl

การพยาบาลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนเยี่ยม	พยาบาลผู้เยี่ยมกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมครั้งนี้ เพื่อติดตามการล้างไตทาง หน้าท้อง และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจัดการอาการเกี่ยวกับโรคได้ถูกต้อง เช่น อาการข้อ อักเสบ ปวด ภาวะน้ำเกิน การป้องกันการติดเชื้อ ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า สรุปทำความเข้าใจกัน ระหว่างทีมเยี่ยมบ้าน สำรวจจำนวนสมาชิกในครอบครัวเบื้องต้น จัดทำผังครอบครัว เพื่อให้ ทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกและประวัติครอบครัว เตรียมแบบประเมินอาการทางกาย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง แบบประเมินด้านจิตใจ ภาวะ ซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q เตรียมอุปกรณ์จำเป็นในการตรวจร่างกายต่าง ๆ ก่อนการเยี่ยมไปพบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย พบว่า มีภาวะเครียด และวิตกกังวล เกี่ยวกับการล้างไตทางหน้าท้อง ขาดความพร้อมในการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน เนื่องจากมารดาที่เคยล้างไตให้ต้องไปทำงานต่างอำเภอบิดาเป็นผู้ดูแลใหม่ ได้พูดคุยกับ ผู้ป่วยและบิดาที่ดูแลผู้ป่วย ตั้งใจรับฟัง ทบทวนความรู้ความ เข้าใจ เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน ตอบคำถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา เสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจให้ โดยประสานให้บิดาผู้ป่วยมาเรียนเพิ่มเติมที่ หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาฯ และแนะนำช่องทางติดต่อเมื่อมีข้อสงสัย หรือต้องการ ความช่วยเหลือ ได้แก่ โรงพยาบาลบางปลาฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล
ระยะเยี่ยม 1. มีโอกาสเส้นเลือดในสมองแตก เนื่องจาก ความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบความดันโลหิตสูงประมาณ 1 ปี 2. การทำอาหารยังใช้น้ำปลา น้ำมันหอย ซีอิ๊ว ขาว 3. ความดันโลหิต 165/98 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเส้นเลือดในสมองแตก เนื่องจาก ความดันโลหิตสูง เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ แขน ขาอ่อนแรง พูด ไม่ชัด ปากเบี้ยว 2. ระดับความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท	1. ให้นอนพักและตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำ 2. พุดคุยทบทวนกับผู้ป่วย และผู้ดูแลในเรื่อง - การรับประทานยาลดความดันโลหิต ให้ถูกต้อง ไม่ขาดยา ได้แก่ ยา Amlodipine (10 mg) 1 tab oral OD pc เข้า, Enaril (5 mg) 1 tab oral OD pc เข้า, Hydrazine (25 mg) 1 tab oral qid pc - ให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย แขน ขา อ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว - การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง และรีบพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ - การทำอาหารให้ผู้ป่วย ต้องลดการใช้น้ำปลา น้ำมันหอย ซีอิ๊วขาว 3. ส่งข้อมูลต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเฝ้าระวัง 4. ประสานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) เพื่อวัดความดันโลหิตวันเว้นวัน แนะนำ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ระดับความดันโลหิต 130/94-140/98 มิลลิเมตรปรอท พฤติกรรมการรับประทานอาหารลดการใช้น้ำปลา น้ำมันหอย ซีอิ๊วขาว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดตามข้อ และปวดแสบในปากและผิวหนัง ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบ่นปวดตามข้อ pain score 5 คะแนน - ผู้ป่วยบ่นปวดแสบในปากและผิวหนัง - บริเวณข้อมือ ข้อเท้า บวมแดงเล็กน้อย วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวดบริเวณข้อต่างๆ เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีอาการบวม แดง บริเวณข้อต่างๆ - ผู้ป่วยบ่นปวดน้อยลง pain score <5 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล - ดูแลให้ผู้ปวดลดอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อโดยให้นอนพักบนเตียง - ให้ยาลดอาการปวด และให้ยาเชื้อตามแผนการรักษา ได้แก่ Hydroxychloroquin 200 mg 1 tab oral OD pc, tramol 50 mg 1 tab oral prn ทุก 6 ชั่วโมง - แนะนำผู้ดูแลสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก - พักการใช้ข้อ จัดให้ข้ออยู่ในท่าที่ถูกต้องไม่บิดงอบริเวณข้อ - ขณะเยี่ยมบ้านให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและป้องกันการติดเชื้อ - ดูแลความสะอาดผิวหนังที่เป็นผื่นแดงด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ และทำความสะอาดในช่องปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ การประเมินผล อาการบวม แดง บริเวณข้อต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยบ่นปวดน้อยลง pain score 2-3 คะแนน
3. เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินจากการขับน้ำออกจากร่างกายลดลง ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยต้องล้างไตทางหน้าท้อง 4 ครั้ง/วัน ผู้ดูแลเปลี่ยนถ่ายน้ำยาไม่ตรงตามรอบเวลา - พบอาการบวมกดบุ๋มที่ขา 2 ข้าง 2+ วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน เกณฑ์การประเมินผล - ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาตรงตามรอบเวลา คือ 4 ครั้ง/วัน เวลา 06.00 น. 12.00 น., 18.00 น. และ 22.00 น. - ไม่มีอาการของน้ำเกินได้แก่ บวม หายใจเหนื่อยหอบ	- พูดคุยทบทวนกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่อง - ความสำคัญของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาตรงตามรอบเวลา ผลเสียของการเลื่อนระยะเวลาการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาจะทำให้มีการดูดกลับของน้ำเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้นอาจเกิดภาวะหัวใจวาย - รับประทานอาหารรสจืด งดอาหารรสเค็ม และควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลสูง - การรับประทานยาขับปัสสาวะให้สม่ำเสมอ ได้แก่ Furosemide 500 mg 1 tab oral OD pc - แนะนำและสาธิต - ขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ให้อยู่ในท่านอนและใส่เสื้อผ้าไม่ให้รัดบริเวณท้องเพื่อประสิทธิภาพของการดึงน้ำออก - จำกัดจำนวนน้ำดื่มต่อวันให้ลดลงเหลือ 500- 1,000 มิลลิลิตร - จัดบันทึกปริมาณน้ำ เข้า-ออกต่อวันปริมาณ น้ำดื่ม และปริมาณปัสสาวะในแต่ละวันดูว่าสมดุลกันหรือไม่ - ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวทุกวันตอนเช้า - หากมีอาการบวมมากขึ้น หายใจเหนื่อย ให้ไปโรงพยาบาล การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาตรงตามรอบเวลา ไม่มีอาการของน้ำเกินได้แก่ บวม หายใจเหนื่อยหอบ
4. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องท้องและแผล Exit site ข้อมูลสนับสนุน - หลังกลับจากโรงพยาบาลมีไข้เป็นบางครั้ง - ผู้ดูแลยังทำแผลได้ไม่คล่อง บ่นไม่มั่นใจ - จากการสังเกตปิดแผลไม่สนิท มีรอยเปื่อยกน้ำ วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องและแผล Exit site เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส	- ทบทวนวิธีการดูแลความสะอาดระหว่างทำการล้างไต เช่น การล้างมือ 7 ขั้นตอน การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ - สอนการสังเกตการติดเชื้อบริเวณแผล Exit site ได้แก่ อาการบวมแดง ปวดท้อง มีถ่ายผิดปกติท้องเสีย - แนะนำและสาธิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เรื่องการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาผู้ทำต้องมีผ้าปิดปาก และจุ่มก การทำความสะอาด สะอาดแผล ขึ้นตอนที่ถูกต้อง - อุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดแผลต้องสะอาด ผ่านการอบฆ่าเชื้อ โดยสามารถขออุปกรณ์ทำแผลได้จากโรงพยาบาลบางพลาม้า - การสังเกตสีของน้ำที่ออกจากช่องท้อง ถ้ามีสีขุ่นให้รีบไปโรงพยาบาล - แนะนำและสาธิตการจัดท่า “ชุดอาบนํ้าผู้ป่วย ล้างไตทางหน้าท้อง” เพื่อไม่ให้แผลเปื่อยกน้ำ การประเมินผล



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ไม่มีอาการแสดงการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้อง มีถ่ายผิดปกติท้องเสีย น้ำยาล้างช่องท้องขุ่น 3. แผลบริเวณสายล้างไตไม่บวมแดง หรือมีหนอง 4. ผู้ดูแลล้างไตทางหน้าท้องได้ถูกต้อง	ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการแสดงการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้อง มีถ่ายผิดปกติท้องเสีย น้ำยาล้างช่องท้องขุ่น แผลบริเวณสายล้างไตไม่บวมแดง หรือมีหนอง ผู้ดูแลล้างไตทางหน้าท้องได้ถูกต้อง วางแผนสังเกตอย่างต่อเนื่อง
5. มีอาการปวดท้อง ขณะทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่อง ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง 2. ผู้ป่วยบ่นท้องผูกบ่อย 2-3 วัน ถ่าย 1 ครั้ง วัตถุประสงค์ อาการปวดท้องลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดท้อง 2. ไม่มีอาการอึดอัดแน่นท้อง ทั้งจากอาการท้องผูก และผลของน้ำในช่องท้องที่เพิ่มขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการปรับเพิ่มน้ำยาในระยะแรกจะมีอาการแน่นอึดอัด เนื่องจากมีปริมาณน้ำในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปร่างกายจะปรับตัวได้ 2. แนะนำผู้ดูแลให้เปลี่ยนน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องช้า ๆ 3. ช่วยจัดทำผู้ป่วยให้อนศีรษะสูง ใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดแน่น 4. ส่งต่อข้อมูลอาการท้องผูกให้พยาบาลประจำหน่วยไตเทียมเพื่อรายงานแพทย์ในการปรับยา ระบายให้กับผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นปวดท้อง ไม่มีอาการอึดอัดแน่นท้อง
6. มีภาวะซีดและเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการย่อยและการดูดซึมผิดปกติ ข้อมูลสนับสนุน 1. ร่างกายซูบผอม BMI 14.56 kg/m ² อ่อนเพลีย ซีด 2. Hematocrit 28% (ก่อนออกจากโรงพยาบาล) 3. มีอาการคลื่นไส้ วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะซีดและไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ เกณฑ์การประเมินผล 1. รับประทานอาหารได้อย่างน้อยครั้งถ้วยต่อมือ ครบทั้ง 3 มือ 2. ไม่มีอาการแสดงของอาการขาดน้ำ และทุพโภชนาการ ได้แก่ ไม่มีสมาธิ ซูบผอม ผิวน้ำแห้ง 3. Hematocrit > 30% 4. BMI 18.5-22.9 kg/m ²	1. ทบทวนกับผู้ป่วยให้ไปรับการฉีดยา Espogen 4000 unit (sc) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามกำหนดนัดในสมุดบันทึก 2. ให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทาน เพื่อลดภาวะซีด เพิ่มโปรตีน ลดภาวะทุพโภชนาการ - อาหารที่รับประทานได้ ไก่ย่างไก่อบ หมูปั้นหมอบ ปลาย่าง ปลานึ่ง ปลาเผา กุ้งเผา ข้าวต้ม ต้ม ทอด ขนมไส้แยม โดนัท - อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เครื่องในสัตว์ หนังหมู หนังไก่ คอหมูย่าง ไช้แดง หมูสามชั้น หมูกรอบ ไช้ปลา ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง กว๊ายเตี้ยผัดซีอิ๊ว ข้าวราดแกงกะทิ ทองหยิบ ขนมหม้อแกง - อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ผักมีสี ผักโขม ผักบุ้ง ถั่วลิสง ผลไม้แห้ง 3. แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งได้ 4. แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Folic acid 5 mg 1 tab oral OD pc, B.co 1 tab oral tid pc, Ferrous fumarate 200 mg 1 tab oral tid pc, Plasil 1 tab oral tid ac 5. เน้นย้ำการมาเจาะเลือดไปตรวจรักษาตามนัดเพื่อแก้ไขภาวะซีด 6. ประสาน อสม. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง การประเมินผล รับประทานอาหารได้ครบทั้ง 3 มือ ส่วนใหญ่เป็นข้าวต้มมีถ้วยถ้วย ยังมีอาการซูบผอม ผิวน้ำแห้ง BMI 16.65 kg/m ² (ระยะเวลา 1 เดือน), Hematocrit 30% (มารับเลือดที่โรงพยาบาล 1 ลูก)
7. ผู้ป่วยวิตกกังวลและท้อแท้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ข้อมูลสนับสนุน 1. จากการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2Q 9Q กับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 2. ผู้ป่วยบ่นเวลานอนจะเครียดเรื่องการเจ็บป่วยมาก	1. สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และเชื่อมั่นว่าพยาบาลเป็นที่ปรึกษาแก่เขาได้ 2. อธิบายและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เกิดจากการปฏิบัติตัวส่วนหนึ่ง หากมีการจัดการตนเองและปฏิบัติตัวถูกต้องตามแผนการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะน้อยลง และจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยหน้าตาแจ่มใส ไม่มีอาการซึมเศร้า 2. แบบประเมินภาวะ 2Q ปกติ 3. ผู้ป่วยไม่บ่นแสดงความท้อแท้	3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ เพื่อให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น 4. ได้ให้กำลังใจเสริมพลังอำนาจ ชื่นชมที่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 5. ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q ก่อนและหลังให้การพยาบาล การประเมินผล ผู้ป่วยหน้าตาแจ่มใส ไม่มีอาการซึมเศร้า แบบประเมินภาวะ 2Q ปกติ ผู้ป่วยไม่บ่นแสดงความท้อแท้

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วย การตรวจพบโรคเอสแอลอีมีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วยตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรก เกิดจากไม่ทราบว่าเป็นโรค เริ่มจากมีอาการบวมเล็กน้อยเป็นระยะเวลานาน จนอาการมากขึ้นจึงมาตรวจที่โรงพยาบาล จากการสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ผ่านมา รับประทานอาหารเน้นเค็ม หวาน เผ็ดจัด ขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้โรคไตรุนแรงเร็วขึ้น เนื่องจากโรคเอสแอลอียังไม่มี การรักษาที่ทำให้หายขาดได้ จึงส่งผลให้การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความเครียด และทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เจ็บหรือแสบเพดานปาก ผื่นขึ้นบ่อย อาการปวด

ข้อ ข้ออักเสบที่พบได้บ่อย แต่การปฏิบัติตัวที่ดีการเลือกใช้ยาที่ถูกต้องจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง แต่สามารถรักษาและควบคุมโรคให้ได้ดี พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแลตนเองของผู้ป่วย การรู้จักรักษาความสะอาดในการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรคกำเริบ รับประทานยาเมื่อมีอาการ ผิดปกติความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอไม่เปลี่ยนแพทย์ เปลี่ยนสถานรักษา ซึ่งทำให้การรักษาขาดตอนไม่ต่อเนื่องจึงจะช่วยให้การรักษาหรือการควบคุมโรคประสบผลสำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เขตสุขภาพที่ 9.(2559). คู่มือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการจัดบริการ Home ward เขตสุขภาพที่ 9 .กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ชิตขวรรณ คงเกษม.(2560).โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดอนคำ แก้วบุญเสริม และเพ็ญศรี อุทธโยธา. (2561). ลักษณะเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกิน (Volume Overload) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายวารสาร; 10 (1): 123-132
- Levy DM, Kamphuis S. (2014). Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*; 59(2):345-64.
- Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM, Seshan SV, Alpers CE, Appel GB, et al. (2014). The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *J Am Soc Nephrol*; 15(2): 241-50.

ความชุกของเชื้อก่อโรคและปัจจัยที่มีผลต่อการดื้อยาเซฟไตรแอกโซนของโรคติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิด ปฏิกิริยาในโรงพยาบาลปทุมธานี

Prevalence and Predictors of Ceftriaxone-resistance Pathogens in Spontaneous Bacterial Peritonitis in Pathum Thani Hospital

(Received: May 26,2022 ; Accepted: June 17,2022)

นัทชนัน ปรีชากรวิน¹

Nutchanun Preechakawin¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อดื้อยา ceftriaxone ของโรคติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฏิกิริยา (spontaneous bacterial peritonitis) และผลต่ออัตราการเสียชีวิตเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคตับแข็งจากสาเหตุต่างๆที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฏิกิริยาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานีตั้งแต่ ปี 2559-2564

ผลการศึกษา: รวบรวมผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ติดเชื้อได้ 125 ราย โดยร้อยละ 41 มีสาเหตุตับแข็งจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง เพาะเชื้อขึ้นจากน้ำในช่องท้องหรือจากเลือดที่ร้อยละ 38 (48 จาก 125 ราย) และเป็นเชื้อดื้อยา Ceftriaxone ถึงร้อยละ 35 (17 จาก 48 ราย) เมื่อพิจารณาตามแหล่งที่มาของเชื้อก่อโรค พบความชุกของเชื้อดื้อยา Ceftriaxone ในชุมชนที่ร้อยละ 21 ในกลุ่มเสี่ยงจากความสัมพันธ์กับสถานพยาบาลที่ร้อยละ 43 และเป็นติดเชื้อดื้อยาทั้งหมดในโรงพยาบาล ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการติดเชื้อดื้อยานี้คือ ประวัติการได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Fluoroquinolone ภายใน 30 วันก่อนการติดเชื้อ (OR 3.61 [95% CI 1.35-9.69]) และการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล (OR 2.52 [95% CI 0.94-6.73]) โรคติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฏิกิริยานี้ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันถึงร้อยละ 38 ซึ่งปัจจัยที่มีผลคือการตรวจพบภาวะช็อค การเพาะเชื้อขึ้นจากน้ำในช่องท้องหรือเลือด และคะแนน MELD-Na ที่สูงตั้งแต่แรกรับ

สรุป: ความชุกของเชื้อดื้อยา Ceftriaxone ในโรคติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฏิกิริยานั้นเพิ่มสูงในโรงพยาบาลปทุมธานี อีกทั้งยังพบได้มากหากมีประวัติเสี่ยงจากความสัมพันธ์กับสถานพยาบาลร่วมด้วย การให้ยาฆ่าเชื้อที่ครอบคลุมและเหมาะสมตั้งแต่ต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Fluoroquinolone ในช่วง 30 วันก่อนการติดเชื้อหรือเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลน่าจะเป็นประโยชน์และสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหากมีการค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงร่วมด้วย

คำสำคัญ : ตับแข็ง; โรคติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฏิกิริยา; ดื้อยา Ceftriaxone; อัตราการเสียชีวิต

Abstract:

Objective: To determine the prevalence, risk factor and clinical impact on mortality of spontaneous bacterial peritonitis caused by Ceftriaxone-resistance pathogens

Methods: We conducted a retrospective study of all spontaneous bacterial peritonitis episodes with or without positive blood and/or ascitic culture in hospitalization at Pathum Thani hospital (2016-2021)

¹ พบ. วว. อาจารย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี

Results: In 125 patients, mostly cirrhosis (41%) were caused by chronic alcohol drinking. About 38% (48 of 125) of infection were culture positive; of these, 35% (17 of 48) were resistant to Ceftriaxone. The prevalence of Ceftriaxone resistance was 21% in community-acquired infections, 43% in healthcare associated infections and 100% in nosocomial acquisition. History of Fluoroquinolone exposure within 30 days (OR 3.61 [95% CI 1.35 to 9.69]) and nosocomial acquisition (OR 2.52 [95% CI 0.94-6.73]) of infection were the predictor of resistance to Ceftriaxone. Thirty-day mortality impacted by infection was 38%. Independent predictors of 30-day mortality were shock, positive culture and high initial MELD-Na score

Conclusion: The risk of Ceftriaxone resistance pathogens was particularly high in nosocomial-acquired episode of spontaneous bacterial peritonitis, and also occurred in healthcare-acquired cases. The adequacy of empirical antibiotics had significant effect on 30 days Fluoroquinolone exposure and Healthcare/nosocomial acquisition. High-risk subgroups (Shock, positive culture, High MELD-Na score) should be identified for reducing mortality.

Keywords : Cirrhosis; Spontaneous bacterial peritonitis; Ceftriaxone resistance; Mortality

บทนำ

Spontaneous bacterial peritonitis (SBP) คือการติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องแบบปฐมภูมิ โดยพบเป็นภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน (Ascites) จากการศึกษาก่อนหน้าพบความชุกของการเกิดโรคนี้ ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยโรคตับแข็ง และนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเฉลี่ยถึงร้อยละ 10-46 ตามแต่ละสถานการณ์(OEY, Rosalie C., et al. ,2018) อีกทั้งภาวะนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงสูงขึ้นในการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่าย (hospital readmission)

เกณฑ์การวินิจฉัย คือการตรวจพบเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (Neutrophil) ในสารน้ำจากช่องท้อง ตั้งแต่ 250 เซลล์/มม(Rostkowska, Karolina Anna; Szymanek-pasternak, Anna; Simon, Krzysztof Adam. ,2018) ขึ้นไปร่วมกับการเพาะเชื้อพบแบคทีเรียในสารน้ำ โดยไม่มีเหตุให้สงสัยการติดเชื้อทุติยภูมิ กลไกการเกิดโรคนี้ส่วนใหญ่มาจากโยกย้ายของแบคทีเรียผ่านทางลำไส้ (bacterial translocation) ทำให้แบคทีเรียแกรมลบ เช่น

Escherichia coli, *Klebsiella pneumonia* ถูกพบเป็นเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่และมักตอบสนองต่อการรักษาได้ดีต่อยาฆ่าเชื้อกลุ่ม 3rd generation Cephalosporin และ Quinolones

ปัจจุบันมีการใช้ยาฆ่าเชื้อที่บroad spectrum และแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้าง (Broad spectrum antibiotic) จึงทำให้เริ่มมีรายงานการเกิดการติดเชื้อโรคนี้จากเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (antibiotic-resistance pathogens) และแบคทีเรียแกรมบวกกลุ่ม gram-positive cocci เช่น *Streptococcus sp*, *Staphylococcus sp*. และ *Enterococcus sp*. มากขึ้น(FERNÁNDEZ, Javier; BERT, Frédéric; NICOLAS-CHANOINE, Marie-Hélène. ,2016),(Rostkowska, Karolina Anna; Szymanek-pasternak, Anna; Simon, Krzysztof Adam. ,2018) ซึ่งส่งผลทำให้การตอบสนองต่อยาฆ่าเชื้อที่แนะนำ (Empirical therapy) เป็นไปในทางที่ไม่ดี อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานมากขึ้นและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Alexopoulou, Alexandra, et al. ,2016),(J Chaulk, M Carbonneau, H Qamar, et al. ,2014)

มีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยาฆ่าเชื้อกลุ่ม 3rd generation Cephalosporin โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคไต ได้รับการยากดภูมิคุ้มกัน ประวัติได้รับการยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Cephalosporin มาก่อน การติดเชื้อที่เกิดภายหลังจากนอนโรงพยาบาล (nosocomially-acquired) และอีกหลายปัจจัยตามแต่ละการศึกษา(J Chaulk, M Carbonneau, H Qamar, et al. ,2014),(Sunjaya, Dharma B., et al. ,2019) ซึ่งมีคำแนะนำเรื่องการให้ยาฆ่าเชื้อในการรักษาภาวะติดเชื้อในช่องท้องนี้จาก European association for the study of the liver (EASL clinical practice guideline) ว่าการเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Nosocomial Vs community acquired) รูปแบบการดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียตามท้องถิ่น (local bacterial resistance profiles) และความรุนแรงของการติดเชื้อ (severity of infection)⁷ จึงเป็นที่มาของการทำการศึกษาเพื่อประเมินลักษณะของเชื้อก่อโรค รูปแบบการตอบสนองต่อยาฆ่าเชื้อ และปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิของผู้ป่วยโรงพยาบาลปทุมธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบความชุกของเชื้อก่อโรครวมถึงเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (antibiotic-resistance pathogens) และเชื้อแบคทีเรียกรัมบวกกลุ่ม gram-positive cocci ของโรคติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของโรคติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคตับแข็งจากสาเหตุต่างๆที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อ

ของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานีตั้งแต่ปี 2559-2564 โดยใช้วิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มประชากรผ่านการทบทวนวรรณกรรม(X Ariza, J Castellote, et al. ,2012)จากโปรแกรม nQuery ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญที่ร้อยละ 5 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 90 ดังแสดง

nQuery

File Edit View Assistants Predict Plot Help

Home x Equivalence Tests for t x Equiva

PTT0-1 / Chi Square Test for Two Proportions

	1
Test Significance Level, α	0.050
1 or 2 Sided Test?	2
Group 1 Proportion, π_1	0.647
Group 2 Proportion, π_2	0.183
Odds Ratio, $\Psi = \pi_2(1-\pi_1)/(\pi_1(1-\pi_2))$	0.122
Power (%)	90
Sample Size per Group, n	22

จะพบว่าต้องใช้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 22 คนต่อกลุ่ม และเมื่อเทียบอัตราการเกิดเชื้อดื้อยา Ceftriaxone ที่ร้อยละ 21.5 จากวรรณกรรมดังกล่าว(X Ariza, J Castellote, et al. ,2012) ต้องเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อให้ครอบคลุมความชุกต่อการดื้อยาเท่ากับ $(22 \times 100) / 21.5 = 102.3$ คน หรืออย่างน้อย 103 คน

ประชากรและเกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคตับแข็ง (cirrhosis) จากทั้งอาการ อาการแสดง ผลเลือดภาพรังสีวินิจฉัยหรือผลพยาธิวิทยา ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคการติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (spontaneous bacterial peritonitis) โดยมีเกณฑ์คือ พบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) ในสารน้ำจากช่องท้องตั้งแต่ 250 เซลล์/มม³ ขึ้นไป และ/หรือ เพาะเชื้อพบแบคทีเรียในสารน้ำหรือจากเลือดในช่วงเวลาเดียวกัน (ascites or blood culture

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นการติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดทุติยภูมิ (secondary peritonitis)
2. มีการเพาะเชื้อจากสารน้ำในช่องท้องพบเชื้อแบคทีเรียก่อโรคมมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์งานวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูล อันประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของประชากร อาทิเช่น เพศ อายุ โรคตับแข็ง โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการนอนโรงพยาบาล อาทิเช่น อาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลของโรคการติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติสำหรับตัวแปรชนิดต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะใช้ Independent Student's t test หรือ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย 2 กลุ่มหรือ One-way ANOVA หรือ Kruskal-Wallis test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อยมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปตามความเหมาะสมของการกระจายตัวของข้อมูล หากปัจจัยใดมีค่า p -value < 0.05 จะนำไปวิเคราะห์ multivariate analysis ด้วย logistic regression analysis (forward stepwise method)

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ ปท 0032.203.4/64 เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2564

ผลการศึกษา

รวบรวมผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการนอนโรงพยาบาลปทุมธานีตั้งแต่ 1 มกราคม 2559- 31

ธันวาคม 2564 และได้รับการส่งตรวจสารน้ำจากการเจาะน้ำในช่องท้องทั้งหมด 556 ราย พบว่าเข้าได้กับภาวะติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิทั้งหมด 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 30

จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ 125 รายนั้น อายุเฉลี่ย 56 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.6 โดยสาเหตุของภาวะตับแข็งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.8) มาจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง พบมาจากไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ร้อยละ 18.4 และ ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ร้อยละ 25.6 อีกทั้งยังเคยมีประวัติติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิมามาก่อนแล้วร้อยละ 8.8 อุณหภูมิร่างกายแรกรับของการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 37.9 องศาเซลเซียส พบภาวะความดันโลหิตต่ำหรือช็อค ร้อยละ 41.6 และมาพร้อมอาการเลือดออกทางเดินอาหาร ร้อยละ 16.8 โรคสมองจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) ร้อยละ 27.2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยแรกรับ พบค่ามัธยฐานของเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงถึง 9900 cell/ μ L ค่ามัธยฐานของการทำงานของตับพบ total bilirubin 4.0 mg/dL SGOT 82 U/L SGPT 37 U/L Alkaline phosphatase 130 U/L ระดับอัลบูมินในเลือด (albumin) 2.0 g/dL International normalized ratio (INR) เท่ากับ 1.6 และเมื่อคำนวณด้วย Model For End-Stage Liver Disease (MELD-Na) จะมีค่าสูงถึง 25.9 เท่ากับผู้ป่วยมีเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 19.6 ส่วนค่ามัธยฐานการทำงานของไตพบ serum creatinine 1.4 mg/dL

ผลตรวจสารน้ำในช่องท้องพบค่ามัธยฐานของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล 1401 cell/ μ L Serum ascites albumin gradients (SAAG) เท่ากับ 1.3 พบโปรตีนในสารน้ำในช่องท้อง 1.5 g/dL และเมื่อทำการเพาะเชื้อสารน้ำ พบอัตราเฉลี่ยของการพบเชื้ออยู่ที่ร้อยละ 38.4 โดยส่วนใหญ่เป็นเชื้อในกลุ่มกรัมลบ อาทิเช่น *Escherichia coli* *Klebsiella* spp. *Salmonella* spp. เป็นต้น

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมดและจำแนกตามการดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone

คุณลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด (125 คน)	ดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone (17 คน)	เพาะเชื้อไม่ขึ้น และ กลุ่มไม่ดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone (118คน)
อายุ (ปี)	56.6 (11.4)	55.4 (10.4)	56.7 (11.6)
เพศชาย (%)	71 (69.6)	12 (70.6)	71 (60.2)
สาเหตุของตับแข็ง (%)			
ไวรัสตับอักเสบบี	23 (18.4)	5 (29.4)	18 (15.3)
ไวรัสตับอักเสบบี	32 (25.6)	4 (23.5)	28 (20.3)
ไวรัสตับอักเสบบีและซี	1 (0.8)	0	1 (0.8)
แอลกอฮอล์	51 (40.8)	5 (29.4)	46 (39)
ไขมันพอกตับ*	19 (15.2)	3 (17.6)	16 (13.6)
โรคประจำตัวเดิม (%)			
เบาหวาน	22 (17.6)	2 (11.8)	20 (16.9)
ติดเชื้อ HIV	1 (0.8)	0	1 (0.8)
มะเร็งตับ	28 (22.4)	4 (23.5)	24 (20.3)
โรคกลุ่มภูมิแพ้ตนเอง	3 (2.4)	0	3 (2.5)
ยาประจำที่ได้รับ (%)			
Beta-blocker	50 (40)	4 (23.5)	46 (39)
Steroids	2 (1.6)	1 (5.9)	1 (0.8)
Immunomodulator	3 (2.4)	0	3 (2.5)
Proton-pump inhibitors (PPIs)	65 (52)	8 (47.1)	57 (48.3)
เคยติดเชื้อสาร์นาในช่องท้องปฐมภูมิ (%)	11 (8.8)	2 (11.8)	9 (8.4)
เคยได้รับยาฆ่าเชื้อในช่วง 1 เดือนก่อน(%)			
Third gen Cephalosporin	30 (24)	5 (29.4)	25 (21.2)
Fluoroquinolone	7 (5.6)	3 (17.6)	4 (3.4)
Broad-spectrum	5 (4)	2 (11.8)	3 (2.5)
อาการและอาการแสดง (%)			
อุณหภูมิร่างกายเรกซ์ (°C)	37.9 (1)	38.2 (0.9)	37.8 (1)
ภาวะซีด	52 (41.6)	9 (52.9)	43 (36.4)
เลือดออกทางเดินอาหาร	21 (16.8)	3 (17.6)	18 (15.3)
โรคสมองจากโรคตับ**	34 (27.2)	8 (47.1)	26 (22)
ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการแรกรับ			
Sodium, mmol/L	131.4 (5.8)	130.7 (5.4)	131.5 (5.9)
Peripheral blood leukocyte, /μL	9900 (7295-13695)	7900 (6770-12300)	10200 (7780-13695)
Creatinine, mg/dL	1.4 (0.9-2.4)	1.7 (1.2-2.6)	1.4 (0.9-2.3)
SGOT, U/L	82 (57.5-136)	92 (68-136)	81 (58-134)
SGPT, U/L	37 (23.5-53.5)	42 (27-50)	37 (23-54)
Total bilirubin, mg/dL	4.0 (1.8-8.8)	8.6 (2.6-16.3)	3.8 (1.8-6.9)
Alkaline phosphatase, U/L	130 (95.5-176)	140 (103-187)	129 (95-173)
Albumin, g/dL	2.0 (1.7-2.4)	1.9 (1.6-2.0)	2.1 (1.7-2.4)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมดและจำแนกตามการดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone

คุณลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด (125 คน)	ดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone (17 คน)	เพาะเชื้อไม่ขึ้น และ กลุ่มไม่ดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone (118คน)
International Normalized Ratio	1.6 (1.3-2.1)	2.0 (1.4-2.2)	1.6 (1.3-2.1)
MELD-Na	25.9 (8.3)	28.4 (6.7)	25.5 (8.5)
ผลตรวจสารน้ำในช่องท้อง			
เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil, / μ L	1401 (662-3728)	2304 (1318-4704)	1306 (608-3387)
Serum ascites albumin gradients	1.3 (1.1-1.7)	1.3 (0.5-1.7)	1.4 (1.1-1.7)
Albumin, g/dL	0.5 (0.3-0.9)	0.6 (0.3-1)	0.5 (0.3-0.9)
Protein, g/dL	1.5 (0.9-2.2)	1.5 (0.3-2.1)	1.5 (0.9-2.2)
*ไขมันพอกตับ = NAFLD; **โรคสมองจากโรคตับ = Hepatic encephalopathy			

ตารางที่ 2 แสดงเชื้อก่อโรคทั้งหมดโดยจำแนกตามแหล่งที่มา

เชื้อก่อโรค	แหล่งที่มาของเชื้อก่อโรค		
	ในชุมชน (23 คน)	ในกลุ่มสัมพันธ์กับสถานพยาบาล (23 คน)	ในโรงพยาบาล (2 คน)
ดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone (จำนวน 17 คน)			
Vancomycin-resistant enterococcus	1	1	0
MDR, <i>Acinetobacter baumannii</i>	1	0	1
CRE, <i>Enterobacter</i>	0	0	1
ESBL, <i>Escherichia coli</i>	1	6	0
CRE, <i>Escherichia coli</i>	1	1	0
MDR, <i>Klebsiella</i>	1	2	0
ไม่ดื้อยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone (จำนวน 31 คน)			
<i>Streptococcus</i>	3	6	0
<i>Staphylococcus</i>	1	2	0
<i>Bacillus</i> spp	1	0	0
<i>Escherichia coli</i>	11	2	0
<i>Klebsiella</i>	2	2	0
<i>Salmonella</i>	0	1	0

พบการติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิที่เป็นเชื้อดื้อยา ceftriaxone ถึงร้อยละ 44.7 ของการตรวจพบเชื้อทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ โดยพบว่าหากเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากชุมชนจะมีความเสี่ยงในการเป็นเชื้อดื้อยาในกลุ่ม ceftriaxone ที่ลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติโดยมี odd ratio เท่ากับ 0.39 (95 % CI 0.15-1.06) เช่นเดียวกับ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับสถานพยาบาลและในโรงพยาบาล (healthcare/nosocomial acquired) ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย odd ratio ที่ 2.52 (95 % CI 0.94-6.73) การได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Fluoroquinolone มาก่อน

ในช่วง 30 วันก่อนการวินิจฉัยพบเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อยากลุ่ม ceftriaxone ถึง 3.61 เท่า (95% CI 1.35-9.69) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับยามาก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากพิจารณาจากผลทางห้องปฏิบัติการแล้ว ระดับ total bilirubin ที่สูง ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำ และจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ของสารน้ำใน

ช่องท้องที่สูง มีแนวโน้มจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อยากลุ่ม Ceftriaxone เช่นกัน ส่วนปัจจัยเรื่องโรคเบาหวาน การได้รับยากดภูมิคุ้มกันชนิด steroids หรือประวัติการได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Third gen Cephalosporin หรือ Broad-spectrum มาก่อน ในช่วง 30 วัน ยังไม่พบเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการติดเชื้อยา ceftriaxone อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อยา Ceftriaxone

ปัจจัยเสี่ยง	Odd ratio (95%CI)	p-value
เพศชาย	1.21 (0.46-3.22)	0.69
โรคเบาหวาน	0.62 (0.15-2.54)	0.74
โรคมะเร็งตับ	1.07 (0.38-3.01)	1.00
ได้รับยา steroids	3.84 (0.89-16.54)	0.25
ได้รับยา Proton-pump inhibitors	0.82 (0.34-1.99)	0.66
เคยติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องปฐมภูมิ	1.38 (0.36-5.27)	0.65
เคยได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Fluoroquinolone	3.61 (1.35-9.69)	0.05
เคยได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Third gen Cephalosporin	1.32 (0.51-3.44)	0.55
เคยได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Broad-spectrum	3.20 (0.99-10.34)	0.14
แหล่งที่มาของการติดเชื้อ		
ในชุมชน	0.39 (0.15-1.06)	0.05
ในกลุ่มสัมพันธ์กับสถานพยาบาล และในโรงพยาบาล	2.52 (0.94-6.73)	0.05
ภาวะช็อค	1.58 (0.65-3.82)	0.31
เลือดออกทางเดินอาหาร	1.06 (0.33-3.37)	1.00
โรคสมองจากโรคตับ	2.38 (1.00-5.66)	0.08
อายุ		0.41
Peripheral blood leukocyte, / μ L		0.15
Total bilirubin, mg/dL		0.04
Albumin g/dL		0.06
International normalized ratio		0.26
MELD-Na		0.32
จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ของสารน้ำในช่องท้อง		0.07

การติดเชื้อของสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมินี้ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์ถึงร้อยละ 38.4 โดยอายุเฉลี่ยที่ 53.4 ปีในกลุ่มที่เสียชีวิตสัมพันธ์ และ 58.5 ปีในอีกกลุ่มซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะช็อคที่พบแรกกับการนอนโรงพยาบาลเป็นอาการที่พบได้สูงถึงร้อยละ 66.7 ในกลุ่มผู้ป่วย

เสียชีวิต ซึ่งเมื่อเทียบกับอีกกลุ่ม (ร้อยละ 25.9) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับอาการทางสมองจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) ที่ตรวจพบแรกรับจะสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตสัมพันธ์เมื่อเทียบกับอีกกลุ่ม คือ ร้อยละ 45.8 กับ ร้อยละ 15.6 และหากประเมินผล

เลือดทางห้องปฏิบัติการแรกจะพบกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตสัมพันธ์กับการติดเชื้อมีค่าการทำงานของไต (creatinine) ที่สูงกว่า คือ 2.0 mg/dL เทียบกับ 1.2 mg/dL ระดับโซเดียมในเลือดที่ต่ำกว่า คือ 130.2 mmol/L เทียบกับ 132.1 mmol/L ค่าการทำงานของตับที่ SGOT สูงกว่า คือ 121 U/L เทียบกับ 70 U/L SGPT ที่สูงกว่า คือ 47.5 U/L เทียบกับ 30 U/L ระดับอัลบูมินในเลือด (Albumin) ที่ต่ำกว่า คือ 1.9 g/dL เทียบกับ 2.1 g/dL ระดับ INR ที่สูงกว่า คือ 2.1 เทียบกับ 1.5 ซึ่งเมื่อคำนวณคะแนน MELD-Na จะพบคะแนนสูง 32 ในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตซึ่งสูงกว่ากลุ่มไม่เสียชีวิตหรือเสียชีวิตที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ (คะแนน 22.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเพาะเชื้อขึ้นในสารน้ำช่องท้องและเป็น

เชื้อดื้อยา ceftriaxone มีความชุกที่สูงกว่าในกลุ่มเสียชีวิตสัมพันธ์ คือ ร้อยละ 27.1 เทียบกับ ร้อยละ 5.2 ซึ่งสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และเมื่อทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ในรูปแบบ multivariate analysis จะพบว่ามีเพียงภาวะช็อคที่ตรวจพบแรก (OR 5.01) การเพาะเชื้อขึ้นในสารน้ำช่องท้อง (OR 6.73) และคะแนน MELD-Na (OR 1.2) ที่สูงสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เกิดจากการติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ ในแง่ปัจจัยเรื่องเพศ สาเหตุของตับแข็ง โรคประจำตัวเดิม ยาประจำที่ได้รับรวมถึงยากดภูมิคุ้มกัน ประวัติเคยติดเชื้อโรคนี้อีกก่อนแล้ว ยังไม่มีความชุกที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม

ตารางที่ 4 ตัวแปรและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 30 วันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ

ปัจจัยเสี่ยง	เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ SBP (จำนวน 48 คน)	ไม่เสียชีวิตหรือเสียชีวิตที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ SBP (จำนวน 77 คน)	p-value
อายุ (ปี)	53.4 (9.5)	58.5 (12.1)	0.01
เพศชาย (%)	33 (68.8)	50 (64.9)	0.66
สาเหตุของตับแข็ง (%)			
ไวรัสตับอักเสบบี	7 (14.6)	16 (20.8)	0.39
ไวรัสตับอักเสบบี	9 (18.8)	23 (29.9)	0.17
ไวรัสตับอักเสบบีและซี	0	1 (1.3)	1.00
แอลกอฮอล์	23 (47.9)	28 (36.4)	0.20
ไขมันพอกตับ*	8 (16.7)	11 (14.3)	0.72
โรคประจำตัวเดิม (%)			
เบาหวาน	9 (18.8)	13 (16.9)	0.79
ติดเชื้อ HIV	0	1 (1.3)	1.00
มะเร็งตับ	9 (18.8)	19 (24.7)	0.44
โรคกลุ่มภูมิแพ้ตนเอง	1 (2.1)	2 (2.6)	1.00
ยาประจำที่ได้รับ (%)			
Beta-blocker	19 (39.6)	31 (40.3)	0.94
Steroids	1 (2.1)	1 (1.3)	1.00
Immunomodulator	3 (6.3)	0	1.00
Proton-pump inhibitors (PPIs)	24 (50)	41 (53.2)	0.72
เคยติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิ (%)	5 (10.4)	6 (7.8)	0.75
แหล่งที่มาของการติดเชื้อในชุมชน	23 (47.9)	41 (53.2)	0.56

ตารางที่ 4 ตัวแปรและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 30 วันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ

ปัจจัยเสี่ยง	เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ SBP (จำนวน 48 คน)	ไม่เสียชีวิตหรือเสียชีวิตที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ SBP (จำนวน 77 คน)	p-value
ในกลุ่มสัมพันธ์กับสถานพยาบาล	19 (39.6)	31 (40.3)	0.94
ในโรงพยาบาล	6 (12.5)	5 (6.5)	0.33
อาการและอาการแสดง (%)			
อุณหภูมิร่างกายเรื้อรัง (°C)	38 (1.0)	37.8 (0.9)	0.50
ภาวะช็อค	32 (66.7)	20 (25.9)	0.000
เลือดออกทางเดินอาหาร	12 (25)	9 (11.7)	0.05
โรคสมองจากโรคตับ**	22 (45.8)	12 (15.6)	0.000
ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการแรกเริ่ม			
Sodium, mmol/L	130.2 (6.5)	132.1 (5.3)	0.01
Peripheral blood leukocyte / μ L	10100 (7975-14500)	9830 (7240-13100)	0.34
Creatinine, mg/dL	2.0 (1.3-3.1)	1.2 (0.8-1.7)	0.000
SGOT, U/L	121 (73-216)	70 (45-105)	0.000
SGPT, U/L	47.5 (30.5-62.5)	30 (19-47)	0.002
Total bilirubin, mg/dL	6 (3.3-16.9)	3.2 (1.5-5.7)	0.000
Alkaline phosphatase, U/L	139 (104-179.5)	122 (91-162)	0.27
Albumin g/dL	1.9 (1.5-2.3)	2.1 (1.8-2.4)	0.02
International Normalized Ratio	2.1 (1.6-2.8)	1.5 (1.3-1.9)	0.000
MELD-Na	32 (6.4)	22.4 (7.2)	0.000
ผลตรวจสารน้ำในช่องท้อง			
เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil, / μ L	1636.7 (772-6499)	1364 (624-3168)	0.25
เพาะเชื้อขึ้นในสารน้ำจากช่องท้อง (%)	33 (68.8)	16 (20.8)	0.000
เชื้อดื้อยา Ceftriaxone (%)	13 (27.1)	4 (5.2)	0.001
*ไขมันพอกตับ = NAFLD; **โรคสมองจากโรคตับ = Hepatic encephalopathy			

ตารางที่ 5 Multivariate analysis ของปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตภายใน 30 วันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ

ปัจจัย	Odd Ratio (95% CI)	P-Value
ภาวะช็อค	5.01 (1.56-16.1)	0.007
เพาะเชื้อขึ้นในสารน้ำจากช่องท้อง	6.73 (2.12-21.35)	0.001
MELD-Na	1.2 (1.09-1.32)	0.000

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ พบความชุกของการติดเชื้อสารน้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิที่ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้งหมดที่ได้รับการนอนโรงพยาบาลปฐมภูมิและทำหัตถการเจาะน้ำในช่องท้องส่งตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อน¹

การติดเชื้อนี้ยังนำไปสู่การอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 38.4 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงเช่นเดียวกับการศึกษาของต่างประเทศ^{1,8} โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลคือ การเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (antibiotic-resistance pathogens) และแบคทีเรียแกรมบวกกลุ่ม gram-positive cocci ที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก เพื่อให้เกิด

ประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิต สมาคม European association for the study of the liver (EASL) จึงมีคำแนะนำว่าการเลือกใช้ยาฆ่าเชื้อควรคำนึงถึงรูปแบบการดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียตามท้องถิ่นนั้นๆ⁷ (local bacterial resistance profiles) ซึ่งสำหรับโรงพยาบาลปทุมธานีนั้น พบอัตราการติดเชื้อดื้อยา ceftriaxone ถึงร้อยละ 44.7 ของการตรวจพบเชื้อทั้งหมด และพบเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกถึงร้อยละ 29.2 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกเช่นกัน²³

ประวัติการได้รับยาฆ่าเชื้อในกลุ่ม Fluoroquinolone มาก่อนในช่วง 30 วันก่อนการวินิจฉัย เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา ceftriaxone ของโรคสาร์น้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมิถึง 3.61 เท่า (95% CI 1.35-9.69) และประวัติการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในชุมชน มีแนวโน้มที่จะเป็นการติดเชื้อดื้อยา ceftriaxone ที่ลดลง 0.39 เท่า เช่นเดียวกับประวัติการติดเชื้อที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับสถานพยาบาลและในโรงพยาบาล ก็มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาสูงขึ้น 2.52 เท่า ดังนั้นการซักประวัติเรื่องยาฆ่าเชื้อที่เคยได้รับ การจำแนกแหล่งที่มาของเชื้อก่อโรค และผลทางห้องปฏิบัติการแรกเริ่มที่พบระดับ total bilirubin ที่สูง ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำ หรือ จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ของสาร์น้ำในช่องท้องที่สูง จึงมีประโยชน์ช่วยตัดสินใจเลือกยาฆ่าเชื้อแรกเริ่มสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ในโรงพยาบาลปทุมธานี

ในแง่ของโรคเบาหวานที่เป็นโรคประจำตัว การได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Third generation Cephalosporin หรือ Broad spectrum ซึ่งน่าจะปัจจัยส่งเสริมต่อการดื้อยาของเชื้อก่อโรคดังในงานวิจัยต่างประเทศที่มีมาก่อน (J Chaulk, M Carbonneau, H Qamar, et al. ,2014), (Sunjaya, Dharma B., et al. ,2019) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยเรื่องระยะเวลาของโรคเบาหวานหรือระดับการควบคุมน้ำตาลในเลือดต่อเนื่อง หรือระยะเวลาของ

การได้รับยาฆ่าเชื้อ ปริมาณที่ได้รับต่อวันที่แตกต่างกัน อาจมีผลต่อการแปลผล ซึ่งอาจต้องเก็บข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมต่อไป

งานวิจัยนี้เสนอให้เห็นว่า ภาวะช็อคที่ตรวจพบแรกเริ่ม การเพาะเชื้อขึ้นของสาร์น้ำในช่องท้องหรือคะแนน MELD-Na ที่คำนวณได้สูงแรกเริ่มจะมีความสัมพันธ์ต่ออัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น หากนำไปประยุกต์ใช้คงเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ต่อไป

การศึกษานี้เป็นผลงานเดี่ยวที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานีย้อนหลัง 6 ปี เพื่อศึกษารูปแบบการดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียในท้องถิ่นตามคำแนะนำของสมาคม European association for the study of the liver (EASL)⁷ ถึงแม้จะไม่ใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลทั้งจังหวัดแต่คิดว่ามีประโยชน์ในอนาคตสำหรับการวางแผนนโยบายของโรงพยาบาลปทุมธานีในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษารูปแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) และเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการนอนโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคนี้บางส่วนหลุดจากการศึกษา อาทิเช่น ลงข้อมูลในระบบไม่ครบหรือได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก เป็นต้น อีกทั้งการศึกษานี้ไม่สามารถระบุได้ว่าการเพาะเชื้อของสาร์น้ำจากช่องท้องถูกบรรจุในขวดเพาะเชื้อรูปแบบเดียวกันหรือไม่ตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ศึกษาจึงอาจมีผลต่อโอกาสการเพาะเชื้อขึ้นและการระบุการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งหากสามารถเพิ่มโอกาสการเพาะเชื้อขึ้นได้เช่น การใช้ขวดเพาะเชื้อสาร์น้ำในช่องท้องเช่นเดียวกับขวดเพาะเชื้อจากเลือด อาจทำให้ผลลัพธ์ของข้อมูลแม่นยำขึ้นได้

สรุป

ความชุกของเชื้อดื้อยา Ceftriaxone ในโรคติดเชื้อสาร์น้ำในช่องท้องชนิดปฐมภูมินั้นเพิ่มสูงในโรงพยาบาลปทุมธานี อีกทั้งยังพบได้มากหากมีประวัติเสี่ยงจากความสัมพันธ์กับสถานพยาบาลร่วมด้วย การให้ยาฆ่าเชื้อที่ครอบคลุมและเหมาะสมตั้งแต่ต้นใน



กลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับยาฆ่าเชื้อกลุ่ม
Fluoroquinolone ในช่วง 30 วันก่อนการติดเชื้อ
หรือเป็นการติดเชื้อที่เกิดภายในโรงพยาบาลและ

สถานพยาบาลน่าจะเป็นประโยชน์และสามารถช่วยลด
อัตราการเสียชีวิตหากมีการค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่มีความ
เสี่ยงสูงร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- OEY, Rosalie C., et al. Microbiology and antibiotic susceptibility patterns in spontaneous bacterial peritonitis: A study of two Dutch cohorts at a 10-year interval: United European gastroenterology journal 2018;6.4:614-621.
- FERNÁNDEZ, Javier; BERT, Frédéric; NICOLAS-CHANOINE, Marie-Hélène. The challenges of multi-drug-resistance in hepatology: Journal of hepatology 2016;65(5):1043-1054.
- Rostkowska, Karolina Anna; Szymanek-pasternak, Anna; Simon, Krzysztof Adam. Spontaneous bacterial peritonitis—therapeutic challenges in the era of increasing drug resistance of bacteria: Clinical and experimental hepatology 2018;4.4:224.
- Alexopoulou, Alexandra, et al. Extensively drug-resistant bacteria are an independent predictive factor of mortality in 130 patients with spontaneous bacterial peritonitis or spontaneous bacteremia: World journal of gastroenterology 2016;22(15):4049.
- J Chaulk, M Carbonneau, H Qamar, et al. Third-generation cephalosporin-resistant spontaneous bacterial peritonitis: A single-centre experience and summary of existing studies. Can J Gastroenterol Hepatol 2014;28(2):83-88.
- Sunjaya, Dharma B., et al. Prevalence and predictors of third-generation cephalosporin resistance in the empirical treatment of spontaneous bacterial peritonitis: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier 2019:1499-1508.
- European Association for The Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis: Journal of hepatology 2018;69(2):406-460.
- X Ariza, J Castellote, et al. Risk factors for resistance to ceftriaxone and its impact on mortality in community, healthcare and nosocomial spontaneous bacterial peritonitis: Journal of hepatology 2012;56:825-832

การพยาบาลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะปอดติดเชื้อในสถานการณ์โรคโควิด-19 Nursing care for the bedridden elders with pneumonia in the situation of COVID-19

(Received: June 2,2022 ; Accepted: June 28,2022)

วันทนา กอแก้ว¹
Wanthana Kokaew

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยสูงอายุหญิงไทย 93 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 4 ตุลาคม 2564 ด้วยอาการไข้สูง เหนื่อย หอบ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมองตีบ รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 6 วัน แพทย์จำหน่ายและส่งต่อหน่วยปฐมภูมิเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีแผลกดทับ ใส่สายยางเพื่อให้ อาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะ และพบว่ายังไม่เคยได้รับวัคซีนโรคไวรัส โควิด-19 มีการวางแผนการเยี่ยมออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเยี่ยม ระยะเยี่ยม และระยะสิ้นสุดการเยี่ยม ได้รับการเยี่ยมและติดตามจำนวน 5 ครั้ง ประสานงานการให้วัคซีน ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่เกิดการกลับมาซ้ำ

จากการศึกษาผู้ป่วย พบว่า การติดตามประเมินปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ ได้รับการดูแล ทำให้สามารถวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างครบถ้วน
คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ภาวะติดเตียง, ภาวะปอดติดเชื้อ, โรคโควิด-19

Abstract

An elderly Thai woman, 93 years old, was admitted to the hospital on October 4, 2021 with a high fever and breathlessness for 4 hours before going to hospital. The patient had a history of congenital disease ischemic stroke. The patient was admitted to the hospital for 6 days and then patient was discharged and referred to the primary care unit for follow-up home visits. After discharging, the patient had pressure ulcers, and was NG feeding and foley's catheter. In addition, it found that patient had never been vaccinated against the COVID-19 virus. The follow-up home visits of patient are planned into three phases: pre-visit phase, visit phase and end-visit phase. The patient received visits and follow-up visits for five time and coordinating vaccination. Caregivers can take care of patients with no recurrence.

From the study, it was found that continuous follow-up assessment of problems and needs throughout the care resulted to available of planning the care and assistance of patients and caregivers in accordance with their needs completely.

Keywords: Nursing care, elders, bedridden, pneumonia, COVID-19

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนประชากร สูงอายุจำนวน 11.59 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 โดยในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 นับว่าเป็น

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อย่างรวดเร็ว และยังพบว่าผู้สูงอายุที่พร่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีมูลเหตุมา จากปัญหาสุขภาพหรือมีการป่วยเรื้อรังนั่นเอง โดย

¹ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้ป่วยเหล่านี้จะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นภาระหนักต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัว และสังคม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือการทากิจวัตรประจำวันและภาวะการเจ็บป่วยที่บ้าน เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา จากการสำรวจข้อมูลประชากรสูงอายุไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานสถานการณ์ในภาพรวม พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้ ติดสังคม 79.5 % ติดบ้าน 19% และติดเตียง 1.5% กรณีติดสังคมมักไม่ค่อยพบปัญหา แต่การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบปัญหาในการดูแล โดยแบ่งอย่างกว้างๆ เป็น 4 ระดับ คือ 1) ดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Hospital care) 2) การดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Institutional care) 3) การดูแลในชุมชน (Community-based care) และ 4) การดูแลที่บ้าน (Home-based care)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในเพศหญิงและอันดับสามในเพศชาย พบว่า โรคนี้มีความชุก 206 ต่อ 100,000 ประชากร หรือคนไทยจะเป็นโรคสมองขาดเลือด (stroke) 1 คนในทุกๆ 3 นาที โรคนี้เมื่อเป็นแล้ว จะมีการเสียชีวิตร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50-60 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อพบบ่อย ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2562-2564 เท่ากับ 431, 328 และ 356 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นทำให้เกิดภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนมากและหากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระดังกล่าวได้ ภาครัฐจะต้องเข้ามารับภาระดังกล่าวส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงสามารถกล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่องานสังคมและเศรษฐกิจรวมถึงต่อตัวผู้ป่วยเองครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการรับส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้การช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติปี 2562-2564 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในอำเภอเดิมบางนางบวช จำนวน 54 คน, 63 คน และ 98 คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว ร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และร้อยละ 50 มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่สภาพปัญหาที่พบจากการติดตามดูแลพบว่า ผู้ดูแลยังมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่มาก ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นในการช่วยเหลือดูแลตนเอง และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เข้ามาเกี่ยวข้อง โรงพยาบาลวิชาวชิพในหน่วยงานจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ควบคุมโรคไม่ให้กำเริบ ด้วยการดูแลวิธีปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับอาการและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ตลอดจนการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่ดี หรือหายจากโรค นอกจากนี้ต้องมีการประสานหน่วยงานต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุหญิงไทย 93 ปี สถานภาพหม้าย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภูมิลำเนา จังหวัดสุพรรณบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

วันที่ 4 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ด้วยอาการไข้สูง ชีพหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์วินิจฉัยมีภาวะติดเชื้อที่ปอด (pneumonia) ดูแลรักษาในโรงพยาบาลนาน 6 วัน ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีแผลกดทับ ใส่สายยางเพื่อให้อาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะ และพบว่ายังไม่เคยได้รับวัคซีนโรคไวรัส โคโรนา-19

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง 10 ปี เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

ตีบในปี พ.ศ. 2563 และมีภาวะติดเตียง แขน ขา
อ่อนแรง

การประเมินและตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 35
กิโลกรัม ดูซีดเล็กน้อย
สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 37.2 องศา
เซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/
นาที

ความดันโลหิต 160/78 มิลลิเมตร

ปรอท

ระบบประสาท: พุดคุยถามตอบรู้เรื่อง
บางครั้ง ทำตามคำสั่งได้ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่

Pupil Ø 2mm RTL BE แขน ขา

ขาอ่อนแรงเกรด 1

หัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจปกติ
อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที

Systolic murmur

S1 S2 ปกติ

ระบบหายใจ: หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย
หอบ ไม่มีเสียง Wheezing และเสียง Creptitation

ระบบทางเดินอาหาร: คลำบริเวณหน้า
ท้องนุ่ม เคาะโปร่งไม่มีท้องอืด เสียงการเคลื่อนไหว
ของ ลำไส้ (Bowel sound) 5-6 ครั้งต่อ
นาที

ผิวหนังและกล้ามเนื้อ: มีแผลกดทับ
ระดับ 3 ที่สะโพกข้างขวา ขนาด 2x4 cms

ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง
(PSS score) 20% (รู้สึกตัว นอนอยู่บนเตียง
ตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลทั้งหมด
ใส่สายให้อาหาร ปัสสาวะเองไม่ได้ คาสายสวน
ปัสสาวะ)

การประเมิน ADL เท่ากับ 2 (มีภาวะพึ่งพา
โดยสมบูรณ์)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Complete Blood Count ผล White
blood count 10,800 cells/ cell/mm³,
Neutrophil 86%, Lymphocyte 12 %,
Monocyte 0%, Eosinophil 1%, Basophil 1%,
Hematocrit 26.9%, Platelet count 128,000
cell/mm³.

2. Electrolyte ผล Na 138 mmol /L, K 2.8
mmol /L, Cl 110 mmol /L, CO₂ 16.6 mmol /L
BUN 22 mg/dl, Creatinine 1.24 mg/dl

3. Cholesterol 254 mg/dl Triglyceride
228 mg/dl HDL- cholesterol 37 mg/dl LDL-
cholesterol 178 mg/dl

การพยาบาลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนเยี่ยม	พยาบาลผู้ดูแลวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพุดคุย ทำความเข้าใจกันระหว่างทีม รักษาพยาบาลและครอบครัว ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว จัดทำ ผังครอบครัว (genogram) เพื่อรับทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกและประวัติครอบครัว เตรียมแบบประเมินอาการทางกายโดยใช้แบบประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคอง (PSS score) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ADL) แบบประเมินด้าน จิตใจ ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q จากการศึกษาข้อมูลก่อนเยี่ยม ผู้ป่วยเป็นข้าราชการบำนาญ ขณะเจ็บป่วยมีบุตรสาวเป็น ผู้ดูแล สภาพสิ่งแวดล้อมเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูนฐานทางเศรษฐกิจ ปานกลาง
ระยะเยี่ยม	ประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีภาวะหลงลืม GCS 14 คะแนน มีอาการ อ่อนแรงของแขนขาข้างขวา ตรวจ motor power ด้านซ้าย เกรด 5 ด้านขวา เกรด 1 มี ประเมิน ADL 2 คะแนน นอนอยู่กับพื้น เคลื่อนไหวตัวเองอยู่กับที่โดยพลิกตะแคงตัวเองได้ อย่างช้าๆ ข้างเดียว การรับประทานอาหารรับประทานอาหารทางสายยาง ขับถ่ายใน



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผ้าอ้อม และใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/78 มิลลิเมตรปรอท ผู้ดูแลผู้ป่วย กล่าวว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระในการดูแล แต่ที่ต้องออกจากงานมาเพราะเป็นห่วงที่มารดาอยู่คนเดียว ส่วนด้านรายได้ถึงออกจากงานมา แต่สามีมีอาชีพการงานมั่นคง จึงไม่กระทบกระเทือนค่าใช้จ่ายเท่าไร จากการประเมิน 2Q ปกติ
1. มีโอกาสเส้นเลือดในสมองแตก เนื่องจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. มีประวัติโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง 2. ระดับไขมัน Cholesterol 254 mg/dl Triglyceride 228 mg/dl HDL- cholesterol 37 mg/dl LDL- cholesterol 178 mg/dl 3. ระดับความดันโลหิต 160/78 มิลลิเมตรปรอท 4. ผู้ดูแลเตรียมอาหารตามที่สะดวก ใช้นมกล่องตามร้านสะดวกซื้อร่วมกับโจ๊กปั่นเหลว วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมองซ้ำ ระดับความดันโลหิตปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบ ตันซ้ำ ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอาการแขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น 2. ระดับความดันโลหิต SBP $\leq$ 140 mmHg DBP $\leq$ 90 mmHg 3. Lipid profile อยู่ในเกณฑ์ปกติ Cholesterol 150-200 mg/dl Triglyceride 30-200 mg/dl HDL cholesterol 35-100 mg/dl LDL cholesterol 130-160 mg/dl 4. FBS อยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-110 mg/dl 5. ผู้ดูแลผู้ป่วยดูแลเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพขณะเข้านและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด 2. สอบถามความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานยาและการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา 3. อธิบาย แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ การควบคุมอาหาร เนื่องจากต้องให้อาหารทางสายยาง ทบทวนสูตรอาหารจิต ไขมันต่ำ การออกกำลังกาย สอน แนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ดูแล โดย การทำ passive exercise โดย ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลง และงอแขนเข้าออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง ทำเข้า-เย็นทุกวัน ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ พยาง ผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยกระตุ้นทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยให้มือข้างที่อ่อนแรงบีบ บันทึบน้ำมันหรือบีบลูกบอลยางเพื่อกระตุ้นการทำงานของ กล้ามเนื้อมือ การรับประทานยา ประเมินความถูกต้องของการรับประทานยา แนะนำผู้ดูแลจัดยาให้ ผู้ป่วยรับประทาน และต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ได้แก่ ยา Perindril (5 mg) 1 tab oral OD pc, Manidipine (20 mg) 1/2 tab oral OD pc, Hydralazine (25 mg) 1 tab oral เข้า-ก่อนนอน 4. ให้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการลืมและเป็นการทบทวน 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาล การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการแขน ขา ขาวอ่อนแรง Motor power grade 1 ระดับความดันโลหิต 138/94-140/98 mmHg เจาะ DTX 98-106 mg/dl มีการรับประทานยาถูกต้อง การเตรียมอาหาร ถูกต้อง ผู้ป่วยใช้มือซ้ายได้เป็นบางครั้งในการบีบลูกบอล ผู้ดูแลผู้ป่วยทำ passive exercise ให้กับผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผลตรวจระดับไขมัน 1 เดือน Cholesterol 214 mg/dl Triglyceride 206 mg/dl HDL- cholesterol 44 mg/dl LDL- cholesterol 112 mg/dl
2. พร่องกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อ แขน ขา ขาวอ่อนแรง จากการที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง แขนขาข้างขวา Motor power grade 5 ข้างซ้าย grade 1 2. มี Dysarthria rt facial palsy 3. ประเมิน Barthel ADL index =2 คะแนน วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การสำลักอาหาร ข้อติดแข็ง แผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL index 2. อธิบาย สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย 1. แนะนำให้ทำความสะอาดในช่องปากวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น 2. การอาบน้ำ บุตรเป็นผู้อาบน้ำให้แนะนำการอาบน้ำบนบ้านโดยให้ผู้ป่วยนั่งและอาบน้ำ ฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ถ้าจำเป็นให้เช็ดตัวให้ผู้ป่วย 3. ฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือ ปัสสาวะก่อนเช็ดตัวหรืออาบน้ำเพื่อความสะดวกและจะได้ไม่ต้องเสียเวลาหลายครั้ง 4. แนะนำให้สวมเสื้อผ้าที่สะอาด แห้งให้แก่ผู้ป่วย 5. แนะนำฝึกให้ผู้ป่วยใช้มือซ้ายในการหริ่ม การให้รับประทานอาหาร 1. จัดอาหารปั่นให้เหมาะสมกับโรค เป็นอาหารรสจืด ไขมันต่ำ 2. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะสูง ขณะให้อาหารทางสายยาง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย คือ BD(1:1) 350x 4 feeds 2. ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น ไม่มีบาดแผล แผลกดทับเพิ่มขึ้น 3. ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง 4. ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	3. ฝึกให้ผู้ดูแลตรวจสอบอาหารในกระเพาะ และทดสอบตำแหน่งสายเสมอ การป้องกันแผลกดทับ 1. สอนการดูแลผิวหนัง หลังทำความสะอาด ร่างกายให้ทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/วัน เพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง 2. สอนการทาวาสลินที่ผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มก้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยขึ้น 3. แนะนำหลีกเลี่ยงการใช้ความร้อนประคบบริเวณ ผิวหนังที่มีความรู้สึกน้อยหรืออ่อนแรง 4. แนะนำดูแลผู้ป่วยที่นอนให้สะอาดแห้ง และเรียงเตียงเสมอ เพื่อลดความเปื่อยขึ้นและลดแรงเสียดทาน 5. สนับสนุนให้ยืมที่นอนลม สอนวิธีการใช้ 6. สอนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้แรงยกไม่ควรใช้วิธีลาก 7. แนะนำการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่รับแรงกดนานเกินไป โดยมีการหมุนเวียนเปลี่ยนท่านอน เช่น นอนหงาย นอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา สลับกันไป และสอนผู้ป่วยฝึกหัดตะแคงตัวช่วยขยับขาที่สามารถทำได้ การป้องกันข้อติด 1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ 2. สอนผู้ดูแลผู้ป่วยในการทำ passive exercise โดย ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลง และงอแขนเข้าออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง ทำเช้า-เย็นทุกวัน ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยกระตุ้นทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยให้มือข้างที่อ่อนแรงบีบ บั่นดินน้ำมันหรือบีบลูกบอลยางเพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ 3. ประสานนักกายภาพบำบัดวางแผนการเฝ้าระวังร่วมกันโดยติดตามเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง 4. ให้แผ่นพับแก่ผู้ดูแลเรื่องการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสายสวนปัสสาวะ 1. แนะนำให้ feed น้อยอย่างน้อย 1500-2000 ซีซี/วัน 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังการขับถ่าย 3. แนะนำการดูแลสายปัสสาวะ ไม่ให้สายหัก พับงอ ให้ถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่าพื้นและต่ำกว่าระดับเอว 4. ดูแลเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะให้ทุก 1 เดือน การประเมินผล คะแนน ADL 2 คะแนน ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารทางสายยางได้ไม่ลำบาก ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น มีบาดแผลกดทับเดิม แผลกดทับไม่เพิ่มขึ้น ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ข้อหัวไหล่ข้างขวาหมุนได้ตามพิสัย ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลกดทับ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีแผลกดทับที่สะโพกซ้าย ขนาด 2x4 cms 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบอกว่ายังไม่เข้าใจวิธีการทำแผล วัตถุประสงค์ แผลกดทับไม่ติดเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการแสดงของแผลติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ ขอบแผลบวมแดง เนื้อแผลมีเนื้อตายหรือหนอง 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยทำแผลได้ถูกวิธี	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะของแผลกดทับ ความสามารถของผู้ดูแลในการทำแผลได้ 2. เบิกวัสดุในการทำแผลที่เหมาะสมกับขนาดแผลเป็นชุดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย 3. สอนวิธีการทำแผล โดย ล้างรอบแผลให้สะอาดโดยใช้สาลิชุบน้ำเกลือเช็ดรอบแผล เช็ดในแผลด้วยน้ำเกลือจนสะอาด และปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ 4. พิจารณาลักษณะและขนาดแผลทุกครั้งที่มาเยี่ยม เพื่อการใส่วัสดุแผลที่สามารถเปิดแผลได้ทุก 3 วัน ลดภาระให้แก่ผู้ดูแล การประเมินผล ผู้ดูแลผู้ป่วยทำแผลได้ถูกวิธี หลังการดูแลแผล 1 เดือน เปลี่ยนใส่วัสดุทำแผลชนิดเปิดทุก 3 วัน ไม่มีอาการแสดงของแผลติดเชื้อ ได้แก่ ไข้ ขอบแผลบวมแดง เนื้อแผลมีเนื้อตายหรือหนอง



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ และไวรัสโควิด 19 เนื่องจากยังไม่ได้รับวัคซีน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยติดเชื้อจะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำและติดเชื้อได้ง่าย 2. จากการติดตามผลเลือดก่อนออกจากโรงพยาบาล CBC WBC 10,800 cell/mm³ Neutrophil 78% Hct 26% 3. วัดไข้ มีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส (การเย็บครั้งที่ 2) 4. ผู้ป่วยไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโควิด-19 เนื่องจากญาติมีปัญหาด้านการเดินทาง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และไวรัสโควิด 19 เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ไอมีเสมหะ 2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส 3. ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโควิด 19	กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อ โดย 1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้ง ทุกครั้งก่อนที่จะมีการสัมผัสกับผู้สูงอายุติดเชื้อ ต้องมีการป้องกันตนเอง โดยใส่ชุดให้รัดกุม สวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า สวมถุงมือทุกครั้งในขณะดูแลผู้สูงอายุ หลังปฏิบัติงานต้องล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้ง 2. สังเกตผู้สูงอายุติดเชื้อ หากพบมีอาการไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ รพสต. เพื่อส่งรักษาต่อ 3. สิ่งของและของเหลวที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ควรนำออกจากห้องผู้สูงอายุและนำไปกำจัดตามคำแนะนำทันที 4. วัคซีนภูมิคุ้มกันตนเอง และผู้ป่วยทุกวัน 5. หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด หากมีความจำเป็นต้องป้องกันตนเอง โดยใช้หน้ากากผ้า หรือเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1.5-2 เมตร 6. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกันควรทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ 7. ประสานงานหน่วยวัคซีนโรงพยาบาลเพื่อให้วัคซีนป้องกันไวรัสโควิด 19 ที่บ้าน การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ไอมีเสมหะ อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโควิด 19 เข็มที่ 1
5. ญาติวิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต ข้อมูลสนับสนุน 1. บุตรบอกว่า กลัวแม่จะอยู่ได้อีกไม่นาน เพราะอายุมากแล้ว 2. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล หลังจากแพทย์เจ้าของไข้แจ้งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนออกจากโรงพยาบาล วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล และยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ เกณฑ์การประเมินผล 1. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง 2. ญาติเข้าใจยอมรับอาการ และสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. แนะนำตัวให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นใคร และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และคลายความวิตกกังวล 3. เปิดโอกาสญาติได้พูดคุย ซักถามอาการด้วยท่าทีเต็มใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจากทีมแพทย์และพยาบาล 4. แจ้งให้ญาติรับทราบอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา และมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำได้ 5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอขณะเยี่ยม เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น หรืออาการแย่ลง ต้องให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และไม่เป็นการให้ความหวังกับญาติในสิ่งที่เป็นไปได้ เพื่อช่วยให้ญาติเกิดการยอมรับ และปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี 6. ให้เบอร์โทรศัพท์ และประสานกับ อสม.ในพื้นที่ ให้สามารถขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้ การประเมินผล ญาติเข้าใจยอมรับอาการ และสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

สรุปและอภิปรายผล

ระยะก่อนเยี่ยม เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อติดตามอาการ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลผู้เยี่ยมได้ศึกษาข้อมูลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทำให้ทราบสภาพปัญหาและวางแผนการเยี่ยมโดย

ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด ทีม Care giver ในชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรม มีการตั้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการเยี่ยมครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลสามารถดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องโดยเฉพาะการควบคุมอาหาร

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคไวรัสโคโรนา 19

ระยะเยี่ยม ถือเป็นระยะที่สำคัญพยาบาลผู้เยี่ยมต้องแสดงให้เห็นในครอบครัวทราบถึงความต้องการ เต็มใจในการที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นผู้รับฟัง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ปัญหา เพื่อให้ได้ความไว้วางใจ เมื่อครอบครัวเกิดความไว้วางใจเห็นผลจากการให้คำแนะนำ และผลดีในการปฏิบัติตามด้านสุขภาพจะค่อยๆ เปลี่ยนพฤติกรรม แต่ในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในเวลารวดเร็ว จึงต้องมีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อสม ทีม Care giver มาเป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เพื่อส่งต่อปัญหาที่พบให้แก่ทีมเจ้าหน้าที่เพื่อวางแผนช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ปัญหาการเดินทางของมีส่วนสำคัญมาก เช่น ความยากลำบากพาผู้ป่วยไปฉีดวัคซีน จึงต้องมีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนและเข้าถึงบริการได้เหมือนบุคคลปกติ

ปัญหาด้านจิตใจ นอกจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายแล้ว ในการเยี่ยมทุกครั้งต้องประเมินภาวะด้านจิตใจไปด้วย พยาบาลผู้เยี่ยมต้องสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าและกระตุ้นให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกออกมา เพื่อให้ทราบปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีความสูญเสียบกพร่องด้านร่างกาย และเป็นภาระของครอบครัว แต่บุตรสาวของผู้ป่วยรายนี้เข้าใจดี ยอมรับสภาพได้ จึงเกิดปัญหาด้านจิตใจระดับน้อย บุตรสาวให้การดูแลผู้ป่วยเต็มความสามารถและมารับยาให้ผู้ป่วยสม่ำเสมอ

ระยะสิ้นสุดการเยี่ยม จากการเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน พยาบาลผู้เยี่ยมได้ประเมินการ

เยี่ยมแล้วว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองและจัดการปัญหาได้เองตามความเหมาะสม ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยม พยาบาลต้องสรุปผลการเยี่ยมร่วมกับทีมและผู้ดูแลผู้ป่วยให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีและคงพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดีไว้ บอกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน และยังคงติดตามผลเป็นระยะโดยประสานงานกับชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการเยี่ยมตามมาตรฐานภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์ มีการประเมินที่ครอบคลุม ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ประสบผลสำเร็จ สภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การควบคุมปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จะสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นควรมีการรณรงค์การดูแลสุขภาพในเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนตระหนักการดูแลสุขภาพในลักษณะที่ประชาชนสามารถปฏิบัติได้จริงตามสภาพความเป็นอยู่ และตามฐานะเศรษฐกิจ อันได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารในท้องถิ่น เน้นเปลี่ยนวิธีการปรุง การออกกำลังกายในชุมชน หรือตามสื่อโทรทัศน์ที่บ้าน การจัดกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยชุมชนเองเดือนละครั้ง และจัดโครงการเยี่ยมสัญญาโดยให้บุคคลในชุมชนดำเนินการร่วมกัน

2. ควรมีการเพิ่มศักยภาพแก่พยาบาลเยี่ยมบ้านในการให้คำปรึกษาแบบ Motivational Interviewing : MI เพื่อสร้างแรงจูงใจในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้งานประสบความสำเร็จมากขึ้น

3. ในด้านการให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ควรให้ครอบคลุมการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ควรมีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คำแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย

- ธานี กลุ่มใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิภา ชัชรรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. **วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา**; 21(2): 29-39.
- นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปรียทนต์, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. **วารสารพยาบาลทหารบก**; 14(1): 25-34.
- วันเพ็ญ ภิณโณภาสกุล, รัตนาภรณ์ คงคำ, วิชชุดา เจริญกิจการ. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ปราณี ทัพไพเราะ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (2)**. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: 115-149.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด
- สิรัชชา จิราภุภัทร, รัชนี นามจันทร์, หทัยชนก บัวเจริญ. (2553). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. **วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ** ; 13(26): 1-19.
- สุรางค์ เลิศชาธาร. (2554). **การดูแลสุขภาพจิตกับโรคหลอดเลือดสมอง**. ใน: พรทิพย์ จักขุทิพย์, เรียบเรียง. **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข** ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย: 41-44.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2554). **คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน**. กรุงเทพฯ: The sun group.

การศึกษาบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
A Study of Organizational Climate Affecting District-level Health System Development
Operations of Public Health Officers in Tambon Health Promoting Hospital, Yang Talat
District, Kalasin Province

(Received: June 10,2022 ; Accepted: June 24,2022)

สุลักษณ์ เสนาวุฒิ¹
Sulak Senawut¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ - กลุ่มตัวอย่าง คือคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 92 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา 1) ระดับบรรยากาศองค์กรและระดับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.53) และ 3.98 (S.D. =0.56) ตามลำดับ 2) บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.802$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้บรรยากาศองค์กรด้านมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน บรรยากาศองค์กรด้านมิติความขัดแย้งและบรรยากาศองค์กรด้านมิติความอบอุ่นสามารถร่วมกันพยากรณ์บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 64.9 ($R^2 = 0.649$, $P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์กร, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study of organizational climate affecting District Health System Development Operations of public health officers in Tambon Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province - The sample consisted of 92 public health officers in Tambon Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. Data were analyzed using descriptive statistics, i.e. percentage, mean, standard deviation, values. median, minimum and maximum values and statistical inference for Pearson's correlation

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

coefficient and stepwise multiple regression analysis with the level of statistical significance at the 0.05 level.

Result: 1) The level of organizational climate and the level of health system development at district level among public health officials in Tambon Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. At a high level, the mean was 4.11 (S.D. = 0.53) and 3.98 (S.D. = 0.56), respectively. 2) The organizational climate had a high correlation with the district-level health system development activities of public health officials in Tambon Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province with statistical significance ($r = 0.802$, $p\text{-value} < 0.001$). The organizational climate in the conflict dimension and the organizational climate in the warmth dimension were able to jointly forecast the organizational climate affecting the district-level health system development performance of the health workers in the Tambon Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. 64.9 ($R^2 = 0.649$, $P\text{-value} < 0.001$)

Keywords: organizational climate, district health system, sub-district health promoting hospitals

บทนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) และแผนยุทธศาสตร์ชาติของกระทรวงสาธารณสุข 20 ปี ซึ่งมีวิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีพันธกิจ คือ พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน มี 3 เป้าหมาย ประกอบด้วย (1) ประชาชนสุขภาพดี (2) เจ้าหน้าที่มีความสุข และ (3) ระบบสุขภาพยั่งยืน และการบริหารธรรมาภิบาล ด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence Strategies) ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) การบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน มีนโยบายในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนคนไทยอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามแนวทางพระราชรัฐ กล่าวคือภาคีราชการและประชาชนร่วมกันดำเนินการ ตั้งแต่ระดับความคิดเห็นประชาชน พัฒนานโยบายด้านสุขภาพ การ

มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ไปจนถึงการใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ซึ่งประกาศใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ให้เป็นกลไกการทำงานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆและประชาชนในพื้นที่ เพื่อร่วมกันจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้โดยยึดหลักการไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และการได้รับความไว้วางใจจากประชาชน โดยดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ใน 12 สาขาหลักได้แก่ 1) สาขาทารกแรกเกิด 2) สาขาสุขภาพช่องปาก 3) สาขาสุขภาพจิต 4) สาขามะเร็ง 5) สาขาโรคหัวใจ 6) สาขาโรคไม่ติดต่อ 7) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง 8) สาขา COPD 9) สาขาทา 10) สาขาโรคไต 11) สาขาปลูกถ่ายและบริจาคอวัยวะ 12) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ เปิดเสรีร่างกายในเครือข่าย

บริการ ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ใกล้เคียง บ้าน การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้ 1) การทำงาน ร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 2) การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ 3) การรับรู้ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (Customer focus) 4) การทำงานให้เกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) ในการบริการปฐมภูมิ 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) มาใช้ร่วมกัน ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีในภารกิจทางสุขภาพ และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ที่ ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ การดำเนินงานระบบ สุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ต้องมีทักษะ มีความรู้ความเข้าใจและผลักดันให้ งานด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพ ระดับอำเภอร่วมกันกับทุกภาคส่วน ในการดูแล ประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความ ทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมกันภายใต้บริบท ของแต่ละพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการ จัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชน พึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วม เพื่อสุขภาวะของประชาชน โดยใช้อำเภอเป็นผู้นำ ของทุกส่วนในอำเภอเป็นสิ่งเดียวกันได้แก่ส่วน สาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน โดยมี เป้าหมายที่จะขับเคลื่อนให้การดูแลสุขภาพของ ประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม

ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูเข้าด้วยกัน จึงเป็นการมอง สุขภาพในมุมที่กว้าง เน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคี ในเครือข่าย และนอกเครือข่ายสาธารณสุข ในการ ดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มี ประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จจะต้องกำหนด บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับ อำเภอในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นบุคลากรที่ ปฏิบัติงานในระดับตำบลที่มีบทบาทสำคัญในการ ประสานงานนโยบายด้านสาธารณสุขไปกระจาย และปฏิบัติในพื้นที่ เป็นผู้ดำเนินงานขับเคลื่อน นโยบายการทำงานในพื้นที่ มีการกำหนดทิศ ทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีส่วนสำคัญ เป็นอย่างมากที่จะขับเคลื่อนและพัฒนางาน สุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จ และ ยั่งยืน จะต้องเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตาม เกณฑ์ชีวิตที่ถูกต้อง และมีกรอบแนวทางการ พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่ชัดเจนแล้ว ยังต้อง อาศัยปัจจัยอื่นที่สำคัญและมีผลต่อการปฏิบัติงาน ของบุคลากรในองค์การ การมีส่วนร่วมของ บุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก (กัญญวลัย ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2554) และบรรยากาศ องค์การเป็นการจัดสภาพแวดล้อมขององค์การที่ ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการทำงานให้ สมาชิกในองค์การ หากบรรยากาศองค์การดีเอื้อ ต่อการทำงานสามารถส่งผลการทำงานให้เป็นไป อย่างราบรื่น ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ อยู่ ภายใต้บรรยากาศการทำงานที่ดีจะทำให้ ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขและมีความตั้งใจในการ ปฏิบัติงานจะส่งผลให้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานมี คุณภาพและปริมาณเพิ่มมากขึ้นด้วย โดย ประกอบด้วย 9 มิติ ดังนี้ 1) มิติโครงสร้างองค์การ (Structure) 2) มิติ ความ รั บ ผิด ข อบ

(Responsibility) 3) มิติรางวัล(Reward) 4) มิติความเสี่ยง(Risk) 5) มิติความอบอุ่น(Warmth) 6) มิติการสนับสนุน(Support) 7) มิติความขัดแย้ง (Conflict) 8) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standards) และ 9) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(Identity) (Litwin & Stringer, 1968) ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบรรยากาศองค์การมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความเสี่ยงมีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ(สายพิณ สายดำ และพีระศักดิ์ ศรีฤาชา, 2552) บรรยากาศองค์การมีความรับผิดชอบ มิติการสนับสนุนจากองค์การด้านบริหาร มิติความอบอุ่นและมิติด้านเทคโนโลยี มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ(พรพรรณ สุนทรสุด และประจักษ์ บัวผัน, 2554)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) สำหรับการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ เป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากกรณีและประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี 2560 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอยังไม่บรรลุเป้าหมายบันไดขั้นที่ 5 การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอส่วนปานกลางอยู่ในระดับที่ 3 ร้อยละ 50.55 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) ในการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายยังขาดประสิทธิภาพและไม่ชัดเจน จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพและเสริมพลัง ทีมสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบรรยากาศองค์การมีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ โดยเฉพาะการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

จากความเป็นมาดังกล่าวผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจศึกษาบรรยากาศองค์การมีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร รวมถึงทราบปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการพัฒนาบุคลากรขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระดับบรรยากาศองค์การ และระดับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 95 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด, 2560)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยกรณีตอบแบบสอบถามเท่ากับ 92 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเรียงตามรหัสการส่งรายงานความครอบคลุมสิทธิแยกรายหน่วยลงทะเบียนข้อมูลของงานหลักประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หาช่วงของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ ถ้า $I < 1.5$ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และถ้า $I > 1.5$ ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

2. กลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลได้ดีที่สุด (Key Informants) โดยคัดเลือกบุคคลที่สามารถให้คำตอบเกี่ยวกับเรื่องบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การอบรมด้านการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ซึ่งประกอบด้วยมิติโครงสร้างองค์การ มิติความรับผิดชอบ มิติรางวัล มิติความเสี่ยง มิติความอบอุ่น มิติการสนับสนุน มิติความขัดแย้ง มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน และมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Liwin & Stringer (1968) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง และการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของกระทรวงสาธารณสุข (2558) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ มีทั้งหมด 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความให้ตอบได้อย่างอิสระ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความให้ตอบได้อย่างอิสระ

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติอนุमानหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการและผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 39.18 ปี (S.D. = 9.72 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.40 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.4 รายได้เฉลี่ย 36,564.52 บาทบาท/เดือน (S.D. = 7,614.21 บาท/เดือน) เคยรับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 93.50 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1-5 ครั้ง ร้อยละ 95.60 และ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่ามัธยฐาน 10 ปี (ค่าต่ำสุด = 1 ปี, ค่าสูงสุด = 35 ปี)

2. บรรยากาศองค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.53) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านมิติโครงสร้างองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D. = 0.65) ด้านมิติความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.59) ด้านมิติการให้รางวัล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.65) ด้านมิติความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D. = 0.66) ด้านมิติความอบอุ่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D. = 0.73) ด้านมิติการสนับสนุน

[illegible]



จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ คือ บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้ บรรยากาศองค์การด้านมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} < 0.001$) บรรยากาศองค์การด้านมิติความขัดแย้ง ($p\text{-value} = 0.012$) และบรรยากาศองค์การด้านมิติความอบอุ่น ($p\text{-value} = 0.023$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 64.9 โดยสามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.385 + (0.306) (\text{บรรยากาศองค์การด้านมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน}) + (0.210) (\text{บรรยากาศองค์การด้านมิติความขัดแย้ง}) + (0.209) (\text{บรรยากาศองค์การด้านมิติความอบอุ่น})$$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า บรรยากาศองค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 ($S.D. = 0.53$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านมิติโครงสร้างองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 ($S.D. = 0.65$) ด้านมิติความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.24 ($S.D. = 0.59$) ด้านมิติการให้รางวัล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 ($S.D. = 0.65$) ด้านมิติความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 ($S.D. = 0.66$) ด้านมิติความอบอุ่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 ($S.D. = 0.73$) ด้านมิติการสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 ($S.D. = 0.65$) ด้านมิติความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 ($S.D. = 0.68$) ด้านมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 ($S.D. = 0.65$) และด้านมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 ($S.D. = 0.64$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (พรพรรณ สุนทรสุด และประจักษ์ บัวผัน, 2554; พยุดา ขาเวียง และประจักษ์ บัวผัน, 2559)

ระดับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 ($S.D. = 0.56$) เนื่องจากในการพัฒนาควรจะมีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District management team) การบริหารจัดการควรมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมต่อประสานงานกัน มีกรอบในการดำเนินงาน และมีเป้าหมายการพัฒนาที่เหมาะสมกับความจำเป็นของพื้นที่ และควรมีส่วนร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามความต้องการของชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (พยุดา ขาเวียง และประจักษ์ บัวผัน, 2559 ; วัฒนา นันทะเสน, 2558 ; กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัว

พันธ์, 2554) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ โดยกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และจะเห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภออย่างตลาดมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการเตรียมความพร้อมแก่ทีมงานและมีการพัฒนาให้บุคลากรมีการรับรู้และพึงพอใจในการมีส่วนร่วม มีการวางแผนการใช้งบประมาณและบุคลากรร่วมกัน หน่วยงานและภาคีต่างๆมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ภาพรวมของบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.802$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ (สุธารัตน์ โคตรธนู และชนะพล ศรีธาดา, 2560 ; ประเสริฐ สุภูมิ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, 2557 ; มนตรี ยาสุต และประจักษ์ บัวผัน, 2555)

บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการคือบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย บรรยากาศองค์การด้านมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} < 0.001$) บรรยากาศองค์การด้านมิติความขัดแย้ง ($p\text{-value} = 0.012$) และบรรยากาศองค์การด้านมิติความอบอุ่น ($p\text{-value} = 0.023$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ร้อยละ 64.9 ทั้งนี้เนื่องจากบรรยากาศองค์การด้านมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ สุนทรสุด และประจักษ์ บัวผัน (2554) และการศึกษาของสิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน (2560) กาญจนา พิทักษ์วณิชย์ และประจักษ์ บัวผัน (2559) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ รับรู้มาตรฐานในการปฏิบัติงานตามที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงการรับรู้ถึงความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างกำลังปฏิบัติและมีการวางแผนเป็นประจำ และมีสัมพันธภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในองค์การและมีการสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมภายในองค์การ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมสุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการติดต่อสื่อสาร โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เช่น การประชุมกลุ่มย่อย ประจำเดือนในหน่วยงาน การชี้แจงนโยบายและขอบเขตการทำงานให้ชัดเจนและมีการส่งต่อข้อมูลการทำงานที่ถูกต้องให้กับผู้ร่วมงาน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมสุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการริเริ่มของผู้อำนวยความสะดวก



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยต้องมีการกระตุ้นให้ฝึกคิดเพื่อให้เกิดการคิดนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนางานและการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประจำ ทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มีการนำเสนอผลงานอย่างสม่ำเสมอ

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริมสุนทรียทักขะผู้นำด้านทักษะการสอนงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นทักษะที่ผู้บริหารต้องทำอย่างต่อเนื่องจนเกิด

ความเชี่ยวชาญเพื่อให้การบริหารผลการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกอบรม การศึกษาดูงานและการส่งบุคลากรในหน่วยงานให้ได้รับการศึกษาต่อตามสายวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
- กาญจนา พิทักษ์วณิชย์ และประจักษ์ บัวผัน (2559). บรรยากาองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 16 (1) : ม.ค. - มี.ค. 2559: 90 - 103.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
- พยุดา ชาเวียง. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
- พรพรรณ สุนทรสุด, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. 2554; 16(5): 551-62.
- กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์, ประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. 2554; 16(5): 563-74.
- สายพิน สายดำ และพิระศักดิ์ ศรีฤาชา, 2552. บรรยากาองค์การที่มีผลต่อความยืดหยุ่นผู้พันต่อองค์การ ของเภสัชกรโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารเภสัชกรรมไทย. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2009): ม.ค.-มี.ย. 71-83
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560. รายงานผลการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี 2560 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างตลาด.
- วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558; 7(30): 105-13.
- สุदारัตน์ โคตรธนู, & ชนะพล ศรีธาดา. (2560). บรรยายการองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ชัย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10(1),181-190.
- ประเสริฐ สุภภูมิ, วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. บรรยายการองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557; 23 มกราคม 2557; บุรีรัมย์:มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2557.
- มนตรี ยาสุด และประจักษ์ บัวผัน,2555. บรรยายการองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 12 (3) : ก.ค. - ก.ย. 2555. 83 - 96.
- สิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2560). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกร โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8.วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17(1), 69-80.
- Cohen, J. **Statistical power analysis for behavior science**. 2nd ed. New York : Academic; 1988.
- Cronbach, L.J. **Essentials of Psychological Testing**. (3rd ed). New York: Harper & Row ; 1951.
- Litwin GH, Stringer RA. **Motivation and organization climate**. Boston: Division of Research; 1968.

**ผลของการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไต
ทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์**
**Outcome of participation and support of Health care team and families due to
decision making to CAPD modality in ESRD Uttaradit Hospital.**

(Received: June 10,2022 ; Accepted: June 29,2022)

กมลธร จิตรธร¹

Kamolthorn Chitthorn

ไพรเรียน พันแพง¹

Pirien Phanphaeng

อัญชลี น้อยศิริ¹

Anchalee Noisiri

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รักษาที่คลินิกโรคไตโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มทดลอง 43 ราย กลุ่มควบคุม 86 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้ายและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม แบบวัดการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยกลุ่มทดลองได้รับการความรู้ล้างไตทางช่องท้องร่วมกับครอบครัวร่วมรับฟังคำปรึกษาและร่วมตัดสินใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 4 สัปดาห์ เยี่ยมบ้านติดตามการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์โดยการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและองค์กรอื่นๆ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที กลุ่มควบคุมได้รับคำปรึกษาบำบัดทดแทนไตตามมาตรฐานเดิม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Chi square test, Dependent t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเสื่อมของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. หลังการทดลองผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ร้อยละ 74.4 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ร้อยละ 46.5 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. หลังการทดลองระยะเวลาเตรียมสถานที่ล้างไตและระยะเวลารอใส่สายล้างไตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง, การมีส่วนร่วมและการสนับสนุน.

Abstracts

The two-group quasi-experimental research aims to study the effect of health and family team participation and support on peritoneal dialysis decisions in end-stage renal failure patients. The subjects

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

were end-stage renal failure patients who were treated at the nephrology clinic at Uttaradit Hospital. An experimental group (43 cases) and a control group (86 cases) were studied. The knowledge questionnaire on end-stage renal disease, risk behaviors for renal impairment, and the selection of renal replacement therapy was used to collect data before and after the study. The experimental group received knowledge of peritoneal dialysis together with the family to listen to counseling and plan once a week for 4 weeks. Home visit and follow up on the preparation of the site and equipment with the cooperation of Tambon Health Promoting Hospital, Uttaradit Hospital, health teams and other organizations for 4 times, 30 minutes each time. The control group received the same standard renal replacement therapy consultation. Descriptive statistics such as number, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the data. and inferential statistics, including the Chi square test, dependent t-test, and independent t-test at a significance level of .05.

Findings revealed that

1. Patients with chronic renal failure in the experimental group had statistically significant ($p < .05$) higher knowledge about chronic renal disease and risk behaviors than before the experiment. There was no difference in knowledge of chronic renal disease and renal impairment risk behaviors before and after the experiment ($p > .05$), and the knowledge of chronic renal failure and risk behaviors of the experimental group was better than the control group. statistically significant ($p < .05$)

2. 74% of end-stage renal failure patients in the experimental group decided on peritoneal dialysis (PD). 46.5% of patients with end-stage renal failure in the control group decided on peritoneal dialysis (PD). A statistically significant difference ($p < .05$) existed.

The experimental group's dialysis site preparation and dialysis line waiting times were statistically shorter than the control group's ($p < .05$).

Keywords: Patients with end-stage renal failure, peritoneal dialysis decision, participation and support.

บทนำ

ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ในประเทศไทย พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8,000,000 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 100,000 คน สำหรับประเทศไทย จากรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในฐานข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุข ที่คัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิด โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2560 พบมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5,411,119 คน ได้รับการ คัดกรอง โรคไตเรื้อรัง จำนวน 2,954,943 พบผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังรายใหม่ 722,075 คน และในปี 2562 จำนวน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5,528,138 คน ได้รับการ คัดกรองโรคไตเรื้อรัง จำนวน 3,521,507 พบผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังรายใหม่ 837,925 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 จำนวน 188,127 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยจำนวนผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้น 25,340 ราย ใช้งบประมาณ 4,114,729,300 บาท (พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุชบา บัวผัน และ เสฐียรพงษ์ ศิรินา, 2562) โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต แบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และ 2) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต อย่างไรก็ตาม การบำบัดทดแทนไตถือเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากจนอาจเกินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ป้องกันปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย

และครอบครัวอันเป็นผลมาจากการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นความสำคัญในการจัดบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงกำหนดนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องให้เป็นทางเลือกอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Peritoneal dialysis first policy) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ลดการพึ่งพาระบบสุขภาพผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) รวมทั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (วนิดา วิชัยศักดิ์ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ยิงยศ อวิหิงสานนท์, 2560) ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาที่ได้รับการยอมรับมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจาก การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีขั้นตอนการปฏิบัติหลายขั้นตอน แต่ได้กำหนดเป็นลำดับไว้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจึงต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Lam, Twinn, & Chan, 2012) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือ การมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการล้างไต (Fallouh, & Baharani, 2012)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค การรักษาและการ

ปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการวางแผนเป้าหมายและมีการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาไว้ล่วงหน้า (Advance care planning) นำไปสู่เป้าหมายการรักษาที่วางไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน และนำไปสู่การตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามบริบทเฉพาะ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพยาบาลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวเปรียบเทียบกับพยาบาลตามมาตรฐานเดิมในการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design) กลุ่มทดลองจะได้รับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามแนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) โดยมีค่า Creatinine clearance (Ccr) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที และเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ตามเกณฑ์สมาคมโรคไตที่งานล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พ.ศ. 2562 จำนวน 4,539 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามทฤษฎี
แนวโน้มนำเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central limit theorem)
(Munro, 2001) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม
ตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเดียวกันมีขนาดใหญ่
เพียงพอ ค่าที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการ
กระจายเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution)
ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ขึ้นไป จะเป็น
การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ดังนั้น งานวิจัยนี้ใช้
กลุ่มตัวอย่าง 129 ราย กำหนดอัตราส่วนของขนาด
ตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเท่ากับ
2 : 1 (กลุ่มควบคุม 86 ราย กลุ่มทดลอง 43 ราย)
กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ได้รับความ
วินิจฉัยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ค่า
Creatinine clearance (Ccr) น้อยกว่า 15
มิลลิลิตรต่อนาที (2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต
เรื้อรังไม่เกิน 3 ปี (3) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและ
สมาชิกในครอบครัว เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเริ่มรักษาด้วยการบำบัด
ทดแทนไตหรือมีโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือ
แตกที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรู้และพฤติกรรม
เสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม โดยทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
โรคไต จำนวน 12 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อตอบชนิด 4
ตัวเลือก กำหนดคะแนน โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน
ตอบผิดได้ 0 คะแนนโดยแบบวัดความรู้จำนวน 10
ข้อ คะแนนรวมความรู้เท่ากับ 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไต
เสื่อม จำนวน 8 ข้อ กำหนดแนวทางในการตอบ
โดยให้ผู้ตอบสะท้อนถึงความรู้ในการมีพฤติกรรม 4

ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2
คะแนน) นานๆครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคย (0 คะแนน)
กำหนดระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ เสี่ยง
น้อย (0-9 คะแนน) เสี่ยงปานกลาง (10-17
คะแนน) และเสี่ยงสูง (18-36 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการมีส่วนร่วมและการ
สนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการ
ตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่พัฒนามาจาก
สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยกลุ่มทดลอง
จำนวน 43 ราย ได้รับคำปรึกษาบำบัดทดแทนไต
ตามมาตรฐานเดิมร่วมกับครอบครัวร่วมรับฟัง
คำปรึกษาและร่วมตัดสินใจ มีการติดตามโดย
พยาบาล CAPD สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 4 สัปดาห์
เยี่ยมบ้านติดตามการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์
ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์โดยการช่วยเหลือจากทีม
สุขภาพและองค์กรอื่นๆ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30
นาที ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2)
โดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค
ไตเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาโรคไต
เรื้อรัง วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคอง การฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง
และการผ่าตัดเปลี่ยนไต การเตรียมตัวก่อนการ
บำบัดทดแทนไต และคำแนะนำสิทธิการรักษาและ
สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ 3) แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์และข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและ
ครอบครัว 4) ตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพเบื้องต้น
7) ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วย
และครอบครัวมีการดูแลร่วมกันเพิ่มมากขึ้น 8)
การตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
(Content validity) โดยผู้วิจัยนำแผนการสอน
แผนปฏิบัติการมีส่วนร่วมและการสนับสนุน
ของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้าง

ไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากนั้น นำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความถูกต้องชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ในการวิจัย

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ราย นำมาหาค่าความเที่ยงพบว่า แบบทดสอบความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.90 และแบบวัดพฤติกรรมใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลขที่ 30/2563 ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการวิจัยและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม วิธีการบำบัด

ทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางคนมีปัญหาการอ่านหรือการมองเห็น ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อพร้อมบันทึกคำตอบลงในช่องคำตอบ

3. ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างตามแบบแผนที่กำหนดขึ้นโดยให้ความรู้ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังภาวะแทรกซ้อนและการรักษาโรคไตเรื้อรัง วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคอง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต การเตรียมตัวก่อนการบำบัดทดแทนไต และคำแนะนำสิทธิการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยดำเนินการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลใช้ระยะเวลาการสอนประมาณ 40 นาที ผู้ป่วยและญาติศึกษาแผ่นพับการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทบทวนความรู้เมื่อกลับบ้าน

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม วิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยสถิติ t - test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.1 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 37.2 อายุเฉลี่ย 59.3 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.1 รายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 44.2

1.2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 38.3 อายุเฉลี่ย 55.6 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.6 รายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 46.5

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD)

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มทดลอง พบว่า อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.5 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 25.6 ค่าเฉลี่ย 6.12 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.45 คะแนน ต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 9 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 30.2 ค่าเฉลี่ย 8.41 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มทดลอง พบว่า อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 34.8 ค่าเฉลี่ย 5.38 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.91 คะแนน ต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 9 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.5 รองลงมา คือ น้อย ร้อยละ

32.6 ค่าเฉลี่ย 6.25 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 คะแนน ต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 9 คะแนน

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD)

3.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.25 รองลงมา คือ มากและน้อย ร้อยละ 27.9 ค่าเฉลี่ย 20.15 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.29 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน สูงสุด 22 คะแนน หลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.5 รองลงมา คือ น้อย ร้อยละ 39.5 ค่าเฉลี่ย 15.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.49 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน สูงสุด 22 คะแนน

3.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มทดลอง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ มาก ร้อยละ 30.3 ค่าเฉลี่ย 20.68 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.35 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.5 รองลงมา คือ น้อย ร้อยละ 31.4 ค่าเฉลี่ย 18.65 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.62 คะแนน ต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุด 22 คะแนน

4. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

1) ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 8.41, SD. = 1.34) ดีกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ =

6.12, SD. = 2.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.377$, $p = .000$) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมหลังการทดลอง ($\bar{x} = 15.36$, SD. = 2.49) ดีกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 20.15$, SD. = 3.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.326$, $p = .000$) (ตารางที่ 1)

2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไต

วายเรื้อรังของก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 5.48$, SD. = 2.91) และหลังการทดลอง ($\bar{x} = 6.15$, SD. = 2.16) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.714$, $p = .088$) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 19.32$, SD. = 3.35) และหลังการทดลอง ($\bar{x} = 18.35$, SD. = 3.62) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.832$, $p = .061$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลอง ($n=43$) และกลุ่มควบคุม ($n=86$) ก่อนและหลังทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง	6.12	2.45	8.41	1.34	5.377	.000 *
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม	15.36	2.49	20.15	3.49	7.326	.000 *
กลุ่มควบคุม						
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง	5.48	2.91	6.15	2.16	1.714	.088
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม	19.32	3.35	18.35	3.62	1.832	.031 *

* $p < .05$

4.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

1) ก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 5.48$, SD. = 2.91) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 6.12$, SD. = 2.45) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.238$, $p = .217$) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 20.15$, SD. = 3.49) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 19.32$, SD. = 3.35)

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.308$, $p = .193$) (ตารางที่ 2)

2) หลังการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 8.41$, SD. = 1.34) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 6.15$, SD. = 2.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.276$, $p = .000$) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 15.36$, SD. = 2.49) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 18.35$, SD. = 3.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.866$, $p = .000$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลอง (n=43) และกลุ่มควบคุม (n=86) ก่อนและหลังทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=43)		กลุ่มควบคุม (n=86)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ก่อนทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง	5.48	2.91	6.12	2.45	1.238	.217
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม	20.15	3.49	19.32	3.35	1.308	.193
หลังทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง	8.41	1.34	6.15	2.16	6.276	.000
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม	15.36	2.49	18.35	3.62	1.832	.031 *

* $P < .05$

5. ผลการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

5.1 การตัดสินใจการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยไตวาย

เรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ร้อยละ 74.4 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ร้อยละ 46.5 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการตัดสินใจการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การตัดสินใจการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD)	32	74.4	40	46.5
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD)	11	25.6	46	53.5
รวม	43	100.0	86	100.0

Chi Square= 8.373 df = 1 p = .003

5.2 เปรียบเทียบระยะเวลาในการเตรียมสถานที่ล้างไตและระยะเวลาใส่สายล้างไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า

1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาเตรียมสถานที่ล้างไตของกลุ่มทดลองเท่ากับ 22.9 วัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.3 ค่าต่ำสุด 19 วัน สูงสุด 38

วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลาเตรียมสถานที่ล้างไตของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 36.1 วัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.9 ค่าต่ำสุด 29 วัน สูงสุด 42 วัน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

2) ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอใส่สายล้างไตของกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.9 วัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.7 ค่าต่ำสุด 8 วัน สูงสุด 15 วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอใส่สายล้างไตของกลุ่มควบคุม

เท่ากับ 16.9 วัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.6 ค่าต่ำสุด 12 วัน สูงสุด 24 วัน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาในการเตรียมสถานที่ล้างไตและระยะเวลารอใส่สายล้างไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P - value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ระยะเวลาเตรียมสถานที่ล้างไต	22.9	8.3	36.1	8.9	8.117	.000 *
ระยะเวลารอใส่สายล้างไต	11.9	7.7	16.9	11.6	2.556	.011 *

อภิปรายผล

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง และใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาจำนวนมากในการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) จะใช้วิธีบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ซึ่งสามารถยืดอายุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ควรได้รับคำปรึกษาการบำบัดทดแทนไตโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นและและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายลดลง เนื่องจากผู้วิจัยกำหนดรูปแบบสำหรับการตัดสินใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไต

ตามมาตรฐานเดิมร่วมกับครอบครัวร่วมรับฟังคำปรึกษาและร่วมตัดสินใจ มีการติดตามโดยพยาบาล CAPD สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 4 สัปดาห์เยี่ยมบ้านติดตามการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์โดยการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและองค์กรอื่นๆ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาโรคไตเรื้อรัง วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคอง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการผ่าตัดเปลี่ยนไต การเตรียมตัวก่อนการบำบัดทดแทนไต และคำแนะนำสิทธิการรักษาและสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พึงได้รับ พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินและให้ข้อมูลคำแนะนำการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคไตตามนัด ซึ่งรูปแบบการให้ความรู้ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหาหรือข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยในการหาแนวทางช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Van den Bosch, Warren and Rutherford (2015) พบว่า แนวทางและรูปแบบการให้ความรู้/ฝึกอบรมให้กับผู้ป่วยและญาติ ควรเป็นกิจกรรมการให้

ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และโภชนาการ บทบาทการให้ความรู้ส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องซึ่งรูปแบบการให้ความรู้จะเป็นทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม

ภายหลังภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องพบว่า การตัดสินใจการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ร้อยละ 74.4 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ร้อยละ 46.5 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับระยะของโรคที่เป็นอยู่และวิธีบำบัดทดแทนไต ผ่านสื่อวีดิทัศน์ แผนการสอนและได้รับเอกสารแผ่นพับทำให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรู้จักวิธีบำบัดทดแทนไตมากขึ้น รวมถึงมีการประเมินความวิตกกังวลหรืออุปสรรคในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้ความรู้เพิ่มเติมและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง รวมถึงรวมวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตโดยการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้อง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการวางแผนเป้าหมายและมีการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาไว้ล่วงหน้า (Advance care planning) นำไปสู่เป้าหมายการ

รักษาที่วางไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน และนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามบริบทเฉพาะโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่ยอมรับและเกิดความกลัวการรักษา การให้คำปรึกษาก่อนการรักษา นั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรู้จักวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง และให้สิทธิในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของตน (Sarian , Brault & Perreault, 2012)

ภายหลังภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทีมสุขภาพและครอบครัวต่อการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาเตรียมสถานที่ล้างไตของกลุ่มทดลอง (22.9 วัน) น้อยกว่าของกลุ่มควบคุม (36.1 วัน) ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอใส่สายล้างไตของกลุ่มทดลอง (11.9 วัน) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (16.9 วัน) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการแนะนำการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ร่วมกับครอบครัวร่วมรับฟังคำปรึกษาและร่วมตัดสินใจ พบว่า หลังรับฟังคำปรึกษาผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจทันที เมื่อมีการติดตามความก้าวหน้าโดยพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) ผู้ป่วยตัดสินใจภายหลังร่วมกับเตรียมสถานที่ล้างไตได้เองภายในครอบครัว โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือองค์กรอื่นๆ ส่งผลให้ระยะเวลาในการเตรียมสถานที่ล้างไตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสามารถเริ่มล้างไตทางช่องท้องโดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉินเฉียบพลัน (Acute hemodialysis) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ตัดสินใจแบบเดิม แต่ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการเตรียมสถานที่และต้องการความช่วยเหลือ (K work, Y chok. et al, 2016) ดังนั้น พยาบาลหน่วยไตเทียมต้องเฝ้าระวังร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ประสานองค์กร
อื่นๆให้การช่วยเหลือตามสมควรเป็นการเสริมสร้าง
กำลังใจให้ผู้ป่วย เนื่องจาก มีความใกล้ชิดและ
ทราบปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ
เกษภาภรณ์ นาเชมิน (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรค
เรื้อรังมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวและ
ทีมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย แพทย์โรคไต
พยาบาลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและองค์กร
ท้องถิ่น สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มการล้างไตใน
เวลาที่เหมาะสมและมีความปลอดภัยในชีวิตมาก
ขึ้น จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน
การรับฟังคำปรึกษาและร่วมตัดสินใจล้างไต การ
ติดตามของพยาบาล CAPD และการสนับสนุนของ
ทีมสุขภาพมีผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจล้างไตตามเกณฑ์
มาตรฐานในเวลาที่เหมาะสมและสามารถลดการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉิน ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายและญาติ โดยจัดเตรียม
โปรแกรมการให้ความรู้ที่เป็นรูปแบบส่งผลให้ผู้ป่วย

และญาติมีความรู้ความเข้าใจต่อการตัดสินใจล้าง
ไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายและญาติสามารถเตรียมความพร้อมด้านตัว
ผู้ป่วยและสถานที่ ก่อนบำบัดทดแทนไตและ
สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้
เหมาะสม

1.3 นำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการ
พัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคไตเรื้อรังต่อการ
ตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับผู้ป่วยตามระยะของ
โรคและบริบทเฉพาะ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้
ความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องใน
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ
โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพที่สอดคล้อง
กับบริบทของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการศึกษาศึกษาการสนับสนุน
ของครอบครัวต่อผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่รับ
การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพื่อประเมิน
ผลลัพธ์อื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลปงบประมาณ 2561.
นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษภาภรณ์ นาเชมิน. (2556). กลวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสมาคม
พยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(1) : 43-51.
- พิทักษ์พงษ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้หลักโภชนาการและการออกกำลังกายแบบ
แรงต้าน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 10(1), 95-107.
- วนิดา วิชัยศักดิ์, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด หรือการล้างไตทางช่องท้องและ
กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสาร จุฬาลงกรณ์เวชสาร,
62(1), 91-105.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 3. การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ศรีเมือง การพิมพ์.

- Chanouzas, D., Ng, K. P., Fallouh, B., & Baharani, J. (2012). What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(4), 1542-1547.
- Kwok, W.-H., Yong, S.-P., & Kwok, O.-L. (2016). Outcomes in elderly patients with end-stage renal disease: Comparison of renal replacement therapy and conservative management. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 19, 42-56.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjin.2016.04.002>
- Lam, W.L., Twinn, F.S., Chan, S. WC., (2012). Self-reported adherence to a therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advance Nursing*, 66(4). 763 – 773.
- Munro,B.H. (2001) “Statistical Methods for Health Care Reseach ” Measurement, design and analysis : An integrate Lawrence Erlbaum Association.
- Sebern, M. D. (2005) Shared Care elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2): 170-179.

การประเมินและพัฒนาประเด็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ

Assessment and development of operational issues of the district health board (DHB), Sisaket Province

(Received: June 13,2022 ; Accepted: June 29,2022)

อนุพันธ์ ประจำ¹
Anuphan Prajum²
ประวิ อำพันธ์²
Prawi Amphan²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประเมินผลและพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พชอ.จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง อำเภอละ 5 คน รวม 110 คน แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สืบหาข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลประเด็นพัฒนา ระยะที่ 2 พัฒนาประเด็น โดยใช้วงจรขดลวด PAOR และระยะที่ 3 ประเมินผล UCCARE และ CIPP Model การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

ระยะที่ 1 สืบหาข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลประเด็นพัฒนา พบว่า พชอ.ส่วนใหญ่เลือกประเด็นพัฒนา 3 อันดับแรก คือ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และการป้องกันแก้ไขปัญหาคอขวดจากการจราจร ผลการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE ส่วนใหญ่ระดับ 3 คือ ดำเนินการอย่างเป็นระบบมีการทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญดำเนินการครอบคลุม และประเมินตามรูปแบบ CIPP Model ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ในระดับปานกลางหรือระดับพอใช้

ระยะที่ 2 การพัฒนาประเด็นโดยใช้วงจร PAOR พบว่า มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การปรับปรุงแผนเพื่อให้กิจกรรมบรรลุตามเป้าหมาย ดำเนินการครอบคลุมตามแผนและกิจกรรมที่วางไว้ บรรลุเป้าหมาย และผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่พึงพอใจโดยรวมระดับดี

ระยะที่ 3 การประเมินผล UCCARE อยู่ในระดับ 4 คือ มีการทบทวนประเมินผลปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น และประเมินผล CIPP Model อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ : ประเมินและพัฒนา/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Abstract

This action research was aimed for to study the evaluation and development of quality of life improvement issues of the District Health Board (DHB), Sisaket Province. The population and

¹ *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

sample groups used in this study are: District Health Board (DHB) in all districts in Srisaket Province. The sample group was selected in a specific way, 5-person district 110 people in total. Divide the research into 3 stages Well, Stage 1 explores basic data and evaluates development issues. The second stage develops the issue, using PAOR coil circuits. And Stage 3 evaluates the UCCARE and CIPP Model results. Quantitative data analysis uses partisan statistics, including percentage values, averages, and standard deviations. And qualitative data use contented analysis.

The research findings were as follows.

Stage 1 Explore basic data and evaluate development issues. Find out that, Most DHB chose the top three development issues: waste management and environment, dengue fever prevention control, and traffic accident resolution prevention. Self-assessment results according to UCCARE guidelines. Most of the level 3 is that it is operated systematically. It is reviewed, evaluated, and improved, and important processes are operated comprehensively. And estimated according to the CIPP Model, most of them operate moderately or moderately.

Stage 2 The development of issues using the PAOR cycle was found to have participatory planning, improvement of plans for activities to be achieved according to goals, carry out coverage according to plans and activities laid out, achieve goals, and most participants had good overall satisfaction.

Stage 3 The UCCARE evaluation is in level 4, that is, improvement evaluation is reviewed using actual data and learning is performed to improve development, and the CIPP Model evaluation is very good.

Keyword: Evaluation and Development, District Health Board (DHB)

บทนำ

คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน คือต้องพร้อมด้วยสุขภาพ มีความสมดุล สมบูรณ์ ทั้งด้านกายใจ สังคมและปัญญา เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน มีความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ รวมไปถึงเอกชน ภาคประชาชน โดยการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีแนวคิดการทำงาน “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางประชารัฐ” เป็นกลไกสำคัญ

ในการจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งคำว่าพื้นที่ในที่นี้ ระดับอำเภอ นับว่ามีความเหมาะสมในการจัดการ ไม่เล็กไม่ใหญ่จนเกินไปที่จะก่อให้เกิดผลในการพัฒนา นำไปสู่การแก้ปัญหาตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการของภาครัฐวิธีหนึ่ง (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย 2561:4)

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง



หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นส่วนกลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย 2561:10) รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามนัยข้อ 7 แห่งระเบียบดังกล่าวกำหนดให้ในแต่ละอำเภอ เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พขอ.” โดยมีราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษาให้นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และคณะกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกิน 21 คน ซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากผู้แทนหน่วยงานภาครัฐภายในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 6 คน ผู้แทนภาคเอกชนภายในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 6 คน และผู้แทนภาคประชาชนภายในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 7 คน ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการ เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกิน 2 คน(สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย 2561:48)

จังหวัดศรีสะเกษ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ให้ พขอ.กำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ อำเภอละไม่น้อยกว่า 3 ประเด็น จากการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมา พบว่าประเด็นที่ถูกขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอมายัง ข้อตกลงของทุกภาคส่วนปรึกษาหารือร่วมกัน โดยแต่ละอำเภอ กำหนดประเด็นขับเคลื่อนแตกต่างกันตามบริบทของ

แต่ละพื้นที่ มีผลระดับการประเมินโดยแบบประเมิน UCCARE คือ การทำงานเป็นทีม (Unity Team) ส่วนใหญ่ระดับ 3 หมายถึง ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม ร้อยละ 36.60 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) ส่วนใหญ่ระดับ 4 หมายถึง การทบทวน ประเมินผล และปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น ร้อยละ 54.55 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) ส่วนใหญ่ระดับ 2 หมายถึงมีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม ร้อยละ 62.25 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) ส่วนใหญ่ระดับ 1 หมายถึง มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ ร้อยละ 35.22 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) ส่วนใหญ่ ระดับ 1 หมายถึง มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ ร้อยละ 71.01 และการดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) ส่วนใหญ่ระดับ 1 คือ มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ ร้อยละ 78.10 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 2562:42) จากผลการประเมินจะเห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการดำเนินงานในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมากในทุกประเด็นในปีงบประมาณ 2563 ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาวิจัย เรื่องการประเมินและพัฒนาประเด็นการดำเนินงานพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ ขึ้น

รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 22 อำเภอ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย ประธานหรือรองประธาน พชอ. เลขาธิการ พชอ.และกรรมการและผู้รับผิดชอบงาน พชอ. อำเภอละ 5 คน รวม 110 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE ชุดที่ 2 แบบสอบถามการข้อมูลสภาพการดำเนินงานพัฒนาประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) จังหวัด ศรีสะเกษ ชุดที่ 3 แบบพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ ชุดที่ 4 แบบประเมินติดตามและรายงานความก้าวหน้ารายการกิจกรรม/โครงการ ปี 2564 ชุดที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการประชุม/ความเข้าใจ/ความพึงพอใจและการนำไปใช้ และชุดที่ 6 แบบสอบถามการประเมินผลหลังดำเนินงานพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 วิธี คือ การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องเหมาะสมและสมบูรณ์ของเนื้อหาของการวิจัยที่ต้องการศึกษา ตลอดจนถึงความเหมาะสมทั่วไปของแบบสอบถาม ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ชุด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

(Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และในส่วนของปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหาร และการดำเนินงาน โดยแต่ละส่วนต้องมีค่า 8.75 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยรวบรวมเนื้อหาที่เหมือนกันหรือคล้ายกันแล้วนำเสนอเป็นค่าสถิติร้อยละ และสรุปนำเสนอเชิงพรรณนาความ

การจัดการข้อมูล

ในการจัดกระทำข้อมูล เชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละมาแปลผลและให้ความหมายตามเกณฑ์กรรมวิธีการการศึกษาพื้นฐาน (บุญชม ศรีสะอาด 2435 : 80) ดังนี้

ร้อยละ 80-100	หมายถึง	ดีมาก
ร้อยละ 70-79	หมายถึง	ดี
ร้อยละ 60-69	หมายถึง	ปานกลาง
ร้อยละ 50-59	หมายถึง	น้อย
ร้อยละ 0-49	หมายถึง	น้อยมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 43/2563 รับรองวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพประเมินและพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 51-60 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สมรส นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 50,001-60,000 บาท ระยะเวลาปฏิบัติงานในอาชีพเป็นระยะเวลา 41 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาเป็น พขอ.อยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี มีตำแหน่งใน พขอ. คือ กรรมการ พขอ. และทุกคนเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็น พขอ.ทั้งหมด

1.2 ผลการสำรวจสภาพการดำเนินงาน พขอ. จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวทาง UCCARE พบว่า

1.2.1 ด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีมระดับอำเภอ (Unity Team) ทุก พขอ.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ส่วนใหญ่มีการประชุมอย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง มีการบันทึกรายงานการประชุมทุกครั้ง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในคณะกรรมการ มีการใช้ข้อมูลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิต มีโครงการแก้ไขปัญหาในภาพรวมของอำเภอ และมีการร่วมประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน มีการจัดกิจกรรมดูแลช่วยเหลือประชาชน กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลจากหน่วยงาน/ชุมชนครอบคลุมทุกคน มีกองทุนช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีการระดมทุนจากชุมชนเพื่อช่วยเหลือดูแลประชาชน มีการบูรณาการโครงการช่วยเหลือดูแลประชาชนของหน่วยงานราชการ/กลุ่ม/องค์กรประชาชนในพื้นที่ มีการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนในการดูแลช่วยเหลือ และมีการประเมินและคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเพื่อการดูแลที่ถูกต้องทุกปี

1.2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) ส่วนใหญ่ได้ดำเนินการ

กิจกรรม คือ ทุกหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรประชาชนมีส่วนร่วมกันค้นหารวบรวมและเสนอข้อมูลเพื่อการจัดทำแผนดำเนินงานประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการจัดทำแผนดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล/จัดลำดับความสำคัญของปัญหา/กิจกรรมดำเนินการ ร่วมกันกำหนดแผน/โครงการ ร่วมกันดำเนินการตามแผน/โครงการและกิจกรรมที่กำหนดร่วมกันประเมินผล และทุกหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรประชาชนร่วมกันรับผลลัพธ์ และร่วมปรับปรุงแก้ไขแผนงาน/โครงการดำเนินงานของ พขอ.

1.2.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) ส่วนใหญ่ พขอ.มีกิจกรรมสร้างความสำคัญและคุณค่าในการดำเนินงาน พขอ.มีการมอบรางวัลเมื่องานบรรลุผลสำเร็จ มีการจัดกิจกรรมสนทนาการเป็นประจำ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีกิจกรรมการประเมินคณะกรรมการ พขอ./พชต./อนุกรรมการในเรื่องการมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ และ คณะกรรมการ พขอ./พชต. คณะอนุกรรมการ คณะทำงานมีความพึงพอใจในงาน และผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น

1.2.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ดี ได้แก่ การหลอมรวมเป็นนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) โดยมี ภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนร่วมเป็นกรรมการ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) โดยมี ภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการบูรณาการงบประมาณโดยให้แต่ละหน่วยงานผนวกประเด็น พขอ.เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน มีแผนพัฒนาบุคลากรร่วมกันทุกหน่วยงานที่เชื่อมโยงประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีแผนประชุม พขอ.พชต.และคณะทำงานขับเคลื่อนประเด็น มีแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรร่วมกัน มีการสนับสนุนงบประมาณ จาก สนับสนุนจากแม่ข่าย รพ. หรือ CUP ได้รับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น หรือ กปท. สนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด และมีแผนรับ-จ่ายเงิน และมีการนำเสนอรายรับรายจ่ายในประชุม พชอ. ส่วนที่ยังไม่ดำเนินการหรือดำเนินการได้น้อย คือ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน หรือ พชม.

1.2.6 การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและประชาชน (Essential care) ส่วนใหญ่มีการดำเนินการได้ดีครอบคลุมทุกกิจกรรม คือ มีข้อมูลกลุ่มที่จะดูแลแยกเป็นกลุ่มเป็นปัจจุบัน เช่น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ กลุ่มป่วย กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ เป็นภาพรวมของพชอ.มีการวิเคราะห์ข้อมูล ลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ มีแผน/โครงการแก้ไขปัญหที่สำคัญ ไม่น้อยกว่า 3 โครงการ มีการดำเนินการตามแผน เช่น ประชุม พชอ. คณะทำงาน และดำเนินงานตามกิจกรรมตามแผนที่กำหนด มีการประชุมติดตามผลการดำเนินการตามแผน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายคณะทำงาน/พชต.และหน่วยงานในพื้นที่ร่วมดำเนินการ มีการบูรณาการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและประชาชน ร่วมกับกิจกรรม/โครงการอื่นๆ และมีทีมและพัฒนาทีมการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและประชาชน อย่างต่อเนื่อง

1.3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นการประเมิน การพัฒนาประเด็นของ พชอ.จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ CIPP Model พบว่า

1.ด้านประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation: C) พบว่า มีการประเมินระดับปานกลางทุกกิจกรรม เช่น มีการประเมินความต้องการความจำเป็นของประเด็น พชอ. มีการประเมินความเป็นไปได้ของประเด็น พชอ. มีการประเมินวัตถุประสงค์ของประเด็น มีการประเมินความพร้อมและทรัพยากรในด้านต่างๆมีการประเมินปัจจัยภายใน เช่น จุดแข็ง จุดอ่อน และมีการประเมินปัจจัยภายนอก เช่น การเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยสภาวะแวดล้อม

2.ด้าน ประเมิน ปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation: I) พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการปานกลาง

เช่น มีการประเมินผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค มีการประเมินบุคลากร งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์ ระบบการบริหาร และระบบข้อมูลสารสนเทศ และมีการประเมินแผนงาน/โครงการดำเนินงาน ส่วนที่ดำเนินการประเมินระดับน้อย ได้แก่ มีการประเมินเทคโนโลยีการดำเนินงาน

3.ด้านการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) พบว่า มีการประเมินในระดับน้อย เช่น มีการประเมินก่อนการดำเนินงาน ของจุดแข็ง จุดอ่อน ขั้นตอน ภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีการประเมินระหว่างการทำงาน เช่น ข้อดี ข้อบกพร่องของดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ปัญหา/อุปสรรค ความเหมาะสมของกิจกรรม และขั้นตอนการดำเนินงาน ส่วนที่มีการดำเนินงานประเมินระดับปานกลาง คือ การประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของกระบวนการ

4.ด้านผลผลิต (Product Evaluation: P) พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินงานในระดับปานกลาง คือ มีการประเมินเปรียบเทียบผลผลิตจากประเด็น กับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หรือตัวชี้วัดอื่นๆ ที่วางไว้ ประสิทธิภาพ (Effectiveness) และมีการประเมินทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ส่วนใหญ่ดำเนินการน้อย คือ การประเมินในระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน

5.การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของ พชอ. พบว่า ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง คือ การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) การประเมินการถ่ายทอดส่งต่อ (Transportability Evaluation) ส่วนที่ดำเนินการได้ระดับน้อย คือ การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) และการประเมินความยั่งยืน (Sustainability Evaluation)

ระยะที่ 2 การศึกษาการดำเนินการพัฒนาประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ

ในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยการพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในประเด็นที่ พชอ. คัดเลือกเพื่อขับเคลื่อนมากที่สุด 3 อันแรก คือ

ผลการพัฒนาประเด็นที่ 1 การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

ผลการดำเนินการรอบที่ 1 พัฒนาการจัดการขยะและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

ในการดำเนินการพัฒนารอบที่ 1 คือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดทิศทางความสำเร็จ กำหนดขั้นตอนการดำเนินการ ขอบเขตกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมประชุม จัดอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม การจัดหาถังขยะ การคัดแยกขยะที่ต้นทาง การกำจัดขยะที่ถูกวิธี การจัดตั้งธนาคารขยะ และการจัดทำมาตรการการจัดการขยะ กำหนดระยะเวลา และผู้รับผิดชอบดำเนินการที่ชัดเจน

ผลการปฏิบัติตามแผนและกิจกรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วมทุกของประชาชนในพื้นที่ การประชุมคณะทำงานและประชาชนตามกำหนด มีการสรุปผลการดำเนินงานและแสดงความคิดเห็น

สังเกตการณ์จากการจัดกิจกรรมกิจกรรม การมีส่วนร่วม และผลการปฏิบัติงานโดยการรวบรวมข้อมูล และบันทึก สะท้อนผลจากการปฏิบัติโดยการสรุปผลการปฏิบัติงานเมื่อดำเนินงานตามกิจกรรมแล้วเสร็จทุกครั้ง และกำหนดกลวิธีและกิจกรรมดำเนินงานรอบต่อไป

ผลการดำเนินการรอบที่ 2 พัฒนาการจัดการขยะและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

ด้านต้นทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนประเด็น คือ ธนาคารขยะ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) งบประมาณจากการสนับสนุนการดำเนินงาน พชอ. ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ชุมชนกำหนด

ด้านกระบวนการและวิธีการดำเนินการงานการขับเคลื่อนประเด็น พบว่าการประชุมทุกเดือนติดตามงานและเสริมพลัง กำหนดบทบาทหน้าที่

ผู้รับผิดชอบหลักชัดเจน กำหนดและจัดทำมาตรการและข้อบังคับใช้ร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รัฐ เอกชน ประชาชน สร้างการรับรู้ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ และได้การประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ทุกเดือน

ด้านผลลัพธ์และผลผลิตที่ได้จากการขับเคลื่อนประเด็นประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้านสิ่งแวดล้อม สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ

ด้านสังคม เป็นระเบียบเรียบร้อยมีความสงบสุข ช่วยเหลือแบ่งปัน ด้านเศรษฐกิจ สร้างสุขนิสัย มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ทั้งขยะ กำจัดขยะที่ถูกหลักสุขาภิบาล มีรูปแบบการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ มีองค์ความรู้ด้านกระบวนการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

สะท้อนผลคือ ระบบการจัดการขยะ การมีและใช้ถังขยะ การคัดแยกขยะการมีธนาคารขยะในชุมชน ครั้วเรือน ชุมชน สะอาดไม่มีขยะเป็นระเบียบเรียบร้อย

ผลการดำเนินการรอบที่ 3 พัฒนาการจัดการขยะและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

มีประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) เพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ประชุม พชอ./พชต.คณะทำงานขับเคลื่อนประเด็นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการประเมินผลดำเนินการประเมินติดตาม ประชุมคณะทำงานสรุปประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน รายงานผลการดำเนินงานให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลการดำเนินงาน พบว่า ผลผลิตด้านดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้ในด้านการจัดการขยะและพัฒนาสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชนทุกหลังคาเรือน ด้านการรณรงค์พัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมคัดแยกขยะในครั้วเรือน และประเมินผลการจัดการขยะประชาชนมีส่วนร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหลังคาเรือน การจัดกิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมทุก

ชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และประชาชนมีความพึงพอใจในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ผลงานโดยยึดหลักตามวัตถุประสงค์ของโครงการ มีผลผลิตดีขึ้นบรรลุตามเป้าหมาย คือ สร้างระบบการขยะและจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม และสร้างความสามัคคีของคนในชุมชน เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนรู้จักจัดการขยะและรักษาสิ่งแวดล้อม และสร้างทัศนียภาพที่สวยงามในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนาประเด็นที่ 2 การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการดำเนินการในรอบที่ 1 การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่บรรจุประเด็นเข้าสู่การพัฒนาของอำเภอ โดยกำหนดโครงการ กิจกรรม และแนวทางการดำเนินสอดคล้องกับข้อสรุปของการประชุม พชอ.และกิจกรรมวาระสำคัญของอำเภอ

ในภาพกิจกรรมสำคัญตามแผน ส่วนได้ดำเนินการแล้วและดำเนินการต่อเนื่อง คือ การประชุมประสานงานกับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ขอความร่วมมือให้ประชาชน โรงเรียน วัด ร่วมกันรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ และกำจัดลูกน้ำยุงลาย และส่วนใหญ่ได้ดำเนินงานตามกิจกรรมที่วางไว้ คือ ประชุมผู้นำชุมชน/อสม. เพื่อถ่ายทอดแผนและขอความร่วมมือการดำเนินงาน ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก รณรงค์สร้างการรับรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบล ผู้นำหมู่บ้าน ชุมชน ประชาชน เพื่อขอความร่วมมือดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนดในพื้นที่ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ จัดกิจกรรม

รณรงค์ให้ชุมชนร่วมกันดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์ละ ผู้นำชุมชนและ อสม.ดำเนินการออกตรวจดัชนีความชุกของยุงลาย พร้อมทั้งแนะนำในกิจกรรม 5 ป. 1 ข.แก่ประชาชนทุกครัวเรือน

สังเกตจากการประเมิน กำกับ ให้การดำเนินงานกิจกรรม ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของโครงการ มีการประชุม พชอ.และคณะทำงาน วิเคราะห์ผลและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน ประเมินผลสรุปผลการดำเนินงาน รายงานผลการดำเนินงาน และสถานการณ์การเกิดโรคให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลดำเนินการในรอบต่อไป

ผลการดำเนินการในรอบที่ 2 การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากการประชุมติดตามการดำเนินงานตามแผน และที่กิจกรรมที่กำหนด พบว่า การดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น มีการประชุมคณะกรรมการติดตามสรุปผลการดำเนินงาน การประชาสัมพันธ์โครงการ การดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนด คือ กิจกรรมรณรงค์สร้างการรับรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบล ผู้นำหมู่บ้านชุมชน ประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต.รพ.สต.ได้ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น(กปท.) อนุมัติงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในพื้นที่

จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ชุมชนร่วมกันดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชนและ อสม.ดำเนินการออกตรวจดัชนีความชุกของยุงลาย พร้อมทั้งแนะนำในกิจกรรม 5 ป. 1 ข.แก่ประชาชนทุกครัวเรือน ร่วมประเมินและติดตามข้อมูลการระบาดของโรค ประชุม พชอ.และคณะทำงานขับเคลื่อนเพื่อวิเคราะห์ผลและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน มีการรอบที่ 1 เสนอผลการประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน และรายงานผล

การดำเนินงาน และนำเสนอให้ผู้นำชุมชนได้รับทราบ ข้อมูลการดำเนินงานและถ่ายทอดสู่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

การดำเนินการในรอบที่ 3 การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

การดำเนินการพัฒนาประเด็นการขับเคลื่อน การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ พชอ. จังหวัด ศรีสะเกษ ในรอบที่ 3 จากการ ประชุมเพื่ออภิปรายและติดตามผล พบว่า การ ดำเนินงานในระดับดีขึ้นในทุกกิจกรรม ประกอบด้วย การปรับปรุงการวางแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ การดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมตาม แผน การประเมินติดตาม การประชุมนำเสนอผลการ ดำเนินงาน และวิเคราะห์ผล ตลอดจนมีการนำเสนอ หรือคืนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่าย ชุมชนทุกระดับได้ทราบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วม ประเมินผล ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน การได้รับจัดสรรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พชอ.กำหนด เป็นเป็นวาระการพัฒนา ของ พชอ.โดยใช้กลไก พชอ. ประสานแผน และการบูรณาการ คน งบประมาณ กิจกรรมร่วมกันจากทุกภาคส่วน โดยใช้ แนวทาง UCCARE เป็นตัวชีวัดในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และพชอ./พชต.และเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกัน ดำเนินการที่จะก่อให้เกิดมาตาการทางสังคม ข้อตกลงร่วม หรือธรรมนูญตำบลว่าการควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออก

ประเด็นที่ 3 การป้องกันและแก้ไขปัญหา อุบัติเหตุจากการจราจร

ผลการดำเนินการในรอบที่ 1 การป้องกัน และแก้ไขปัญหาวุบัติเหตุจากการจราจร

จากการรายงานผลการติดตามผลดำเนินงาน ตามโครงการ และสรุปอภิปรายผลการดำเนินงาน จากการประชุมของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ในการ ดำเนินงานรอบที่ 1 เป็นการดำเนินงานเชิงเตรียมโดย มีกิจกรรมบางกิจกรรมที่ถูกดำเนินการ ที่สำคัญทุก อำเภอได้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การคิด วิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดแผนกิจกรรมที่ปฏิบัติ การร่วมดำเนินงานตามกิจกรรม การประเมินผลและ การรับผลร่วมทั้งการปรับปรุงแผนและกิจกรรมที่จะ ดำเนินการในขั้นต่อไป

ผลที่ได้จากการดำเนินการ คือ การประชุมจัดทำ แผนแบบมีส่วนร่วม กฎข้อบังคับหรือธรรมนูญตำบล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและการจราจรทุก อำเภอ การถ่ายทอดแผนสู่ประชาชนโดยผ่านสื่อ ออนไลน์ กลุ่มไลน์ และประชุม พชอ.ประเมินผล สรุปผลเพื่อปรับปรุงแผนดำเนินงานและคืนข้อมูล ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การเกิดอุบัติเหตุของทุกอำเภอ ส่วน ใหญ่เห็นง่ายอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้ม ลดลง

ผลการดำเนินการในรอบที่ 2 การป้องกัน และแก้ไขปัญหาวุบัติเหตุจากการจราจร

จากการรายงานผลการติดตามผลดำเนินงาน ตามโครงการ และสรุปอภิปรายผลการดำเนินงาน จากการประชุมของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ในการ ดำเนินงานรอบที่ 2 อยู่ระหว่างการดำเนินงาน กิจกรรมต่างอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินการ คือ การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ด้วยเหตุ จากสามัญสำนึกปลอดภัยไว้ก่อนยังน้อย เมาแล้วขับ และการขับรถที่คำนึงถึงกฎจราจร เช่น แชนในถนน ห้ามแซง ขับรถเร็วกว่ากำหนด เมาสุราแล้วขับรถ เป็นต้น

ผลการดำเนินการในรอบที่ 3 และการ ป้องกันแก้ไขปัญหาวุบัติเหตุจากการจราจร

ด้านปัจจัยการดำเนินงาน พบว่า ผลการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน คือ กลไกและโครงสร้างโดยมีการจัดโครงสร้างการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ประกอบด้วย การแบ่งบทบาทหน้าที่ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) คณะกรรมการประจำศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดทางถนนประจำอำเภอ มีคณะอนุกรรมการคณะทำงานขับเคลื่อนประเด็นที่พขอ.กำหนดขึ้น และภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่

ด้านกระบวนการ พบว่า พขอ.เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน โดยการกำหนดเป็นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และประกาศเป็นวาระสำคัญของอำเภอ ได้มีจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ประจำศูนย์ปฏิบัติการ จัดทำแผนป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ออกกฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้แผน มีการประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

ด้านผลลัพธ์ พบว่า หน่วยงานและประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และการจราจร ลดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนน้อยลง ให้ผู้ใช้รถใช้ถนนมีจิตสำนึกในการลดพฤติกรรมเสี่ยง

ด้านพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน พบว่า ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการที่ชุมชนกำหนด มาตรการทางกฎหมายจราจร และมีสำนึกในการป้องกันอุบัติเหตุดีขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุลดลง

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ

3.1 ผลการประเมินผลการพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต พขอ.จังหวัดศรีสะเกษ ด้วย

รูปแบบ CIPP Model พบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ดำเนินการได้ดี คือ ด้านบริบทและสภาวะแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านการกระบวนการ และด้านการประเมินผลผลลัพธ์

3.2 ผลการประเมินผลการพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต พขอ.จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวทาง UCCARE พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ระดับดีมาก(ระดับ 5) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย และประชาชน (Customer Focus) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และด้านการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และประชาชน (Essential care) และส่วนใหญ่ประเด็นดำเนินการได้ระดับดี(ระดับ 4) ได้แก่ การทำงานเป็นทีม (Unity Team)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยประเมินและพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินผลการดำเนินงานประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาการดำเนินงานประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและประเมินผลการพัฒนาขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอส่วนใหญ่เลือกประเด็นพัฒนา 3 อันดับแรก คือ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากการจราจร โดยประเด็นที่ได้

จากการประชุมหารือ สอดคล้องแนวคิด เหมวรานนท์ (2563) การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ประเด็นที่ถูกขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอมายังจากข้อตกลงของทุกภาคส่วนปรึกษาหารือร่วมกัน โดยแต่ละอำเภอกำหนดประเด็นขับเคลื่อนต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ระยะที่ 2 การดำเนินการพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้วงจรขดลวด PAOR ในการพัฒนา พบว่า มีการวางแผนโดยกระบวนการมีส่วนร่วม และมีการปรับปรุงแผนเพื่อให้กิจกรรมบรรลุตามเป้าหมาย ดำเนินการครอบคลุมตามแผนและกิจกรรมที่วางไว้ สังเกตผลจากอภิปรายกลุ่ม การมีส่วนร่วมดำเนินการ และการประเมินผล ซึ่งสะท้อนผลโดยการประเมินผลครอบคลุมทุกกิจกรรม ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิพร เขาอ่อน และคณะ (2564) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อการบริหารจัดการขยะชุมชนฐานราก: องค์การบริหารส่วนตำบลลำพยนต์ อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า 1) แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการขยะชุมชนฐานราก ประกอบด้วย **การวางแผน** ประกอบด้วย การแปลงนโยบายจังหวัดสะอาดไปปฏิบัติ ในระดับหมู่บ้าน ตั้งคณะทำงาน “หมู่บ้านสะอาด” สร้างภาคีเครือข่ายแกนนำการบริหารจัดการขยะ บ้าน วัด โรงเรียน “บวร” สร้างมาตรการทางสังคมสำนึกการเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน และ ผู้นำชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนิน กิจกรรมลดขยะในครัวเรือน **การปฏิบัติตามแผน** ด้านการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาการบริหารจัดการขยะชุมชนฐานราก ประกอบด้วย ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ชุมชนในการบริหารจัดการขยะอย่างถูกหลักวิชาการ รมรงค์และประชาสัมพันธ์ ให้ชุมชนดำเนินกิจกรรมลดปริมาณขยะด้วยหลัก 3Rs ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนทำปุ๋ยหมักจากขยะอินทรีย์ และ **การสังเกตและการ**

สะท้อนผล คือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์การบริหารจัดการขยะอย่างถูกหลักวิชาการระหว่างชุมชน และรายงานผลการดำเนินกิจกรรมในการประชุม/ประชาคมหมู่บ้าน เพื่อปรับปรุง พัฒนาการบริหารจัดการขยะให้เกิดความยั่งยืน และผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมระดับดี และระยะที่ 3 การประเมินผลหลังการพัฒนาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผลการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับ 4 หมายถึง มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริง และมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น และเมื่อประเมินตามรูปแบบ CIPP Model ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ในระดับดีมาก

ผลการวิจัยการประเมินประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาตามวงจรขดลวดหรือ PAOR มีผลดำเนินการดีขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นให้มีการดำเนินงานขับเคลื่อนประเด็นอย่างเป็นกระบวนการ ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนดส่งผลให้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละ พชอ.ได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินงานขับเคลื่อนประเด็นที่ พชอ.ทุกอำเภอควรจะไปประยุกต์ใช้ต่อไป และต่อบัณฑิตอุปสงค์ในการวิจัยในครั้งนี้โดยสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อยู่ในทุกนโยบายสาธารณะ เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้บูรณาการกับงานประจำของหน่วยงาน ประกาศเป็นนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยระดมแนวความคิดและรวบรวมภารกิจจากทุกหน่วยงาน กลุ่ม/องค์กรประชาชน ร่วมกันร่างโดยหลักการมีส่วนร่วม สร้างเป็นวาระสำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ

หน่วยงานรับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
จังหวัด ควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญ
และมีการจัดสรรงบประมาณ กระตุ้น ส่งเสริม และ
สร้างความเข้าใจในการสร้างธรรมนูญหมู่บ้าน
ธรรมนูญตำบลและธรรมนูญอำเภอเพื่อแกนกลางใน
การจัดการและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้กระบวนการ
วงจรขดลวดอย่างต่อเนื่องรายประเด็น ประเมิน
ติดตามทุกไตรมาสโดยใช้การแบบประเมิน UCCARE
ประเมินประสิทธิภาพ และใช้รูปแบบประเมิน CIPP
Model ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

3.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป สำหรับ
ในการทำงานวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ
มีส่วนร่วม แยกเป็นรายอำเภอ และเจาะลึกเฉพาะเรื่องโดย
กระบวนการ PAOR หรือ PDCA หรือตามรูปแบบที่
เหมาะสมต่อไป ควรดำเนินการวิจัยประเมินผลแต่ละ
ประเด็นตามแนวทาง UCCARE ควบคู่กับการประเมินผล
ตามรูปแบบ CIPP Model อย่างต่อเนื่อง และควรมีการ
ดำเนินงานวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยอย่าง
ต่อเนื่อง อาจใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research
and Development) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research)

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย(2561).คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า
ด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561.ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(2560) รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวง
สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561.ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ เกณฑ์การประเมิน UCCARE
วันที่สืบค้น 10 กันยายน 2563 <https://sites.google.com/site/pconoensanga/uccare>
- ถนอมศักดิ์ บุญสูง.(2561).หลักการถอดบทเรียนและเทคนิคการทำ Body Paint.วารสารสาธารณสุขและ
วิทยาศาสตร์สุขภาพปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561(ฉบับปฐมฤกษ์)
- บุญชม ศรีสะอาด.(2547).วิธีทางสถิติสำหรับการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ:สุวีริยาสาส์น.
- แววดี เหมวรานนท์. (2563).การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครราชสีมา
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2562) รายงานประจำปี 2562 ศรีสะเกษ: ศรีสะเกษการพิมพ์.
- สุนีย์ เหมประสิทธิ์. (2539). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารศึกษาศาสตร์:ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย(2561) คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561.กรุงเทพฯ :สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สถาบันพัฒนาทักษะการคิด และการเรียนรู้ .What is a Mind Map ?. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2563
www.brainfriendlyacademy.com/main/what-is-mindmap.



สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ(2559) การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพพระดื่บ
อำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 7 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม-ธันวาคม 2559.

สิทธิพร เขาอู่ และคณะ.(2564).การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการบริหารจัดการขยะชุมชนฐานราก:
องค์การบริหารส่วนตำบลลำพยนต์ อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.วารสารวิจัยหาวิทยาลัยเวส
เทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

อภิรัตน์ อีรวินิช. เทคนิคและเครื่องมือสื่อความคิดในการศึกษาชุมชน. มูลนิธิมันพัฒนา สืบค้นเมื่อ20 ตุลาคม
2563 www.tsdf.nida.ac.th/elctfl/articlefile.

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน
สำหรับพนักงานขับรถพยาบาลในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Development of First Aid Activity Models and Assisted Basic Medical Practice for
Ambulance Drivers in Affiliates of the Chiang Mai Provincial Health Office

(Received: June 13, 2022 ; Accepted: June 29, 2022)

วรัญญ จำนงประสาตพร¹

Warunyou Jamnongprasatporn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กับแกนนำชุมชนที่เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ในพื้นที่ตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน 308 คน

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มุ่งเน้น การให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน และการทดลอง ประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงในเหตุการณ์จำลอง จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความรู้พื้นฐาน เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2 การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 3 การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 4 การส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินของแกนนำชุมชนหลัง เข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมพบว่าในภาพรวมแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.89) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ทำกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.34) รองลงมาคือ ด้านการ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ($\bar{X}$ = 4.04) ด้านการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ ($\bar{X}$ = 3.81) อยู่ในระดับมาก ขณะที่ด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.35) สำหรับความพึงพอใจต่อ กิจกรรม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.27) โดยแกนนำชุมชนมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และ ประสบการณ์ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและ สาธิตในระดับมากที่สุด เป็นต้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การปฐมพยาบาล, การแพทย์ขั้นพื้นฐาน, พนักงานขับรถพยาบาล

Abstracts

This participatory action research aimed to develop a model of community-assisted emergency care and community outcomes in Chiang Mai. Purposive sampling with community leaders who are community leaders, village health volunteers, community groups in the

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

suburbs who volunteer to participate in community participation training programs. In the field of first aid for 308 patients

The results of the study showed that the development of emergency patient assistance models with the participation of the community focused on providing knowledge and experience, reflection and discussion, collective thinking / review and practical application of concepts / practices. In the simulation activity, there were 4 activities, namely, activity 1, basic knowledge about the emergency medical system, activity 2, diagnosis, assessment of the situation and evaluation of the emergency patient. Basic resuscitation, patient resuscitation, and Activity 4, patient referrals, which resulted in community-assisted emergency care. After participating in activities higher than before, the participation was statistically significant at the level of 0.05 in terms of participation in activities. It was found that community leaders were most involved in carrying out work / activities ($\bar{X} = 4.34$), followed by problem and needs analysis ($\bar{X} = 4.04$) Monitoring, evaluation and utilization ($\bar{X} = 3.81$) were very high, while planning was moderate ($\bar{X} = 3.35$). ($\bar{X} = 4.27$) The community leader is satisfied with the transfer of knowledge and experience of the speakers in the basic knowledge activities about the emergency medical system, situational assessment, patient assessment, hemostasis and trauma. Easy to understand content of lectures and demonstrations at the highest level, etc.

Keyword: Participation, Emergency patient assistance, Medical emergency system

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ และอุบัติเหตุที่คาดการณ์ไม่ถึง อีกทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังส่งผลกระทบต่อประชาชนในมิติทางด้านประชากร ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน อายุ และขนาดประชากร มิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และมิติทางด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรลดลง(สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ,2558) ในประเทศไทย การมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ลดผลกระทบหรือลดความสูญเสียตามมาได้ซึ่งหมายถึงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (Pre-hospital) ให้มีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุม น่าเชื่อถือจนประชาชนสามารถเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม แต่ปัจจุบันเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ประชาชนมีการเรียกใช้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อยมาก จากการรวบรวมสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน มากกว่า 27 ล้านครั้ง เมื่อนำมาเทียบกับการออกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อมูล ITEMS (Information Technology for Emergency Medical System) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่พบการออกบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงปี 2559 มีจำนวนประมาณ 860,000 ครั้ง แต่ละจังหวัดมีสัดส่วนการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการรับบริการที่แผนกฉุกเฉินน้อยมากอยู่ระหว่างร้อยละ 1-13 เท่านั้น(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,2560)

นอกจากนี้ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงหรือไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีประชาชน

จำนวนมากไม่รู้จักสายด่วน 1669(ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, วิทยา ชาดิปัญญาชัย ,2556),(จารุวรรณ ธาดาเดช,2557) แม้ว่าการพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินยังคงมีปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น การให้บริการอย่างทันที่ในวงที่ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 8 นาที ที่พบว่าปี พ.ศ. 2558 สามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 47 หรือขณะเดียวกันประชาชนที่พบเหตุการณ์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ หรือบางกรณีก็ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผิดพลาดหรือไม่ถูกขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการและการสูญเสียชีวิต(อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, นฤมล พาทพิลา,2557)

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเมืองขนาดใหญ่ ที่มีแหล่งอำนวยความสะดวกสาธารณะประเภทต่างๆ จำนวนมาก เป็นเมืองท่องเที่ยวที่สำคัญ และมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังข้อมูลรายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า ด้านจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุก ดังปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน 32,475 ราย เพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 35,971 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.7 จวบจนถึงปี 2562 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินยังเพิ่มขึ้นเป็น 47,831 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 9.6 ด้านจำนวนผู้เสียชีวิต มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังปี 2558 มีจำนวน 523 ราย และเพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 604 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 19.3 จวบจนถึงปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 1,151 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 23.0(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่,2562)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนทีมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากประชาชนผู้ประสบเหตุสามารถประเมินอาการผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มาถึงช่วงต่อสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ลดการบาดเจ็บ ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตลงได้ ด้วยความสำคัญนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่” เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานของเครือข่าย ภาคีที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะในช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา ผู้ป่วยฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

พัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรได้แก่ ประชาชน ที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่
2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กับชุมชนที่สนใจ

เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ 6 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ 1) ตำบลท่าต่อน อำเภอแม่เมาะ 2) ตำบลเวียง อำเภอพร้าว 3) ตำบลแม่ปุก อำเภอสารภี 4) ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง 5) ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย และ 6) ตำบลบ่อสื อำเภอฮอด จำนวนทั้งสิ้น 308 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1: ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2: การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 3: การช่วยเหลือ ประกอบด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 4: การส่งต่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย

1. การทำความเข้าใจกับปัญหา สถานการณ์ ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ทบทวนนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ถอดบทเรียนความสำเร็จของชุมชนต้นแบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่

2. การกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาและแผนปฏิบัติการ ด้วยการจัดทำกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการเสริมสร้างประสบการณ์ การสะท้อนคิด และอภิปราย ความคิดรวบยอด และการทดลองประยุกต์แนวคิด ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2 การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 3 การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 4 การส่งต่อผู้ป่วย

3. การปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย ได้ลงพื้นที่ดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ 6 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ มุ่งเน้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในช่วงเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2563

4. การประเมินผลลัพธ์โดยรวม ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์โดยรวม ในด้านความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการ

ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test

ผลการศึกษา

การพัฒนาารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับปัญหา พบว่าจังหวัดเชียงใหม่ ประสบปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนทีมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากประชาชนสามารถวินิจฉัย ประเมินสถานการณ์ ประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้การช่วยเหลือ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้จากการทบทวนนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าในปี 2563 มีการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2563) ตลอดจนในจังหวัดเชียงใหม่ มีชุมชนต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตำบลที่ได้รับรางวัลตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2562 และ

เป็นชุมชนต้นแบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ประสบผลสำเร็จในการบริหารจัดการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนผ่านกระบวนการแก้ปัญหาและการพัฒนางานผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ข้อสรุปที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ(เทศบาลตำบลสันนาเม็ง, 2563)

2. การกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาและแผนปฏิบัติการ จากการทบทวนสถานการณ์ด้านผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาและแผนปฏิบัติการด้วยการจัดทำกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการเสริมสร้างประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด และการทดลองประยุกต์แนวคิดประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1: ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 2: การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 3: การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4: การส่งต่อผู้ป่วย

3. การนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัย และทีมผู้ช่วยนักวิจัย ได้ลงพื้นที่จัดกิจกรรมโดยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย 6 ตำบล ใน 6 อำเภอ โดยจำแนกออกเป็นสายเหนือ สายกลาง และสายใต้ ดังนี้

- สายเหนือ ได้แก่ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่ฮาด และตำบลเวียง อำเภอพร้าว

- สายกลาง ได้แก่ ตำบลแม่ปุก อำเภอสันกำแพง และตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง

- สายใต้ ได้แก่ ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย และตำบลบ่อสลิ อำเภอฮอด

4. การประเมินผลลัพธ์โดยรวม จากการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้ทำกิจกรรม เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมนำร่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน สรุปได้ดังนี้

1. ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การประชาสัมพันธ์หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เป็นต้น

2. ตำบลเวียง อำเภอพร้าว จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจัดอบรมผู้นำชุมชน อสม. จัดอาสาเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. ตำบลแม่ปึก อำเภอสันกำแพง จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ การให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

4. ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปขับเคลื่อนนโยบายและการให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพด้านฉุกเฉิน สำหรับ อสม.และผู้นำชุมชน

5. ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสื่อสาร

ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ให้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

6. ตำบลบ่อสลิ อำเภอฮอด จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการจัดหาเครื่อง AED ให้ครบทุกหมู่บ้าน การจัดหาเครื่องมือการสื่อสารที่ทันสมัย

ผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

การประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 308 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 38.3 มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เคยอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้น ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นจากแหล่งการประชุม/อบรมในชุมชนหรือหน่วยงานมากที่สุด ภายในชุมชนมีหน่วยงาน/กลุ่มบุคคล ดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.78) และหลังจากได้ทำกิจกรรมพบว่า มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.16) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	N	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	308	12.78	3.08	-23.893	0.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	308	17.16	2.18		

หมายเหตุ: * หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม

อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.34) นอกจากนี้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.04 และ 3.81) ขณะที่การมีส่วนร่วมในการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.35) ดังตาราง 2

ตาราง 2 สรุปภาพรวมของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ	4.04	0.81	มาก
2) การวางแผน	3.35	1.05	ปานกลาง
3) การดำเนินงาน/ทำกิจกรรม	4.34	0.75	มากที่สุด
4) การติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์	3.89	0.86	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.89	0.66	มาก

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.27) โดยมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมิน

สถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหา การบรรยายและสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด

ตาราง 3 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. วันและเวลาในการจัดประชุม (1 วัน)	4.19	0.69	มาก
2. ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดประชุม	4.26	0.66	มากที่สุด
3. การถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ของวิทยากร	4.50	0.53	มากที่สุด

ตาราง 3 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
4. ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต	4.46	0.58	มากที่สุด
5. การฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ทั้งในเรื่อง การแจ้งเหตุ การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล	4.39	0.62	มากที่สุด
6. การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น	4.42	0.61	มากที่สุด
7. การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น	4.38	0.67	มากที่สุด
8. การพูดคุย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษาฝึกทักษะการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	4.05	0.73	มาก
9. การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.06	0.81	มาก
10. ความรู้ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในชุมชน	4.00	0.83	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.27	0.47	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาทบทวนทั้งจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในเรื่องความรู้พื้นฐาน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ของตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นตำบลต้นแบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ครอบคลุมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัย การประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้กระบวนการทำกิจกรรมมุ่งเน้นการให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน

และการทดลองประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงในเหตุการณ์จำลอง ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรม ตำบลพื้นที่เป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมไปต่อยอดขยายผลการดำเนินกิจกรรมด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน ทั้งในด้านการทำกิจกรรม ได้แก่ การดูแลรักษา การปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชนทั่วไป การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพของ อสม. การประชาสัมพันธ์หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ในชุมชน ตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ที่ได้มาตรฐานและเพียงพอ เป็นต้น

ด้านผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในภาพรวมการให้ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินแก่ตำบลเป้าหมาย ค้นพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น แต่ภายหลังจากได้ทำกิจกรรมพบว่า ชุมชนเป้าหมาย มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ

ผลการวิจัยของ จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และ นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ (2555) ซึ่งได้พัฒนากิจกรรม การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิด เหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หลังการ พัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีความรู้โดยรวมอยู่ใน ระดับสูง และมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจาก ผลการวิจัยของ วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชาย น้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559) ได้ดำเนินการ พัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใน เขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมือง ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มี คะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อน ดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการอยู่ใน ระดับสูงที่ขึ้น จึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นนั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างชุมชนเป้าหมาย มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เบื้องต้นที่เพิ่มสูงขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการ จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง อันจะส่งผลให้ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ในชุมชน มีความรู้และทักษะ ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ในภาพรวมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัคร กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ทั้ง ในด้านการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม การวิเคราะห์ ปัญหาและความต้องการ การติดตามประเมินผล และการนำไปใช้ประโยชน์ ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วม ในการวางแผนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

สำหรับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนค้นพบว่า ชุมชนเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึง พอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยาย และสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วม กิจกรรมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น ฝึก ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ใน ระดับมากที่สุด ดังนั้นจากการพัฒนารูปแบบการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ที่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาโดยการให้ ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและ อภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน และการ ทดลองประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงใน เหตุการณ์จำลอง ส่งผลให้ชุมชนสามารถนำองค์ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรม ไปพัฒนาต่อยอดขยายผลในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งผลให้ชุมชนเป้าหมายมีส่วนร่วมในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และนำมาสู่ความพึงพอใจที่ ได้รับกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรส่งเสริมให้ระดับตำบล มีการจัดทำ แผนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยมีการ ประสานงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน พื้นที่ร่วมกันจัดทำแผน เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติ การบริหารจัดการด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินใน ระดับตำบลที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรกำหนดให้มีแผนงานด้านการพัฒนา ศักยภาพผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบ

สุขภาพในระดับชุมชน เช่น จัดหลักสูตรอบรมอย่างต่อเนื่อง ปี 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

3. ควรพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบสวัสดิการให้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชน อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงสามารถปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ เรื่องสั้น หนังสือคู่มือสำหรับชุมชน ในการนำไปศึกษา เรียนรู้เพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง

5. ควรกำหนดให้มีทีมวิทยากรระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ที่สามารถประสานงานร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างต่อเนื่อง

4. ควรจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบล ให้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ในกรณีที่ชุมชนมีความพร้อมและต้องการได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือกลุ่มเครือข่ายชุมชน ควรร่วมกันจัดทำโครงการเสนอต่อหน่วยงานสาธารณสุขในระดับตำบล อำเภอ ได้แก่ รพ.สต. โรงพยาบาลอำเภอ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอการ

สนับสนุนงบประมาณ ทีมวิทยากรในการให้ความรู้ ทักษะในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

2. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมให้ความรู้ ทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ควรให้ความสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะให้แก่คนในครอบครัว หรือคนในชุมชน ทั้งในเวทีประชุมหมู่บ้าน ประกาศเสียงตามสาย เป็นต้น เพื่อให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

3. ในระดับชุมชนควรมีการจัดตั้งทีมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ที่สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ พร้อมกันนี้สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กร เครือข่ายภายนอกชุมชนในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าสู่กระบวนการทางการแพทย์ที่รวดเร็ว เป็นระบบ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันเวลา ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบการนำเสนอผลการวิจัย ขอขอบคุณทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่ร่วมดำเนินโครงการฯ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมถึงแนะนำชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและประเมินผลลัพธ์โดยรวม

เอกสารอ้างอิง

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เอกสารโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยากร (ครู ก) หลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการปวย พ.ศ. 2560.

นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.

- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, วิทยาชาติบัญชาชัย. การประเมินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
- จารุวรรณ ธาดาเดช. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
- อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, นฤมล พาทพิลา. ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉิน: รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2557. นนทบุรี: บจก.ปัญญามิตรการพิมพ์; 2558.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ปี 2562. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2562.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2563.
- เทศบาลตำบลสันนาเม็ง. แผนพัฒนาท้องถิ่น ปี 2563. เชียงใหม่: เทศบาลตำบลสันนาเม็ง; 2563.
- จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น. รายงานการวิจัยงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
- วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ขายน้อย, ทิพานัน นามวิจิตร. การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.); 2559



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาล คำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Factor Related with Severity Level of Patients Corona Virus Disease (COVID-19) in Khammuang Hospital, Kalasin Province.

(Received: June 8, 2022 ; Accepted: June 27, 2022)

สุรพล เหล่าอารีรัตน์¹
Suraphon Laoareerat

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) รูปแบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำมวงทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 441 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิง, อายุระหว่าง 45-54 ปี, อายุมากกว่า 55 ปี และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m² เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดย ผู้ป่วยเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m² มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงระดับ 2 ถึงระดับ 3 มากกว่ากลุ่มอื่น 8.875 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR=8.875, p-value=.13, 95%CI=1.598-49.297) และ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุมากกว่า 55 ปี และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m² มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงระดับ 2 ถึงระดับ 3 มากกว่ากลุ่มอื่น 37.474 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR=37.474, p-value=.13, 95%CI=1.598-49.297)

คำสำคัญ: ปัจจัย, อาการ, ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019

ABSTRACT

This research was survey research by retrospective study aimed to studied Factor Related with Severity Level of Patients Corona Virus Disease (COVID-19). Sample size were 441 patients infected with coronavirus disease 2019 were admitted to Kham Muang Hospital between October 1, 2021 to February 28, 2022. Data were collected by medical record. Data were analyzed by descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results showed that female, aged 45-54 years, aged over 55 years and body mass index between 18.5-22.9 Kg/m² were the factors associated with the severity of symptoms in late coronavirus patients. new varieties 2019. Female patients aged 45-54 years and with a body mass index between 18.5-22.9 Kg/m² were 8.875 times more likely to have Grade 2 to Grade 3

¹ โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

symptoms than the other groups, with a statistical significance of .05 (OR=8.875, p-value=.13, 95%CI=1.598-49.297). And female patients aged over 55 years and with a BMI between 18.5-22.9 Kg/m² were 37.474 times more likely to have Grade 2 to Grade 3 severity than the other groups, with a statistical significance of .05 (OR= 37.474, p-value=.13, 95%CI=1.598-49.297)

Keywords: factors, symptoms, 2019 novel coronavirus cases

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เริ่มตรวจพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ต่อมาเกิดการระบาดเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้ยกระดับเป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และระบบสาธารณสุข ในทุกๆ ประเทศไม่เว้นแม้แต่ประเทศชั้นนำระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงต้นปี 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565) มียอดสะสมผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก 424,822,073 ราย ผู้เสียชีวิต 5,890,312 ราย อัตราการเสียชีวิตราวร้อยละ 1.39 มากที่สุดในทวีปยุโรป รองลงมาคือ อเมริกา เอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก แอฟริกาตะวันตก และแอฟริกา ตามลำดับ (WHO, 2565) การระบาดในประเทศไทยผู้ป่วยยืนยันสะสม 2,770,793 ราย ผู้เสียชีวิต 22,730 ราย อัตราการเสียชีวิตราวร้อยละ 0.82 (กรมควบคุมโรค, 2565) โดยมีการระบาดมาแล้ว 4 ระลอกใหญ่ ซึ่งเกิดจากสายพันธุ์หลักที่แตกต่างกัน ได้แก่ สายพันธุ์อู่ฮั่น, สายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7), สายพันธุ์เดลต้า (B.1.617.2) และสายพันธุ์เบต้า (B.1.351) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขยังคาดว่าประเทศจะเกิดการระบาดระลอกที่ 5 จากสายพันธุ์โอไมครอน(B.1.1.529) ที่เข้ามาในประเทศตั้งแต่ต้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 และเริ่มมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จังหวัดกาฬสินธุ์ มียอดสะสมผู้ป่วยยืนยัน จำนวน

16,162 ราย ผู้เสียชีวิต 97 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.60 โดยมีการกระจายในทุกๆ อำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับอำเภอคำม่วงมียอดสะสมผู้ป่วยเป็นอันดับ 3 ของกาฬสินธุ์ จำนวน 474 ราย ผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.42 (ศูนย์อำนวยการต้านโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 จังหวัดกาฬสินธุ์, 2565) จะเห็นได้ว่าโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสุขภาพทั้งในระดับโลกและระดับพื้นที่

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ก่อให้เกิดความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันของแต่ละคน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีเสมหะ และอ่อนเพลีย เป็นต้น แต่จะมีผู้ติดเชื้อบางส่วนที่มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง คือ หายใจลำบากและมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยมักพบในกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีโรคประจำตัว (สุรียา หมายมานะ, ไสภณ เอี่ยมศิริถาวร, และ สุนนมาลย์ อุทัยมกุล, 2563) อายุ ที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จะมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะเพิ่มขึ้น 4.4 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติแรกเริ่ม 10.1 ค่า C reactive protein ที่เพิ่มขึ้น 3.7 เท่า (ปิยนุช ปฏิภาณวัตร, 2565) ระยะเวลาที่ป่วยถ้ามีอาการเล็กน้อยประมาณ 2 สัปดาห์ แต่ถ้ามีอาการหนัก 3-6 สัปดาห์ และระยะเวลาจากเริ่มป่วยจนมีอาการหนักประมาณ 1

สัปดาห์ (WHO-China Joint Mission, publish Feb 28, 2020 by WHO)

การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้อย่างแม่นยำและรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับคำแนะนำของกรมการแพทย์ว่าในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นนั้นต้องอาศัยการซักประวัติอาการทางคลินิก เกณฑ์สอบสวนโรค (มีอาการใช้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ และมีประวัติความเสี่ยง) ประกอบกับผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดความรุนแรงของโรคในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องนี้ ผู้วิจัยยังพบว่ามีข้อมูลน้อยและยังไม่มีผลการรายงานผลการศึกษาที่ชัดเจนเพียงพอ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคำม่วง และทำการวิเคราะห์โอกาสการเกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และนำไป ประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยโรค ให้แม่นยำ และรวดเร็วขึ้น อันจะนำไปสู่การวางแผนรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาโอกาสการเกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากปัจจัยที่แตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคำม่วง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 447 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกำม่วง และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำม่วง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เนื่องจากข้อมูลเป็นแบบคัดลอกเวชระเบียน ดังนั้น ประเด็นความสมบูรณ์ของข้อมูลในด้านคุณลักษณะบุคคล, อาการและอาการแสดงตลอดระยะที่ป่วย, ผลการตรวจร่างกาย และระดับความรุนแรงของอาการ จึงเป็นส่วนหนึ่งในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษาวิจัยได้จำนวน 441 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบคัดลอกข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดกรอบ

แนวคิดในการสร้างเครื่องมือ จากเนื้อหา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วยได้แก่ เพศ, อายุ (ปี), โรคประจำตัว, น้ำหนัก และส่วนสูง, ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดงตลอดระยะที่ป่วย (14 วัน), ส่วนที่ 3 ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วย การตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ แบบคัดลอกข้อมูลนี้ ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อความกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยใช้สูตรของ IOC (ปราณี หล้า เบ็ญสะ, 2559) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) วัดเป็นรายข้อของคำถาม โยงแต่ละข้อต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณลักษณะข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และอธิบายด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) รูปแบบการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) แบบตัวแปรทวิ (Binary) ซึ่งกำหนดรหัส (ใช่=1, ไม่ใช่=0) และอธิบายโอกาสการเกิดเหตุการณ์หรือการไม่เกิดเหตุการณ์ที่สนใจตามตัวแปรตาม เป็นค่า Odds ratio , p-value และ 95% C.I. โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาล คำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 31.4 ± 19.03 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.1 ดัชนีมวลกาย ปกติ ร้อยละ 36.5 มีอาการและอาการแสดง ร้อยละ 95.5 ได้แก่ ไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ คัดจมูกหรือมีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส อูจจากระวัง ปวดกล้ามเนื้อหรือปวดตามตัว ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ และออกผื่น และระดับความรุนแรงระดับ 1 ร้อยละ 81.0

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่าเพศชาย 5.749 เท่า (OR=5.749, p-value =.000, 95%CI=3.000-11.020), อายุระหว่าง 45-54 ปี มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น 2.353 เท่า (OR=2.353, p-value =.022, 95%CI=1.129-4.605), อายุมากกว่า 55 ปี มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น 4.108 เท่า (OR=4.108, p-value =.000, 95%CI=2.256-9.746) และผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m² มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยอื่น 2.149 เท่า (OR=2.149, p-value =.005, 95%CI=1.268-3.643) ดังตาราง 1

3. ปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-

22.9 Kg/m² มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น 8.875 เท่า (OR=8.875, p-value=.013, 95%CI=1.598-49.297) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศหญิง อายุมากกว่า 55 ปี ดัชนีมวลกายระหว่าง

18.5-22.9 Kg/m² มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น 37.474 เท่า (p=value.001, 95%CI=4.619-304.051) ดังตาราง 2

ตาราง 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019
โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และมีอาการแสดงที่แตกต่างกัน

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% C.I.	
							Lower	Upper
รูปแบบที่ 1								
เพศหญิง	1.726	.326	28.035	1	.000	5.618	2.966	10.643
อายุระหว่าง 45-54 ปี	.824	.359	5.282	1	.022	2.280	1.129	4.605
มีโรคประจำตัว	.370	.431	.734	1	.392	1.447	.621	3.370
ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m ²	.760	.266	8.196	1	.004	2.139	1.271	3.600
มีอาการแสดง	-.282	.607	.217	1	.642	.754	.230	2.476
Constant	-2.835	.650	19.026	1	.000	.059		
รูปแบบที่ 2								
เพศหญิง	1.749	.332	27.765	1	.000	5.750	3.000	11.020
อายุ 55 ปีขึ้นไป	1.545	.373	17.140	1	.000	4.689	2.256	9.746
มีโรคประจำตัว	-.315	.488	.417	1	.518	.730	.280	1.900
ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m2	.765	.269	8.068	1	.005	2.149	1.268	3.643
มีอาการแสดง	-.366	.608	.363	1	.547	.693	.211	2.281
Constant	-2.856	.653	19.105	1	.000	.057		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% C.I.	
							Lower	Upper
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m ²	2.183	.875	6.228	1	.013	8.875	1.598	49.297
Constant	-1.490	.124	144.962	1	.000	.225		
เพศหญิง อายุมากกว่า 55 ปี และมีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m ²	3.624	1.068	11.508	1	.001	37.474	4.619	304.051
Constant	-1.544	.126	149.343	1	.000	.213		

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนไม่มากพอ เพราะเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงไม่สามารถเลือกเพศหรือ จัดกลุ่มปัจจัยได้ใกล้เคียงกัน ทางผู้ศึกษาจึงใช้ข้อมูล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรง ของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 คือ เพศหญิง อายุ ระหว่าง 45-54 ปี อายุมากกว่า 55 ปี และดัชนีมวล กายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m² สามารถอธิบาย ผลได้ดังนี้

เพศหญิง และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5- 22.9 Kg/m² มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับการวิจัยหลายฉบับที่บ่งชี้ว่า เพศชาย และผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่า กลุ่มอื่น(Fresan U, et al.,2020; Cai Q et al.,2020; Zheng Ki, et al. 2020) แต่อย่างไรก็ยังขาดข้อมูล การศึกษากลไกในระดับโมเลกุล ว่าความสัมพันธ์ ระหว่างการทำงานของ ACE2 และ TMPRSS2 กับ เพศที่แตกต่างกันที่มากเพียงพอ เพื่ออธิบายพยาธิ สภาพที่เกิดขึ้น เพราะยีน ACE2 พบมากอยู่บน โครโมโซม X (Gemmati et al., 2020) ดังนั้นเพศ หญิงควรจะมีการแสดงออกของ ACE2 มากกว่าเพศ ชาย ทำให้มีโอกาสติดเชื้อและส่งผลให้เกิดความ รุนแรงมากกว่าเพศชาย แต่ข้อมูลกลับพบว่าเพศชาย การติดเชื้อ และอาการรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ความคลาดเคลื่อนของความรุนแรงในผู้ป่วยเพศชาย และหญิง สามารถเกิดขึ้นได้จากความแตกต่างหลาย ปัจจัยเช่น ความแตกต่างทางพันธุกรรมและฮอร์โมน, กระบวนการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่ สมดุล, ภาวะพื้นฐานด้านสุขภาพ และรูปแบบการใช้ ชีวิตที่แตกต่างกัน (Ya-dong G. et al, 2020) รูปแบบการใช้ชีวิตของเพศหญิง เช่น การออกกำลังกาย

กายน้อย, การรับประทานอาหารน้อยเพราะต้องการ ลดน้ำหนัก เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อ กระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย จากการ วิจัยหลายฉบับ บ่งชี้ว่าภาวะโภชนาการมีบทบาท สำคัญในรักษาระดับการตอบสนองของภูมิคุ้มกันส่วน บุคคล เช่น วิตามินซี วิตามินดี จุลธาตุสังกะสี (Zinc) ไขมันสายสั้น กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนโอเมก้า-3 (PUFAs) โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตต่ำ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Arvinte C. et al., (2020) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะ วิฤต จำนวน 21 ราย พบว่า อายุที่มากขึ้น และมี ระดับวิตามินซีต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการตายของ ผู้ป่วยโควิด-19 การศึกษาของ Grant WB. et al., (2020) พบว่า วิตามินดีตอบสนองการอักเสบได้ หลายช่องทาง ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ลด ความเสี่ยงของไข้หวัดใหญ่ และโรคโควิด-19 ได้ การศึกษาของ Remuzzi A., et al., (2020) ได้ ทำการทดลองให้โปรตีนแก่หนูทดลองด้วยปริมาณที่ แตกต่างกัน พบว่า หนูที่ป่วยเป็นโรค โควิด-19 และมี ภาวะขาดสารอาหารโปรตีนและแคลอรี จะทำให้ IFN- γ , TNF- α และ iNOS ในเนื้อเยื่อปอดลดลง ดังนั้น การบริโภคโปรตีนที่เหมาะสม เพื่อรักษาความ ต้องการทางสรีรวิทยาเป็นสิ่งสำคัญในการตอบสนอง ของภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 การศึกษาของ Hammock BD., et al. (2020) และ Weill P ., et al. (2020) พบว่า กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนโอ เมก้า-3 (PUFAs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรดโอโคซาเพน ทาอีโนอิก (EPA) และกรดโดโคซาเฮกซาอีโนอิก (DHA) ที่ได้จากสาร eicosanoid มีฤทธิ์ต้านการ อักเสบ พื้นฟูสภาวะสมดุลของภูมิคุ้มกัน และจำกัด ระยะเวลาการอักเสบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

นอกจากนี้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เพศหญิงต้องออกไป

ทำงานนอกบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับชนบทธรรมเนียนหรือประเพณีของชนบท ถ้ามีการจัดงานในชุมชน เพศหญิงจะเป็นคนส่วนใหญ่ที่เข้าไปช่วยจัดงาน ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มชุมชนคนจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้เพิ่มมากขึ้น หากไม่มีการป้องกันโรคที่ดีพอ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดการจัดงาน การล้างมือบ่อย และการรักษาระยะห่าง เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ทำให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ล่าช้า จึงเป็นเหตุให้เชื้อก่อโรคเพิ่มจำนวนได้มากกว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้ จึงควรมีการศึกษาในประเด็นเหล่านี้เพิ่มเติม

อายุที่เพิ่มขึ้น มีหลายทฤษฎีที่ว่าทำไมอายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วย เช่น การสูญเสียหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (hyperfunctions) การเสื่อมถอยของเซลล์ ความผิดปกติของอีพิจีโนม ตลอดทั้งจีโนม และการลดลงของเอนไซม์โคตินาไมด์อะดีนไดนิวคลีโอไทด์ (NAD⁺) และการมีโรคร่วม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 39 ปีมีโอกาสที่จะเกิดป่วยรุนแรง และป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น 10 เท่า เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป การศึกษาของ ธัญพร วุฒยากร. และพรชัย สิทธิศรีณกุล พบว่า สตรีมีครรภ์ และอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลายเป็นผู้ป่วยหนัก และการศึกษาของปิยนุช ปฏิภาณวัตร พบว่า ช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศหญิง อายุระหว่าง 45-54 ปี และดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 Kg/m² มีโอกาสป่วยรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น 8.875 เท่า และจะมีโอกาสป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อ

อายุมากกว่า 55 ปี เป็น 37.474 เท่า จะเห็นได้ว่ารูปแบบความเสี่ยงที่ได้จากปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างปัจจัย เพศ ดัชนีมวลกาย อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุก 5 ปี เพราะฉะนั้นในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับระบบบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และการจัดสรรทรัพยากร ต้องพิจารณาให้มีความสำคัญกับกลุ่มนี้ ทั้งในด้านการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาอย่างรวดเร็ว การให้รักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ให้อยู่ในระบบการรักษา และการแยกโรคอย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น (อาจอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน แล้วกลับไปกักตัวที่บ้านจนครบ 14 วัน) เผื่อภาวะปอดบวมที่มี hypoxia (resting O₂ saturation $\leq$ 96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ $\geq$ 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates และควรเริ่มการรักษาด้วยยาตามแนวทางเวชปฏิบัติให้เร็วที่สุด (กรมการแพทย์, 2564)

ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้เข้าใจในความเสี่ยงส่วนบุคคล และลดอคติในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดอาการรุนแรง ซึ่งสามารถนำไปใช้สนับสนุนการตรวจสุขภาพและวางแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ามั่ว แต่มีข้อจำกัดที่ผู้วิจัยเน้นเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่หาได้ง่าย เนื่องจากไม่ได้พิจารณาปัจจัยเสี่ยงทางโลหิตวิทยา และผลตรวจเอกซเรย์ปอด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์ในการแบ่งชั้นความเสี่ยงตามเกณฑ์ และผู้วิจัยมุ่งหมายที่จะเพิ่มข้อมูลเพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์โดยดึงค่าประมาณที่มีทั้งหมดสำหรับความเสี่ยงของตัวแปร

ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีข้อบกพร่องตรงที่ผลลัพธ์เหล่านี้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้โดยตรงกับการวิเคราะห์อนุমানที่เข้มงวด ดังนั้น ขอแนะนำให้ใช้ความระมัดระวังในการตีความความเสี่ยงแต่ละตัวแปรที่สนใจ หากจะนำไปใช้ในพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ควรจัดทำแบบประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานเพื่อใช้ในการประเมินคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในสถานพยาบาล เพื่อจะได้เพิ่มการเฝ้าระวังหรือจัดหผู้ป่วยความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต
2. ใช้มาตรการการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการดำเนินวิถีชีวิตแบบใหม่ การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ เว้นระยะห่าง

ทางสังคม การดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ครบถ้วน น่าเชื่อถือ และนำมาใช้ประโยชน์ในการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ เพื่อลดระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วงพร้อมคณะผู้บริหารในการผลักดันให้เกิดการศึกษาเรื่องนี้ขึ้นในโรงพยาบาลคำม่วง ขอบพระคุณทีมงานที่ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น ขอขอบคุณทีมวิจัยทุกท่านที่ร่วมมือร่วมใจกันในการจัดทำการศึกษาในครั้งนี้ ให้ผ่านไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ คณะอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยต่าง ๆ (คณะกรรมการกำกับดูแลรักษาโควิด-19). (2564). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ 2564. จาก <https://COVID19.dms.go.th>.
- ไตรวิทย์ รัตนโรจนพงศ์ และคณะ. (2564). โควิด-19 ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): องค์ความรู้ด้านงานวิจัยไวรัสวิทยา การศึกษาข้อมูล ด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพัฒนาวัคซีน. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) 25 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://kb.hsri.or.th>.
- ธัญพร วุฒยากร. และพรชัย สิทธิศรีณกุล. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, ปีที่ 11 (ฉบับที่ 2), 447-464.
- ปิยนุช ปฎิภาณวัตร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, ปีที่ 7 (ฉบับที่ 1), 64-71.
- Arvinte C, Singh M, Marik PE. Serum levels of vitamin C and Vitamin D in a cohort of critically ill COVID-19 patients of a north american community hospital intensive care unit in may 2020: apilot study. *Medicine in Drug Discovery*. 2020;8:100064
- Esakandari et al. (2020). A comprehensive review of COVID-19 characteristics, Biological

- Procedures, Online from <https://doi.org/10.1186/s12575-020-00128-2>.
- Grant WB, Lahore H, McDonnell SL, et al. Evidence that vitamin d supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*. 2020;12(4):98
- Karahasan Yagci A, Sarinoglu RC, Bilgin H, Yanilmaz Ö, Sayin E, et al. (2020). Relationship of the cycle threshold values of SARS-COV-2 polymerase chain reaction and total severity score of computerized tomography in patients with COVID 19. *Int J Infect Dis*,101:160–166.
- Kaiyuan Hu et al., (2021). COVID-19: risk factors for severe cases of the Delta variant, *AGING* 2021, Vol. 13, No. 20
- Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, et al. (2020). Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis* ;20:656–657.
- Liu et al., (2021). High-risk groups for severe COVID-19 in a whole of the population cohort in Australia, *BMC Infectious Diseases*,21:685. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06378-z>
- Shah S, Singhal T, Davar N, Thakkar P. (2021). correlation between Ct values and severity of disease or mortality in patients with COVID 19 disease. *Indian J Med Microbiol* ,39:116–117.
- Soria et al. (2021). High SARS-CoV-2 viral load is associated with a worse clinical outcome of COVID-19 disease, *Access Microbiology*.
- Weill P, Plissonneau C, Legrand P, Rioux V, Thibault R. (2020). May omega-3 fatty acid dietary supplementation help reduce severe complications in Covid-19 patients. *International Journal of Biological & Medical Research*. <https://doi.org/10.1016/j.biochi.2020.09.003>

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง Development of a Febrile convulsion Guideline, Bangpakong hospital.

(Received: June 6,2022 ; Accepted: June 27,2022)

เพ็ญดาว ยามาฮารา¹, กนกศรี จาดเงิน²
Piengdow Yamahara, Ganoksri Jardngoan

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชัก โรงพยาบาลบางปะ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติและ3) ประเมินแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 4 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน ผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 4 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ 1)แบบทดสอบความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ 2) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแลเด็ก และ3) แบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีคะแนนทักษะหลังร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเด็กชักจากไข้ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้

Abstract

The study was research and development. The objectives were to development of a Febrile convulsion Guideline,Bangpakong hospital. The study was comprising 3 stages.(1) to study of the need and content (2) to designing and construction guidekine. And (3) to evaluate and improvement of the guideline.The research sample consisted of 18 public health personel,Bangpakong hospital comprising doctor 4 persons,IPD.nurse 5 persons,OPD.nurse 4 persons, ER.nurse 5 persons and care giver 30 persons.The research instruments were (1) the learning achievement test and skill measurement of public health personel,Bangpakong hospital for pre-test and post-test (2) the learning achievement test and skill measurement of care giver and (3) a questionnaire to assess satisfaction.Statistics employed in the research were frequency, percentage, mean, standard division and Wilcoxon Signed-Rank Test.

Research finding indicated that the development of a Febrile convulsion Guideline. Bangpakong hospital was efficient by the post-learning achievement of the public health personel,Bangpakong hospital were significantly higher than their pre-learning achievement at the 0.05 level. The post-skill achievement of the samples were significantly higher than their pre - skill achievement at the 0.05 level.Care giver were significantly higher than their pre-learning achievement

¹ กลุ่มงานบริการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบางปะกง

² กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

at the 0.05 level. The post-skill achievement of the samples were 80% And the samples were satisfied with the guideline at the highest level.

Keywords: Febrile convulsion, Febrile convulsion Guideline

บทนำ

อาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion) เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในเด็กเล็กช่วงอายุ เดือน ถึง 5 ปี บางตำราก็กี่ให้ตั้งแต่อายุ 1 เดือนถึง 7 ปี เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็ก จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มีอุบัติการณ์ร้อยละ 2-5 ในกลุ่มประชากรก่อนวัยเรียน (แนวทางการรักษาโรคในเด็ก, ๕๘) จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า ภาวะไข้ เป็นปัญหา อันดับ ๒ หรือ ๓ มาตลอด และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานสถิติพบกลุ่มไข้ไม่ทราบสาเหตุตั้งแต่ 2560, 2561 และ 2562 พบผู้ป่วย 42,47, 93 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มไข้ไม่ทราบสาเหตุ มีผู้เสียชีวิต ๑๗ ราย อัตราตาย 0.03 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ อายุ 0-4 ปี อัตราป่วย 23099.22 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี , ตามลำดับ ภาวะชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion) เป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่พบในเด็กเล็กและมีโอกาสเป็นซ้ำได้บ่อย อย่างไรก็ตามจากสถิติยังไม่พบรายงานอย่างเป็นทางการที่ระบุจำนวนเด็กป่วยที่มีภาวะชักจากไข้สูง แต่สถิติของโรงพยาบาลบางปะกง พบว่า ภาวะชักจากไข้สูงในเด็กติดอันดับ 1 ใน 5 ของการรายงานโรคของโรงพยาบาลบางปะกง อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 - 2562 สถิติ 34, 44, 53 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เป็นโรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดา มารดา และตัวเด็กเอง เนื่องจากเป็นซ้ำได้บ่อยและเป็นโรคที่ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

จากการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลัง ของโรงพยาบาลบางปะกง พบว่า ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ผู้ป่วยเด็กที่ชักจากบ้าน จำนวน 34, 44, 53 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และมีอาการชักที่แผนกฉุกเฉิน จำนวน 2 คน ผู้ป่วย

เด็กที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีอาการชักที่แผนก จำนวน 1 คน ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาอยู่แผนกผู้ป่วยในและมีอาการชัก จำนวน 5 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีอาการชักซ้ำกลับมาโรงพยาบาล จำนวน 64 คน

ภาวะไข้ (Fever หรือ Pyrexia) เป็นภาวะที่เด็กมีอุณหภูมิร่างกาย ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไข้หรือที่เรียกว่าอาการตัวร้อน เป็นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกายที่พยายามต่อต้านการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือมีการเจ็บป่วยจากสาเหตุบางอย่าง แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ เน้นการเช็ดตัวเพื่อทำให้ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ถ้ามีอาการชักนาน เช่น เกิน 5 นาที อาจพิจารณาให้ยาทางทวารหนัก (0.5 มก./กก./ครั้ง) หรือให้ยา diazepam ทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น (แนวทางการรักษาโรคในเด็ก, 59) ถึงแม้จะทำการรักษาตามแนวปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่ยังมีพบปัญหาจากภาวะชักจากไข้อย่างต่อเนื่อง การชักจากไข้ส่วนใหญ่จะมีอาการชักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เริ่มมีอาการไข้ แม้ว่าอาการชักจากไข้ไม่ได้เป็นปัญหาที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ไม่มีผลต่อความผิดปกติของระบบประสาทและพัฒนาการของเด็ก แต่หากมีอาการชักติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 15 นาทีขึ้นไปจนมีภาวะขาดออกซิเจน หรือมีอาการชักซ้ำติดต่อกันหลายครั้งในการเจ็บป่วยครั้งเดียว อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อสมองที่กำลังเติบโตส่งผลให้สมองเสียหายแบบถาวรได้ ซึ่งเด็กที่เคยชักจากไข้สูงมาแล้วมีโอกาสที่จะกลับมาชักอีกถึงร้อยละ 20-50 และเด็กที่มีอาการชักจากไข่มิแนวโน้มที่จะเกิดโรคลมชักได้สูงกว่าเด็กทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามถ้ามีการดูแลรักษาอย่างถูกต้องก็สามารถป้องกันมิให้มีอาการชักซ้ำได้ จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาอาการชักจากไข้ในเด็ก และได้ทำการศึกษาปัญหาในเรื่องนี้ เพื่อหาสาเหตุและพัฒนาแนวทางการป้องกัน

จากการสัมภาษณ์ทีมการรักษาพบปัญหาในการดูแลในกลุ่มนี้ ได้แก่ การแบ่งระดับของไข้ว่าผู้ป่วยมีภาวะไข้ปานกลางหรือสูงนั้น ยังไม่มีความคิดเห็นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อการแบ่งระดับที่ต่างกันทำให้การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลต่างกัน รวมถึงการให้ความรู้ญาติจนถึงระดับที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการช็อกเมื่อกลับไปบ้านยังไม่เคยมีการประเมินอย่างเป็นรูปธรรมมาก่อน จึงทำให้เป็นเหตุผลในการป้องกัน รักษาตามมา จะเห็นได้ว่า การให้ตรวจสัญญาณชีพ หรือตรวจร่างกายเพื่อการคัดกรองและวินิจฉัยในแต่ละวิชาชีพ ส่งผลต่อการรักษาทั้งสิ้น ดังนั้นการทบทวนแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของโรงพยาบาลบางปะกง จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหา

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชกจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกงขึ้น เนื่องจากการพัฒนาในส่วนที่ยังเป็นข้อแตกต่างตามแนวปฏิบัติที่เป็นบริบทของโรงพยาบาลบางปะกง ให้เกิดแนวทางสอดคล้องกันทั้งระบบจะช่วยให้การรักษาพยาบาลมีแนวโน้มในอนาคตที่จะสำเร็จได้ด้วยดี มีผลทำให้ประสิทธิภาพและผลของการรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต การลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สาธการป้องกันโรคแทรกซ้อนและ การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการรักษาพยาบาลเด็กชกจากไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชก จากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชกจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง
3. เพื่อประเมินแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชกจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง

4. เพื่อศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชกจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ในด้านการลดอัตราการเกิดการชกซ้ำจากไข้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยจัดขั้นตอนในการศึกษาวิจัยตามแนวทางการบริหารจัดการ และกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ช่วงเวลาของข้อมูล : ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 1 ปีงบประมาณ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 – 30 กันยายน 2564 โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่ มกราคม 2564 – มิถุนายน 2564 งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัย ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 12/2563) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม ในปีงบประมาณ 2564 เป็นแพทย์จำนวน 7 คน พยาบาล จำนวน 16 คน

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยด้วยภาวะชกจากไข้ มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน – 6 ปี มีไข้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส มีอาการซึม รับประทานอาหารและนมได้ลดลง และมีภาวะเสี่ยงต่ออาการชกหรือมีประวัติการชกจากไข้สูงมาก่อน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลบางปะกง และทำหน้าที่ดูแลเด็กป่วยตลอดเวลาที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบางปะกง ในช่วงเดือน มกราคม – มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยคัดประมาณจากปี พ.ศ. 2562 – 2563 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วย

ในกุมารเวชกรรม ในปีงบประมาณ 2564 เป็นแพทย์จำนวน 7 คน พยาบาล จำนวน 16 คน ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นแพทย์จำนวน 4 คน พยาบาล จำนวน 14 คน มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยด้วยภาวะชักจากไข้มืออายุตั้งแต่ 1 เดือน – 6 ปี มีไข้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส มีอาการซึม รับประทานอาหารและนมได้ลดลง และมีภาวะเสี่ยงต่ออาการชักหรือมีประวัติการชักจากไข้มาก่อน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลบางปะกง และทำหน้าที่ดูแลเด็กป่วยตลอดเวลาที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบางปะกง ในช่วงเดือน มกราคม – มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยคัดประมาณจากปี พ.ศ. 2562 – 2563 จำนวน 30 คน ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เลือกทุกคนที่มารับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 30 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

ขั้นที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ในเดือนตุลาคม 2563 - มีนาคม 2563 ดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ (ก) ภาวะชักจากอาการไข้มือในเด็ก (ข) แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยชักอาการไข้มือในเด็ก (ค) การพยาบาลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ และ (จ) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง

1.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหาและความต้องการ กำหนดปัญหาในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง จากข้อมูลที่ได้จากข้อที่ 1 และ 2

1.4 สรุปปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง

ขั้นที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง
ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย ดำเนินการ ในเดือนเมษายน 2564 - กรกฎาคม 2564 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำสรุปผลปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง จากขั้นตอนที่ 1 นำมาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการและปัญหาสำคัญและเร่งด่วนร่วมกับการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัย จากนั้นนำไปดำเนินการร่างพัฒนาจัดทำร่างแบบจำลอง (prototype) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้โรงพยาบาลบางปะกง

2.2 ขั้นตรวจสอบและทดสอบประสิทธิภาพร่างแบบจำลอง (prototype) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ดังนี้

1) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำร่างแบบจำลอง (prototype) แนวปฏิบัติ ฯ ที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน ประเมินร่างแบบจำลอง (prototype) แนวปฏิบัติ ฯ ที่จัดทำขึ้น จากนั้นจึงนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) ซึ่งร่างแบบจำลอง ฯ ที่สร้างขึ้นนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ภาพรวมเท่ากับ 0.97 ซึ่งหมายความว่า ร่างแบบจำลอง (prototype) แนวปฏิบัติ ฯ ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนั้นผ่านเกณฑ์ทุกข้อ มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการ

2) ผู้วิจัยนำร่างแบบจำลอง (prototype) แนวปฏิบัติ ฯ ที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว มาทดสอบประสิทธิภาพ โดยทดลองใช้จริงกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คน (กลุ่มแพทย์ เป็นแพทย์ใช้ทุนที่มาปฏิบัติงานในช่วงเดือน

เมษายน 2563 - กรกฎาคม 2563 พยาบาล เป็นพยาบาลจบใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงาน ในช่วงเดือนเมษายน 2563 - กรกฎาคม 2563) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยด้วยภาวะชักจากไข้มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน - 6 ปี มีไข้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส มีอาการซึม รับประทานอาหารและนมได้ลดลง และมีภาวะเสี่ยงต่อการชักหรือมีประวัติการชักจากไข้สูงมาก่อน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลบางปะกง และทำหน้าที่ดูแลเด็กป่วยตลอดเวลาที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบางปะกง ในช่วงเดือน ตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2563 จำนวน 10 คน นำมาดำเนินการจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องทั้งหมด แล้วนำกลับมาปรับปรุงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง จนได้แบบจำลองที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปทดลองต่อไป

ขั้นที่ 3 ประเมินแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาล บางปะกง ด้านความรู้ทักษะและความพึงพอใจ สำหรับเจ้าหน้าที่และทักษะผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยดำเนินการหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนี้

ระยะก่อนดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง ผู้วิจัยนัดประชุมชี้แจงกลุ่ม

ตัวอย่าง เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละหน่วยงาน และอธิบายรายละเอียดกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง มาใช้ในครั้งนี้ ประกอบด้วย เหตุผล วิธีการเก็บข้อมูลความรู้และทักษะ โดยทำแบบจำลองสถานการณ์เด็กป่วยที่มารับบริการ ใช้เวลาทำแบบทำแบบจำลองสถานการณ์ ๓ ประมาณ 30 นาทีต่อคนเพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำกิจกรรม ระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินการ

ระยะดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง นำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ในหน่วยงานตนเอง ระยะเวลา 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยด้วยภาวะชักจากไข้ จะได้รับการฝึกทักษะการดูแลเด็กและร่วมประเมินทักษะของตนเองร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง เมื่อสิ้นสุดกระบวนการเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการทำแบบจำลองสถานการณ์เด็กป่วยที่มารับบริการ ใช้เวลาทำแบบทำแบบจำลองสถานการณ์ ๓ ประมาณ 30 นาทีต่อคนเพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างหลังทำกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยด้วยภาวะชักจากไข้ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมจะเพิ่มการฝึกทักษะผู้ดูแลเด็กและร่วมประเมินทักษะก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย โดยผู้ดูแลเด็กจะประเมินตนเองในการทำกิจกรรมเป็นเวลา 15 นาทีและพยาบาลวิชาชีพทำการประเมินทักษะเพื่อพัฒนาจนผ่านมาตรฐาน ใช้เวลา 15 นาทีเก็บไว้เป็นข้อมูลหลังทำกิจกรรมโครงการ

เครื่องมือวิจัย

1. แบบวัดความรู้และทักษะแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้ แบบวัดความรู้และทักษะจากสถานการณ์จำลองฯ แบ่งเป็น 3 ชุดตามหน่วยงาน ได้แก่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม แบ่งหัวข้อการประเมินสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

สำหรับแพทย์

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การวินิจฉัย และการให้การดูแล รักษาผู้ป่วย

แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยแรกรับ แนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะมีอาการเปลี่ยนแปลง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

สำหรับพยาบาล

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การรายงานแพทย์ การให้การดูแลผู้ป่วย และการให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าตึกผู้ป่วยใน

แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การรายงานแพทย์ การให้การดูแลผู้ป่วย และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ในแต่ละหน่วย คะแนนเต็ม 10 คะแนน การคิดคะแนนคิดคำตอบตามแนวปฏิบัติที่ตั้งไว้

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจให้คะแนนตามหัวข้อที่แสดงความรู้หรือทักษะตรงกับหัวข้อตามแนวปฏิบัติ โดยแบบวัดความรู้และทักษะฯ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 1

2. แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแลเด็ก Febrile convulsion แบ่งเป็นแบบประเมินความรู้ ลักษณะแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมหรือทักษะเป็นแบบลักษณะการกระทำได้ หรือกระทำไม่ได้ ในการแสดงพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวมทั้งสิ้น 5 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 หาค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบเป็นรายข้อ โดยมีค่าความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00

3. แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert Scaling) จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มีความพอใจมากที่สุด

ระดับความคิดเห็น 4 หมายถึง มีความพอใจมาก

ระดับความคิดเห็น 3 หมายถึง มีความพอใจปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 2 หมายถึง มีความพอใจน้อย

ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง มีความพอใจน้อยที่สุด

มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแบบ nonparametric ได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks

ผลการศึกษา

1. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแยกหน่วยงาน ได้แก่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม และมีรายละเอียดความรู้แยกในแต่ละแนวทาง

2. การประเมินแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งป่วยด้วยภาวะชักจากไข้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของของเจ้าหน้าที่ในการประเมินแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 18 คน เป็นพยาบาล จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.80 แพทย์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 ตามลำดับ ด้านหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน เป็นหน่วยงานผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 27.80 ผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 อุบัติเหตุ

และฉุกเฉิน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 27.80 และ
องค์กรแพทย์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20
ตามลำดับ

2.2 ผลการศึกษาความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้
เข้าร่วมรับความรู้ในการประเมินแนวปฏิบัติในการ
ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะ

กง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนศึกษาความรู้ เท่ากับ
($\bar{X}$ = 7.28, SD.= 1.13) มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานหลังศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X}$ = 9.56, SD.=
0.63) และสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมรับความรู้ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนและหลังเข้าประเมินความรู้ด้วยสำหรับเจ้าหน้าที่ (n=18)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคู่	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความรู้หลังเรียน-ความรู้ ก่อนเรียน	- Negative Ranks	0	0.00	0.00	-3.78	0.01*
	- Positive Ranks	18	9.50	171.00		
	- Ties	0				
	- Total	18				

* Z <0.05

2.3 ผลการศึกษาทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้
เข้าร่วมรับความรู้ในการประเมินแนวปฏิบัติในการ
ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะ
กง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนศึกษาความรู้ เท่ากับ

($\bar{X}$ = 6.06, SD.= 0.87) มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานหลังศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X}$ = 8.44, SD.=
0.78) และสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนและหลังเข้าประเมินความรู้ด้วยสำหรับเจ้าหน้าที่ (n=18)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคู่	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความรู้หลังเรียน-ความรู้ ก่อนเรียน	- Negative Ranks	0	0.00	0.00	-3.75	0.01*
	- Positive Ranks	18	9.50	171.00		
	- Ties	0				
	- Total	18				

* Z <0.05

2.4 ผลการศึกษาความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็ก
Febrile convulsion พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม
กิจกรรม มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อน
ศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X}$ = 5.97, SD.= 1.56) มี

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังศึกษาความรู้
เท่ากับ ($\bar{X}$ = 7.70, SD.= 2.37) และสูงขึ้นกว่าก่อน
เข้าร่วมรับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนและหลังเข้าประเมินความรู้ด้วยสำหรับผู้ดูแลเด็ก Febrile convulsion (n=30)

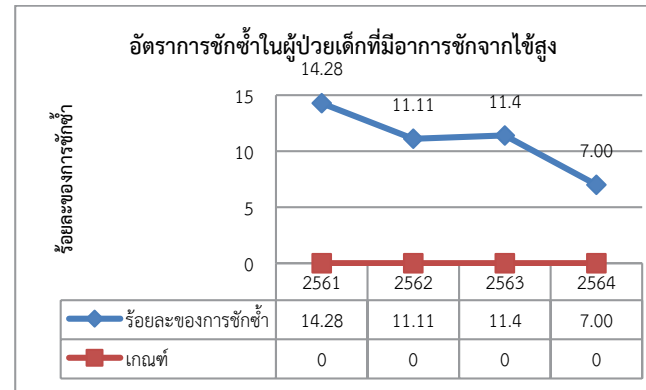
กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคู่	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ความรู้หลังเรียน-ความรู้ก่อนเรียน	- Negative Ranks	1	3.50	3.50	-4.46	0.01*
	- Positive Ranks	25	13.90	347.50		
	- Ties	4				
	- Total	30				

* Z <0.05

2.5 ผลการประเมินทักษะสำหรับผู้ดูแลเด็ก Febrile convulsion ทักษะด้านการตัดสินใจในการประเมินการเช็ดตัวและให้ยาลดไข้ซ้ำ ทำได้น้อยที่สุด ทำได้ถูกต้องเพียง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนทักษะการวัดไข้ทำได้ดีที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และพบว่าหลังฝึกปฏิบัติ คะแนนรวมทุกทักษะหลังการฝึกปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ จำนวน 24คน ร้อยละ 80.00 ถือว่ามีคะแนนผ่านเกณฑ์ในระดับดี

2.6 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก Febrile convulsion ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก Febrile convulsion หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลเด็ก Febrile convulsion มีความพึงพอใจภาพรวมต่อการเข้าร่วมโครงการ ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X}$ = 4.30, SD.= 0.53) แยกรายด้านความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ พบว่า ท่านคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์ ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.20, SD.= 0.40) ด้านรูปแบบการจัดกิจกรรมโครงการ -ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ($\bar{X}$ = 3.83, SD.= 0.65) ($\bar{X}$ = 3.87, SD.= 0.63) และ ($\bar{X}$ = 3.90, SD.= 0.68) ตามลำดับ

2.7 ผลการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ในด้านการลดอัตราการเกิดการชักซ้ำจากไข้ พบว่า หลังจากนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ อัตราการชักซ้ำในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกงลดลงจากเดิม คิดเป็น ร้อยละ 7.00 ในปีงบประมาณ 2564 ดังแสดงในภาพที่ 1



สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ครั้งนี้ อภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง ที่นำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกงไปใช้ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฯ สูงขึ้นกว่าก่อนฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยฯ ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ สูงขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง อย่างเป็นระบบ ทั้งจากการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน การสำรวจปัญหา สาเหตุจากการทำแบบสถานการณ์สมมติเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองผู้ป่วยเด็กชักจากไข้ สำหรับแพทย์พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม สุ่มผู้ปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย ดึก และเวรเช้าในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อทำการสำรวจข้อมูลและนำเข้าสู่การประชุม PCT. เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการชักซ้ำในเด็ก การวิเคราะห์ ปัญหาจากแนว

ปฏิบัติเดิม และความต้องการของผู้ปฏิบัติในแต่ละส่วน และนำไปวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ จึงได้แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานตามแนวคิดทฤษฎี มีแนวปฏิบัติแยกเฉพาะหน่วยงานและมีรายละเอียดการดำเนินงานที่ชัดเจน ร่วมกับการสื่อสารทำความเข้าใจในก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ และนำไปทดลองปฏิบัติจากสถานการณ์สมมติอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้จริง จึงทำให้เกิดความมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถลดความเสี่ยงจากการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย และการให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางปะกง ที่นำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้โรงพยาบาลบางปะกงไปใช้ มีความรู้และทักษะเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับ จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์(2558) ได้กล่าวถึงภาวะชักจากไข้ในเด็ก ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยในเด็ก ยังไม่ทราบกลไกการเกิดภาวะที่แน่ชัด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะนี้ การวินิจฉัยภาวะชักจากไข้จำเป็นต้องแยกสาเหตุที่เกิดจากพยาธิสภาพทางระบบประสาทส่วนกลางและสาเหตุจากความผิดปกติทางเมตาบอลิกออกไปก่อน หลักการรักษาภาวะชักจากไข้ ได้แก่ การดูแลอาการชักเบื้องต้น การลดไข้ การตรวจหาสาเหตุและรักษาสาเหตุของไข้ ดังนั้นแพทย์และพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลอาการดังที่กล่าวมาข้างต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตรงตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล

2. ญาติผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ผ่านแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชัก โรงพยาบาลบางปะกง มีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ ในระดับร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ก่อนเริ่มให้ความรู้และทำการทวนสอบหลังให้ความรู้เพื่อความมั่นใจสำหรับผู้ดูแล และได้จัดระบบการฝึกทักษะการดูแลอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง มีการทดสอบทวนซ้ำในแต่ละทักษะจนกว่าญาติผู้ป่วยจะมั่นใจ จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ผ่านแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชัก โรงพยาบาลบางปะกง มี

ความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ ในระดับร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของสรีพร ชมบุญ, นัยนา หนูนิล, เกียรติกำจร กุศลและสายฝน เอกวรารุง.(2561) ที่ทำการศึกษารื่อง ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของเด็กอายุ 3 เดือนถึง 5 ปี ที่มีภาวะไข้เฉียบพลันใน 24 ชั่วโมง เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยให้วันคู่เป็นกลุ่มทดลองและวันคี่เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 ราย กลุ่มทดลองได้รับ 1) การให้ความรู้ 2) ทักษะการจัดการภาวะไข้ และ 3) การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2560 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน ประเมินผลด้วยแบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการด้วยภาวะไข้เฉียบพลันใน 72 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติ t-test, Chi-square และ Fisher's exact test หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของเด็กที่บ้านดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อให้ความรู้และติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้ดูแลทักษะในการจัดการภาวะไข้ได้อย่างมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการ ภาวะไข้และดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (15.8%) นำเด็กกลับเข้ารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (39.5%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

อยู่ในระดับมาก เป็นไปตามสมมติฐาน ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกงมีความพึงพอใจภาพรวมต่อการเข้าร่วมโครงการ ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.53$) แยกรายด้านความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ พบว่า ท่านคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์ ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.40$) ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง จึงทำให้ญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

4. ผลการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกง ในด้านการลดอัตราการเกิดการชักซ้ำจากไข้ พบว่า หลังจากนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ อัตราการชักซ้ำในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ โรงพยาบาลบางปะกงลดลงจากเดิมคิดเป็น ร้อยละ 7.00 และพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางปะกง ส่วนในรายเดิมที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางปะกง ไม่มีอาการชักซ้ำกลับมา แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้

โรงพยาบาลบางปะกง สามารถลดอาการชักซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการศึกษาและสื่อสารทำความเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน เพื่อผู้นำไปใช้จะสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ควรมีคู่มือหรือแนวทางในการให้ญาติสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เนื่องจาก ทักษะทักษะการตัดสินใจและประเมินผล และการประเมินการให้ยาซ้ำ ทุก 4 ชั่วโมงพร้อมกับการเช็ดตัวลดไข้ต่อเนื่องที่ยังมีไข้อยู่ อยู่ในระบับน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับทักษะอื่น ๆ

3. ควรนำความรู้ไปจัดบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันการชักซ้ำในเด็กที่อยู่ในชุมชน และป้องกันการเกิดเด็กที่มีอาการชักจากไข่อุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

4. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ อย่างน้อย 6 เดือน – 1 ปี

5. ควรทำการศึกษาการประเมินความรู้และทักษะผู้ดูแลซ้ำเมื่อกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

- สรีพร ชมบุญ, นัยนา หนูนิล, เกียรติกำจร กุศลและสายฝน เอกวรารุง.(2561).ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 9 : 20 กรกฎาคม ๒๕๖๑. สืบค้นจาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Documents/62-048He-NO%20(%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%9E%E0%B8%A3%20%E0%B8%8A%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%8D).pdf.สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม 2563.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2559). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธิตา ล่ามช้าง, อมรรักษ์ งามสวย, อรพิน จันทร์ปัญญาสกุล และปรีชา ล่ามช้าง. (2560). ความวิตกกังวลการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล และการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของ ผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลัน. พยาบาลสาร, 44 (1), 74-85.

สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2558). ป้องกัน 25 โรคฮิตให้ลูกรัก. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น

Considine, J. & Brennan, D. (2007). Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1687-1694. El-Radhi, A. S. (2012).

Fever management: Evidence vs current practice. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 8(4), 29-33.

Goldman, R. D., Ong, M. & Macpherson, A. (2016). Unscheduled return visit to the pediatric emergency department-one-year experience. *Pediatric Emergency Care*, 22(8), 545-549.

Graneto, J. W. (2016). Emergent management of pediatric patients with fever. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/801598-overview> on 16 July 2020.

จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์.(2558).ภาวะชักจากไข้ในเด็ก (Pediatric Febrile Seizures).วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,23(4),1-20.



การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ Developmet of food sanitation implementation guidelines "Place to sell food" in Industrial Plants.

(Received: June 14,2022 ; Accepted: June 29,2022)

พีระพล ต่วนภูษา¹
Peeraphol Tuanpoosa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบการ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ 2) พัฒนาแนวทางและ 3) ประเมินแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ ผู้สัมผัสอาหารทุกคนในโรงงานอุตสาหกรรมเป้าหมาย จำนวน 30 คน ผู้ประกอบกิจการทุกคนในโรงงานอุตสาหกรรมเป้าหมาย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) หลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร 2) แบบทดสอบความรู้หลักสูตรการอบรมผู้ประกอบการ 3) แบบทดสอบความรู้ หลักสูตรการอบรมผู้สัมผัสอาหาร และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเหมาะสมในการนำไปใช้และความพึงพอใจต่อการแนวทางฯ อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร สถานที่จำหน่ายอาหาร สถานประกอบการ

Abstract

The study was research and development. The objectives were to development of food sanitation implementation guidelines in Industrial Plants . The study was comprising 3 stages.(1) to study of the need and content (2) to designing and construction guideline. And (3) to evaluate and improvement of the guideline.The research sample consisted of 60 employees comprising entrepreneur 30 persons and food handler 30 persons.The research instruments were (1) food sanitation course (2) the learning achievement test of entrepreneur for pre-test and post-test (3) the learning achievement test of food handler for pre-test and post-test and (3) a questionnaire to assess satisfaction.Statistics employed in the research were mean, standard division and Wilcoxon Signed-Rank Test.

Research finding indicated that the development of food sanitation implementation guidelines "Place to sell food" in Industrial Plants was efficient by the post-learning achievement of the entrepreneur and food handler were significantly higher than their pre-learning achievement at the 0.05 level. Suitable for used and the samples were satisfied with the guideline at the highest level.

Keywords: food sanitation implementation guidelines, Place to sell food, Industrial Plants

¹ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

จากกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 ให้ไว้ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 42 ก เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2561 โดยให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบ วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป หรือวันที่ 16 ธันวาคม 2561 ได้กำหนดให้สถานประกอบกิจการร้านอาหารจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร ทั้งในด้านสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร สุขลักษณะของอาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบหรือปรุง การเก็บรักษา และการจำหน่ายอาหาร สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ และเครื่องใช้อื่น ๆ สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร โดยยกเว้นข้อ 21 (2) กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการอบรมตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา โดยมีบทเฉพาะกาลกำหนดให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลาสองปี นับแต่วันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ หรือวันที่ 16 ธันวาคม 2563 ส่งผลให้สถานประกอบกิจการโรงงานทุกแห่งที่เคยเข้าร่วมการดำเนินงานร้านอาหารมาตรฐาน หรือ (Clean Food Good Taste) ไม่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานในเรื่องนี้ได้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการจัดการอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 23 ง ลงวันที่ 25 มกราคม 2562 เพื่อมารองรับกับกฎกระทรวงดังกล่าว โดยมีสาระสำคัญคือ กำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร กำหนดหลักเกณฑ์การแจ้ง และการขอหนังสือรับรองเป็นหน่วยงานจัดการอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร กำหนดวิธีการอบรม หลักสูตรการอบรม และวิทยาการการอบรม

และกำหนดการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ซึ่งสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย ได้แจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดทำการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้สถานประกอบกิจการร้านอาหารได้รับทราบ รวมถึงประสานความร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ดำเนินการจัดการอบรมให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด แต่อย่างไรก็ตามด้วยสาเหตุหลายปัจจัย ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนินการได้ทั้ง ๆ ที่สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำได้อำนวยความสะดวกทั้งการจัดทำแบบฟอร์มคำขออนุญาตจัดการอบรม แผนการจัดการอบรม แบบประเมินผลก่อนและหลังการอบรม รายงานผลการอบรม รวมถึง เอกสารประกอบการอบรมในรูปแบบของ Power Point ที่ครอบคลุมเนื้อหาในหลักสูตรไว้อย่างครบถ้วน แต่เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกือบทุกแห่งปฏิเสธที่จะไม่จัดการอบรม สถานประกอบกิจการโรงงานในฐานะที่ได้รับผลกระทบโดยตรงเพราะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย และมีผลต่อการทำธุรกิจกับบริษัทคู่ค้า โดยเฉพาะบริษัทที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วบางส่วนจึงไปขอใช้บริการจากหน่วยงานที่ได้รับความเห็นชอบจากกรมอนามัยให้เป็นหน่วยงานจัดการอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร แทน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อรายค่อนข้างสูงมาก ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะโรงงานที่มีความจำเป็นต้องใช้ผู้สัมผัสผู้ผ่านการอบรม หลักสูตร “การสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร” แต่ไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการใช้บริการจากหน่วยงานจัดการอบรมที่ได้รับความเห็นชอบจากกรมอนามัย กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ในฐานะหน่วยงานด้านวิชาการที่มีหน้าที่ในการให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่หน่วยงาน/องค์กร/สถานที่/

สถานประกอบการ รวมถึงภาคประชาชน เพื่อเป็นการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้ปลอดภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี จึงได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาระบัญญัติของกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 แก่ผู้ประกอบการโรงงานที่เคยเข้าร่วมการดำเนินงานโรงอาหารมาตรฐานหรือ (Clean Food Good Taste) ให้เข้าใจในรายละเอียดของเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละข้อ ความแตกต่างของเกณฑ์มาตรฐานที่เพิ่มเติมมาด้วยเหตุผลความจำเป็นที่ต้องมีการเพิ่มเกณฑ์มาตรฐานรวมถึง บทกำหนดโทษตามกฎหมายหากมีการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ เป็นต้น

2. ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ

3. ทำการตรวจประเมินสถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารภายในโรงงาน เพื่อหาส่วนขาดที่ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ หรือยังไม่เป็นไปตามกฎกระทรวงฯ

4. ขอความร่วมมือให้ผู้บริหารโรงงานฯ จัดอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในโรงงานที่รับผิดชอบ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราจะเป็นหน่วยงานในการขออนุญาตจัดการอบรมต่อกรมอนามัย สนับสนุนวิทยากร เก็บรวบรวมและตรวจสอบแบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม รวมถึงแบบสอบถามความพึงพอใจ และเสนออุทิศบัตรผู้ผ่านการอบรมให้ผู้บริหารหน่วยงานลงนาม เพื่อแจกจ่ายให้แก่ผู้ผ่านการอบรมต่อไป

5. ให้โรงงานที่ประสงค์ใช้บริการในการอบรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นผู้ให้การสนับสนุนอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่มรวมถึงการจัดทำอุทิศบัตรเพื่อมอบให้แก่ผู้ผ่านการอบรม

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราเข้าทำการตรวจประเมินซ้ำด้วยแบบสำรวจ

มาตรฐานตามกฎหมายกระทรวงฯ เพื่อให้ทราบว่าผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในโรงงานได้มีการปฏิบัติให้เป็นไปตามนั้นหรือไม่

7. ในกรณีที่โรงงานยังไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎกระทรวงฯ ก็ให้ทำการปรับปรุงแก้ไขและตรวจประเมินซ้ำจนกว่าจะผ่านมาตรฐานตามกฎหมายกระทรวงฯ

เนื่องจากการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงฯ ด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งหากมีการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม อาจได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 50,000 บาท ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 68 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการแก้ปัญหาการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ

3. เพื่อประเมินผลแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ในด้านความรู้ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ และความพึงพอใจ หลังเข้าโครงการ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยจัดขั้นตอนในการศึกษาวิจัยตามแนวทางการบริหารจัดการและกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ระยะ

การเก็บข้อมูลทุติยภูมิในขั้นตอนที่ 1 ที่ได้ดำเนินการไปแล้วตั้งแต่เดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2563 ส่วนการนำผลนำแนวทาง ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จนสิ้นสุดกระบวนการ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนกันยายน 2564 งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 17/2564) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนสถานประกอบการ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา บางน้ำเปรี้ยว และบางปะกง จากการรับสมัครเบื้องต้น จำนวน 8 โรงงาน ประกอบด้วย ผู้สัมผัสอาหารทุกคนในโรงงานอุตสาหกรรมเป้าหมาย จำนวน 281 คน ผู้ประกอบกิจการทุกคนในโรงงานอุตสาหกรรมเป้าหมาย จำนวน 141 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนสถานประกอบการ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา บางน้ำเปรี้ยว และบางปะกง จากการรับสมัครเบื้องต้น จำนวน 8 โรงงาน และจับสลากเข้าทดลองเครื่องมือ จำนวน 1 โรงงาน ประกอบด้วย ผู้สัมผัสอาหารทุกคนในโรงงานอุตสาหกรรมเป้าหมาย จำนวน 30 คน ผู้ประกอบกิจการทุกคนในโรงงานอุตสาหกรรมเป้าหมาย จำนวน 30 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งสิ้น 60 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

ขั้นที่ 1 ขั้นศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน สุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยประเมินวิเคราะห์ปัญหาของ โดย 1) ทำการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน สุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ใน

สถานประกอบการ หลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ 2) นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหาและความต้องการ 3) กำหนดปัญหาในการการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ จากข้อมูลที่ได้จากข้อที่ 1 ร่วมกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 4) สรุปปัญหาและความต้องการในการการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ

ขั้นที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 การวางแผนการพัฒนาและยกร่างแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ โดย 1) ผู้วิจัยนำสรุปผลปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ จากขั้นตอนที่ 1 นำมาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการและปัญหาสำคัญและเร่งด่วน จากนั้นนำไปดำเนินการยกร่างกระบวนการแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ดังนี้ 1.1) การจัดการความรู้สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในสถานประกอบการ 1.2) การดำเนินตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วยการดำเนินการปฏิบัติจริงในสถานประกอบการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ (1) การจัดการความรู้ (2) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของสถานประกอบการ (3) การจัดการแหล่งสนับสนุน (4) แนวทางการดำเนินงาน (5) การประเมินผล

2.2 การตรวจสอบและหาประสิทธิภาพแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำร่างแนวทางการดำเนินงาน ฯ ที่สร้างขึ้นไปเสนอ

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินแนวทาง ฯ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) นำมาวิเคราะห์ข้อมูลคำนวณโดยให้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งแสดงว่าเนื้อหาในการดำเนินงานมีความเที่ยงตรง แต่ถ้ามีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ต้องนำไปปรับปรุง ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 2) นำร่างกระบวนการ ฯ ที่ผ่านกระบวนการปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญและผ่านการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) แล้วมาทดลองใช้จริงกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คู่ และนำข้อมูลจากการทดลองใช้ไปปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นที่ 3 ประเมินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ด้านความรู้ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ และความพึงพอใจ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยนัดประชุมชี้แจงตัวแทนผู้ประกอบการและตัวแทนผู้จำหน่ายอาหาร เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทาง ฯ วิธีการฝึกปฏิบัติกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมถึงการประเมินผล

3.2 ทำการฝึกอบรมภาคทฤษฎี โดยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ประกอบการจะใช้เวลา 6 ชั่วโมง ส่วนผู้สัมผัสอาหารจะใช้เวลาในการอบรม 3 ชั่วโมง พร้อมประเมินผลความรู้

3.3 นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นเวลา 3 เดือน

3.4 จบโปรแกรม สรุปผล และประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ และความพึงพอใจ

เครื่องมือวิจัย

1. **หลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร** ในสถานประกอบการการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นหลักสูตรที่พัฒนาโดย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรม

อนามัย เนื้อหาการอบรม ประกอบด้วย สถานการณ์ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรอบแนวคิดการยกระดับร้านอาหารให้มีคุณภาพแนวทาง/กลไกการยกระดับร้านอาหารสู่ความเป็นเลิศ (การพัฒนาด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ การพัฒนาด้านผู้ประกอบการกิจการร้านอาหาร การส่งเสริมความรอบรู้สู่ประชาชน (อาหารปลอดภัย) การจัดการความเสี่ยงที่เกิดในร้านอาหาร ช่องทางการสนับสนุน การประสานและขับเคลื่อนงาน (การสนับสนุนทางด้านวิชาการ การสนับสนุนด้านกฎหมาย)

2. แบบทดสอบความรู้ หลักสูตรการอบรมผู้ประกอบการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบอัตนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 50 ข้อ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ตามมาตรฐาน การดำเนินงาน มีค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบเป็นรายข้อ โดยพิจารณาแบบสอบถามข้อที่มีค่าความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00 จำนวน 50 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

3. แบบทดสอบความรู้ หลักสูตรการอบรมผู้สัมผัสอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบอัตนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบเป็นรายข้อ โดยพิจารณาแบบสอบถามข้อที่มีค่าความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00 จำนวน 20 ข้อ และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.71

4. แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert Scaling) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of

Item Objective Congruence IOC) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดเท่ากับ 1 มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ระดับคะแนน 1.81– 2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

ระดับคะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง มีพึงพอใจระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

ระดับคะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม แบบ nonparametric ได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks

ผลการศึกษา

1. แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ

1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินการ คือ 1) ปัจจัยด้านการกำหนดนโยบายของสถานประกอบการ โดยผู้บริหารยังไม่กำหนดนโยบายการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ จึงทำให้การกำหนดแนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน 2) ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารยังมีความรู้ ความเข้าใจในการ

ดำเนินการไม่เพียงพอ ส่งผลให้การสนับสนุนให้ผู้ประกอบการดำเนินการตามนโยบายจึงยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐาน 3) การเข้าถึงบริการด้านการขอรับรองมาตรฐานสำหรับส่วนราชการยังไม่ชัดเจน จากข้อสรุปดังกล่าว นำไปสู่การศึกษาเอกสารและงานวิจัย นำมาสังเคราะห์ได้เป็นแนวทางฯ ดังนี้

1.2 แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

(1) การจัดการความรู้สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร ประกอบด้วย

หลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร ในสถานประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นหลักสูตรที่พัฒนาโดย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย เนื้อหาการอบรม ประกอบด้วย สถานการณ์ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรอบแนวคิดการยกระดับร้านอาหารให้มีคุณภาพ แนวทาง/กลไกการยกระดับร้านอาหารสู่ความเป็นเลิศ (การพัฒนาด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ การพัฒนาด้านผู้ประกอบการร้านอาหาร การส่งเสริมความรู้สู่ประชาชน (อาหารปลอดภัย)) การจัดการความเสี่ยงที่เกิดในร้านอาหาร ช่องทางการสนับสนุน การประสานและขับเคลื่อนงาน (การสนับสนุนทางด้านการวิชาการ การสนับสนุนด้านกฎหมาย)

(2) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของสถานประกอบการ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร กำหนดนโยบายการดำเนินงาน 2) บุคลากร จัดทำแนวปฏิบัติ และเป็นพี่เลี้ยงและผู้ประเมินสำหรับสถานประกอบการ 3) ผู้ประกอบการร้านอาหารสร้างแนวทางในการดำเนินกิจกรรม 4) ผู้สัมผัสอาหาร ดำเนินกิจกรรมโดยเคร่งครัด และ 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงในด้านความรู้ และผู้บริหารหลักสูตรตามบทบาทของผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ต่อการเรียนรู้ วิธีปฏิบัติ รวมถึงการขอรับการประเมินตามมาตรฐาน

(3) การจัดการแหล่งสนับสนุน

- แหล่งสนับสนุนด้านผู้บริหารสถานประกอบการ ในการดำเนินนโยบาย ทาง การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ และ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” สถานที่

- แนวทางการเข้าถึงระบบการขึ้นทะเบียน และแนวปฏิบัติของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

(4) แนวทางการดำเนินงาน

- การชี้แจงนโยบายการดำเนินงานสำหรับผู้บริหารสถานประกอบการ

- การพัฒนาด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถเป็นพี่เลี้ยงและ ผู้ตรวจสอบสถานประกอบการได้

- ช่องทางการเข้าถึงบริการภาครัฐ

- การพัฒนาด้านผู้ประกอบการกิจการร้านอาหารและผู้สัมผัสอาหาร

- การส่งเสริมความรอบรู้สู่บุคลากรในสถานประกอบการ (อาหารปลอดภัย)

(5) การประเมินผล ประเมินด้านความรู้ ผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหาร ความพึงพอใจของ ผู้บริหาร ผู้ประกอบการและผู้สัมผัส และพนักงาน ในด้านความพึงพอใจและความเหมาะสมของการดำเนินงาน

2. ประเมินผลแนวทางการดำเนินงาน สุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ในด้านความรู้ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ และความพึงพอใจ

2.1 ผลการศึกษาความรู้สำหรับผู้ประกอบกิจการ ที่ได้เข้าร่วมรับความรู้หลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร ในสถานประกอบการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X} = 23.17$, $SD = 4.75$) มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X} = 35.60$, $SD = 5.75$) และสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าประเมินความรู้ด้วยสำหรับผู้ประกอบกิจการ (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคู่	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
ความรู้หลังเรียน-ความรู้ก่อนเรียน	- Negative Ranks	0	0.00	0.00	-4.790	0.01*
	- Positive Ranks	30	15.50	465.00		
	- Ties	0				
	- Total	30				

* $Z < 0.05$

2.3 ผลการศึกษาความรู้สำหรับผู้สัมผัสอาหาร ที่ได้เข้าร่วมรับความรู้หลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร ในสถานประกอบการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X} = 8.27$,

$SD = 2.56$) มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังศึกษาความรู้ เท่ากับ ($\bar{X} = 13.67$, $SD = 3.17$) และสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าประเมินความรู้ด้วยสำหรับเจ้าหน้าที่ (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคู่	จำนวน	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
	- Negative Ranks	0	0.00	0.00	-4.793	0.01*

ความรู้หลังเรียน-ความรู้ ก่อนเรียน						
	- Positive Ranks	30	15.50	465.00		
	- Ties	0				
	- Total	30				

* Z <0.05

2.6 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในการนำแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการไปใช้

ด้านความพึงพอใจของผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารในการนำแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการไปใช้ พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวมต่อการเข้าร่วมโครงการ ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X}$ = 4.30, SD.= 0.46) แยกรายด้านความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมโครงการ พบว่า ความพึงพอใจต่อการจัดการจัดกิจกรรม ด้านความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรม และระยะเวลาในการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ($\bar{X}$ = 3.83, SD.= 0.64) ($\bar{X}$ = 3.87, SD.= 0.62) และ ($\bar{X}$ = 3.90, SD.= 0.58) ส่วนความเห็นด้านการนำแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ($\bar{X}$ = 4.21, SD.= 0.40) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ครั้งนี้ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การประเมินผลแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ในด้านความรู้ ด้านความเหมาะสมในการนำไปใช้ และความพึงพอใจ หลัง

นำแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ (1) การจัดการความรู้ สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร (2) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของสถานประกอบการ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร กำหนดนโยบายการดำเนินงาน 2) บุคลากร จัดทำแนวปฏิบัติ และเป็นพี่เลี้ยงและผู้ประเมินสำหรับสถานประกอบการ 3) ผู้ประกอบกิจการร้านอาหารสร้างแนวทางในการดำเนินกิจกรรม 4) ผู้สัมผัสอาหารดำเนินกิจกรรมโดยเคร่งครัด และ 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงในด้านความรู้ และผู้บริหารหลักสูตรตามบทบาทของผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ต่อการเรียนรู้ วิธีปฏิบัติ รวมถึงการขอรับการประเมินตามมาตรฐาน (3) การจัดการแหล่งสนับสนุน (4) แนวทางการดำเนินงาน (5) การประเมินผล ประเมินด้านความรู้ผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหาร ความพึงพอใจของผู้บริหาร ผู้ประกอบการและผู้สัมผัส และพนักงาน ในด้านความพึงพอใจและความเหมาะสมของการดำเนินงานและการนำไปใช้ พบว่า ความเห็นด้านการนำแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ($\bar{X}$ = 4.21, SD.= 0.40) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การที่เรา นำไปให้สถานประกอบการดำเนินการในครั้งแรก ซึ่งเป็นการทำตามนโยบายด้านสาธารณสุข ทางสถานประกอบการยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงประโยชน์ของการดำเนินการตามแนวทางที่ให้สถานประกอบการดำเนินการ จึงทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่หลังจากที่ได้

มีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการอย่างเป็นระบบ และมีคุณภาพตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของสถานประกอบการ และได้รับความรู้ในการนำไปดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย 1) สถานการณ์ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 2) กรอบแนวคิดการยกระดับร้านอาหารให้มีคุณภาพ 3) แนวทาง/กลไกการยกระดับร้านอาหารสู่ความเป็นเลิศ การพัฒนาด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ การพัฒนาด้านผู้ประกอบการร้านอาหาร การส่งเสริมความรอบรู้สู่ประชาชน (อาหารปลอดภัย) 4) การจัดการความเสี่ยงที่เกิดในร้านอาหาร 5) ช่องทางการสนับสนุนการประสานและขับเคลื่อนงาน การสนับสนุนทางด้านวิชาการ การสนับสนุนด้านกฎหมาย ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจและเห็นประโยชน์จากการนำความรู้นี้ไปใช้เพื่อช่วยเพิ่มมูลค่าของอาหารและบริการของตนเอง โดยผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ เป็นวัยผู้ใหญ่ ในการเรียนรู้ในวัยนี้เป็นการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ อนันต์ บุญสนองและประคอง สุคนธจิตต์, 2560 กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่แตกต่างจาก การเรียนรู้ของเด็ก เพราะผู้ใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า ดังนั้นการเรียนการสอนต้องยึดหลักให้ ตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ นั่นคือต้องรู้หลักการศึกษผู้ใหญ่ ซึ่งโนลส์ (Knowles: 1980) เรียกวิชาการศึกษผู้ใหญ่นี้ว่า Andragogical Model ซึ่งประกอบสร้างด้วยปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะความต้องการรู้ (need to know) ความต้องการรู้ของผู้เรียนใหญ่นั้น จะเกิดขึ้น เมื่อผู้เรียนผู้ใหญ่เล็งเห็นว่า การเรียนรู้นั้นเกิดประโยชน์ต่อชีวิตจริง และตระหนักว่าการเรียนรู้สามารถตอบสนองความต้องการ และความสนใจของตนเองได้ซึ่งก่อนการเรียนรู้ผู้ใหญ่มักต้องการจะรู้ว่า เพราะเหตุใดหรือทำไมจึงจำเป็นจะต้องเรียนรู้ จะได้รับประโยชน์อะไรจากการเรียนรู้ และจะสูญเสียประโยชน์อะไรถ้าไม่ได้เรียนรู้

ในสิ่งเหล่านั้น ผู้ใหญ่จึงมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้และพึงพอใจ มากกว่าจะให้ผู้อื่นมากำหนดให้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารหลักสูตร ซึ่งในที่นี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะต้องเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ต่อการเรียนรู้ที่จะต้องช่วยเหลือผู้เรียนให้ได้รับรู้ถึงความต้องการรู้ อย่างน้อยที่สุดผู้อำนวยความสะดวกอาจชี้ให้เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ที่จะช่วยเสริมเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของผู้เรียนหรือคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในอนาคตได้ ความต้องการรู้ของผู้ใหญ่นั้น จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนผู้ใหญ่เล็งเห็นว่า การเรียนรู้นั้นเกิด ประโยชน์ต่อชีวิตจริง และตระหนักว่าการเรียนรู้สามารถตอบสนองความต้องการและความสนใจของ ตนเองได้ จากการพัฒนาแนวทางฯ ผู้วิจัยได้นำหลักการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่มาใช้ในการจัดทำหลักสูตรและการพัฒนาแนวทาง จึงทำให้แนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นตรงตามความต้องการและช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า ทั้งผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร มีความรู้หลังการเข้ารับการความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นหมายถึงว่า ผู้เรียนสามารถนำความรู้จากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีการรู้และจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือการมีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจ (decision skill) จากระดับจากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีทักษะการตัดสินใจในระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้

ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง (self-management) จากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (เตือนใจ ชุ่นฮะ, กนกศรี จาดเงิน, 2562) อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนและการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่างๆ ร่วมกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรในสถานประกอบการ จึงยิ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความพึงพอใจภาพรวมต่อการเข้าร่วมโครงการระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.46$) สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ในสถานประกอบการ (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย, 2562) ซึ่งประกอบด้วย 1) สถานการณ์

ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 2) กรอบแนวคิดการยกระดับร้านอาหารให้มีคุณภาพ 3) แนวทาง/กลไกการยกระดับร้านอาหารสู่ความเป็นเลิศ การพัฒนาด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ การพัฒนาด้านผู้ประกอบการร้านอาหาร การส่งเสริมความรอบรู้สู่ประชาชน (อาหารปลอดภัย) 4) การจัดการความเสี่ยงที่เกิดในร้านอาหาร 5) ช่องทางการสนับสนุนการประสานและขับเคลื่อนงาน การสนับสนุนทางด้านวิชาการ การสนับสนุนด้านกฎหมาย จึงสนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องศึกษาแต่ละองค์ประกอบก่อนนำไปดำเนินการ
2. ควรมีคู่มือการดำเนินงานสำหรับสถานประกอบการ
3. ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ
4. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบในแต่ละบริบทของสถานประกอบการ

เอกสารอ้างอิง

- เตือนใจ ชุ่นฮะ, กนกศรี จาดเงิน. 2562. การพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 11(1) : 11-24.
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. 2562. คู่มือแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานจัดการ อบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. 2557. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับเจ้าหน้าที่ (Principle of Food Sanitation Inspector). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก.
- สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. 2562. คู่มือการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามบทบัญญัติของกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- วีระยุทธ์ ขาตะกาญจน์. 2558. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2(1): 29-49.



อนันต์ บุญสนอง, ประคอง สุคนธจิตต์.2560.ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่กับแนวทางการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพิเศษ.วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. 2(2) : 47-58.

D Coghlan,T Brannick.(2014). Doing Action Research in Your Own Organization.online สืบค้นจาก <https://study.sagepub.com/coghlan5e>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน
ในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

Factors Associated with Pulmonary Tuberculosis among Diabetes Mellitus Patients
in Nong Wua So Hospital, Udon Thani Province.

(Received: June 9,2022 ; Accepted: June 29,2022)

ธนาธิป บัวกล้า¹
Thanathip Buakla¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Unmatched case-control เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 516 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 172 คน และกลุ่มควบคุม(Control) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 344 คน วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดียว โดยใช้สถิติ Simple logistic regression หาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odds ratio (OR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression แสดงผลด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR *adj*) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 516 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.66 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุ ด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด ได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (OR *adj* =1.53, 95 % CI=0.35-0.80) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR *adj* = 31.70, 95 % CI=12.08-83.23) การสูบบุหรี่ (OR *adj* = 31.70, 95 % CI=12.08-83.23) ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c $\geq 7\text{mg\%}$) (OR *adj* = 3.51, 95 % CI=1.19-10.33) ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน ≥ 10 ปี (OR *adj* = 9.35, 95 % CI=1.66-52.77) การมีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน (OR *adj* = 4.34, 95 % CI=59.98-75.95) การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (OR *adj* =3.17, 95 % CI=0.00-0.17) และการอาศัยอยู่ชุมชนแออัด (OR *adj* = 3.85, 95 % CI=12.88-37.07)

สรุปจากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายปัจจัย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมและป้องกันวัณโรค อันเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการเฝ้าระวัง และคัดกรองโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ส่งเสริมศักยภาพในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: วัณโรคปอด ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

An unmatched case-control study was conducted in the Diabetes Mellitus (DM) clinics of Nong Wua So Hospital in Udon Thani Province during the period October 1, 2018 to September 30, 2020. The population selected for this research was 516 DM patients and two

¹ พบ. โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

groups: 172 PTB patients (the case group) and 344 non-TB patients (the control group).

Descriptive statistics was applied to identify characteristics. The relationship values of single variables were determined through univariate analyses: crude odds ratio (OR). A multiple logistic regression was analysed, then performed to adjust OR value (OR *adj*) at a 95% confidence interval (95% CI).

The result showed that, most 516 DM patients are women 60.66 %. The univariate analysis showed that the risk factors related to PTB among diabetes patients with a significant P-value (P-value < 0.05) were: being the analysis of multiple variable logistic regression showed the factors significantly associated with TB in diabetes patients : patient's income less than 5,000 baht/month (OR *adj* =1.53, 95 % CI=0.35-0.80), alcohol consumption (OR *adj* = 31.70, 95 % CI=12.08-83.23), smoking (OR *adj* = 31.70, 95 % CI=12.08-83.23), HbA1c levels $\geq$ 7.0 mg% (OR *adj* = 3.51, 95 % CI=1.19-10.33), duration of DM $\geq$ 10 years (OR *adj* = 9.35, 95 % CI=1.66-52.77), household contact with a TB patients (OR *adj* = 4.34, 95 % CI=59.98-75.95), ever being in close contact with a TB patients (OR *adj* =3.17, 95 % CI=0.00-0.17), and live in overcrowded housing (OR *adj* = 3.85, 95 % CI=12.88-37.07)

In conclusion, the factors associated with pulmonary tuberculosis among diabetes mellitus patients in Nong Wua So hospitals in Udon Thani Province. There are a variety of factors. Then health service about disease prevention and affordable healthcare. There should be a system of surveillance and screening for new tuberculosis cases in diabetes patient and non-communicable diseases; NCDs clinic at hospital and primary health care unit for systematically and continuously.

Keywords: pulmonary tuberculosis, diabetes mellitus patients

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกซึ่งมีประชากรจำนวนมากถึง 1 ใน3 ของประชากรทั่วโลกที่ติดเชื้อวัณโรคและ เป็นโรค 1 ใน 10 อันดับแรกโรคที่เป็นสาเหตุการตายทั้งโลก (WHO,2016)ความเสี่ยงของวัณโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ที่กินยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยไตวาย เป็นต้น(Suggaravetsisri P, & Puttasorn J. ,2008),(นิลวรรณ นิมนานวรวงศ์,2562)กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอดเมื่อผู้ป่วยเบาหวานป่วยด้วยวัณโรคปอดจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่ากับคนที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน (ประยูร แก้วคำแสน และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ ,2556),(Jeon CY, Murray MB. ,2008)และการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสรักษาวัณโรคล้มเหลวสูงถึง 1.8 เท่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็น

วัณโรคกลับเป็นซ้ำ 1.8 ถึง 3.9 เท่า(Jimenez-Corona ME, Cruz-Hervert LP, Garcla-Garcla L, Ferreyra-ReyesL,Delgado-Sanchez G,Bobadilla-Del-Valle M, et al. 2013) และที่สำคัญมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6 ถึง 7 เท่า(Dooley KE, Tang T, Golub JE, Dorman SE, Cronin W. ,2009)สอดคล้องที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคได้ถึง 3 เท่ากว่าคนปกติ และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกเป็นเบาหวานร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคจะมีโอกาสเสียชีวิตหรือกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำสูงขึ้นหากผู้ป่วยวัณโรคนั้นป่วยด้วยโรคเบาหวานร่วมด้วย (WHO,2016)

ในประเทศไทยที่ผ่านมา มีรายงานผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมมากกว่า

หรือเท่ากับ 7.0 % มีผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่ร่วมบ้านอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m^2 เคยสัมผัสกับผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังและเคยเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ประยูร แก้วคำแสน, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ ,2556),(สุรัชชัย กิจติกาล และคณะ ,2556)แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบว่าหลายงานวิจัยที่นำเสนอผลการรักษาที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยปัจจัยต่างๆ ไม่ได้ถูกรายงานในงานวิจัยเดียวกันและยังมีบางตัวแปรที่ยังไม่ได้ข้อสรุป เช่น ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบางงานวิจัยระบุว่าปัจจัยเสี่ยงหรือมีความสัมพันธ์ แต่บางงานวิจัยไม่ได้ระบุว่าปัจจัยที่สัมพันธ์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผลการรักษาที่ได้จะช่วยกำหนดแนวทางเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานให้น้อยลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Unmatched case-control เก็บข้อมูลย้อนหลังโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบคัดลอกจากเวชระเบียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ในระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเบาหวาน และคลินิกวัณโรคใน

โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและป่วยเป็นวัณโรคปอด ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในคลินิกเบาหวานและคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยวัณโรค และเป็นผู้นิยามและสามารถให้ข้อมูลได้

จากข้อมูลในฐานข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น จำนวน 3,254 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและป่วยเป็นวัณโรคปอดซึ่งเป็นกลุ่มศึกษา(Case)ทั้งสิ้น จำนวน 172 คนซึ่งผู้วิจัยเห็นควรนำเข้าสู่การศึกษาทุกราย โดยการศึกษาครั้งนี้ให้อัตราส่วน Case : Control เป็น 1:2 ดังนั้นขนาดตัวอย่างกลุ่มควบคุม(Control) จึงเท่ากับ 344 คน รวมขนาด ตัวอย่างทั้งหมด 516 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มควบคุม (Control)มีจำนวนมากจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ต้องเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยสุ่มจากผู้ป่วยที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2563 และสุ่มจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จะได้ตัวอย่างทั้งหมด 516 คน

จากข้อมูลในฐานข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น จำนวน 3,254 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและป่วยเป็นวัณโรคปอด ทั้งสิ้นจำนวน 172 คนซึ่งได้นำเข้าสู่การศึกษาทั้งหมด โดยการศึกษาครั้งนี้ให้อัตราส่วน กลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม เป็น 1:2 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างกลุ่มควบคุมจึงเท่ากับ 344 คน รวมขนาด ตัวอย่างทั้งหมด 516 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วยแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและโรคเรื้อรังจำนวน 3 ท่าน นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอดและผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เป็นวัณโรคปอด ในโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเหมาะสมของข้อคำถามและความเป็นไปได้ในการตอบข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล โดยแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวานอธิบายลักษณะการวิจัยให้แก่อาสาสมัครให้ทราบก่อนทุกครั้ง พร้อมแจ้งว่าจะมีการใช้ข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัคร และต้องได้รับอนุญาตจากอาสาสมัครก่อน ผู้วิจัยจึงจะเข้าเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์และแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือและการเคารพสิทธิของผู้ป่วยและญาติแล้ว สำหรับการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์จะเก็บในวันที่ผู้ป่วยมารับยาในคลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลหนองวัวซอหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีเท่านั้น ส่วนแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนจะขออนุญาตเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบก่อนและมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยตลอดการสืบค้นข้อมูลทุกครั้ง หลังจากนั้นจะตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนข้อมูลก่อนเตรียมข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ 2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดใน

ผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยวิธี Univariate analysis หาอัตราเสี่ยงอย่างหยาบ (Crude Odds Ratio, OR) และหาค่าความเชื่อมั่น 95%CI และใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis) คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี enter

ผลการวิจัย

กลุ่มที่ทำการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 172 คน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 344 คน รวมทั้งสิ้น 516 คน

ด้านลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.66 และเพศชายร้อยละ 39.34 โดยในกลุ่มป่วยเป็นวัณโรคปอดและกลุ่มไม่ป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 57.75 ประกอบอาชีพอื่น ๆ นอกจากเกษตรกรรม คิดเป็น ร้อยละ 64.34 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.17 และไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 57.75

ด้านการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่ามีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7mg% คิดเป็น ร้อยละ 53.10 มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 54.46 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาล ร้อยละ 51.94

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 57.75 ไม่เคยมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 58.14 ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นนอกจากเบาหวานและวัณโรค คิดเป็น ร้อยละ 75.97 และอาศัยอยู่ชุมชนห่างไกลแยกขอบเขต ร้อยละ 54.65

ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัย
ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้าน

การเจ็บป่วย และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ต่อการ
ป่วยวัณโรคปอด ในผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม
สุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัย	DM/TB+ (n=172)	DM/TB- (n=344)	Crude OR	95% CI	p-value
ด้านลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ ชาย	75	128	1.29	0.89-1.87	0.18
หญิง	97	216	1.00		
อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	65	153	0.76	0.52-1.10	0.15
น้อยกว่า 60 ปี	107	191	1.00		
รายได้ (บาท/เดือน) ต่ำกว่า 5,000 บาท	91	214	1.61	0.42-0.88	0.01
5,000 บาทขึ้นไป	81	130	1.00		
อาชีพ เกษตรกรรมอื่นๆ	71	113	1.44	0.99-2.10	0.06
(นอกจากเกษตรกรรม)	101	231	1.00		
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ					
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	124	97	6.58	4.38-9.89	0.00
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	48	247	1.00		
สูบบุหรี่	124	97	6.58	4.38-9.89	0.00
ไม่สูบบุหรี่	48	247	1.00		
ด้านการเจ็บป่วย					
HbA1C $\geq$ 7mg%	131	143	4.49	2.98-6.78	0.00
HbA1C < 7mg%	41	201	1.00		
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน $\geq$ 10 ปี	118	117	4.24	2.87-6.27	0.00
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน < 10 ปี	54	227	1.00		
เคยเข้ารับการรักษาในแผนก IPD	111	157	5.17	0.23-1.10	0.25
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในแผนก IPD	61	187	1.00		
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม					
มีผู้ป่วย TB ร่วมบ้าน	105	113	3.20	2.19-4.69	0.00
ไม่มีผู้ป่วย TB ร่วมบ้าน	67	231	1.00		
เคยมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย TB	103	113	3.09	2.11-4.51	0.00
ไม่เคยมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย TB	69	231	1.00		
มีโรคแทรกซ้อนอื่นนอกจาก DM/TB	102	22	6.85	0.88-7.07	0.55
ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น	70	322	1.00		
อาศัยอยู่ชุมชนแออัด	104	130	2.52	1.73-3.67	0.00
อาศัยอยู่ชุมชนห่างไกลแยกขอบเขต	68	214	1.00		

จากตารางที่ 1 พบว่า
ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ รายได้ (บาท/เดือน) ต่ำกว่า 5,000 บาท (OR = 0.61, 95 % CI = 0.42-0.88) ส่วนปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มี

ความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ และอาชีพ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR = 6.58, 95 % CI=4.38-9.89) และการสูบบุหรี่ (OR = 6.58, 95 % CI=4.38-9.89)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7mg% (OR = 4.49, 95 % CI=2.98-6.78) ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (OR = 4.24, 95 % CI=2.87-6.27) ส่วนปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเคยเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ การมีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน (OR = 3.20, 95 % CI=2.19-4.69) การเคยมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (OR = 3.09, 95 % CI=2.11-4.51) และการอาศัยอยู่

ชุมชนแออัด (OR = 2.52, 95 % CI=1.73-3.67) ส่วนปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีโรคแทรกซ้อนอื่นนอกจากเบาหวานและวัณโรค (OR = 21.85, 95 % CI=12.88-37.07)

ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงพหุด้วยสถิติ Multiple logistic regressionระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพิจารณาผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ที่มีค่า p -value < 0.05 ดังนั้น จะได้ตัวแปรที่จะนำเข้ามาวิเคราะห์จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ (บาท/เดือน) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน การมีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค และการอาศัยอยู่ชุมชนแออัด เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่หมด

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัย	DM/TB+ (n=172)	DM/TB- (n=344)	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
ด้านลักษณะส่วนบุคคล						
รายได้ (บาท/เดือน) ต่ำกว่า 5,000 บาท	91	214	1.61	1.53	0.35-0.80	0.00
5,000 บาทขึ้นไป	81	130	1.00			
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ						
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	124	97	6.58	31.70	12.08-83.23	0.00
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	48	247	1.00			
สูบบุหรี่	124	97	6.58	31.70	12.08-83.23	0.00
ไม่สูบบุหรี่	48	247	1.00			
ด้านการเจ็บป่วย						

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม สุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัย	DM/TB+ (n=172)	DM/TB- (n=344)	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
HbA1C $\geq$ 7mg%	131	143	4.49	3.51	1.19-10.33	0.02
HbA1C< 7mg%	41	201	1.00			
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน $\geq$ 10ปี	118	117	4.24	9.35	1.66-52.77	0.01
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน<10ปี	54	227	1.00			
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม						
มีผู้ป่วย TB ร่วมบ้าน	105	113	3.20	4.34	59.98-75.95	0.00
ไม่มีผู้ป่วย TB ร่วมบ้าน	67	231	1.00			
เคยมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยTB	103	113	3.09	3.17	0.00-0.17	0.00
ไม่เคยมีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยTB	69	231	1.00			
อาศัยอยู่ชุมชนแออัด	104	130	2.52	3.85	12.88-37.07	0.02
อาศัยอยู่ชุมชนห่างไกลแยกขอบเขต	68	214	1.00			

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ได้แก่

1.รายได้ (บาท/เดือน) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีรายได้ (บาท/เดือน) ต่ำกว่า 5,000 บาทเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้(บาท/เดือน) 5,000 บาทขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.53 (OR adj =1.53, 95 % CI=0.35-0.80)

2.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.75 (OR adj = 31.70, 95 % CI=12.08-83.23)

3.การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีสูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.75 (OR adj = 31.70, 95 % CI=12.08-83.23)

4.ระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c)มากกว่าหรือเท่ากับ 7mg% เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c)น้อยกว่า 7mg% จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.51 (OR adj = 3.51, 95 % CI=1.19-10.33)

5.ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า 10ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.35 (OR adj = 9.35, 95 % CI=1.66-52.77)

6.การมีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.34 (OR adj = 4.34, 95 % CI=59.98-75.95)

7.การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.17 (OR $adj = 3.17$, 95 % CI=0.00-0.17)

8.การอาศัยอยู่ชุมชนแออัด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีการอาศัยอยู่ชุมชนแออัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการอาศัยอยู่ชุมชนแออัด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.85 (OR $adj = 3.85$, 95 % CI=12.88-37.07)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านลักษณะบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มที่มีรายได้(บาท/เดือน)ต่ำกว่า 5,000บาทต่อเดือนมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.53 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานซึ่งส่วนใหญ่มีสมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย จึงทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงและมีรายได้เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้อย ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการให้ความสำคัญกับการทำงานเลี้ยงชีพมากกว่าดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอด(สมพร ขามรัตน์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ,2557),(Dheda K, Barry CE, Maartens G. ,2015)

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.75 สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอด 2.6 เท่า(Fok A, Numata Y, Schulzer M, FitzGerald MJ. ,2008) ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยง

ที่จะป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.75 เช่นเดียวกับผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้ปอดมีสภาพที่เปลี่ยนไป อีกทั้งปอดของคนที่สูบบุหรี่จะมีความสามารถในการที่จะควบคุมการลุกลามของวัณโรคในปอดลดลงอีกด้วย สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย (กิตติศราวุฒิ ขวัญขารี และคณะ,2559)

3.ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7mg% มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.51 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะมีสถานะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่ลดลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c)มากกว่าหรือเท่ากับ 7mg% มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอด(ภานุวัฒน์ บุญโญ,2558) ผู้ที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.35 สอดคล้องกับรายงานผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอด 1.97 เท่า (Gomez D, Twahirwa M, Schlesinger L, Restrepo B. ,2013),(สุรัชย์ กิจติกาล , พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. ,2556)เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาน้อยกว่า 10 ปี

4.ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.20 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ที่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้านจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอด 6.08 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้

ที่ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน(Singh J, Sankar MM, Kumar S, Gopinath K, Singh N, Singh S, et al. ,2013) การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.17 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค 3.31 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค(Tomee S, U, Kaewkungwal J, Fungladda W, Silachamroon Akarasewi P, Sunakorn P. ,2005) และผู้ที่อาศัยอยู่ชุมชนแออัด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.85 เพราะในชุมชนแออัดจะมีผู้ติดเชื้อวัณโรคแฝงหรือผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโดยเฉพาะเชื้อวัณโรค สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการอาศัยในพื้นที่แออัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค(Gyawali N, Gurung R, Poudyal N, Amatya R, Niraula SR, Jha P, et al. ,2012)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Tuberculosis & Diabetes.[online].2016 [cited 2017 September 30]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/diabetes_tb.pdf
- Suggaravetsisri P, & Puttasorn J. (2008). Risk factors of tuberculosis infectious among household contact in a HIV epidemic area, Chiang Rai Thailand. KRU Journal for Public Health Research,1(1) ; 40-50.
- นิลวรรณ นิมนานรวงศ์. วัณโรค. [ออนไลน์]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.pobpad.com/วัณโรค>
- ประยูร แก้วคำแสน, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(3): 90-9.
- Jeon CY, Murray MB. Diabetes Mellitus increases the risk of active tuberculosis: A systematic review of 13 observational studies. Plos Medicine 2008; 5(7): e152.

1. ควรมุ่งเน้นในเรื่องการคัดกรองและเฝ้าระวังวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุม ตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีสภาวะร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์ โดยอาจให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่จัดบริการคัดกรองโรคในชุมชนในเขตรับผิดชอบ

2. ให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ให้ทราบถึงความเสี่ยง และความรุนแรงของการป่วยเป็นวัณโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในระดับที่ดี (HbA1c<7.0%)

3. เฝ้าระวังและติดตามในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นวัณโรคที่อยู่ระหว่างการรักษา หรือรักษาหายแล้ว และในกลุ่มที่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน ต้องระมัดระวังการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่อื่นๆ เพื่อนำผลการศึกษาไปช่วยกำหนดแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานให้น้อยลง

- Jimenez-Corona ME, Cruz-Hervert LP, Garcla-Garcla L, Ferreyra-Reyes L, Delgado-Sanchez G, Bobadilla-Del-Valle M, et al. Association of diabetes and tuberculosis: impact on treatment And post-treatment outcomes. *Thorax* 2013; 68(3): 214-20.
- Dooley KE, Tang T, Golub JE, Dorman SE, Cronin W. Impact of diabetes mellitus on treatment outcomes of patients with active tuberculosis. *Am J Trop Med Hyg* 2009; 80: 634-9.
- สุรัชย์ กิจติกาล, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2556; 6(4): 124-31.
- สมพร ขามรัตน์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น* 2557; 22(1): 22-32.
- Tuberculosis. *Lancet* 2015; 13: S0140-6736.
- Fok A, Numata Y, Schulzer M, FitzGerald MJ. Risk factors for clustering of tuberculosis cases: A systematic review of population-based molecular epidemiology studies. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(5): 480-92.
- กิตติศราวุฒิ ขวัญขารี, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย: การวิเคราะห์เมตา. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น* 2559 ; 23(3):1-11.
- ภาณุวัฒน์ บุญโญ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดยโสธร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2558; 8(3) : 45-53.
- Gomez D, Twahirwa M, Schlesinger L, Restrepo B. Reduced Mycobacterium tuberculosis association with monocytes from diabetes patients that have poor glucose control. *Tuberculosis* 2013; 93: 192-7.
- สุรัชย์ กิจติกาล, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2556; 6(4): 124-31.
- Singh J, Sankar MM, Kumar S, Gopinath K, Singh N, Singh S, et al. Incidence and prevalence of tuberculosis among household contacts of pulmonary tuberculosis patients in a peri-urban population of south Delhi, India. *PLOS ONE* 2013; 8(7): e69730.
- Tornee S, U, Kaewkungwal J, Fungladda W, Silachamroon Akarasewi P, Sunakorn P. The association between environmental factors and tuberculosis infection among household contacts. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005; 36(14): 221-4.
- Gyawali N, Gurung R, Poudyal N, Amatya R, Niraula SR, Jha P, et al. Prevalence of Tuberculosis in household contacts of sputum smears positive cases and associated demographic risk factors. *Nepal Med Coll J* 2012; 14(4): 303-7.

ผลการรักษา Lumbar radicular pain โดยวิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลังด้วยยา Triamcinolone
acetonide ขนาด 40 mg เทียบกับขนาด 80 mg
Comparison of 40 mg Versus 80 mg of Triamcinolone in Epidural Steroid Injection For Lumbar
radicular pain

(Received: June 10, 2022 ; Accepted: June 28, 2022)

ณัฐพงศ์ ศรีโพทอง, เรืองศิริ ภาณุเวศ¹
Natthapong Sriponthong, Rueangsiri Panuwet¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษา Lumbar radicular pain ด้วยขนาดยา Triamcinolone 40 mg เทียบกับ ขนาดยา Triamcinolone 80 mg

วิธีการศึกษาวิจัย: Therapeutic research รูปแบบ Randomize control trial study (RCT) เก็บข้อมูลแบบ Prospective data collection ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี EDSI ตั้งแต่วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2564 – 15 สิงหาคม พ.ศ. 2564 แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยการสุ่ม random block stratified by SLRT positive ทั้งสองกลุ่มได้รับการทำหัตถการ EDSI ด้วยขนาดยา Triamcinolone 40 mg จำนวน 37 ราย และขนาดยา Triamcinolone 80 mg จำนวน 37 ราย รวมผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสิ้น 74 คน จดบันทึกและติดตามผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำหัตถการที่เวลา 24 ชั่วโมง, 1 เดือน และ 3 เดือน

ผลการวิจัย: จากการศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพในการรักษา Lumbar radicular pain ด้วยขนาดยา Triamcinolone 40 mg เทียบกับ ขนาดยา Triamcinolone 80 mg ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษารวม เช่น อายุ เพศ BMI ระยะเวลาที่มีอาการ และอาการปวดแรกเริ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า ขนาดยาทั้ง 2 กลุ่มให้ผลการรักษาลดอาการปวดเอว ร้าวลงขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังจากการได้รับการทำหัตถการ และหลังการรักษา ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 24 ชั่วโมง ($p=0.809$), 1 เดือน ($p=1.000$) และ 3 เดือน ($p=0.758$) ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

คำสำคัญ: Lumbar radicular pain, Low Back pain, Spinal Canal Stenosis, Sciatica pain, Epidural Steroid Injection (EDSI), Visual analog scale (VAS)

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the efficacy of treatment for lumbar radicular pain between 40 mg of Triamcinolone and 80 mg of Triamcinolone.

Methods: This therapeutic research was a randomized control trial (RCT) study which was a prospective data collection. This prospective study was conducted in patients who underwent EDSI from March 14, 2021, to August 15, 2021. A total of 74 patients with lumbar radicular pain were randomly divided into two groups. A random block stratified sampling was used by straight leg raising test (SLRT) positive. One group (37 patients) received 40 mg of Triamcinolone via EDSI, and another group (37 patients) received 80 mg of Triamcinolone via EDSI. The treatment outcomes and side effects of the Triamcinolone were assessed after EDSI at 24 hours, one month, and three months, respectively.

¹ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Results: The results of this comparison study revealed that demographic data including age, gender, body mass index (BMI), duration of symptom, and pain at first visit were no statistically significant differences between both groups. In addition, the pain scores of patients in both groups were effectively decreased. Moreover, the pain scores after the procedure in both groups were no statistically significant differences at 24 hours ($p=0.809$), one month ($p=1.000$), and three months ($p=0.758$), respectively. There was no difference of efficacy between both groups, and there was no complication of patients in both groups as well.

Key Words: Lumbar radicular pain, Low back pain, Spinal canal stenosis, Sciatica pain, Epidural steroid injection (EDSI), Visual analog scale (VAS)

บทนำ

ภาวะปวดหลัง (LBP) และปวดหลังร้าวลงขา (Lumbar radicular pain) ถือได้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ารับรักษาในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งยังพบได้ในทุกเพศ และพบถี่ในช่วงอายุ 30-50 ปี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่องานและการดำรงชีวิตและเศรษฐกิจของผู้ป่วย สาเหตุสำคัญที่พบว่าทำให้อาการปวดหลังและปวดหลังร้าวลงขา (Lumbar radicular pain) คือภาวะท่อประสาทหลังตีบ (Spinal Canal Stenosis) และภาวะ Sciatic ที่มีสาเหตุมาจากการกดทับรากประสาทสันหลัง (Sciatic nerve root entrapment) แนวทางการรักษาผู้ป่วย Lumbar radicular pain ประกอบด้วย bed rest NSAIDs, Muscle relaxant, GABAPENTIN, Physical Therapy, Epidural Steroid Injection(EDSI)และการทำผ่าตัด

การทำหัตถการฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI) เป็นที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วย Lumbar radicular pain โดยเริ่มเมื่อปี 1901(LaxmaiahNanchikanti, Nebojsa Nick Knezevic, Mark V Boswell , Alan D Kaye, Joshua A Hirsch. ,2016)และให้ผลการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดร้าวลงขา อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่ยังไม่ได้ข้อสรุปทั้งในเรื่องของ ชนิดของ Glucocorticoid และปริมาณยาที่เหมาะสมที่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วย จากการทบทวนพบว่ามีการวิจัย แนะนำปริมาณยา Triamcinolone 10 mg ในการทำหัตถการ TFESK(Seong-Sik Kang ,

Byeong-Mun Hwang, Hee-Jeong Son, Il-Young Cheong, Sang-Jin Lee, Sang-Hyun Lee, Tae-Yoon Chung. ,2011) โดยทั่วไปแล้ว Triamcinolone Epidural low dose คือ 20 mg และ Epidural high dose คือ 100 mg(Ryan Mattie, MD, David C. Miller, MD, MA , and Clark C. ,2019) ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังไม่ได้ข้อสรุปถึงปริมาณของ Glucocorticoid ที่เหมาะสมในหัตถการ EDSI แต่สิ่งที่พึงระวังในการเลือกใช้ปริมาณยา คือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อยนักก็ตาม เช่น infection, arachnoiditis Hypothalamic-Pituitary-adrenal (HPA)(Honorio T Benzon. ,1986) ดังนั้นข้อแนะนำในทางปฏิบัติคือ แพทย์จะต้องให้คำแนะนำและความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก Corticosteroid ที่อาจเกิดขึ้นได้ และแพทย์ควรเลือกใช้ยาในปริมาณที่ต่ำที่สุด ที่ยังคงประสิทธิภาพในการรักษาได้(Matt Fishcher, Peggy Y Kim. ,2019)

จากสถิติการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในผู้ป่วย Lumbar radicular pain ด้วยการทำหัตถการฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI)ในปี พ.ศ. 2561 – 2562 พบทั้งสิ้น 335 ราย และ 354 ราย ตามลำดับ และพบว่ามีความโน้มสูงขึ้น การเลือกใช้ปริมาณยา Triamcinolone ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุป เรื่องความเหมาะสมของขนาดยา ภาวะแทรกซ้อนและความคุ้มค่าคุ้มทุน ดังนั้นการศึกษานี้จะเปรียบเทียบปริมาณยา Triamcinolone ในขนาด Low dose 40 mg เทียบกับขนาด High dose 80 mg ถึงประสิทธิภาพผลการรักษา

ผู้ป่วย Lumbar radicular pain ในระยะเวลาต่างๆ ภายหลังติดตามผลการรักษา ตลอดจนติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุดเพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์เลือกใช้ปริมาณยาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย Therapeutic research รูปแบบ Randomize control trial study(RCT) เก็บข้อมูลแบบ Prospective data collection ในผู้ป่วย Lumbar radicular pain ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI) ในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตั้งแต่ 14 มีนาคม 2564 ถึง 15 กันยายน 2564 รวม 74 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม สุ่มด้วย Random Block stratified by SLRT positive โดยเริ่มทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หลังจากผู้ป่วยลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วแพทย์ admit ผู้ป่วยที่มีอาการ Lumbar radicular pain ทำการซักประวัติตรวจร่างกาย, ตรวจ LAB พื้นฐาน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้อาหารทะเล แพ้สารทึบรังสี หรือมีค่า Cr.มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 จะถูกคัดออกจากงานวิจัย ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดแรกเริ่มโดยใช้ Visual analog scale (VAS) บันทึกข้อมูล เตรียมผู้ป่วยเบื้องต้นโดยงดน้ำงดอาหาร ก่อนทำการผ่าตัด 6 ชม. ให้สารน้ำ

เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นผู้เตรียมปริมาณยาจากการเปิดซอง และปิดปิดไม่ให้ผู้ป่วยและแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทราบถึงปริมาณยา Triamcinolone acetate ที่จะใช้ในการทำการผ่าตัด แพทย์ดำเนินการทำการผ่าตัด EDSI ด้วยเทคนิค Trans caudal route technique under fluoroscopic guidance จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนคว่ำ ฟอกทำความสะอาดบริเวณสะโพกและเอวด้วย Hibiscrub ป้ายผิวหนังด้วย Povidine solution แพทย์ฉีดยาชา Local injection 5 cc. บริเวณผิวหนัง ทำการ Apply Epidural needle โดยใช้ Epidural catheter No.16 ไปยังตำแหน่ง epidural space ตรวจยืนยันตำแหน่งโดย

การฉีดยาชาทึบรังสี (Iopamirone®) ปริมาณ 5 cc. จากนั้นทำการฉีด Triamcinolone acetate ขนาด (40/80 mg.) + bupivacaine 0.25% 5 ml + NSS up to 10ml. ในช่องโพรงประสาทสันหลัง ให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง 8 ชั่วโมง สังเกตอาการและจับบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยประเมินความปวดโดยใช้ VAS หลังทำการผ่าตัด 24 ชม. จำหน่ายผู้ป่วยติดตามผลการรักษาและจับบันทึกระดับความปวด ด้วย VAS ที่เวลา 1 เดือน, 3 เดือน การบันทึกข้อมูลจะมีการบันทึกข้อมูลทั่วไปได้แก่ อายุ, เพศ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, ระยะเวลาที่มีอาการ, ข้อมูลการตรวจร่างกาย, Straight leg raising test (SLR test), Claudication, Decrease in muscle force, Sensory deficit, cauda equina syndrome, ระดับความปวด VAS, ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น, ติดตามผลการรักษาที่เวลาหลังทำการผ่าตัด 24 ชม., 1 เดือน และ 3 เดือน

คำนวณสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบปกติ และใช้การแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ สถิติสำหรับการเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Exact probability test สำหรับ categorical variable และ T-test สำหรับ continuous variable เปรียบเทียบค่าคะแนนความปวด 24 ชั่วโมง, 1 เดือน, 3 เดือน วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ Multi-level Gaussian regression adjusted by baseline pain VAS (treatment-time interaction)

ขนาดการศึกษา: ศึกษาในผู้ป่วย Lumbar radicular pain ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI) ในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตั้งแต่ 14 มีนาคม 2564 ถึง 5 กันยายน 2564 รวม 74 คน โดยคำนวณจากการศึกษานำร่อง กลุ่มฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI) ด้วยปริมาณยา Triamcinolone acetate ขนาด 80mg พบค่า pain VAS at 24 ชม. เฉลี่ยหลังฉีดอยู่ที่ 2 คะแนน power 90 % alpha 0.05 กำหนดการ

ทดสอบเป็น one-sided เพื่อ loss to follow-up 20%
ได้จำนวนกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 56 คน โดยแบ่งเป็น N1
= 28 N2=28

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติ โดย
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
หนองบัวลำภู เลขที่ 05/2564

ผลการศึกษา(Result)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำนวนที่ศึกษาทั้งสิ้น
74คน แบ่งเป็นเพศชาย 37คน และเพศหญิง 37คน ได้
เข้ารับการรักษาด้วยวิธีนิตยาทางช่องโพรงประสาทสัน
หลัง (EDSI) ด้วยปริมาณยา Triamcinolone acetate
40 mg ทั้งสิ้น 37คน เป็นเพศชาย 19คน หญิง 18คน
และปริมาณยาTriamcinolone acetate 80 mg
จำนวน 37คน เป็นเพศชาย 18คน หญิง 19คน อายุ
เฉลี่ยในแต่ละกลุ่ม คือ 50(±10.5)ปี ในกลุ่ม

Triamcinolone acetate 40 mg และ 53.4(±12.9)ปี
ในกลุ่มTriamcinolone acetate 80 mg ตามลำดับ
ค่า BMI ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ 25.8(±4.0)
และ 25.1(±4.9)ตามลำดับ

โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีระยะเวลาที่แสดง
อาการปวดหลังร้าวลงขา ในกลุ่มที่ได้รับ
Triamcinolone acetate 40 mg คือ 32.3(±45.7)
สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับTriamcinolone acetate 80
mg คือ 36.9(±35.1)สัปดาห์ ลักษณะอาการประกอบ
ไปด้วย อาการปวดเอวร้าวลงขา 1ข้าง หรือปวดเอวร้าว
ลงขา 2ข้าง ร่วมกับมีอาการชาจำนวนเท่าๆกันทั้ง 2
กลุ่มประชากรที่ศึกษา และพบกลุ่มผู้ป่วยที่มี Straight
leg raising test ให้ผล Positive กลุ่มละ 11 และ 12
คนตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
และภาวะ Cauda equina Syndrome ในผู้ป่วยที่
ศึกษา(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	Triamcinolone acetate 40 mg(n=37)		Triamcinolone acetate 80 mg (n=37)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					1.000
ชาย	19	51.4	18	48.6	
หญิง	18	48.6	19	51.4	
อายุ (ปี) , mean(±SD)	50	(±10.5)	53.4	(±12.9)	0.217
น้ำหนัก(kg),mean(±SD)	67.2	(±12.9)	64.5	(±13.2)	0.359
ส่วนสูง(cm),mean(±SD)	161.5	(±10.2)	160.3	(±8.3)	0.548
BMI ,mean(±SD)	25.8	(±4.0)	25.1	(±4.9)	0.523
ระยะเวลาแสดงอาการ(wk) Mean Duration of Symptoms (wk),mean(±SD)	32.3	(±45.7)	36.9	(±35.1)	0.631
อาการปวดร้าวลงขา					
ด้านซ้าย	14	37.8	17	45.9	0.638
ด้านขวา	16	29.7	11	43.2	0.334
ขาทั้ง 2 ข้าง	7	18.9	9	24.3	0.778
Straight leg raising test(SLRT)					1.000
negative	26	70.2	25	67.5	
positive	11	29.7	12	32.4	
Sensory deficit	8	21.6	8	21.6	1.000
Pain(VAS) at admission	9	(±1.1)	8.6	(±1.2)	0.191

จากการศึกษาพบว่าระดับความปวดแรกรับของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.191$) คือกลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 40 mg มีระดับความปวด(VAS)แรกรับเฉลี่ย $9(\pm 1.1)$ และกลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 80 mg มีระดับความปวด(VAS)แรกรับเฉลี่ย $8.6(\pm 1.2)$ คะแนนตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธี EDSI หลังทำหัตถการ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีความปวดลดลงทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 40 mg มีระดับความปวด(VAS)เฉลี่ย $2.8(\pm 1.9)$ และกลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 80 mg มีระดับความปวด(VAS)เฉลี่ย $2.4(\pm 1.7)$ ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.809$) (ตารางที่ 2)

ในระยะเวลา 3 เดือน ที่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง(EDSI) มีผลการรักษาที่ดีลดอาการปวดเอวร้าวลงขาได้มาก จากข้อมูลหลังให้รักษา 1 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 40 mg มีระดับความปวด(VAS)เฉลี่ย $2.7 (\pm$

2.6) และกลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 80 mg มีระดับความปวด(VAS)เฉลี่ย $2.2 (\pm 2.6)$ ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 1.000$) (ตารางที่ 2)

ในเดือนที่ 3 กลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 40 mg มีระดับความปวด(VAS)เฉลี่ย $2.9 (\pm 2.9)$ และกลุ่มที่ได้รับ Triamcinolone acetate 80 mg มีระดับความปวด(VAS)เฉลี่ย $2.5 (\pm 2.7)$ ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.758$) (ตารางที่ 2)

จะเห็นว่า จากผลการศึกษา ปริมาณยา Triamcinolone acetate ไม่มีผลแตกต่างกันในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทหลัง (EDSI) เมื่อติดตามผลการรักษาไปเป็นระยะเวลา 3 เดือน และพบว่าการรักษาอาการปวดเอวร้าวลงขาในผู้ป่วยที่มีอาการ Lumbosacral Spinal Stenosis , Sciatica pain , Herniated Nucleus pulposus, ด้วยวิธี EDSI ได้ผลเป็นที่น่าพอใจและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

ตารางที่ 2 ระดับความปวดก่อนและหลังการทำ ESI เปรียบเทียบกัน 2 กลุ่ม ในระยะเวลาต่างๆ

Pain VAS	Triamcinolone acetate 40 mg		Triamcinolone acetate 80 mg		Estimated mean interaction effect*	95%CI	P-value	Non-inferiority interpretation**
	mean	(±SD)	mean	(±SD)				
Pre-EDSI								
Baseline	9	(±1.1)	8.6	(±1.2)				
Post-EDSI								
24 hours	2.8	(±1.9)	2.4	(±1.7)	+0.11	-0.77, 0.98	0.809	Non-inferiority
30 days	2.7	(±2.6)	2.2	(±2.6)	+0.00	-1.05, 1.05	1.000	Inconclusive
90 days	2.9	(±2.9)	2.5	(±2.7)	-0.19	-1.40, 1.02	0.758	Inconclusive

Multi-level Gaussian regression adjusted by baseline pain VAS (treatment-time interaction)

**Based on NI margin at pain VAS equal 1.0 (in favor of TA 80 mg)

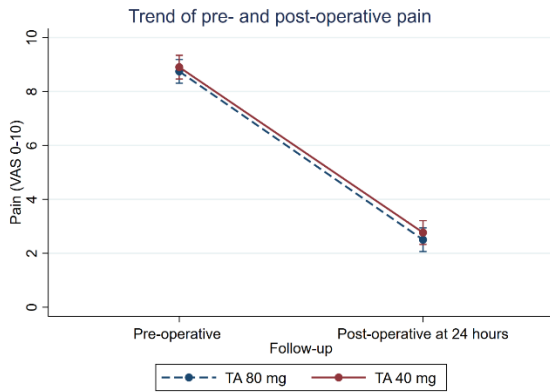


Figure 1: ภาพแสดงแนวโน้มระดับความปวด (VAS) หลัง EDSI 24 ชั่วโมง

จากภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มระดับความปวด VAS ที่ลดลงอย่างชัดเจนภายหลังทำหัตถการ EDSI ใน 24 ชั่วโมง โดยกลุ่ม Triamcinolone acetate 40mg จากแรกมีระดับความปวดเฉลี่ย $9(\pm 1.1)$ ลดลงมาเหลือระดับความปวดเฉลี่ย $2.8(\pm 1.9)$ และกลุ่ม Triamcinolone acetate 80 mg จากแรกมีระดับความปวดเฉลี่ย $8.6(\pm 1.2)$ ลดลงมาเหลือระดับความปวดเฉลี่ย $2.4(\pm 1.7)$ และประสิทธิภาพการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P -value 0.809)

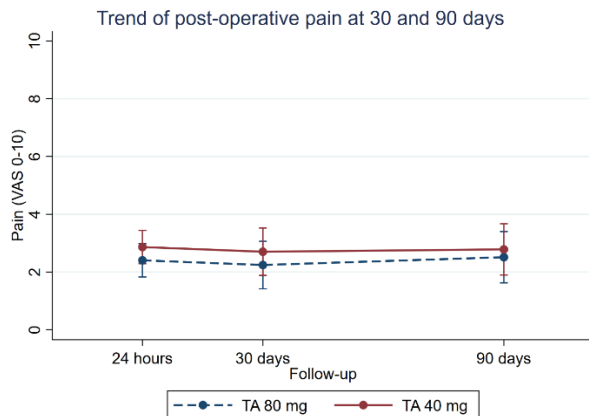


Figure 2 : ภาพแสดงแนวโน้มระดับความปวด (VAS) หลัง EDSI 24 ชั่วโมงถึง 90 วัน

ภาพแสดงแนวโน้มระดับความปวดภายหลังทำหัตถการ EDSI 24 ชั่วโมงและติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 90 วัน แสดงระดับความปวด VAS ของกลุ่ม Triamcinolone acetate 40mg ที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง ,30 วัน และ 90 วัน คือ $2.8(\pm 1.9)$, $2.7(\pm 2.6)$ และ

$2.9(\pm 2.9)$ ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม Triamcinolone acetate 80mg ระดับความปวดที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง ,30 วัน และ 90 วัน คือ $2.4(\pm 1.7)$, $2.2(\pm 2.6)$ และ $2.5(\pm 2.7)$ ตามลำดับ ทั้งนี้ จากผลการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่เวลา 30 วัน (P -value 1.000) และ 90 วัน (P -value 0.758)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาถึงผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ Lumbar radicular pain ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI) ด้วยยา Triamcinolone acetate 40mg เทียบกับขนาดยา Triamcinolone acetate 80mg ในผู้ป่วยทั้งสิ้น 74 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไป เช่น เพศ , อายุ , ระยะเวลาแสดงอาการไม่แตกต่างกัน ภายหลังติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือนพบว่า ผลการศึกษพบว่าขนาดยาทั้งสองกลุ่ม ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน การรักษาด้วยวิธี EDSI ให้ผลช่วยลดการปวดหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังการทำหัตถการ 24 ชม. จากความปวดแรก (VAS) เฉลี่ย 9 ลดลงเหลือ 2.8 ในกลุ่ม Triamcinolone acetate 40mg และความปวดแรก (VAS) เฉลี่ย 8.6 ลดลงเหลือ 2.4 ในกลุ่ม Triamcinolone acetate 80mg แนวโน้มการลดลงของระดับความปวด แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการรักษาได้ผลตั้งแต่ 24 ชม.แรกหลังการรักษา ดังแสดงใน Figure:1

และเมื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพในการลดปวดของทั้ง 2 กลุ่ม เป็นระยะเวลา 3 เดือนพบว่ากลุ่ม Triamcinolone acetate 40 mg และ Triamcinolone acetate 80mg ยังคงมีประสิทธิภาพในการลดความปวดได้ดี คือ ค่าความปวด (VAS) เฉลี่ยที่เวลา 3 เดือนของกลุ่ม Triamcinolone acetate 40mg เท่ากับ 2.9 และกลุ่ม Triamcinolone acetate 80mg เท่ากับ 2.5 และ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ (P -value=0.758) แนวโน้มระดับความปวด ที่เวลา 24 ชม. ,30 วัน, 90 วัน แสดงในรูปที่ 2 (Figure : 2)

ปัญหา Low back pain เป็นปัญหาที่นอกจากจะพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยนอกแล้ว ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วย เพราะมักพบในช่วงอายุที่กำลังทำงาน และมักเป็นปัญหาเรื้อรัง แนวทางการรักษาที่ให้ประสิทธิภาพในการลดปวดได้ดี ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม การฉีดยาช่องโพรงประสาทสันหลัง (EDSI) นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเริ่มใช้วิธีรักษา นี้ ตั้งแต่ปี 1901 (LaxmaiahNanchikanti, Nebojsa Nick Knezevic, Mark V Boswell , Alan D Kaye, Joshua A Hirsch. ,2016)แต่ยังมีประเด็นที่ยังไม่ได้ข้อสรุปในหลายเรื่อง เช่น ชนิดของ Glucocorticoid ที่ใช้, ขนาดยาที่ใช้ (Dose) , ปริมาตรยาที่ใช้ (Volume) , จำนวนครั้งที่ฉีด , ช่องทางที่ฉีด (Route)M B Owlia , A Salimzadeh , GhAlishiri⁽⁶⁾ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบขนาดยา Methylprednisolone ในหัตถการ EDSI ได้ผลคือขนาดยาMethylprednisolone 40mgให้ผลเทียบเท่าขนาด Methylprednisolone80 mgในการศึกษานี้ จะทำการศึกษาใน Triamcinolone acetate ซึ่งเป็น steroid อีกชนิดหนึ่งที่นิยมใช้ในการรักษา

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย Low back pain ที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ EDSI ด้วยยา Triamcinolone acetate ให้ผลลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังจากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยผลการศึกษาพบว่า ขนาดของยา Triamcinolone acetate 40mgและ Triamcinolone acetate 80 mgให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกันจากการศึกษาของ Rhee, John M. และคณะ (Rhee, John M. ,2006) ได้อธิบายถึง

Pathophysiology ของการเกิด Lumbar radicular pain เกิดจากองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ Mechanical deformationเช่น การกดทับ (compression) การดึงรั้ง (traction) ของรากประสาทโดยตรง ส่วนที่สอง คือ Chemical irritationของเส้นประสาท ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท เช่น ischemia, edema, fibrosis, demyelination ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดความปวด และการทำหน้าที่ของเส้นประสาทบกพร่อง ทำให้เกิดอาการชา อ่อนแรงได้ Irene A. Young, MD. Garrett S. Hyman, MD,และคณะ⁽⁷⁾ได้อธิบายถึงการออกฤทธิ์ของSteroidคือเข้าไปมีผลยับยั้ง pain factors เช่น Prostaglandin, Interleukin-6, C-fiber ซึ่งส่งผลให้มีการลดการอักเสบของ Nerve root (decrease chemical Nerve root irritation Form inflammation)ทำให้ลดอาการปวดจากเส้นประสาทถูกกดทับได้

การเลือกใช้ปริมาณยาน้อยที่สุด ที่ยังคงประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวด จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพราะนอกจากจะลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้ steroid ในผู้ป่วยแล้ว ยังมีความเหมาะสมในเชิงเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาล

งานวิจัยมีข้อจำกัดคือติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน ข้อสังเกตคือภายหลังการรักษาด้วยวิธี EDSI ประมาณ 6 เดือน มีผู้ป่วย 4 ราย จาก 74 ราย อาการปวดกลับมาในระดับใกล้เคียงก่อนทำหัตถการ และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด จนอาการดีขึ้นตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

- LaxmaiahNanchikanti, Nebojsa Nick Knezevic, Mark V Boswell , Alan D Kaye, Joshua A Hirsch. Epidural Injections for Lumbar radiculopathy and Spinal Stenosis : A Comparative Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Physician. 2016 Mar; 19(3):E365-410.
- Seong-Sik Kang , Byeong-Mun Hwang, Hee-Jeong Son, Il-Young Cheong, Sang-Jin Lee, Sang-Hyun Lee, Tae-Yoon Chung. The Dosages of corticosteroid in transforaminal epidural steroid injection for



- lumbar radicular pain due to a herniated disc. Randomized Controlled Trial Pain Physician. Jul-Aug 2011; 14(4):361-70.
- Ryan Mattie, MD, David C. Miller, MD, MA , and Clark C. Smith, MD, MPH on behalf of the Spine Intervention Society's Patient Safety Committee. Annual Maximum Dose of Epidural Steroid Injection. Spine Intervention Society Factfinders for Patient Safety. June 2019
- Honorio T Benzon. Epidural steroid injections for low back pain and lumbosacral radiculopathy. Pain. 1986 Mar ; 24(3):277-295.
- Matt Fishcher, Peggy Y Kim. Corticosteroid-Induced Psychosis After a Single Transforaminal Epidural Steroid Injection. WMJ. 2019 Jul; 118(2):91-94.
- M B Owlia , A Salimzadeh, GhAlishiri, A Haghighi. Comparison of Two doses of corticosteroid in epidural steroid injection for lumbar radicular pain. Singapore Med J 2007; 48(3):241
- Rhee, John M. MD; Schaufele, Michael MD; Abdu, William A. MD. Radiculopathy and the Herniated Lumbar Disc Controversies Regarding Pathophysiology and Management. The Journal of Bone & Joint Surgery: September 2006 - Volume 88 - Issue 9 - p 2070-2080
- Irene A. Young, MD. Garrett S. Hyman, MD, MPH. Llewellyn N. Packia-Raj, MD. Andrew J. Cole, MD: The Use of Lumbar Epidural/Transforaminal Steroids for Managing Spinal Disease. J Am Acad Orthop Surg 2007;15:228- 238

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู

Factors Associated with chronic kidney disease in Diabetes Mellitus Patients of Contracted Unit of Primary care in Na Wang District, Nong Bua Lamphu Province.

(Received: May 30,2022 ; Accepted: June 20,2022)

ยุวพร จิระวงศ์ประภา¹

Yuwaporn Chirawongprapha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Case-Control Study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 517 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มศึกษา(Case)ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไตเรื้อรัง จำนวน 139 คน และกลุ่มควบคุม(Control)ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่ยังไม่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไตเรื้อรัง จำนวน 378 คน วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว โดยใช้สถิติ Simple logistic regression หาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odds ratio (OR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression แสดงผลด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR *adj*) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 517 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.90 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุ ด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ (OR *adj* =5.33, 95 % CI=2.76-10.29) ค่าดัชนีมวลกาย (OR *adj* = 0.55, 95 % CI=0.30-0.95) การบริโภคอาหารเค็ม(OR *adj* = 0.44, 95 % CI=0.20-0.95) การดื่มน้ำ/วัน (OR *adj* = 0.05, 95 % CI=0.01-0.16) การใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด (OR *adj* = 1.71, 95 % CI=1.31-1.62) และการเป็นโรคความดันโลหิตสูง(OR *adj* = 0.15, 95 % CI=0.03-0.79)

คำสำคัญ: ภาวะไตเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This study is a retrospective case control study aimed to study the factors associated with the occurrence of chronic kidney disease(CKD) in diabetes mellitus patients(DM) of contracted unit of primary care in Na Wang District, Nong Bua Lamphu Province during the period October 1, 2019 to September 30, 2020. The population selected for this research was 517 diabetes mellitus patients and two groups : 139 diabetes mellitus patients with chronic kidney disease patients (the case group) and 378 diabetic mellitus patients without chronic kidney disease (the control group). Descriptive statistics was applied to identify characteristics. The relationship values of single variables were determined through univariate analyses:

¹โรงพยาบาลนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู

crude odds ratio (OR). A multiple logistic regression was analysed, then performed to adjust OR value (OR *adj*) at a 95% confidence interval (95% CI).

The result showed that, most 517 DM patients are women 55.90 %. The univariate analysis showed that the risk factors related to CKD among DM with a significant P-value (P-value < 0.05) were: being the analysis of multiple variable logistic regression showed the factors significantly associated with CKD in DM : gender (OR *adj* =5.33, 95 % CI=2.76-10.29), BMI (OR *adj* = 0.55, 95 % CI=0.30-0.95), salty food consumption (OR *adj* = 0.44, 95 % CI=0.20-0.95), the quantity of drinking water (OR *adj* = 0.05, 95 % CI=0.01-0.16), herbal drug use (OR *adj* = 1.71, 95 % CI=1.31-1.62), and hypertension (OR *adj* = 0.15, 95 % CI=0.03-0.79)

Keywords: chronic kidney disease(CKD), diabetes mellitus patients(DM)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับต้นๆของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งในประเทศแถบยุโรปและในประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2010) สำหรับประเทศไทย จากรายงานการวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2561 พบความชุกของโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 16.7 (Utraknatee, J., Ruengorn, C. & Nochaiwong, S., 2020) ภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุจากมีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมาจากภาวะความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) เป็นภาวะเสี่ยงต่อหลอดเลือดหัวใจตีบ (Parving HH, Gall MA, Skott P, Jorgensen HE, Lokkegaard H, Jorgensen F, et al., 1992) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานของไตลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต (Khochaseni P, Trakan Wanich T, Wari Sangthip K., 2004) และภาวะโปรตีนรั่วทางไตเป็นตัวชี้วัดทางชีววิทยาที่สำคัญที่แสดงถึงการเกิดความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง (Tótolí, C., Carvalho, A. B., Ammirati, A.L., Draibe, S. A., & Canziani, M., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเสื่อมหน้าที่ของไตซึ่งมีหลายสาเหตุปัจจัยทั้งที่เป็นโรคของไตเองหรือจากสาเหตุภายนอกไต เช่น การดื่มน้ำในปริมาณไม่เพียงพอ การรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม การกลั่นปัสสาวะ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาต้านอักเสบ

ชนิดไม่ไ้สเตียรอยด์ (Wongprakob N, Piyabunditkul L., 2017) เป็นต้น และผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Mogensen CE., 1976)

การป้องกันโรคไตเรื้อรังสามารถทำได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งมีหลายวิธี จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผลกระทบจากการเกิดโรคที่ตามมาผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของตนเพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยเชื่อว่าผลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์หากมีการนำไปใช้ในการออกแบบและวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ การบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวัง จังหวัดหนองบัวลำภูซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะช่วยกำหนดแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานให้น้อยลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Case-Control Study) เก็บข้อมูลย้อนหลังโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบคัดลอกจากเวชระเบียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู ในระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเบาหวาน และคลินิกโรคไต ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและเกิดภาวะไตเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในคลินิกเบาหวานและคลินิกโรคไตในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เกิดภาวะไตเรื้อรังและเป็นผู้ยินยอม และสามารถให้ข้อมูลได้

จากข้อมูลในฐานข้อมูลทุติยภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น จำนวน 1,808 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและเกิดภาวะไตเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มศึกษา(Case)ทั้งสิ้น จำนวน 139 คนซึ่งผู้วิจัยเห็นควรนำเข้าสู่การศึกษาทุกราย โดยการศึกษาครั้งนี้ให้อัตราส่วน Case : Control เป็น 1:2 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างกลุ่มควบคุม(Control) จึงเท่ากับ 378 คน รวมขนาด ตัวอย่างทั้งหมด 517 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากกลุ่มควบคุม(Control)มีจำนวนมาก จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random

sampling)ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ต้องเป็นผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยสุ่มจากผู้ป่วยที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาภาวะไตเรื้อรังในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 และสุ่มจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จะได้ตัวอย่างทั้งหมด 517 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วยแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรังและผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เกิดภาวะไตเรื้อรังในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเหมาะสมของข้อคำถามและความเป็นไปได้ในการตอบข้อคำถามแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยวิธี Univariate analysis หาอัตราเสี่ยงอย่างหยาบ(Crude Odds Ratio, OR) และหาค่าความเชื่อมั่น 95%CI และใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ โดยใช้วิธีวิเคราะห์

การถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis) คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี enter

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ทำการศึกษแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรัง จำนวน 139 คน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เกิดภาวะไตเรื้อรัง จำนวน 378 คน รวมทั้งสิ้น 517 คน

ด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.90 โดยในกลุ่มที่เกิดภาวะไตเรื้อรังและกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.10 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็น ร้อยละ 91.10 มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 kg/m² ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 67.90

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.70 ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 81.60 บริโภคอาหารเค็ม คิดเป็นร้อยละ 77.40 การดื่มน้ำ/วัน <1,500 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 66.90 และส่วนใหญ่เคยใช้ยาสมุนไพร คิดเป็น ร้อยละ 73.1

ด้านการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่ามีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) $\geq 7\text{mg}\%$ คิดเป็น ร้อยละ 71.40 มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน ≥ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.90 และมีการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 73.3

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ได้แก่ เพศ (OR = 6.30, 95 % CI=3.75-10.56) ค่าดัชนีมวลกาย (OR = 0.42, 95 % CI=0.26-0.68) ส่วนปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ และอาชีพ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ได้แก่ การบริโภคอาหารเค็ม (OR = 0.43, 95 % CI=0.27-0.69) การดื่มน้ำ/วัน (OR = 0.03, 95 % CI=0.01-0.10) การใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด (OR = 0.49, 95 % CI=0.30-0.79) ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ได้แก่ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR = 0.12, 95 % CI=0.02-0.56) ส่วนปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านการเจ็บป่วย กับ การเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัย	DM / Pro + (n=139)	DM / Pro - (n=378)	Crude OR	95% CI	p-value
ด้านลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ ชาย	22	206	6.30	3.75-10.56	.00
หญิง	117	172			
อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	83	238	1.09	0.72-1.64	.66

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล
ด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านการเจ็บป่วย กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัย	DM / Pro + (n=139)	DM / Pro - (n=378)	Crude OR	95% CI	p-value
น้อยกว่า 60 ปี	56	140			
อาชีพ เกษตรกรรม	137	334	1.34	0.84-2.15	.21
อื่นๆนอกจากเกษตรกรรม	2	44			
ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	112	239	0.42	0.26-0.68	.00
$< 25 \text{ kg/m}^2$	27	139			
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ					
การเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่ม	29	71	0.87	0.53-1.43	.59
ไม่ดื่ม	110	307			
การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่	25	70	1.05	0.62-1.76	.25
ไม่สูบบุหรี่	114	308			
การบริโภคอาหารเค็ม ทานเค็ม	136	264	0.43	0.27-0.69	.00
ไม่ทานเค็ม	3	114			
ปริมาณน้ำดื่ม/วัน $< 1,500$ มิลลิลิตร	135	221	0.03	0.01-0.10	.00
$\geq 1,500$ มิลลิลิตร	4	167			
การใชยาสมุนไพร-ยาชุด เคย	115	263	1.49	0.30-0.79	.00
ไม่ เคย	24	115			
ด้านการเจ็บป่วย					
HbA1C $\geq 7\text{mg}\%$	104	265	0.81	0.52-1.28	.37
HbA1C $< 7\text{mg}\%$	35	113			
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน ≥ 10 ปี	94	226	0.72	0.47-1.10	.13
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน < 10 ปี	45	152			
การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มี	110	269	0.12	0.02-0.56	.00
ไม่มี	29	109			

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงพหุด้วยสถิติ Multiple logistic regression ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านการเจ็บป่วยกับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพิจารณาผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$ ดังนั้นจะได้ตัวแปรที่จะนำเข้ามาวิเคราะห์จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย การทานอาหารเค็ม ปริมาณน้ำดื่ม/วัน การใชยาสมุนไพร-ยาชุด และการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆให้คงที่หมด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่

เพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง จะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 5.33 เท่า
(OR $adj = 5.33$, 95% CI=2.76-10.20)

ค่าดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย $< 25 \text{ kg/m}^2$ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.45
(OR $adj = 0.55$, 95 % CI=0.30-0.95)

การบริโภคอาหารเค็ม เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่ไม่

บริโภคอาหารเค็มเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บริโภคอาหารเค็ม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.56 (OR *adj* = 0.44, 95 % CI=0.20-0.95)

ปริมาณน้ำดื่ม/วัน เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่มีปริมาณน้ำดื่ม/วัน $\geq 1,500$ มิลลิลิตรเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีปริมาณน้ำดื่ม/วัน $< 1,500$ มิลลิลิตร จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.95 (OR *adj* = 0.05, 95 % CI=0.01-0.16)

การใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่เคยใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง

ในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1.71 เท่า (OR *adj* = 1.71, 95 % CI=1.31-1.62)

ประวัติการป่วยเป็นโรคไต เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่ไม่มีประวัติการป่วยเป็นโรคไต เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีประวัติการป่วยเป็นโรคไต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.96 (OR *adj* = 0.04, 95 % CI=0.01-0.10)

การเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มที่ไม่มีประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.85 (OR *adj* = 0.15, 95 % CI=0.03-0.79)

รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการเจ็บป่วย กับ การเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัย	DM / Pro + (n=139)	DM / Pro - (n=378)	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
ด้านลักษณะส่วนบุคคล						
เพศ ชาย	22	206	6.30	5.33	2.76-10.29	.00
หญิง	117	172				
ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$	112	239	0.42	0.55	0.30-0.95	.05
$< 25 \text{ kg/m}^2$	27	139				
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ						
การบริโภคอาหารเค็ม ทานเค็ม	136	264	0.43	0.44	0.20-0.95	.03
ไม่ทานเค็ม	3	114				
ปริมาณน้ำดื่มวัน $< 1,500$ มิลลิลิตร	135	221	0.03	0.05	0.01-0.16	.00
$\geq 1,500$ มิลลิลิตร	4	167				
การใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด เคย	115	263	1.49	1.71	1.31-1.62	.02
ไม่เคย	24	115				
ด้านการเจ็บป่วย						
ประวัติการป่วยเป็นโรคไต มี	82	213	0.02	0.04	0.01-0.10	.00
ไม่มี	57	165				
โรคความดันโลหิตสูง มี	110	269	0.12	0.15	0.03-0.79	.02
ไม่มี	29	109				

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านลักษณะบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

1.1 ในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย จะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 5.33 เท่า สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่พบว่าเพศ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังแต่อาจอธิบายได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งส่งผลต่อการเสื่อมของไต แต่หากมีปัจจัยอื่นร่วมเป็นตัวกระตุ้นให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น (Varitsakul R. ,2014)

1.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกาย $<25\text{kg/m}^2$ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.45 สอดคล้องกับ รายงานผลการศึกษาที่ พบว่า บุคคลที่มีค่า BMI สามารถควบคุมได้ระดับดี ภาพรวมผลการรักษามีไวยาธวะ 4-5 ลดลงมาในระดับ 1-3 (ลดลงจากร้อยละ 15.9 เป็น 6.5) กรมการแพทย์ ,2556)

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 กลุ่มที่ไม่บริโภคอาหารเค็ม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.56 สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่บริโภคอาหารเค็มไม่เหมาะสมมีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง 3.85 เท่าของผู้ที่บริโภคอาหารเค็มเหมาะสม การบริโภคอาหารเค็มจะส่งผลให้ปริมาณของโซเดียมเกินความต้องการของร่างกายต่อวันจะส่งผลให้ดั่งสารน้ำให้ค้างอยู่ในร่างกายมากเป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเกิดภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว(Varitsakul R. ,2014)

2.2 กลุ่มที่มีการดื่มน้ำวัน $\geq 1,500$ มิลลิลิตร จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.95 สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวันมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรัง 1.52 เท่าของผู้ป่วยที่มีการดื่มน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน (Wongprakob N, Piyabunditkul L. ,2017)

2.3 กลุ่มที่เคยใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด มีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1.71

เท่า สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณมีโอกาสการเกิดโรคไตเรื้อรังถึง 1.2 เท่า ของคนที่ไม่ใช้(Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, et al. ,2009)

3. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มที่ไม่มีการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 99.85 สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว 3.08 เท่า(James PA, Oparil S, Carter BL, et al. ,2014) และภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูง(Rossing K, Christensen PK, Hovind P, Tamow L, Rossing P, Parving HH. ,2004),(เกรลี อุตสาหการ และคณะ ,2555)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่า หากสามารถทำการการค้นพบผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น จะทำให้การรักษาง่ายและจะช่วยชะลอความเสื่อมของโรคไตได้เพิ่มขึ้น โดยการสนับสนุนการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวาน ในการการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย การงดการบริโภคอาหารเค็ม การดื่มน้ำต่อวันในปริมาณที่ไม่น้อยกว่าวันละ 1,500 มิลลิลิตร การงดการใช้ยาสมุนไพร-ยาชุด และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายพื้นที่ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่อื่น เพื่อให้ผลการศึกษาที่กว้างขึ้น

2. ศึกษาโดยตามไปข้างหน้าระยะยาว 10-15ปี โดยการศึกษาไปข้างหน้าระยะยาว (cohort study) เพื่อการติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว รวมทั้งการบอกธรรมชาติของโรคในโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ เพื่อวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในอนาคต และเปรียบเทียบกับผลการรักษาในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010 (Position statement). Diabetes Care 2010; 33 (suppl 1):S11-61.
- Jitraknatee, J., Ruengorn, C. & Nochaiwong, S. (2020). Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease among Type 2 Diabetes Patients: A Cross-Sectional Study in Primary Care Practice. Scientific Reports, 10(1), 6205.
- Parving HH, Gall MA, Skott P, Jorgensen HE, Lokkegaard H, Jorgensen F, et al. Prevalence and causes of albuminuria in non-insulin-dependent diabetic patients. Kidney Int 1992; 41(4):758-762.
- Khochaseni P, Trakan Wanich T, Wari Sangthip K. Nephrology board review 2014. Bangkok: Text and Journal Public Limited; 2014. Thai.
- Tótolí, C., Carvalho, A. B., Ammirati, A.L., Draibe, S. A., & Canziani, M. (2019). Associated factors related to chronic kidney disease progression in elderly patients. *PloS one*, 14(7), e0219956.
- Wongprakob N, Piyabunditkul L. Predictive factors of chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus and hypertension. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2017; 23(2): 94-106. Thai.
- Mogensen CE. Progression of nephropathy in long-term diabetics with proteinuria and effect of initial antihypertensive treatment. Scand J Clin Lab Invest 1976; (36): 383-8.
- Varitsakul R. Dietary management for slow progression in patients with diabetic kidney disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(1): 22-28. Thai
- สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Diabetes fact sheet. MedResNet 2556; 3 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้ จาก: <http://www.idf>.
- Wongprakob N, Piyabunditkul L. Predictive factors of chronic kidney disease in patients with Diabetes mellitus and hypertension. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2017; 23(2): 94-106. Thai.
- Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2009; 25(5): 1567-75. doi: 10.1093/ndt/gfp669
- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood Pressure in adults report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). JAMA. 2014; 311(5): 507-20.
- Rossing K, Christensen PK, Hovind P, Tarnow L, Rossing P, Parving HH. Progression of nephropathy in type 2 diabetic patients. Kidney Int 2004; 66(4): 1596-1605.
- เกวลี อุตสาหการ, จารุกวี สอนคามิ, จิรยุทธ ใจเขียนดี, ภูษิษฐ์ สุวราพัฒนามรรณ, รุ่งกานต์ แสงศิริ, สมบัติ ภูวนกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่2. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2555; 27(2): 56-9.