



วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา

Journal of Health and Environmental Education



H&E



ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2565

VOL7 NO.4 October - December 2022

ISSN : 2773-854X (Print)

ISSN : 2773-8558 (Online)



สารบัญ

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น	1
นันทิยา ภูงาม , ชนิษฐา ทาพรมมา	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีภาวะสายตาดูเลือนรางด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ : กรณีศึกษา	15
ชนากานต์ อนันตริยกุล	
ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี	24
ศักดิ์ชาย ชติยา	
ปัจจัยที่ทำให้อาการขาข้างหัวเข่าดีขึ้น ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม(Total Knee Arthroplasty) ใน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ	40
เศกสิทธิ์ เสงี่ยมศักดิ์	
การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง ในช่วงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	51
ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์ , ยุทธกรานต์ ชินโสธร	
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	64
สารสิน กิตติโพวานนท์ , รัตนาภรณ์ ประชากุล	
การพัฒนาแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง . รติอร พรภุณา	75
การพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ... เจ็ดชัย กิตติโพวานนท์	89
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร	102
ไชยวุฒิ ไชยวิมางคกุล	
ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมาของสตรี ในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์... ธิดารัตน์ มละสาร	114
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง	123
กนกศรี จาดเงิน , เกศริน เชื้อภักดี	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี	136
พิชามัก เข้มนาค	
การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น	145
นพพร การถัก	
อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังจากเย็บปิดแผลผ่าตัดทันทีของการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พรหมพิรุณ วัฒนวิภิกกิจ	156
การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 . วรารคณา โฉมจันทรี , สารัช เกียรติกวินพงศ์	163
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา : กรณีศึกษา	176
รุ่งทิพา พลอยสุวรรณ	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขต รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ	189
วิชัย อุ้นแก้ว	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี . ณัฐนันท์ พิระภาณรักษ์	199
การพัฒนาแบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	211
น้ำผึ้ง โนนรัตน์	
ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติกรดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี	219
ชญัญญาภัค วิจารณ์	

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 28 (ปีที่ 7 ฉบับที่ 4) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม – ธันวาคม 2565 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โรคต่อกระดูกที่มีภาวะสายตาดูมืดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ระบบบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิก กัญชาทางการแพทย์แผนไทย อาหารชาด้านข้างหัวเข่าดีขึ้น ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี การจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง บริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมาของสตรี การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมจัดการน้ำเสีย สุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ ผลติดเชื้อหลังจากเย็บปิดแผลผ่าตัดทันทีของการผ่าตัดโรไส้ติ่งแตก การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาต่อไป



การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)
หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

The Development of Discharge Planning Guideline for Stroke Patients with Intermediate
Care in Male Ward at Ban Phai Hospital in KhonKaen Province

(Received: November 8,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 13,2022)

นันทิยา ภูงาม¹ ขนิษฐา ทาพมมา¹

Nunthiya Phoongarm , Kannita Thaphomma

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัตถุประสงค์ :เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพการณ์ การพัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่1 ระยะเตรียมการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ดำเนินการจำนวน 2 ระยะๆละ 6 เดือน ระยะที่1 ระหว่างมกราคม- มิถุนายน 2563 และระยะที่2 กรกฎาคม- กันยายน 2563 , ระยะที่2 ระยะปฏิบัติการโดยใช้วงจรของ PAOR ที่มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและการวางแผนจำหน่าย (planning) ขั้นตอนที่2 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย (action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และ ระยะที่3 ระยะประเมินผล

ผลการศึกษา : การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2)การกำหนดบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และพยาบาลตัวแทนหน่วยบริการเครือข่าย 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมความคิดเห็น ร่วมกันกำหนดแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate care) ทุกวิชาชีพสามารถลงบันทึกสื่อสารกันในทีมผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นแผนที่มีจำนวนวันนอน 4 วัน ญาติผู้ดูแลหลักมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง 4)การกำหนดแบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

Abstract

This action research aimed to investigate the situation and condition of model development, as well as the influence of model development on the discharge plan for middle-stage stroke patients (intermediate care). The current study was conducted by applying a research model based on the concept of Kemmis and McTaggart (1988). The

¹ หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่



study was divided into 3 phases. The first phase was the preparation period. During this phase, data were gathered using a record form for discharge planning and distribution of middle-stage stroke patients, and two 6-month periods were adopted, the first from January to June 2020 and the second from July to September 2020. There were four steps in the second phase of the operational phase utilizing the PAOR circuit: (i) preparation and discharge planning, (ii) discharge action, (iii) observation, and (iv) study reflection. This will result in the formulation of a suitable and successful discharge strategy for patients with middle-stage stroke. The last phase was the evaluation.

Result: There were four programs in the development of a model for distribution planning for middle-stage stroke patients (Intermediate care) in a male ward at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province. First, determining the empirical strategies of the hospital on a multidisciplinary team in the discharge planning for patients. Second, determining the roles of the multidisciplinary team involved in the treatment and rehabilitation of patients consisted of internal medicine physicians, family medicine physicians, ward nurses, pharmacists, physical therapists, nutritionists, and network service unit nurses. Third, a brainstorming workshop to formulate the record form for the discharge plan for middle-stage stroke patients (Intermediate care). With a four-day sleeping schedule, all professionals can record the conversation in the care team. The primary caregiver's relatives are ready and able to take care of the patient correctly. Lastly, formulating referral records and follow-up care.

Keywords: The Development of Discharge Planning Guideline for Stroke Patients with Intermediate Care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebral vascular disease or Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญลำดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงมักพบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รอดชีวิตแต่ยังอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็น

ปัญหาและภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ทั้งในหญิงและชายไทย และยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในเพศหญิงอันดับ 1 และในเพศชายเป็นอันดับ 3 อีกด้วย² จากสถิติข้อมูลจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี 2559-2561 จำนวน 5,434 , 5,610 และ 4,656 ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 5.19 ,4.92 และ3.84 โดยในปี 2561คิดเป็น2,536 คนต่อประชากร 100,000 คน (คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น 2562) จากแผนพัฒนาบริการระบบสุขภาพ Service plan ปี 2561-2565⁶ มีหลักการและ



กรอบแนวคิดให้เกิดบริการแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ(Seamless Health Service Network)และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขต (Self-contain)และระบบส่งต่อภายในเขต(Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และนโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Healthcare Network Certification : PNC) ของคณะกรรมการการบริการเครือข่ายสุขภาพเขต 7 ได้ร่วมกันกำหนดนโยบายขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ หนึ่งในนโยบายดังกล่าวคือการจัดบริการระบบ Intermediate care โดยมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข โดยนโยบาย Intermediate care ได้กำหนดเน้นโรคสำคัญ 3 โรค และโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคสำคัญของนโยบายดังกล่าว²¹ โรงพยาบาลบ้านไผ่มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยึดหลักการดำเนินงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยเร็ว การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามสภาพและความต้องการ ตั้งแต่ช่วงแรกของการรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเอง คือมี

ระบบงาน และกระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล , 2560)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคสำคัญที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่างๆ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 33 , 36 และ 39คน ในปี พ.ศ.2560 , 2561 และ 2562 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ แผนกหอผู้ป่วยในปี 2560 มีจำนวน 234 คน เป็นชาย 124 คน หญิง 110 คน ปี 2561 มีผู้ป่วยจำนวน 247 คน เป็นชาย 140 คน หญิง 107 คน และปี 2562มีผู้ป่วยจำนวน 230 คน เป็นชาย 122 คน หญิง 108 คน ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่รับการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ การวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate care) จำนวน 17,15 และ 17 คน ใน ปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 3 , 4 และ 2 คน ในปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำปี 2562 พบว่าส่วนใหญ่มาด้วยอาการแทรกซ้อน มีไข้ หายใจหอบ เกิดแผลกดทับ และมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่นอาการท้องเสีย เป็นต้น

การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 15 คน เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางสื่อสารระหว่างทีมที่ชัดเจน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติพบปัญหาที่สำคัญคือขาดการค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อให้มีความรู้คำแนะนำเฉพาะโรค และการเตรียมความพร้อมใน



การดูแลตนเองต่อเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอาจทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และจากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า ยังไม่มีทีมหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ หรือแนวทางการสื่อสารในการดูแลและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยไปยัง PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจากการสอบถามพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน พบว่าข้อมูลในการส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุม แผนในการดูแลที่บ้านยังไม่ละเอียดเพียงพอในประเด็นของการฟื้นฟูสภาพ การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น อีกทั้งการส่งต่อข้อมูลด้านอาการและแนวทางการรักษาพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เพียงพอที่จะดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ ควรร่วมกันวางแผนที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพราะมีความเชื่อว่าการพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี การมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ คือ การเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ ให้ความช่วยเหลือแนะนำให้มีความพร้อม และสามารถจะนำสิ่งที่แนะนำไปปฏิบัติตนเองที่บ้านได้ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่และต่อเนื่องเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สำคัญของแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องครอบคลุมเรื่องผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแลควรจะได้รับ และมีความรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพการณ์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

กลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะคือระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 3 คน นักโภชนาการ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยชาย จำนวน 12 คน และ พยาบาลวิชาชีพ PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 17คน รวมทั้งสิ้น 39 คน

2. ญาติผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โรงพยาบาลบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น

1.2 สรุปวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.3 สรุปผลการทบทวนเวชระเบียนโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate care) เรื่องภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate care)โรงพยาบาลบ้านไผ่

2.2 แบบฟอร์มประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Barthel Indexโรงพยาบาลบ้านไผ่

2.3 แบบบันทึกการส่งต่อและการติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care)ในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาตำราค้นคว้าเอกสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)

1.2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เดิมของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยการสังเกตการปฏิบัติงาน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมภาษณ์ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัดที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติและผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลบ้านไผ่

1.3 เสนอปัญหาและแนวความคิดพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง คณะกรรมการทีมพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพื่อพิจารณาเห็นชอบในการศึกษา

1.4 จัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุม ได้แก่ตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ขั้นตอนการ

2.1 ประชุมทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลบ้านไผ่ ซึ่งเป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย ณ ห้องประชุมไพจิตร ปะบุตร โรงพยาบาลบ้านไผ่

2.2 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมสมองระหว่างคณะกรรมการทีม พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 20 คน และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เฉพาะทางจิตเวช พยาบาลวิชาชีพตัวแทนจากหอผู้ป่วย เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เพื่อร่วมกันร่างรูปแบบการจำหน่ายวางแผนจำหน่าย และกำหนดแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยเขียนข้อความระบุกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายของแต่ละวิชาชีพ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีรายละเอียดของกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังนี้

ก. อายุรแพทย์/แพทย์ กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้การรักษ การอธิบายพยาธิสภาพของโรค การพยากรณ์โรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด



โรค การส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ การ
จำหน่ายผู้ป่วยและการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตาม
ผลการรักษา

ข. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กำหนด
กิจกรรมเกี่ยวกับรับประสานจากแพทย์เจ้าของไข้/
พยาบาล เพื่อวางแผนการดูแลเยี่ยมประเมินผู้ป่วย
วางแผนการดูแลต่อเนื่อง ติดตามและร่วม
ประเมินผลการรักษานัดติดตามเยี่ยมที่บ้าน

ค. พยาบาลวิชาชีพ กำหนดกิจกรรม
เกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน การประสานงานกับทีมสหสาขา
วิชาชีพ การให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ การ
ประเมินครอบครัวเพื่อค้นหาผู้ดูแลหลัก การให้
ความรู้เรื่องโรค การสอนและสาธิต การทำความ
สะอาดร่างกาย การป้อนอาหาร การให้อาหารทาง
สายยาง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การ
ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

ง. เภสัชกร กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับการรับ
คำสั่งการใช้ยา การประเมินผลการใช้ยา ปฏิกิริยา
เสี่ยงจากการใช้ยา การให้คำแนะนำเรื่องยา ฤทธิ์
การออกฤทธิ์ของยา ข้อควรระวังในการใช้ยา

จ. นักกายภาพบำบัด กำหนดกิจกรรม
เกี่ยวกับ การประเมินความสามารถของผู้ป่วย การ
บำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามปัญหาที่พบ เช่น การ
ทรงตัว การจัดทำที่เหมาะสม การเคลื่อนย้าย การ
ฝึกการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายที่
เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย

ฉ. นักโภชนาการ กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับ
การจัดประเภทของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
การกำหนดปริมาณ พลังงานและสารอาหารตาม
ความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดอาหาร
ตามแผนการรักษาของแพทย์ การสอนและสาธิต
การทำอาหารปั่น/อาหารผสม

ช. พยาบาลจิตเวช กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับ
การประเมินปัญหาด้านจิตใจและการให้คำปรึกษา
ตามปัญหาที่พบ ส่งเสริมและสร้างความมั่นใจใน
การดูแล ส่งเสริมและสร้างความรู้สึกรักที่มีคุณค่าใน
ตนเอง

ซ. พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
กำหนดกิจกรรมเกี่ยวกับรับแบบฟอร์มการดูแล
ต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับ
บ้าน ส่งต่อข้อมูล หน่วยบริการเครือข่ายที่
เกี่ยวข้อง

2.3 ผู้ศึกษาสรุปผลจากการประชุมระดม
ความคิดเห็น แล้วนำเสนอคณะกรรมการทีมพัฒนา
ระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อพิจารณา
เพิ่มเติมข้อมูล โดยร่วมกันระบุกิจกรรม และ
กำหนดบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
กำหนดเป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นแผน 5 วัน
ตามค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล

2.4 ผู้ศึกษาสรุปรูปแบบบันทึกการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
(Intermediate care) โรงพยาบาลบ้านไผ่จากนั้น
มอบหมายให้คณะกรรมการทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่ง
เป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงาน เป็นผู้ดำเนินการ
แจ้งแนวทางปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อ
รับทราบโดยมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันคือ เมื่อรับ
ผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลพยาบาลประจำตึก
เป็นผู้ประสานงานให้ทีมรับทราบทุกราย ร่วมกัน
ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและบันทึกข้อมูลในแบบ
บันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะกลางที่กำหนดขึ้น

2.5 นำสู่การปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
ในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ ระยะเวลา 6
เดือน ระหว่าง เดือน มกราคม 2563 ถึง เดือน
มิถุนายน 2563 โดยกำหนดแบบบันทึกการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนบรวมเป็นเอกสารชุด
เดียวกับเวชระเบียนผู้ป่วยใน สรุปวิเคราะห์ข้อมูล
และผลการพัฒนา

3. ขึ้นประเมินผล การประเมินผลการ
พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate
care) โดยผู้ศึกษาประเมินความความพร้อมและ

ความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเข้าใจ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ภายหลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) แบบสหสาขาวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity)และความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านดังนี้ อายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดขอนแก่น การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆทั้งสิ้นไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ดังนั้นจึงไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต และอาจถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

กลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยผู้ศึกษาเริ่มศึกษาข้อมูลการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2563 จากการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. สภาพการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการพัฒนา

1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate care)จากโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ การวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อมาดูแลรักษาต่อและเตรียมการวางแผนจำหน่าย จำนวน 17,15 และ17คน ใน ปี2560, 2561และ2562 ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยอาการแทรกซ้อน จำนวน3,4 และ2คน ในปี 2560, 2561และ2562 ตามลำดับ

1.2 ผลการศึกษาข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการศึกษา พบว่า ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางสื่อสารระหว่างทีมที่ชัดเจน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติพบปัญหาที่สำคัญคือ ขาดการค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ เฉพาะโรค และการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอาจทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และจากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า ยังไม่มีทีมหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ หรือแนวทางการสื่อสารใน



การดูแลและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยไปยัง PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ตารางที่ 1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)

หัวข้อ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.รูปแบบการดูแล	1.ไม่มีรูปแบบชัดเจน	1.มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาล บ้านไผ่ชัดเจน
2.เครื่องมือ	2.แบบฟอร์มดูแลต่อเนื่อง กลุ่มโรคเรื้อรัง	2.มีแบบบันทึกที่ชัดเจน 2.1 แบบประเมินการกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Barthel Indexโรงพยาบาลบ้านไผ่ 2.2 แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบ้านไผ่ 2.3 แบบบันทึกการส่งต่อและการติดตามการ ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง(IMC)ในชุมชน
3.ทีมสหสาขาวิชาชีพ	3.บทบาทไม่ชัดเจน	3.กำหนดหน้าที่ชัดเจนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
4.รูปแบบการสื่อสาร	4.โทรศัพท์	4.มีการกำหนดรูปแบบการสื่อสารชัดเจน 4.1ระบบHos Xp 4.2 Lineกลุ่ม IMC 4.3 โทรศัพท์ 4.4แบบบันทึกการส่งต่อและการติดตามการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง(IMC)ในชุมชน

3. ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลัง การพัฒนา

3.1 ด้านผู้ป่วย

3.1.1 การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการนำประเด็นปัญหาในการปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate care) และจากการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน สรุปแผนการดูแลผู้ป่วยมีกำหนดวันนอนรักษา 4 วัน โดยกำหนดปฏิบัติในผู้ป่วยที่แพทย์

วินิจฉัยเข้าสู่ระยะ IMC ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย ระหว่างระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึง เดือนมิถุนายน 2563 รายละเอียดกำหนดกิจกรรมในแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) โรงพยาบาลบ้านไผ่

3.1.2 ผลการทดลองใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

(Intermediate care) ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย ระยะที่ 1 ระหว่างระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึง เดือนมิถุนายน 2563 จำนวน 20 ราย พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดไว้ แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 4 ราย ทำให้กิจกรรมที่กำหนดปฏิบัติในวันที่3-4 ผู้ป่วยและ



ญาติผู้ดูแลหลักได้รับการสอนทักษะต่างๆ ก่อนแผนที่กำหนดไว้ทุกราย ส่วนการประสานงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องดำเนินการโดยพยาบาลหอผู้ป่วยประสานงานวันจำหน่าย และแนะนำญาตินำเอกสารการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องส่งเจ้าหน้าที่ รพสต.ที่เกี่ยวข้อง

แผนการจำหน่ายวันที่ 3 พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติครบก่อนตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดไว้ แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 16 ราย ทำให้กิจกรรมที่กำหนดปฏิบัติในวันที่ 4 -วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักได้รับการสอนทักษะต่างๆ ก่อนแผนที่กำหนดไว้ทุกราย ส่วนการประสานงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องดำเนินการโดยพยาบาลหอผู้ป่วยประสานงานวันจำหน่าย และแนะนำญาตินำเอกสารการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องส่งเจ้าหน้าที่ รพสต.ที่เกี่ยวข้อง

แผนการจำหน่ายวันที่ 4 - วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดเนื่องจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมประเมิน สอนทักษะที่จำเป็นได้ครบตามที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและญาติพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปผลการจากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางไปใช้ระยะที่ 1 พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบตามแผนและบทบาทที่กำหนดกับผู้ป่วยทั้ง 20 ราย มีบางกิจกรรมที่ปฏิบัติก่อนแผนที่กำหนดไว้ เนื่องจากเมื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีจำนวน วันนอนเฉลี่ย 2.52 วันนอน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล แต่พบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายกลับบ้านมาด้วยปัญหา สายNG Tube เลื่อนหลุด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จากประเด็นปัญหาผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกันประชุมทบทวน เพื่อพัฒนาการดูแลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น วิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพิ่มเติม พบประเด็นที่เป็นโอกาส

พัฒนาต่อคือการประสานงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็นพื้นที่รอยต่อ เนื่องจากผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ เป็นผู้ป่วยเขตความรับผิดชอบของอำเภอโนนศิลา ซึ่งยังไม่ได้รับทราบข้อมูลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย ทำให้ญาติขาดความมั่นใจ ขาดที่ปรึกษากรณีเกิดปัญหาในการดูแล แนวทางที่เกิดขึ้นหลังการทบทวนคือ การเชิญเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโนนศิลาเข้าร่วมกลุ่มไลน์ การประสานงานพื้นที่ก่อนการส่งผู้ป่วยกลับบ้านอย่างน้อย 1 วัน การให้ข้อมูลญาติถึงแหล่งประโยชน์ในพื้นที่ มีการทบทวนแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นแผนที่มีระยะเวลาวันนอนวันที่1-2 และวันที่3-วันที่จำหน่ายกลับบ้าน ปรับเพิ่มการบันทึกแผนแนวทางการดูแลรักษาของสหสาขาวิชาชีพเป็นต้น นอกจากนี้จากการทบทวนแบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน พบประเด็นข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นบางส่วนยังครอบคลุม โดยได้เพิ่มเติมข้อมูลด้านชุมชน วันนัดเยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รายชื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผู้ป่วย การประสานพื้นที่รับผิดชอบ และรายชื่อผู้รับประสาน เป็นต้น

3.1.3 ผลการทดลองใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย ระยะที่ 2 ระหว่างระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน 2563 จำนวน 7 ราย

แผนการจำหน่ายวันที่ 1-2 พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติครบตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดไว้

แผนการจำหน่ายวันที่ 3 - วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติครบตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดไว้

สรุปผลการจากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ไปใช้ระยะที่ 2 พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบตามแผนและบทบาทที่กำหนดกับผู้ป่วยทั้ง 7 ราย จากการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผน

เจ้าหน้าที่ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม มีการออกแบบเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ญาติผู้ดูแลหลักมีความพร้อม มีทักษะในการดูแลร่วมกับทีม ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ญาติผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.14 วันนอน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่พบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนพิศ สถิตพันธ์ุ(2555)⁸ ที่ใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง

3.2 ด้านกระบวนการ การกำหนดนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การประสานงานและพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน การกำหนดบุคลากรและบทบาทของทีมดูแลในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ทีมต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการวางแผนจำหน่ายการทำงานเป็นทีม การกำหนดแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถใช้แบบบันทึกที่กำหนดเรื่องที่จะสอนผู้ป่วยและญาติร่วมกัน ตลอดจนวางแผนที่ดีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

3.3 ด้านผู้ให้บริการ ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)

3.3.1 การวางแผนจำหน่ายมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหอผู้ป่วยชาย จากการประชุมทบทวนการปฏิบัติและใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการแสดงความคิดเห็น ร้อยละ 100 เห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงได้ใช้แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน โดยมีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและประสานงานไปยังหน่วยบริการเครือข่าย อีกทั้งมีการประชุม

ทบทวนภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

3.3.2 เกิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ดังนี้ 1) ระเบียบปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แบบบันทึกบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)หอผู้ป่วยชาย 3) แบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน 4) แนวทางในการติดต่อประสานงานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในเครือข่าย และเครือข่ายใกล้เคียงโดยสหสาขาวิชาชีพได้นำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 จนถึงเดือนกันยายน 2563 ผลการประเมินการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD พบว่า มีการเตรียมจำหน่ายครอบคลุมทุกราย โดยมีรายละเอียดการเตรียมจำหน่ายดังนี้

D แพทย์ได้ให้ข้อมูลเรื่องการวินิจฉัยโรค อากาศ การพยากรณ์โรค และให้คำแนะนำแนวทางการรักษาโรค

M แพทย์และเภสัชกรได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับและใช้รักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล และกลับบ้าน ให้คำแนะนำการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาและการออกฤทธิ์ข้างเคียง

E พยาบาลต้องประเมินความพร้อมทั้งด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อรองรับการจำหน่ายเมื่อไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งประเมินด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น

T แพทย์และพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การวางแผนดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการตัดสินใจวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการประเมินเป็นระยะๆ ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล

H พยาบาลและนักกายภาพบำบัดได้ประเมิน ADL และ MRS แรกรับ และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะสุขภาพว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

○ แพทย์และพยาบาลมีการนัดมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน และวางแผนวันจำหน่ายกลับบ้านโดยผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการวางแผนการรักษาได้ทุกเมื่อ และทีมสหสาขาได้กำหนดเกณฑ์ในการจำหน่ายร่วมกันกับมาตรฐานการรักษาและตามความพร้อมด้านร่างกายและตามผลการประเมินการวางแผนจำหน่าย

D โภชนาการประเมินภาวะโภชนาการระหว่างการเตรียมจำหน่าย แรกรับจะมีการประเมินความต้องการด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่จำเป็นและเพียงพอ และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการควบคุม ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) การกำหนดบุคลากรและบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ และพยาบาลตัวแทนหน่วยบริการเครือข่ายในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตามลักษณะอาการของโรคที่เป็นอยู่ 3) การกำหนดให้มีแบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ที่มีการจัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมของทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยจัดทำแบบบันทึกรวมไว้เป็นฉบับเดียวกันให้ทุกวิชาชีพสามารถลงบันทึกสื่อสารกันในทีมผู้ดูแลผู้ป่วย และทราบการปฏิบัติของวิชาชีพอื่นในทีม ทราบแผนการดูแลต่อเนื่อง มีกิจกรรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีจำนวนวันนอน 4 วัน หรืออาจปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในกรณีที่ได้รับการดูแลครบถ้วนแล้ว หรือญาติผู้ดูแลหลักมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง 4) การกำหนดแบบบันทึกการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน และกำหนดช่องทางในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างทีม ที่มีข้อมูลผู้ป่วย แผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการสื่อสารของทีมนสหสาขาวิชาชีพและหน่วยบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ เป็นประโยชน์สำหรับการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายบริการสุขภาพ ทำให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีม จากการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว ทำให้ญาติผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในทีมนสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลและกิจกรรมต่างๆที่ได้รับจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีความรู้ สามารถปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้อย่างเหมาะสม และจากการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ไปทดลองปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย พบว่าทีมนสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ทุกกิจกรรม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ ธรรมิกบวร (2554)²⁷ ซึ่งพบว่า การการวางแผนจำหน่ายใน



กระบวนการต้นใหม่ประกอบด้วยมุมมองสุขภาพที่เป็นองค์รวม จะส่งผลต่อการบริหารจัดการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินและออกแบบกิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการประชุมระดมสมองพัฒนาปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเป็นระยะๆ และปรับแผนให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

2. มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

3. มีการติดตามด้านการดูแลต่อเนืองที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและปรับแผนการดูแลร่วมกันในทีม

4. ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลต่อเนืองเป็นระยะๆ และควรขยายผลศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญารัตน์ คำจูนและคณะ. (2018). การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ กลางสู่ชุมชน. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. พิษณุโลก.
2. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ.(2561). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ . ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
3. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.2560 .ประเด็นสารณรงค์วัน อัมพาตโลกปี 2560(online). http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาตโลกปี_2560_.pdf . 10 กันยายน 2561.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ISSN 0857-3093. สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2559. http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_1strategy2559.pdf. 2 กันยายน 2561.
5. กองการพยาบาล. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
6. เกวลิน ชื่นเจริญสุข.(2559).แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ. ศ.2561- 2665. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตร แห่ง ประเทศไทย จำกัด .
7. จิตลัดดา ประสารวงศ์ และคณะ(2555).การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. www.nursing.go.th/journal/journal_39_v2/journal_93v206.pdf. 12 มกราคม 2562.
8. ชวนพิศ สถิตย์พันธุ์ (2555) รูปแบบการจัดการพยาบาลในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี.
9. ชไมพร บัวพิน. (2562) ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562.
10. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

11. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา .(2547). **หลักสูตรการบริหารการพยาบาลแนวใหม่**.สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
12. นิภาภักดิ์ คงเกียรติพันธ์. (2556).**การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม** .วิทยานิพนธ์หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
13. พรพจน์ ประภาอนันตชัย และคณะ.(2557).**กลุ่มอาการสมองขาดเลือด Stroke Syndrome**.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ปีที่ : 30 ฉบับที่ : 4 เลขหน้า : 24-34.
14. พรธมลีย์ ผดุงวนิชย์กุล. (2018). **โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)**.http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf. 19 กุมภาพันธ์ 2563
15. ยงชัย นิลชนนท์ และคณะ. (2557). **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ออนไลน์)**. 2557 (6 ธันวาคม 2559).เข้าถึงได้จาก http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u11/QC_6_2557_5.pdf.
16. ยวนจิตร ภัทตะภาและคณะ. (2561). **ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด**. เอกสารประกอบการ ประชุมวิชาการ Nursing Quality : Patient & Nurse Safety ชมรมผู้บริหารโรงพยาบาล ชุมชน
17. โรงพยาบาลบ้านไผ่.(2562).**สรุปผลงานประจำปีโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น**.ขอนแก่น : โรงพยาบาลบ้านไผ่. (เอกสารอัดสำเนา).
18. โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย.(Online). http://hrn.thainhf.org/document/research/research_205.pdf. 26 กันยายน 2561.
19. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และคณะ.(2554). **ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** Published Jan 22,2016 <https://www.tci-thaijo.org/index.php/KKUIJthaijo.org/index.php/TJN/article/view/197521>
20. วาสนา มุลลิวและคณะ.(2558). **ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ ผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย**.Thai Journal of Nursing Council Vol.31 No 1, January-March 2016.
21. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2561).**เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ PNC โรคหลอดเลือดสมอง สำนักงานสาธารณสุข ขอนแก่น**. (เอกสารอัดสำเนา)
22. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2558Annualreport2015.<http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.2 กันยายน 2561.
23. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2560. <http://www.thaincd.com/document/file/download/papermanual/NCDReport60.pdf> . 10 กันยายน 2561.



- 24.สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์.โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/ 6 วินาที.(Online).
<http://www.thaihealth.or.th/Content/39010-โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต%25201%2520คน/%25206%2520วินาที.html>, 10 กันยายน 2561.
- 25.สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย.สถานการณ์โรคหลอดเลือด.
2559.<https://thaistrokesociety.org/purpose/สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง/> 10 กันยายน 2561.
- 26.สถาบันประสาทวิทยา . (2559) . **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ พยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke)**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- 27.สุรีย์ ธรรมิกบวร.(2554). **การพยาบาลองค์กรรวม** : กรณีศึกษา.กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรสจำกัด
- 28.สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). **คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น PNC : Provincial Healthcare Network Certification**.สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น .
พิมพ์ที่ : หจก .โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- 29.องอาจ นัยพัฒน์.(2558). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ** .วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2558:41-48.
- 30.อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ.(2559) . **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อุดตันโรงพยาบาลระนอง**.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, Med J 2016 : 335-343.
- 31.อุดม ภู่วโรดม. (2558). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาล ทั่วไป**.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ที่ : บริษัท ธนา เพรส จำกัด.
- 32.อรัญญา เทียวเจริญ. (2558). **การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับ ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ ประเทศไทย**.
วารสารวิชาการสาธารณสุข ; 2558 ; 24(3) : 493-509
- 33.Johnson,A.P. (2008). A Short Guide to Action Research (3rd ed.). Boston : Pearson Education
- 32.Kemmis, S&McTaggart, R. (1988). The Action Research (3rd ed.). Boston : Pearson Education.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะสายตาสั้นด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ : กรณีศึกษา Humanized Nursing Care of Cataract Patients with low vision : a comparison of 2 case studies

(Received: October 30,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 8,2022)

ชนากานต์ อนันตริยกุล¹
Chanakarn Anantriyakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจก โดยศึกษาจากกรณีศึกษาตามสภาพชีวิตจริงของผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเด็นการเปรียบเทียบได้แก่ ชีวิตตามสภาพจริง การพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาทำผ่าตัดมาแล้ว 2 ปี ที่โรงพยาบาลเลาขวัญ โดยทีมแพทย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาไปทำผ่าตัดให้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ครั้งนี้ผู้ป่วยมาทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมข้างซ้าย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตา 2 ข้างการมองเห็นชัดเจนดี เหตุผลที่ไม่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดตาข้างซ้ายเร็วกว่านี้ เนื่องจากติดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - 19ศึกษาชีวิตของผู้รับบริการ ผู้ป่วยต้องไปทำงาน มีอาชีพทำไร่ กลัวว่าจะไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำงานเลี้ยงตัวเอง ครอบครัว และไม่ต้องการเป็นภาระของบุตร

กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็น ต้อกระจกข้างซ้าย ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม มีภาวะแทรกซ้อน เลนส์ตาบวม ตาขามองไม่ค่อยเห็น ผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมมาแล้ว 2 เดือน (CF 2 ฟุต) ครั้งนี้พักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 4 วัน ศึกษา ชีวิตของผู้รับบริการตามสภาพจริง คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ต้องให้คำแนะนำให้กับผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

ดังนั้นพยาบาลควรเน้นการให้คำแนะนำ/สุขศึกษา ไม่เน้นรูปแบบที่ทุกคนจะต้องได้เหมือนกัน เป็น การให้คำแนะนำตามสภาพจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและข้อจำกัดของผู้รับบริการ แต่ละราย เพื่อให้เขาสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : โรคต้อกระจก กรณีศึกษา การพยาบาล

Abstract

To investigate the nursing care of cataract patients in this study, a comparative investigation was performed with the two actual cases admitted to the Paholpolpayuhasena hospital. The internal patient medical records were used in comparing the patient lifestyle, nursing care, health risk factors, complications, and treatment records. The result revealed that

The first case was diagnosed as a cataract patient in both eyes, with the right eye having been already operated on for 2 years by the Paholpolpayuhasena team at Lao-kwan hospital. None of the complications was observed and the patient's vision has recovered. Due to the Covid-19 situation, the first patient decided to postpone the operation on the left eye. The patient's lifestyle showed the necessity of working as a farmer and still need to continue the work without any interruption from the

¹ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา



recovery after the operation. The patient needs to work for the family and be independent of the responsibility of the children.

The second case was diagnosed as a cataract patient in the left eye and already operated on to replace with the artificial cornea for two months (CF = 2 ft.). The complications have occurred including the swelled lens in the left eye and blurred vision in the right eye. The recovery is staying in the hospital for 4 days. The patient's lifestyle was studied. The informative suggestions for patient care at home must be assigned correctly and directly to the caregiver.

Therefore, the nurse should provide suggestions on the correctly caring method, which is not generalized for patients but case-by-case based on the actual patient's lifestyle. As nursing care should be compatible with the actual lifestyle and the limitations of each patient, in order to maximize their performance in taking care of themselves properly.

Keyword: Cataract, Case study, nursing

บทนำ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในการทำความเข้าใจกับสภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญ เพราะเราจะเข้าใจว่า ผู้รับบริการที่มาหาเรานั้นเขาไม่ได้มีปัญหาแค่โรค และความเจ็บป่วยเพียงเท่านั้น แต่มีปัญหาอื่นๆ ในชีวิตอีกมากมาย ผู้ศึกษาได้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทาง ตา หู คอ จมูก โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในด้วยโรคทาง ตา หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มียอดการ Admitted ผู้ป่วยในปี 2562 – 2565 จำนวน 3,048 , 2,780, 1,600, 2,024(8 เดือน) ราย ตามลำดับ¹ และที่พบปัญหาหนักที่สุด คือ โรคต้อกระจก ต้อกระจกเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดจากการขุ่นของแก้วตาหรือเลนส์ตา การมองเห็นจะลดน้อยลง ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะมองเห็นไม่ชัดอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือหลายปี² โดยทั่วไป ต้อกระจกถือว่าเป็นโรคที่รักษาแล้วได้ผลดีมาก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด³ โดยจะมีการผ่าตัดเอาเลนส์ตาที่ขุ่นออก และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ผู้ป่วยจะมองเห็นได้ดีขึ้นหลังการผ่าตัด การผ่าตัดต้อกระจกนั้น ถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางตา และเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วย ที่มพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจกสามารถดูแลตนเองในขณะที่มีภาวะเป็ยงเบนทางด้าน

สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัด และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดอุบัติเหตุ การณ์ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจภาครัฐ และตัวผู้ป่วยเองด้วย

ด้วยความเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแล ความเอาใจใส่ของทั้งแพทย์ และพยาบาล ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกจักษุด้วยโรคต้อกระจก และได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในปี 2562 – 2565 มีจำนวน 1,824, 1,693, 1,403, 1,418 (8 เดือน)¹ รายตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถมาตรวจรับการรักษาตามแพทย์นัดได้ ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น บางรายถึงขั้นไม่สามารถรักษาต่อได้ เนื่องจากเกิดความพิการทางสายตอย่างถาวร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ³ ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการดูแลผู้รับบริการด้วยความเข้าใจในปัญหาของผู้รับบริการตามสภาพจริงมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบของการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้รับบริการตามสภาพชีวิตจริง และปรับแนวทางการดูแลจากเดิมที่มุ่งเน้นการให้คำแนะนำตามหลัก

วิชาการ เป็นการรับฟังปัญหาของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง⁴ โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจกับปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการในระหว่างที่เข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เข้าใจปัญหาของผู้รับบริการที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลตามสภาพชีวิตจริง การแก้ไขปัญหาให้กับผู้รับบริการจึงไม่ใช่การให้คำแนะนำตามหลักวิชาการเพียงอย่างเดียวเช่นที่ผ่านมา แต่จะเป็นการประยุกต์หลักการทางทฤษฎีมาใช้ในการแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการแต่ละรายตามสภาพจริง และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ว่าทำไมเขาจึงเลือกดูแลสุขภาพตนเองแบบนั้น ผลงานในส่วนนี้จึงเป็นการนำเสนอ ผลการศึกษาชีวิตของผู้รับบริการ ผ่านกรณีศึกษาตามสภาพชีวิตจริง ที่ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการในแผนกฉุกเฉิน ให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจชีวิตของผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะสายตาเลือนรางตามสภาพจริงผ่าน กรณีศึกษาผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะสายตาเลือนราง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคต่อกระจกในกรณีศึกษา 2 ราย โดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด
3. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เพื่อการพัฒนา งานด้านการพยาบาลของแผนกฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 2 ราย

2. ดำเนินการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเป็นลายลักษณ์อักษร โดย อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ รวมถึงการปกป้องข้อมูล และสิทธิการถอนตัวจากการศึกษาก่อนลงนาม

3. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลของกรณีศึกษา ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลชีวิต การปรับตัวอยู่กับโรค และการดูแลตนเองที่บ้าน

4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการตามสภาพชีวิตจริง

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบของการวางแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มีภาวะสายตา เลือนรางตามสภาพชีวิตจริง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยเชื้อสายจีน อายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา แพทย์วินิจฉัยเป็นต่อกระจกข้างซ้าย การผ่าตัดที่ได้รับคือ ผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมข้างซ้าย (PE c IOL LE) **อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล** คือ ตาข้างซ้ายมัวมาประมาณ 10 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่าตาทั้ง 2 ข้าง เริ่มมัว ไปตรวจโรงพยาบาลเลาขวัญ พบเป็น ต่อกระจก ทั้ง 2 ข้าง ตาข้างขวามัวมากกว่าตาข้างซ้าย และได้รับการผ่าตัด IOL ที่ตาข้างขวาที่โรงพยาบาลเลาขวัญโดยมีทีมแพทย์จากโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ไปทำผ่าตัดให้ และเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โควิด-19 ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงมา โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเพื่อทำ ผ่าตัดต่อกระจกที่ตาข้างซ้าย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง มีประวัติรับยาต่อเนื้องที่โรงพยาบาลเลาขวัญ (ENL (5) 1 tab O OD pc., Simvas (20) 1 tab O hs.) 5 ปี ก่อนมา



โรงพยาบาลได้ทำผ่าตัด IOL ที่ตาข้างขวาไปแล้ว ส่วนตาข้างซ้ายเพิ่งมาโรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์โควิด -19 ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กระทบต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาข้างซ้าย ทำให้อาการของโรคตารุนแรงมากขึ้น

การประเมินสภาพร่างกาย แรกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ระดับสายตา (VA) Right eye 20/40, Left eye 15/200 IOP Right eye 7.7 mm.Hg Left eye 10.3 mm.Hg. ผู้ป่วยไม่สามารถเดินลำพังได้ต้องให้ญาติจึงเดินเนื่องจาก มีปัญหาเกี่ยวกับระบบ การมองเห็น Vital sign T=36.3 องศาเซลเซียส P=60 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=110/67 mm.Hg PS=3 คะแนน หลังผ่าตัด ตรวจวัดระดับสายตา พบว่า ระดับสายตา หลังผ่าตัด วันที่ 1 ระดับสายตา (VA) Left eye 20/70 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 70 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/67 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังนอนพักรักษาตัว 2 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

ประวัติข้อมูลชีวิตของผู้ป่วยตามสภาพจริง จากการติดตาม Case โดยการเยี่ยมบ้าน ทำความเข้าใจผู้ป่วยตามสภาพชีวิตจริง ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในชีวิตทั้งจากปัญหาส่วนตัว และปัญหาครอบครัว จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และสามารถใช้ชีวิตบนข้อจำกัดทั้งด้านการเจ็บป่วยและด้านชีวิตจริงของ ครอบครัวได้อย่างสมดุลที่สุด การลงไปศึกษาและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งนี้ ได้วางแผน การช่วยเหลือผู้ป่วย 2 ระยะคือ ระยะก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด และหลังผ่าตัดโดยการเยี่ยมบ้าน ดังมีรายละเอียดของการรักษาและการวางแผนการพยาบาล ดังในตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทย อายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา แพทย์วินิจฉัยตั้งต่อกระจก ข้างซ้าย การผ่าตัดที่ได้รับ ผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมตาข้างซ้าย (PE c IOL LE)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ตาข้างซ้ายมัวมาก มา 2 ปี แพทย์นัดผ่าตัด

การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเนื่องจากขาไม่ค่อยมีแรง มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากเคยได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก ผู้ป่วยมี ประวัติ แพ้ ยา MFM (คลื่นไส้ อาเจียน) AZATHIOPINE (มีภาวะซีด) และ AMLODIPINE (ขาบวม) ครั้งนี้ผู้ป่วยพบแพทย์ที่คลินิกตา ในจังหวัดกาญจนบุรี แพทย์นัดมาผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกาย แรกรับ ระดับสายตา (VA) Right eye CF (มองเห็นกลางในระยะ 2 ฟุต) Left eye 20/100 ความดันในตา Right eye 11 mm.Hg Left eye 10 mm.Hg นั่งรถเข็นเดินไม่ได้ เจ้าหน้าที่อุ้มนอนบนเตียง Vital sign T=36.5 องศาเซลเซียส P=88 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=136/64 mm.Hg PS=3 คะแนน แพทย์นัดมาเพื่อทำผ่าตัด phacoemulsification with intraocular lens left eye หลังผ่าตัด ตรวจวัดระดับสายตา พบว่าระดับสายตาหลังผ่าตัด

วันที่ 1 ระดับสายตา (VA) Right eye CF 2 ฟุต left eye 20/40

วันที่ 2 ระดับสายตา (VA) Right eye CF 2 ฟุต left eye 20/30-3

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 60 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 132/72 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัด 2 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ประวัติข้อมูลชีวิตของผู้ป่วยตามสภาพจริง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอาการขาไม่ค่อยมีแรง เนื่องจากเคยผ่าตัดใส่เหล็กที่สะโพก ตาข้างซ้ายเป็นต่อกระจก ตาข้างขวามองเห็น ได้น้อย (CF 2 ฟุต) ลูกนั่งช่วยเหลือตนเองได้บ้างเล็กน้อย รับประทานอาหารเองได้ มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน และมีบางครั้งผู้ป่วยต้องอยู่บ้านตอนกลางวันเพียงลำพังคนเดียว ผู้ป่วยเป็นคนชอบดูโทรทัศน์มาก ต้องใช้สายตาจำเป็นต้องใส่แว่นตาดำตลอดเนื่องจากเป็นเบาหวานตาจะแฉะบ่อย มีแมลงหวี่ตอมที่ตา ผู้ป่วยชอบเอามือ/ทิชชู เช็ดตา ลูกๆ เลยให้

ใส่แว่นตาไว้ตลอด มีปัญหาเคี้ยวข้าวสะโพก เดินไม่ได้ มาประมาณ 1 ปี ปัจจุบันเดินได้ไม่ถนัด มีอาการขาที่ขา และเหมือนขาไม่ค่อยมีแรง ลูกๆ จึงให้นั่งรถเข็น และเนื่องผู้ป่วยมีปัญหา ความบกพร่องทางสายตา คือตาข้างขวามองไม่เห็นในระยะ 1 เมตร เหลือเพียงตาข้างซ้ายที่เป็นต้อกระจก ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องหยอดน้ำตาเทียมประจำจักษุแพทย์จึงต้องนัดมาตรวจตาอีกครั้งในวันที่ 5 ตุลาคม 2565

บทวิเคราะห์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันที่เพศ ส่วนอายุต่างกันไม่มาก แต่ก็พบว่า สิ่งที่เป็นข้อสังเกตของผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ที่เหมือนกัน คือ การเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องจนส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลให้รักษาที่ยุ่งยาก มีโอกาสเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ทั้งที่ผู้ป่วยมีญาติ มีผู้ดูแล มีครอบครัว แต่ผู้ป่วยก็ยังขาดการรักษาที่ ต่อเนื่อง ซึ่งทั้ง 2 กรณีมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ การมีข้อจำกัดทั้งตนเอง และครอบครัว เช่น กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อจำกัดที่ตนเอง กล่าวคือ ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีอาชีพทำไร่ ขาดการตระหนัก และมีข้อจำกัดเรื่องบ้านอยู่ไกลถึงอำเภอเสาวชัย ซึ่งก่อนมีสถานการณ์โควิด-19จะมีทีมแพทย์ จากโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาไปทำผ่าตัดให้ และช่วง 2-3 ปีนี้การรักษาด้วยการผ่าตัดมีข้อจำกัด จึงส่งผลกระทบต่อมารับการรักษาที่ต่อเนื่องและรวดเร็ว

ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ปัญหาการขาดความรู้ อาจจะไม่ชัดเจน แต่มีข้อจำกัดที่ค่อนข้างมากเรื่อง การเป็นเบาหวาน และคุมอาหารไม่ค่อยได้ การมีกระดูกขาหัก ผ่าตัดมา 2 ปี เดินช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็นอยู่ที่บ้าน ลูก ๆ พามารับการรักษาที่ต่อเนื่องได้ในระยะแรก แต่หลังจากนั้นด้วยสถานการณ์โควิด-19 และผู้ป่วยอายุมาก เดินไม่ได้ โรงพยาบาล จึงใช้วิธีการรักษาแบบ Telemedicine และมีการส่งยาไปให้ที่บ้าน ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น การสร้าง

ความเข้าใจ และคำแนะนำดี ๆ จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละรายอย่างรอบด้าน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหา ให้กับผู้ป่วยบริการอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นว่า การวางแผนเพื่อผู้ป่วย 2 ราย จะเป็นวัยที่มีอายุไม่แตกต่างกันมาก กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุเพียงแค่ 75 ปี ยังแข็งแรงดี ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็น หญิง อายุ 79 ปี เดินไม่ได้ แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ก็ป่วยด้วยโรคเดียวกันคือต้อกระจก สอดคล้องกับหลักการทางวิชาการที่พบโรคนี้ได้มาก ช่วงวัยนี้ แต่สิ่งที่ เป็นข้อสังเกต ในผู้ป่วย 2 รายนี้คือ ทั้ง 2 ราย การรักษาไม่ต่อเนื่องจากสถานการณ์โควิด -19 และพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ต้องไปพักรักษาที่บ้าน ผู้ดูแลดูแลได้ไม่ต่อเนื่อง บางครั้งต้องช่วยเหลือตัวเอง ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ สำคัญที่บุคลากร จะต้องศึกษา และทำความเข้าใจ มีหลายราย คนเฝ้า กับคนดูแลเป็นคนละคนกัน ดังนั้นเวลาที่จำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้าน สิ่ง ที่เจ้าหน้าที่ต้องตระหนัก คือ คำแนะนำที่สอนไปกับญาติและญาติคนนั้นควรเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพราะจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ การดูแลรักษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แรกรับระดับสายตา ตาซ้ายเป็นต้อกระจกและทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม เมื่อจำหน่าย ระดับสายตาตาซ้าย สายตายังเลือนราง อายุที่มาก และมีโรคประจำตัวที่เหมือนกัน คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงานของผู้ป่วย และครอบครัว และกรณีศึกษาที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วย บุคลากรจะต้องตระหนักในเรื่องของการให้คำแนะนำที่ จะต้องให้กับญาติผู้ดูแล ให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ตาติดเชื้อ การผลัดตกหกล้มจากสูงวัยมาก และผู้ป่วยที่เดินไม่ได้

กรณีศึกษาที่ 1 จะดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ใบบจากกรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ แต่เดินไม่ได้ ทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ ที่เหมือนกันคือการไม่ควบคุมอาหาร ทั้งที่ ทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวอย่างเดียวกันคือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง และรายที่ 2 เป็น



เบาหวานด้วย ซึ่งมีผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และโรคต่อกระจกที่ผู้ป่วยเป็นกล่าวคือทำให้ ตามัว มองเห็นเลือนราง และตาบอดได้ ดังนั้นแผนการดูแลผู้ป่วยบุคลากรจะต้อง ตระหนักในเรื่องของการให้คำแนะนำ ที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้ทราบเพื่อจะสามารถ ดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การแนะนำให้ทราบที่ อาหารมีผลต่อความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงมีผลต่อหลอดเลือดไปเลี้ยงที่ตา เช่น เลือดออกที่จอประสาทตา หลอดเลือดเล็กที่จอประสาทตาอุดตัน หรือจอประสาทตาหลุด ลอกออกได้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ หรือ ส่งผลทำให้มีอาการตามัว จนถึงตาบอดได้

กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีเลนส์ตาบวม หลังผ่าตัดตา ทั้ง 2 ข้างมองเห็น ชัดเจนดี สามารถขับขีรถจักรยานยนต์ได้

กรณีศึกษาที่ 2 มีเลนส์ตาบวม เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโรคต่อกระจก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตา ถ้าไม่ได้รับคำแนะนำ เรื่องการดูแลและการรักษาที่ทันทั่วถึง ส่งผลให้เลนส์ตา มีความหนา มีตาอักเสบมากขึ้น ทางเดินของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาอุดตัน ทำให้ความดันลูกตาสูง หากไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม อาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ การรักษาหลักคือการการดูแลไม่ให้มีการอักเสบติดเชื้อที่ตาหลังผ่าตัด แม้ว่าตาขาวจะผ่าตัดมาก่อนแล้ว 2 เดือนการมองเห็นไม่ดี (CF 2 พุต) ส่วนตาข้างซ้ายที่ผ่าตัดครั้งนั้นมองเห็นได้ชัดเจนดี

กิจกรรมการพยาบาล

การเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ในประเด็น การวางแผนการดูแลแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยตามสภาพชีวิตจริง

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ก่อนผ่าตัด</p> <p>มีโอกาสดเกิดความบกพร่อง ทางสายตาสายตาข้างซ้ายอย่างถาวร เนื่องจาก ติดสถานการณ์โควิด-19 2-3 ปี ผู้ป่วยไม่สามารถ เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ในระยะแรก</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึก และความเข้าใจของผู้ป่วย ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษา กับแพทย์อย่างต่อเนื่อง และรวดเร็วที่ผ่านมาเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 เพื่อร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางในการ ช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยตามสภาพชีวิตจริง 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า แพทย์มีแผนการรักษาอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะยังคงสามารถกลับไปทำงานได้ ถ้าผู้ป่วยดูแลตนเองตามคำแนะนำ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด 3. บอกวิธีการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดให้คำแนะนำ กับผู้ป่วยในการดูแลตาข้างที่เคยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกวิธีตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงมากเช่น อาการปวดโดยการให้คำแนะนำในการหยอดยาอย่างถูกวิธี 4. เตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาด้วยการผ่าตัด 	<p>ก่อนผ่าตัด</p> <p>มีโอกาสดเกิดความบกพร่องทาง สายตา ตามองไม่เห็นทั้งสองข้าง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวาน และตาข้างขวาเริ่มมองไม่เห็น (CF 2 พุต) เคยผ่าตัดมาแล้ว 2 เดือนแพทย์จึงนัดผ่าตัดใส่เลนส์ตาข้าง</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดตาขวา มาได้ 2 เดือนมีข้อจำกัดทางสายตา คือ มองไม่เห็น(CF 2 พุต) ส่งผลกระทบต่อการมองเห็นผู้ป่วย 2. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการ ดูแลตาข้างที่เคยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกวิธีตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก เช่น อาการปวด โดยการให้คำแนะนำในการหยอดยาอย่างถูกวิธี 3. บอกวิธีการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด 4. เตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาด้วยการผ่าตัดตาข้างซ้าย

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>หลังผ่าตัด</p> <p>มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากผู้ป่วย และญาติ ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแล ตนเอง และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการรักษาหลังทำการผ่าตัดโดย ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการยาหยอดตาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง ความจำเป็นที่ต้องมาตรวจตามนัด เพื่อดูความก้าวหน้าของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนของโรงพยาบาลโดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานอาชีพทำไร่ของผู้ป่วย 3.สอนวิธีการหยอดตาด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระกับครอบครัว 4. เปิดช่องทางการรับคำปรึกษาให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อมูล เมื่อมีปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทาง โทรศัพท์ 	<p>หลังผ่าตัด</p> <p>มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการ ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้บ้างสายตามองเห็นอาหาร สามารถดื่อกอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานรับประทานเองได้ 2. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแล ตนเองและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล หลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อคงไว้ซึ่ง ประสิทธิภาพการรักษาหลังทำการ ผ่าตัดโดยให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเช็ดตาและหยอดตา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความ จำเป็นที่ต้องมาตรวจตามนัด เพื่อดู ความก้าวหน้าของการรักษา ซึ่ง ผู้ป่วยจะต้องดำเนินการตามขั้นตอน ของโรงพยาบาลโดยไม่กระทบต่อการมาปฏิบัติงานของบุตร สอนวิธีการหยอดตา ให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามแผนการรักษา ตามความเหมาะสม โดยไม่เป็นภาระกับครอบครัวจนเกินไป 4. เปิดช่องทางการรับคำปรึกษา ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสอบถามข้อมูลเมื่อมีปัญหาในการ ดูแลสุขภาพผู้ป่วย เมื่ออยู่ที่บ้านทางโทรศัพท์
<p>จำหน่าย</p> <p>ให้คำแนะนำการดูแลกับผู้ป่วย และญาติ</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การติดเชื้อ 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการ เช็ดตาและการหยอดยาก่อนใช้ยาหยอดตา ควรล้างมือฟอกสบู่ ให้สะอาดทุกครั้ง และเช็ดมือให้แห้ง หยอดยาวันละ 4 ครั้ง ตามเวลา และเก็บยาไว้ในตู้เย็น ยามี 2 ขวด หยอดยา ขวดที่ 1 1 หยด อีก 10 นาที หยอดยาขวดที่ 2 1 หยด แล้วหลับตา ปิดฝาครอบตา 3. ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ โดยไม่ให้น้ำเข้าตา โดยการตักอาบ แทนการใช้ฝักบัว 4. สอนญาติในการสระผม ให้กับผู้ป่วย โดยนอนหงายสระผมเหมือนร้านเสริมสวย เพื่อป้องกันน้ำเข้าตา สระเบาๆ ห้ามขยี้แรง 5. ทำความสะอาดหน้าโดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกหรือน้ำสะอาดบิดหมาดๆ เช็ดหน้า เพื่อป้องกันน้ำเข้าตาข้างที่ทำการผ่าตัด 6. ห้ามนอนคว่ำ เพื่อป้องกัน แก้วตาเทียมเคลื่อน ห้ามขยี้ตา ก้มๆ เงยๆ หรือสายหน้า 7. เวลานอนให้ปิดตาด้วยที่ครอบตาพลาสติกเป็นประจำ เพื่อป้องกันการผลอยขี้ตา ขณะหลับ 	<p>จำหน่าย</p> <p>ให้คำแนะนำการดูแลกับผู้ป่วย และญาติ</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อ กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การติดเชื้อ 2. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับวิธีการเช็ดตาและการ หยอดยาก่อนหยอดตา ควรล้างมือ ฟอกสบู่ให้สะอาดทุกครั้ง และเช็ดมือให้แห้ง หยอดยาวันละ 4 ครั้ง ตามเวลา และเก็บยาไว้ในตู้เย็น ยา มี 2 ขวด หยอดยาขวดที่ 1 1 หยด อีก 10 นาทีหยอดยาขวดที่ 2 1 หยด แล้วให้ผู้ป่วยหลับตา ปิดฝาครอบตา 3. ให้คำแนะนำในเรื่องกิจวัตร ประจำวัน อาบน้ำ โดยไม่ให้น้ำเข้าตา โดยการตักอาบ แทนการใช้ ฝักบัว หรือเช็ดตัว 4. เวลาสระผมให้นอนหงาย(เหมือน ร้านสระผม) เพื่อป้องกันผลที่ตา เกิดการติดเชื้อ 5. ทำความสะอาดหน้าโดยใช้ผ้า สะอาดชุบน้ำต้มสุกหรือน้ำสะอาด บิดหมาดๆ เช็ดหน้า เพื่อป้องกันน้ำเข้าตาข้างซ้ายที่ทำการผ่าตัด 6. ห้ามผู้ป่วยนอนคว่ำและไม่ตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด เพื่อป้องกันแก้วตาเทียมเคลื่อน และห้ามขยี้ตา 7. เวลานอนให้ปิดตาด้วยที่ครอบตาพลาสติกเป็นประจำเพื่อป้องกันการผลอยขี้ตาขณะนอนหลับ 8. หลีกเลี่ยง การไอ จามแรง ๆ ถ้า จำเป็นให้อ้าปากกว้าง ๆ



ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>8. หลีกเลี้ยงการไอ จามแรงๆ ถ้าจำเป็นให้อ้าปากกว้างๆ</p> <p>9. เวลาแปร่งฟัน ห้ามสำหรหน้า</p> <p>10. ไม่ควรทำอาหารเอง</p> <p>11. ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะทำให้แรงดันขึ้นศีรษะ ทำให้ปวดตา และเลือดออกในตาได้ และอย่าให้ท้องผูก</p> <p>12. ให้ยาแก้ปวดเฉพาะเมื่อปวดตา ยารักษาโรคประจำตัว ที่เคยรับประทาน / ยาหยุดตา รวมทั้งตาข้างขวาที่เคยทำผ่าตัดไปแล้ว</p> <p>13. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก ตาแดง ขี้ตามาก ตามัวลงกว่าเดิม ต้องมาพบจักษุแพทย์ก่อนวันนัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองได้ อย่างอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้</p>	<p>9. ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะทำให้แรงดันขึ้นศีรษะทำให้ปวดตา และเลือดออกในตาได้ และอย่าให้ มีปัญหาเรื่องท้องผูก</p> <p>10. รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้เพื่อไม่ให้ท้องผูก</p> <p>11. ให้ยาแก้ปวดเฉพาะเมื่อปวดตา ยารักษาโรคประจำตัวที่เคยรับประทาน/ยาหยุดตา ให้ ตามปกติ</p> <p>12. มาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการผิดปกติ ถ้าปวดตามาก กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น ตามัว และถ้ามีขี้ตา ให้รีบมาพบจักษุแพทย์ก่อนวันนัดได้</p>
<p>ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>สายตาสั้น รังสีคอสมิก โรคมะเร็งในเลือดสูง ยังสูบบุหรี่เบาจาก 5-10 มวน/วัน และดื่มสุรา นานๆ ครั้ง ปริมาณไม่เกิน 3 แก้ว/ครั้ง และไม่ควบคุมอาหาร</p>	<p>ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>สายตาสั้น รังสีคอสมิก (CF 2 ฟุต) แม้ว่าผ่าตัดไปแล้ว 2 เดือน (มีข้อจำกัดในการมาพบแพทย์เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19) และมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งในเลือดสูง ควบคุมอาหารไม่ได้ และเคยผ่าตัดข้อสะโพก เติบโตเกิน ต้องนั่งรถเข็น</p>
<p>ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ไม่มี</p>	<p>ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>เลนส์บวมเล็กน้อย เนื่องจากเป็นเบาหวาน และโรคผื่นคัน ผื่นแพ้ต่างๆ จะคันและเคืองตา ตาแฉะบ่อย และบางครั้งมีตาแดง อักเสบ ต้องหยอดยาฆ่าเชื้อเพิ่ม</p>

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษา และทำความเข้าใจชีวิตของผู้รับบริการที่มีปัญหาสายตาสั้น รังสีคอสมิก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก และมาเข้ารับบริการการรักษาด้วยการทำเลสิกใส่เลนส์ตาเทียม ตามสภาพชีวิตจริง ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่า ผู้รับบริการเมื่อเขาต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านนั้น เขาต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่กับโรค และการเปลี่ยนแปลงให้ได้ บางรายถ้าผู้ให้บริการไม่เข้าไปพูดคุย หรือมีการซักถามเพียงข้อมูลพื้นฐาน ๆ ทัว ๆ ไป ก็จะมีแนวโน้มว่า หลังให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านไปแล้ว ผู้ป่วยจะต้องสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่สภาพตามความจริงอาจไม่ได้เป็นอย่างที่เราผู้ให้บริการเข้าใจ

กรณีศึกษาที่ 1 แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอายุ 75 ปี เป็นผู้สูงอายุ ก็ยังต้องทำงาน ประกอบอาชีพทำไร่หาเลี้ยงครอบครัว มีรายได้ เพียงเงินที่ได้รับจากการทำไร่ และมีเงินเดือนจากผู้สูงอายุใช้จ่ายในแต่ละเดือน ถึงจะ

ไม่มีหนี้สินที่ต้องส่ง มีเงินเหลือจำกัดเพียงพอแค่กินใช้ในแต่ละวัน ดังนั้นหากเกิดความพิการทางสายตา จะส่งผลให้ไม่สามารถทำงานต่อได้ จะทำให้ขาดรายได้ และอาจมีหนี้สินในอนาคตได้ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีความสำคัญต่อการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาใหม่ จึงเป็นความหวังของผู้ป่วยที่จะกลับมามองเห็นได้ชัดเจนดังเดิมอีกครั้ง

กรณีศึกษาที่ 2 การลงไปศึกษาและทำความเข้าใจกับชีวิตของผู้รับบริการตามสภาพจริง พบว่าคำแนะนำก่อนกลับบ้านที่เราให้กับญาติ แต่ญาติกลับไม่ได้มีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การพาผู้ป่วยที่มีอายุมาก และเดินไม่ได้มาโรงพยาบาลในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 มีข้อจำกัดและผลเสียมากกว่าผลดี โรงพยาบาล จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้มีการรักษาแบบ Telemedicine ซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้ป่วย และญาติจะต้องมีความเข้าใจ

และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในระดับหนึ่งด้วย หากเราไม่ได้ให้ข้อมูลถึงเหตุผล ความจำเป็นกับเรื่องนี้ ผู้ป่วยและญาติอาจไม่เข้าใจ อาจส่งผลเสียในระบบสุขภาพได้ การให้คำแนะนำกับญาติ และผู้ป่วยต้องมีความชัดเจน ให้ญาติมีความเข้าใจในศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูงอายุมาก ให้ญาติตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การเสียสละเวลาในช่วงเวลาสั้น ๆ เพื่อเรียนรู้ระบบ และรับฟังข้อมูล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และมีความปลอดภัยมากที่สุด

การดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระดูก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยทั่วไปที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเน้นที่การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถนำกลับไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ในรูปแบบของการให้คำแนะนำ ทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม ไม่ได้มองปัญหาของผู้รับบริการในเชิงลึกมากนัก ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพจริงของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทำให้มองเห็น และเข้าใจว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย แต่ละรายมากขึ้น การเขียนแผนการพยาบาลในครั้งนี้ จึงปรับรูปแบบ การนำเสนอจากเดิมที่เน้นการเขียนตามตำราวิชาการ เป็นการเขียนตามหลักความ

จริงในชีวิตของผู้รับบริการ และใช้หลักวิชาการมาประกอบให้เกิดความสอดคล้อง มีการสอดแทรกเนื้อหาวิชาการ แต่เป็นการนำเสนอแบบของการประยุกต์ เพื่อให้มองเห็นและเข้าใจการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามสภาพจริง โดยได้ทำการศึกษาเป็นเวลา 2 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับแนวทางการให้คำแนะนำ/สุศึกษา ไม้เน้นรูปแบบที่ทุกคนจะต้องได้เหมือนกัน เป็นการให้คำแนะนำตามสภาพจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา ข้อจำกัดของผู้รับบริการแต่ละราย เพื่อให้เขาสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. มีการเปิดช่องทางการดูแลให้คำปรึกษา ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผ่านทางสื่อ online การดูแลรักษาแบบใหม่ด้วยระบบ Telemedicine หรือ โทรศัพท์สายตรงเพื่อคุยกับผู้ดูแลในกรณีที่มีปัญหา
3. ปรับจำนวนวันของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้น้อยลง (one day surgery) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อม สามารถ กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พ.ศ. 2562 – 2565.
- 2.ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์ และศุภชัย กิจศิริไพบูลย์. (2555). คู่มือสุขภาพตาดีสำหรับประชาชนและ บุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 3.Alastair, K. O. (2018). Oxford handbook of ophthalmology. Oxford: `Oxford University
- 4.Dolah, K., Sawamichai, P., Laepankaew, A. & Janchay, M. (2018). Elderly self-reliance and the guidance for self independence of elderly a case study of Hua-Khao Subdistrict, Singhanakorn District, Songkhla Province. The 1st conference on humanities and social sciences: wisdom power for sustainable development. 109-114. Songkhla: Songkhla Rajabhat University. (In Thai)
- 5.Ausayakhun S, Nimitkul K, Khwanngern K. (2015). Patients with ocular manifestations in congenital craniofacial anomalies ant Chiang Mai University Hospital. Chiang Mai Med J., 54(4), 157-6111. (In Thai)
- 6.Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby.
- 7.Pane, A. (2018). The neuro-ophthalmology survival guide. [Philadelphia, Pa.]: Elsevier.



ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
ณ โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of Pharmaceutical Care Development in the Thai Traditional Medical Cannabis
Clinic at Huaikoeng Hospital Udonthani Province

(Received: October 30,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 17,2022)

ศักดิ์ชาย ชัตติยา¹
Sakchai Kuttiya¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมและค้นหา
รูปแบบของระบบบริหารทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง วิธีการศึกษา:
การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) แบบ Explanatory sequential design โดยมีการศึกษาเชิงปริมาณใน
รูปแบบ Retrospective study ต่อด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยกลุ่มตัวอย่างใน
งานวิจัยเชิงปริมาณ (เก็บข้อมูลย้อนหลัง) คือผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและเคยหรือกำลังได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาตาม
ข้อบ่งใช้ต่างๆคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในช่วงวันที่ 1 เมษายน - 30เมษายน2564 และมีการนัดติดตามผล
เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการติดตามผลการรักษาต่อเนื่องหลังวันที่ 1 พฤษภาคม2564 อย่างน้อย1ครั้ง จำนวน 20 คน
ส่วนผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกคือผู้ป่วยที่เคยได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเก็งอย่างน้อย2ครั้ง จำนวน 10 คน ต่อด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยทีมสห
วิชาชีพจำนวน 5 คนประกอบด้วยแพทย์แผนไทย เภสัชกร และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษา:พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรม ปัญหาการใช้ยาเฉลี่ยลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติโดยลดลงจาก 2 เหตุการณ์ต่อคน เป็น 0.3 เหตุการณ์ต่อคน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.032, ผลการรักษา
ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.042, คุณภาพชีวิตเฉลี่ยดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความ
พึงพอใจของคนไข้ต่อเภสัชกรเฉลี่ยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ0.021 และ พบว่าปัญหาจากการ
ใช้ยาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมถึง 32 ปัญหา(ร้อยละ80) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในคนไข้พบว่า
พฤติกรรมในการใช้ยาไม่เหมาะสมเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านภาวะเจ็บป่วย ด้านผู้ดูแล
ด้านเจ้าหน้าที่หรือระบบบริการ และด้านยา โดยทีมสหวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการสนทนากลุ่มโดยได้ปรับ
รูปแบบการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยร่วมกันโดยเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนปัจจุบัน และ
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าในทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งเพิ่มการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารติดตามการรักษา
คนไข้ผ่าน Line official account และจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แก่คนไข้

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรม,คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย,ประสิทธิผล

ABSTRACT

Objective: To assess the Effectiveness of Pharmaceutical Care Development and Search for the
model of the Pharmaceutical Care in the Thai Traditional Medical Cannabis Clinic at Huaikoeng
Hospital. Methods: Mixed method research (explanatory sequential design) Retrospective study
followed by a qualitative study in in-depth interview format. By the sample group in quantitative

¹ เภสัชศาสตรบัณฑิต(บริหารเภสัชกรรม) กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลห้วยเก็ง

research (Retrospective data collection) is a patient registered and has or is receiving DEJA FORMULA oil according to various indications in Thai Traditional Medical Cannabis Clinic during April 1 - April 30, 2021 and has a monthly follow-up appointment and continuous follow-up after 1 May 2021 at least 1 time for 20 patients. The Key informants in the in-depth interview were 10 patients who had received DEJA FORMULA oil in the Thai Traditional Medical Cannabis Clinic at HuaiKoeng Hospital at least twice, followed by a focus group by multidisciplinary team of 5 consisting of Thai traditional medicine, Pharmacist and Thai traditional medicine assistant. Results: It was found that after the Development of the Pharmaceutical Care .The mean Drug related Problems (DRPs) was statistically significantly reduced from 2 events per person to 0.3 events per person at a significant level 0.032 , statistically significant improvement in treatment outcome at 0.042 , but not statistically significant improvement in quality of life and mean patient satisfaction with the pharmacist was significantly improved at the significance level of 0.021. It was found that most of the problems from drug use were caused by inappropriate behavior of patients, up to 32 problems(80%). From in-depth interviews with patients, it was found that inappropriate drug use behaviors were found for several factors, including: Patient, Sickness, caregivers, staff or service systems and medicine factors. The multidisciplinary team used the information gathered in the focus group by adjusting the service model in Thai traditional medical cannabis clinics together by adding nurses , modern physicians and medical science officers joined the multidisciplinary team. It also increases the use of technology to communicate, follow up with patients via Line official account and create media to educate patients about medical cannabis.

Keywords: Development of Pharmaceutical Care , Thai Traditional Medical Cannabis Clinic, Effectiveness

บทนำ

กัญชาใช้ในตำรับทางการแพทย์แผนไทยมา ยาวนานกว่า 300 ปีในสมัยพระนารายณ์มหาราช โดย ในปี 2522¹ ได้มีพระราชบัญญัติยาเสพติดและจัดให้ กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ซึ่งมีโทษทาง อาญาทั้งจำและปรับ กล่าวคือห้ามนำกัญชามาใช้ทุก กรณี รวมถึงการเอามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการ ศึกษาวิจัย ยาวนานจนถึงปีพ.ศ.2562 รัฐบาลไทย โดยการนำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมี นโยบายให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ โดยได้แก้ไข เพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ.2522 เป็นพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่7) พ.ศ. 25624 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 เป็นต้นมา โดยสามารถนำกัญชามาใช้ ทางทางการแพทย์โดยแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย

ประยุกต์ หรือหมอปั่นบ้านตามกฎหมาย ที่ผ่านการ อบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อีกทั้งการจ่ายยาตำรับ กัญชาต้องจ่ายโดยเภสัชกรที่ต้องผ่านการอบรม หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเช่นกัน ซึ่ง ขณะนั้นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ ส่งเสริมสนับสนุนและออกนโยบายเร่งด่วนไปยังเขต สุขภาพทุกเขตสุขภาพให้มีการเปิดคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลนำร่องสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 แห่งทั่วประเทศ แบ่งเป็นโรงพยาบาลที่ ให้บริการคลินิกกัญชาโดยแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 13 แห่ง และ โรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาโดย แพทย์แผนไทยจำนวน 13 แห่ง โดยได้แต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service



plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ และได้ออกคู่มือคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล^{2,3} ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นและเริ่มดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา หลังจากนั้นในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เนื้อหาสำคัญได้แก่ การปลดล็อคส่วนต่างๆของกัญชาเช่น เปลือก ลำต้น กิ่งก้าน รากยกเว้นช่อดอกและเมล็ดไม่ให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 อีกต่อไป⁴ จากการศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์⁵ ที่มีคุณภาพที่ชัดเจนน้อยมากโดยมีงานวิจัยทางคลินิกเฉพาะการใช้กัญชารักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง ผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ภาวะปวดประสาท ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วย HIV ที่มีน้ำหนักตัวน้อย และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้กัญชาในการควบคุมโรคที่น่าจะได้ประโยชน์เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์น้อยหากใช้วิธีการรักษามาตรฐานแล้วไม่ได้ผลได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรควิตกกังวลทั่วไป โรคปลอกประสาทอักเสบ ส่วนการใช้กัญชาในการรักษาโรคมะเร็งอาจจะได้ประโยชน์แต่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตโดยต้องรักษาโดยวิธีมาตรฐานก่อนช่วงปีพ.ศ.2562 ในเขตตำบลห้วยเกิ้งพบมีการรายงานประชาชนนำน้ำมันกัญชาที่ผิดกฎหมายมาใช้และขายในตำบลและเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงเช่น มีอาการใจสั่น นอนไม่หลับและเกิดอาการทางจิตประสาทเนื่องจากการรับประทานเกินขนาดจำนวน 2 ราย โดยอาจจะได้รับสารปนเปื้อนจากโลหะหนักในวัตถุดิบกัญชาที่ปลูกแบบผิดกฎหมาย และในช่วงนั้นกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาที่มีปริมาณ

สารสำคัญที่ทำให้เกิดอาการเสพติด (THC; Tetrahydrocannabinol) ประมาณ 2 mg % มาศึกษาวิจัยในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จ.อุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานได้เข้าร่วมวิจัยนำร่อง 1 ใน 30 แห่งทั่วประเทศโดยจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยเน้นการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทยด้วยน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นมา โดยช่วงแรกเปิดให้บริการทุกวัน อังคารและศุกร์ เวลา 8.30 น.- 16.00 น. และได้ขยายบริการโดยให้บริการทุกวันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการมากขึ้น โดยสถิติคนไข้ที่ได้รับการรักษาตั้งแต่เปิดให้บริการ ในฐานะข้อมูลรายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ พัฒนาโดย สปสช.ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา⁶ ณ วันที่ 28 มีนาคม 2565 พบว่ามีคนไข้ที่ได้รับการบริการและได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาจำนวน 1,275 คน 3,511 visits เฉลี่ยคนไข้รายใหม่ที่ได้รับการ 10 คนต่อสัปดาห์ รายเก่าที่ได้รับการ 30 คนต่อสัปดาห์ โดยจ่ายยาน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาในกลุ่มโรคนอนไม่หลับและโรคกลุ่มอาการปวดมากที่สุด ซึ่งโรงพยาบาลห้วยเกิ้งมีสถิติการจ่ายน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชามากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 จากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี แต่ทว่าจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นพบปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems ;DRPs) ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเฉพาะการส่งจ่ายน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาในช่วงระหว่างเดือน เมษายน 2563 ถึงเดือน เมษายน 2564 พบว่าเกิดปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 67 ครั้ง โดยพบว่าเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เหมาะสมมีจำนวนมากที่สุดถึง 30 ครั้ง โดยในนี้คนไข้เกิดผลข้างเคียงจากใช้ยาเกิดขนาดจนเกิดอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว จำนวน 2 ราย ดังนั้นเภสัชกรจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กล่าวคือมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการใช้ยาของ

ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นทั้งด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา โดยทำหน้าที่ค้นหา แก้ไขวางแผนและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาโดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษานี้จะเป็นการบริหารจัดการแบบ Pharmacist managed collaborative care (เภสัชกรเป็นผู้จัดการหลักในกรอบแนวคิดการดูแลจากสหวิชาชีพ) โดยเภสัชกรมีหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันกัญชาหมอเดชา ช่วยค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems ,DRPs) เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับแพทย์แผนไทย เพื่อวางแผนการรักษา โดยเภสัชกรจะมีบทบาทนอกเหนือจากการตรวจสอบยาให้สอดคล้องกับคำสั่งยาและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาเพียงอย่างเดียว โดยในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 โรงพยาบาลห้วยเก็งได้ริเริ่มการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาหมอเดชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยโดยเภสัชกรทำหน้าที่ Pre-counseling ก่อนพบแพทย์แผนไทย โดยก่อนหน้านี้ไม่มีระบบนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมงานศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริการเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ พบแต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรคต่างๆตามข้อมูลข้างต้นเท่านั้น อีกทั้งพบเพียงงานวิจัยของ ธีราพร สุภาพันธุ์ และคณะ(2564)⁷ การทบทวนวรรณกรรม(Narrative review)เรื่องการวัดผลลัพธ์ของการบริการทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยงานวิจัยชิ้นนี้ได้ทบทวนงานวิจัยจำนวน 63 งานวิจัย โดยผลการศึกษาในภาพรวมพบว่ากิจกรรมการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลง ความร่วมมือในการใช้ยา ความสามารถในการควบคุมอาการของโรค ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจต่อเภสัชกรหรือระบบบริการสุขภาพ และมี

คุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Ruiz-Ramos และคณะศึกษาวิจัยเรื่อง The Impact of Pharmaceutical Care in Multidisciplinary Teams on Health Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis(2021)⁸ ผลการศึกษาพบว่าการบริการเภสัชกรรมร่วมกับสหวิชาชีพในคลินิกต่างๆสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตคนไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้วิจัยพบเพียงการศึกษาความรู้ ความเห็น หรือบทบาทของเภสัชกรการศึกษาแบบ Systemic review ของQue Sabmeethavorn และคณะ (2022)⁹ โดยพบว่าเภสัชกรเป็นบุคลากรสำคัญในการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์แต่เภสัชกรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ ต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมดังนั้นผู้วิจัยจึงทำโครงการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ขึ้นมาเพื่อประเมินและค้นหารูปแบบของระบบบริการทางเภสัชกรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเก็ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมหลังจากการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง
2. เพื่อค้นหารูปแบบของระบบบริการทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย รพ.ห้วยเก็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย:การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) แบบ Explanatory sequential design โดยมีการศึกษาเชิงปริมาณในรูปแบบ Retrospective study ต่อด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก)

ประชากร คือผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและเคยหรือกำลังได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาตามข้อบ่งใช้ต่างๆคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเก็ง ต.ห้วยเก็ง อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี



จำนวน 1,275 คน และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิก
กัญชาทางการแพทย์จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณคือผู้ป่วยขึ้น
ทะเบียนและเคยหรือกำลังได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอ
เดชาตามข้อบ่งใช้ต่างๆคลินิกกัญชาทางการแพทย์
แผนไทย ณ โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง ต.ห้วยเกิ้ง อ.กุมภวา
ปี จ.อุดรธานี ในช่วงวันที่ 1 เมษายน - 30 เมษายน
2564 และมีการนัดติดตามผลเดือนละ 1 ครั้ง โดยมิ
การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องหลังวันที่ 1
พฤษภาคม 2564 อย่างน้อย 1 ครั้ง คำนวณขนาด
ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้เพื่อทดสอบสมมติฐาน
เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง
ประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Comparing
Two Dependent Means or Averages)^{24, 25} ได้
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย
ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple sampling)

ผู้ให้ข้อมูล(Key informant)ในการสัมภาษณ์
เชิงลึกคือผู้ป่วยที่เคยได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา
ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาล
ห้วยเกิ้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 10 คน

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(purposive
sampling)

ผู้ให้ข้อมูล(Key informant)ในการสนทนากลุ่ม
(Focus group) คือเจ้าหน้าที่ในคลินิกกัญชาทาง
การแพทย์แผนไทยจำนวน (แพทย์แผนไทย 2 คน
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 2คน และเภสัชกร 1 คน)
จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling)

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

การศึกษาเชิงปริมาณ 1) เพศชายหรือเพศ
หญิงที่มีอายุมากกว่า 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) ผู้ป่วย
รายใหม่หรือรายเก่าที่ขึ้นทะเบียนและได้รับน้ำมัน
กัญชาสูตรหมอเดชาตามข้อบ่งใช้ต่างๆ ในช่วง วันที่ 1
เมษายน -30 เมษายน 2564 ที่มีการรักษาต่อเนื่อง
และมีการนัดติดตามทุกเดือน โดยมีการติดตาม
ผลการรักษาต่อเนื่องหลังจากวันที่ 1 พฤษภาคม
2564 อย่างน้อย 1 ครั้ง

การศึกษาเชิงคุณภาพ 1) ผู้ป่วยเพศชายหรือ

เพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่เคย
รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา ณ คลินิกกัญชาทาง
การแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลห้วยเกิ้งอย่างน้อย2
ครั้งขึ้นไป (สัมภาษณ์เชิงลึก) 2) เจ้าหน้าที่ในคลินิก
กัญชาเจ้าหน้าที่ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผน
ไทยจำนวน จำนวน 5 คนได้แก่แพทย์แผนไทย 2 คน
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 2คน และเภสัชกร1คน (การ
สนทนากลุ่ม) 3) สามารถอ่านหนังสือได้อย่างเข้าใจ
และสามารถลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ได้ หรือ หากเป็นผู้ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่
เข้าใจจากการฟังผู้วิจัยอ่านให้ฟังได้และยินยอมลง
นามเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ

การศึกษาเชิงปริมาณ ผู้ป่วยที่มีภาวะเบา
และข้อมูลในแบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมที่ไม่
สมบูรณ์

การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่
ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาถิ่นหรือภาษากลางได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงปริมาณ
ได้แก่ แบบบันทึกการบริหารเภสัชกรรมจะ
ประกอบด้วย

1.1 รายละเอียด ปี ฤ ท า การ ใช้ ยา
(DRPs)หลังจากการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรม จะ
พิจารณาตามเกณฑ์ของ Pharmaceutical Care
Network Europe 2020 (PCNE) เนื่องจากเครื่องมือ
นี้เป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างเพื่อช่วยจัดเก็บและแบ่ง
ประเภทกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมให้เป็น
ระบบ ได้รับการยอมรับในทางปฏิบัติและงานวิจัยช่วย
ให้ทราบผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านการบริหารทาง
เภสัชกรรม โดย PCNEประกอบด้วย 5 domains
ได้แก่ ชนิดของปัญหา (Problem, P),สาเหตุ(Cause,
C), การแก้ไข (Intervention, I), การยอมรับการ
จัดการปัญหา (Intervention acceptance, A) และ
ผลลัพธ์ (Outcome, O)

1.2 คุณภาพชีวิตวัดโดยใช้แบบสอบถาม EQ-
5D-5L มี 5 ระดับคือไม่มีปัญหาถึงมีปัญหามากที่สุด

และแปลผลคะแนนเป็นค่าเฉลี่ย(คะแนนเต็ม1) ซึ่งถูกบันทึกในระบบฐานข้อมูลรายงานการใช้ยาและความปลอดภัยจากการใช้ยาตำรับกัญชาในฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ส.ป.ส.ช.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

1.3 ผลการรักษาติดตามความเห็นแพทย์ 3 ระดับคือ ดีขึ้น แย่ลง ไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งถูกบันทึกในระบบฐานข้อมูลรายงานการใช้ยาและความปลอดภัยจากการใช้ยาตำรับกัญชาในฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ส.ป.ส.ช.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.)

1.4 ความพึงพอใจของการบริหารเภสัชกรรม โดยเภสัชกรวัดความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย,น้อยที่สุด โดยแปลความหมายความพึงพอใจเป็นค่าเฉลี่ย (คะแนนเต็ม5)

2. แบบสอบถามในการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึกคนไข้ 20 คน เกี่ยวกับทัศนคติหรือความเห็นต่อการใช้น้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์

2.2 แบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยจำนวน 5 คน เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานและข้อเสนอแนะต่างๆในการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาคนไข้ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

มีการวัดความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้างโดยวิธี Face validity โดยผู้เชี่ยวชาญในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 3 ท่านประกอบไปด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และเภสัชกร

ขั้นตอนการดำเนินการการวิจัย

1. บันทึกขออนุญาตใช้ข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การทบทวนและดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์(HOSXP)และแฟ้ม

รายละเอียดการรักษาของผู้ป่วยโดยสาขาชีพและแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม และในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะมีการอัดเสียงโดยใช้โทรศัพท์มือถือและขออนุญาตคนไข้และเจ้าหน้าที่ก่อนเสมอ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะแนะนำโครงการให้ข้อมูลของการวิจัย และ เสนอการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครที่สนใจพร้อมทั้งแจกเอกสารแนะนำโครงการวิจัยแก่อาสาสมัคร ซึ่งเอกสารนี้จะกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เสนอการเข้าร่วมโครงการ และประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับรวมทั้งตอบคำถามที่อาสาสมัครสงสัย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (informed consent form) ด้วยความสมัครใจโดยผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิเสธไม่ consent หรือ consent โดยยินยอมเข้าร่วมการศึกษาได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อ สถานที่ โทรศัพท์ ถ้าหากมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยจะสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นายศักดิ์ชาย ชติยา กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง ต.ห้วยเกิ้ง อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี 41110 โทรศัพท์ 089-0525227 ตลอด 24 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากมือถือลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนตัวภายในวันนั้นทันทีและลบข้อมูลเสียงออกจากโทรศัพท์มือถือ หากอาสาสมัครจะขอฟังรายละเอียดสามารถขอฟังได้กรณีอาสาสมัครไม่ยินยอมให้อัดเสียงผู้วิจัยก็จะทำตามที่อาสาสมัครประสงค์และ ที่มีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้แต่เพียงผู้เดียว โดยข้อมูลที่บันทึกจะใช้เป็นรหัสที่ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

4. วิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank test และ McNemar test

การศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2565 รหัสโครงการ UDREC 2365

ผลการศึกษาวิจัย

1. ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริหาร ทางเภสัชกรรมหลังจากการพัฒนาระบบการบริหาร ทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผน ไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศ ชายจำนวน 13 คน (ร้อยละ 65) อายุเฉลี่ยของคนไข้ ทั้งหมด 56.77 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.60 และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคไมเกรนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 40) รองลงมาคือโรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะและ โรคพาร์กินสันจำนวนโรคละ 2 คน (ร้อยละ10) พบว่าแพทย์แผนไทยสั่งจ่ายยาน้ำมันกัญชาในข้อ บ่งใช้โรคไมเกรนมากที่สุดจำนวน 8 คน(ร้อยละ 40)รองลงมาได้แก่โรคปวดกล้ามเนื้อและกระดูก เรื้อรัง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 20)

2. ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs)

วิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา โดยใช้เครื่องมือ (Pharmaceutical Care Network Europe ,PCNE) ในการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลพบ ปัญหาจากการใช้ยาทั้งสิ้น 40 ปัญหา โดยจาก รายละเอียดตาม PCNE ปัญหาจากการใช้ยาที่ ส่งผลต่อการรักษาจำนวน 8 ปัญหา(ร้อยละ20) และส่งผลต่อความปลอดภัยจำนวน32ปัญหา (ร้อยละ80) โดยสาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกิด จากพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมมากถึง 32

ปัญหา(ร้อยละ80) รองลงมาเกิดจากขนาดยาไม่ เหมาะสมและระยะเวลาการรักษาไม่เหมาะสม จำนวนประเภทละ 4 ปัญหา (ร้อยละ 10) และ การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่แก้ไขที่ระดับ ผู้ป่วยจำนวน 32 ปัญหา(ร้อยละ 80) และการ ยอมรับการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ยอมรับการ แก้ไขปัญหาโดยเภสัชกรจำนวน 36 ปัญหา(ร้อย ละ90)และสถานะของปัญหาส่วนใหญ่ถูกแก้ไข ปัญหาเสร็จสิ้นแล้วจำนวน 36 ปัญหา(ร้อยละ 90)

ปัญหาจากการใช้ยาสาเหตุที่เกิดจาก พฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหาจาก การใช้ยาที่พบมากที่สุด พบว่าพฤติกรรมผู้ป่วยไม่ เหมาะสมส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยปรับขนาดยา เอง ได้แก้เพิ่มขนาดยาเอง จำนวน 24 ปัญหา (ร้อยละ 75)

การเปรียบเทียบจำนวนปัญหาการใช้ยา เฉลี่ยต่อคน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ บริบาลเภสัชกรรม

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนปัญหา การใช้ยาเฉลี่ยต่อคน ก่อนและหลังการ พัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรม

ปัญหาการใช้ยา	ก่อนศึกษา (จำนวน เหตุการณ์)	หลังศึกษา (จำนวน เหตุการณ์)
ผู้ป่วยได้รับยาขนาดไม่ถูกต้อง	4	1
ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	32	4
ระยะเวลาการรักษาไม่เหมาะสม	4	1
รวม	40	6
จำนวนปัญหาเฉลี่ยต่อคน (ค่าเฉลี่ย±SD) n=20คน	2.0±0.90	0.3±0.85
Wilcoxon signed rank test, P=0.032		

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบ บริบาลทางเภสัชกรรมปัญหาการใช้ยาเฉลี่ยลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติโดยลดลงจาก 2 เหตุการณ์ต่อคน เป็น 0.3 เหตุการณ์ต่อคน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.032

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการรักษา ก่อน และหลังการพัฒนา ระบบบริหาร เภสัชกรรม

ผลการรักษา	ก่อนศึกษา (คน)	หลังศึกษา (คน)
ดีขึ้น	6	18
แย่ลง	1	1
ไม่เปลี่ยนแปลง	13	1
รวม	20	20

MacNemar test ,P=0.042

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมผลการรักษาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.042

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเฉลี่ย ก่อน และ หลัง การพัฒนา ระบบบริหารเภสัชกรรม(n=20)

ตัวแปร	ก่อนศึกษา	หลังศึกษา
คุณภาพชีวิต (เฉลี่ย±SD)	0.54±0.65	0.63±0.77

Wilcoxon signed rank test,P=0.322

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมคุณภาพชีวิตเฉลี่ยดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจเฉลี่ย ภาพรวมของคนใช้ต่อการบริหารเภสัชกรรมของ เภสัชกรเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา ระบบบริหารเภสัชกรรม(n=20)

ตัวแปร	ก่อนศึกษา	หลังศึกษา
ความพึงพอใจ (เฉลี่ย±SD)	2.12±0.68	4.56±0.77

Wilcoxon signed rank test,P=0.021

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมความพึงพอใจเฉลี่ยภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ0.021

2. รูปแบบของระบบบริหารทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย รพ.ห้วยเกิ้ง

จากผลงานวิจัยเชิงปริมาณพบว่าปัญหาจากการใช้ยาส่วนใหญ่ สาเหตุเกิดจากพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดจากความคิดเห็นหรือทัศนคติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ของคนไข้ เป็นไปตามแนวคิด KAP ซึ่งต้องค้นหาสาเหตุเชิงลึกต่อโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหารูปแบบของทัศนคติและความคิดเห็นที่มีต่อการใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาในผู้ป่วย เพื่อที่ผู้วิจัยจะนำไปเป็นข้อเสนอแนะต่อทีมสหวิชาชีพ ในการสนทนากลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบของการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยต่อไป โดยผลการศึกษาหลังจากสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วย 10 คนได้ผลการศึกษาและจำแนกได้ประเด็นดังนี้ ประเด็นเรื่องขนาดหรือปริมาณน้ำมันกัญชาที่แพทย์แผนไทยสั่งจ่าย ประเด็นเรื่องข้อบ่งใช้ของน้ำมันกัญชา ประเด็นเรื่องวิธีการรับประทานยาน้ำมันกัญชา ประเด็นเรื่องรูปแบบบรรจุภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ยาน้ำมันกัญชา ประเด็นเรื่องการรักษาอันตรายเกี่ยวกับการใช้น้ำมันกัญชา ประเด็นเรื่องภาวะหลงลืมของผู้ป่วย ประเด็นเรื่องผู้ดูแลผู้ป่วย ประเด็นเรื่องความไม่เข้าใจจากการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ในคลินิกกัญชา จากข้อประเด็นต่างๆที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม

จากผลงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลและวิเคราะห์ร่วมกัน ในการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์แผนไทยจำนวน 2 ท่าน ผู้ป่วยแพทย์แผนไทย จำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรจำนวน 1 ท่าน โดยหลังจากสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพให้ประเด็นปัญหา และข้อเสนอแนะร่วมกันในการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ประเด็น ดังนี้

1. ควรเพิ่มพยาบาลวิชาชีพเข้ามาให้ทีมสหวิชาชีพเพื่อคัดกรอง ซักประวัติและวินิจฉัยอย่างละเอียดเรื่องโรค ประเมินภาวะการเสพติดในคนไข้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีภาวะโรคหลักและโรคร่วมที่ซับซ้อนและใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมในการรักษา และประเมินผลการรักษาแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรเพิ่มแพทย์แผนปัจจุบันในทีมสหวิชาชีพในระบบในคำปรึกษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันในผู้ป่วยที่มีโรคที่ซับซ้อนและสามารถส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูผล ค่าตับ ไต ในการพิจารณาให้การรักษาและผลการรักษา

3. ควรเพิ่มเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เข้าร่วมทีมสหวิชาชีพเพื่อตรวจดูผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่ค่าตับ ไต เพื่อให้แพทย์พิจารณาการสั่งใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา

4. ควรเพิ่มเทคโนโลยีในการสื่อสารกับคนไข้ เช่นตั้งกลุ่ม Line official เพื่อสื่อสารและติดตามการใช้ยาของคนไข้ และคนไข้สามารถซักถามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ ในระบบได้ตลอดเวลาการรักษา

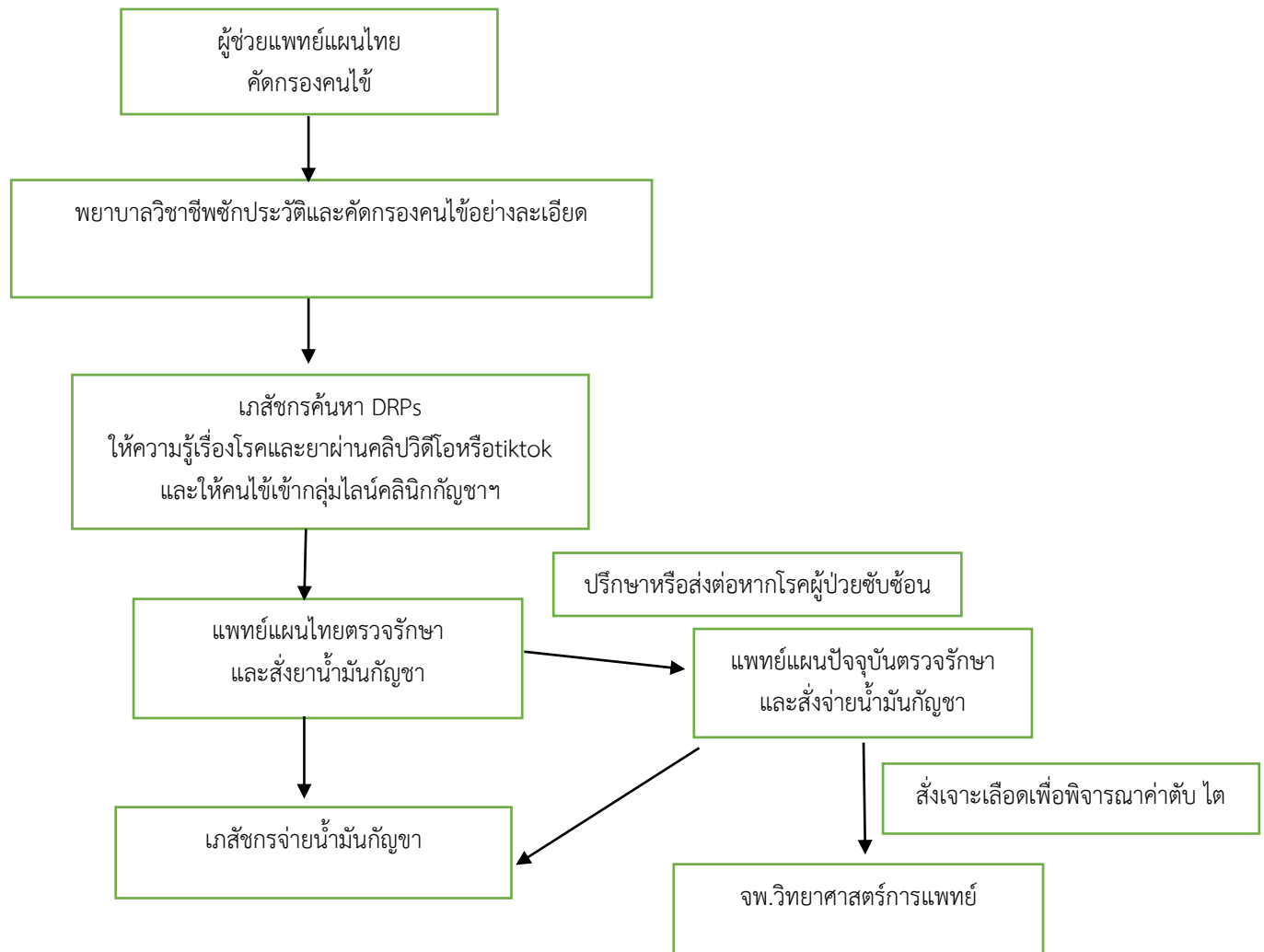
5. ควรจัดทำสื่อในรูปแบบคลิปวิดีโอหรือ tiktok ในการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ระหว่าง

การใช้น้ำมันกัญชา ซึ่งสามารถแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรม
การใช้น้ำมันกัญชาที่ไม่เหมาะสมได้

6. ทีมสหวิชาชีพเห็นด้วยในการคงให้เภสัชกรทำ
หน้าที่ pre-counseling เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้น้ำมันกัญชา

และวางแผน แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้น้ำมันกัญชา
ร่วมกับแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

จากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ได้รูปแบบของ
การให้บริการดูแลคนใช้น้ำมันกัญชาตามแผนภูมิดังนี้



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบของการให้บริการดูแลคนใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลห้วยเก็งที่
พัฒนาขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบบริหารทาง
เภสัชกรรมหลังจากการพัฒนาระบบการบริหารทาง
เภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
โรงพยาบาลห้วยเก็ง

สำหรับผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 15 คน

(ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ยของคนไข้ทั้งหมด 57.77 ปี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.60 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มี
โรคประจำตัวคือโรคไมเกรนจำนวน 7 คน (ร้อยละ
35) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันใน
เลือดสูง และโรคมะเร็งจำนวนโรคละ 3 คน (ร้อยละ
15) และ แพทย์ส่งจ่ายยาน้ำมันกัญชาในข้อบ่งชี้โรค
ไมเกรนมากที่สุดจำนวน 35 คน(ร้อยละ 35)รองลงมา

ได้แก่โรคปวดกล้ามเนื้อ กระดูกเรื้อรัง โรคนอนไม่หลับ และโรคเมเร็ง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 15) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ²⁶ ที่ศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง (2021) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) อายุเฉลี่ย 59.4 ± 12 ปี แต่ทว่าในการศึกษานี้มีการใช้กัญชาในข้อบ่งใช้ภาวะปวดปลายประสาทมากกว่าที่สุด (ร้อยละ 40) อาจเนื่องมาจากการศึกษาในการใช้สารสกัดแผนปัจจุบันที่ส่งจ่ายโดยแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการกำหนดข้อบ่งใช้ในการจ่ายสารสกัดกัญชาเฉพาะโรคต่อไปนี้เท่านั้น ได้แก่ โรคภาวะปวดปลายประสาท การรักษาแบบประคับประคอง ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ปวดศีรษะไมเกรน และภาวะนอนไม่หลับ แต่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยจะมีการจ่ายสารสกัดกัญชาในข้อบ่งใช้ที่หลากหลายกว่าขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา โดยใช้ เครือ รม มี อ (Pharmaceutical Care Network Europe ,PCNE) ซึ่งเป็น เครือ รม มี อ ที่ ใช้ ประเมิน DRPs เพื่อสืบค้นสาเหตุที่ซับซ้อนกว่าและครอบคลุมกระบวนการทำงานมากกว่า Hepler และ Strand ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะการค้นหา DRPs ใน การศึกษาจากการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลพบ ปัญหาจากการใช้ยาทั้งสิ้น 30 ปัญหา โดยจากรายละเอียดตาม PCNE ปัญหาจากการใช้ยาที่ส่งผลต่อการรักษาจำนวน 5 ปัญหา (ร้อยละ 17) และส่งผลต่อความปลอดภัยจำนวน 25 ปัญหา (ร้อยละ 83) โดยสาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมจำนวน 20 ปัญหา (ร้อยละ 67) รองลงมาเกิดจากการเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมจำนวน 6 ปัญหา (ร้อยละ 20) และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่แก้ไขที่ระดับผู้ป่วยจำนวน 20 ปัญหา (ร้อยละ 67) และการยอมรับการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ยอมรับการแก้ไข ปัญหาโดยเภสัชกรจำนวน 27 ปัญหา (ร้อยละ 90) และสถานะของปัญหาส่วนใหญ่ถูกแก้ไขปัญหาเสร็จสิ้นแล้วจำนวน 25 ปัญหา (ร้อยละ 83)

ปัญหาจากการใช้ยาสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุด พบว่าพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสมส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง ได้แก่เพิ่มขนาดยาเอง จำนวน 15 ปัญหา (ร้อยละ 75) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกกรม อโศกบุญรัตน์ และคณะ²⁷ ที่ศึกษาเรื่องผลของการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกวารฟาริน ณ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยพบว่าสาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสม แต่ทว่าในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจากการใช้ยาอื่น ๆ ที่เกินความจำเป็นและเกิดอันตรกิริยากับยา Warfarin โดยผู้วิจัยได้ทำการชักประวัติถามคนไข้กลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพิ่มเติม พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่เคยได้น้ำมันกัญชาได้ดินมาก่อนที่มีความแรงของ THC สูง และใช้ปริมาณสูงเช่น หยดได้ลิ้นวันละ 10-20 หยด ก่อนนอน อีกทั้งเมื่อนำไปวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนักพบว่าโลหะหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อคนไข้ เช่นมีอาการง่วงซึม ตอนกลางวัน มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็วในบางวัน เภสัชกรจึงแนะนำให้คนไข้ทราบถึงโทษของการใช้น้ำมันกัญชาได้ดินที่ไม่รู้แหล่งที่มาที่ไป โดยแนะนำให้ใช้น้ำมันกัญชาตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร

จากผลการเปรียบเทียบจำนวนปัญหาการใช้ยาเฉลี่ยต่อคน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมโดยพบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมปัญหาการใช้ยาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยลดลงจาก 1.5 เหตุการณ์ต่อคน เป็น 0.2 เหตุการณ์ต่อคน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.046 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาวดี ช่างเพชรและคณะ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยเมเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พัฒนมหาน (2015)²⁴ พบว่าปัญหาเฉลี่ยในผู้ป่วยแต่ละรายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วกาญจน์ รุ่งเรืองและคณะ (2554)²⁸ ที่พบว่า

ปัญหาการใช้ยาส่วนใหญ่คือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถแก้ไขปัญหาค่าหากเภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและอธิบายผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

ผลการเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรมโดยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรม ผลการรักษาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.045 สอดคล้องกับการศึกษาสุจิตรา พิทักษ์ (2015)²⁹ ศึกษาผลการของการเข้าถึงระบบบริการที่เภสัชกรร่วมกับสหวิชาชีพในคลินิกความดันโลหิตสูง โดยอาการและผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรมโดยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรม คุณภาพชีวิตเฉลี่ยดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปทำให้อำนาจในการทดสอบ (power of test) ลดลง เนื่องจากมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตัวแปร DRPs ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักเพียงตัวแปรเดียว ซึ่งในกรณีวัตถุประสงค์รองๆ ที่ต้องการขนาดตัวอย่างจำนวนมาก อาจไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งคุณภาพชีวิตที่ดีอาจเป็นผลจากการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจเฉลี่ยของ คนใช้ต่อการบริหารเภสัชกรรมหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรม พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการบริหารเภสัชกรรม ความพึงพอใจเฉลี่ยของคนใช้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาวดี ช่างเพชรและคณะ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน(2015)²⁴ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติที่มีต่อเภสัชกรโดยรวมเพิ่มขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่ได้ระบุนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วย 10 คนเกี่ยวกับทัศนคติและความคิดเห็นที่มีต่อการใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชาที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สามารถวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเพิ่มขนาดยาเอง การนำไปใช้ในทางที่ผิด ใช้ผิดวิธี และการรับรู้ว่าการกัญชาไม่อันตราย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิระ อารีรัตน์ (2564)²³ เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อเรื่องการรับรู้อันตราย อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับที่สูงได้แก่การได้ยินได้หรือได้เห็นผู้ใช้กัญชารักษาโรค ทำให้มั่นใจในการใช้กัญชาในการรักษาของตัวเองมากขึ้น และ สื่อโฆษณาเพื่อการรักษา ยังมีความคลาดเคลื่อนทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดาภรณ์ สายจันเกตุ และคณะ(2563)²¹ เรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการควบคุมปริมาณการจ่ายยากัญชาของแพทย์ไม่ส่งผลต่อการนำไปขายต่อหรือการให้คนอื่นไปใช้ต่อแต่อย่างใด ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ 2) ปัจจัยด้านภาวะเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือโรคสมองเสื่อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการใช้น้ำมันกัญชา เนื่องจากมีภาวะหลงลืมจากภาวะโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของอติศา คำชะอม (2562)³⁰ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีการได้รับยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุคือการขาดยาหรือหยุดยาเอง การไม่ได้รับประทานยาบางมื้อเนื่องจากภาวะหลงลืม 3) ปัจจัยด้านผู้ดูแลกล่าวคือขาดผู้ดูแลในการกำกับ

รับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ สีเชียงสาและคณะ(2561)³¹ เรื่องการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่นจังหวัดชัยภูมิ พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ขาดการกำกับติดตามผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาใน ผู้ป่วยจิตเวช 4) ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่และระบบบริการ กล่าวคือเจ้าหน้าที่ขาดสื่อการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้ป่วย เข้าใจในเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์และการ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษา ของจิรายุ ชาญชัยจิตและคณะ(2562)³² เรื่อง คุณลักษณะที่พึงประสงค์และประสิทธิผลทางคลินิก ของโอบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการ รับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกที่มี อายุมากกว่า 50 ปี โดยพบว่าการใช้แอปพลิเคชันที่มี คุณลักษณะที่พึงประสงค์สามารถเพิ่มความร่วมมือใน การใช้ยา และส่งผลดีต่อการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มี อายุมากกว่า 50 ปี 5) ปัจจัยด้านยากกล่าวคือบรรจุ ภัณฑ์ของน้ำมันกัญชาสูตรหมอดชาบรรจุในขวดที่มีรู สำหรับบีบคล้ายยาหยอดตาทำให้ยากที่จะบังคับ จำนวนหยดในการบีบแต่ละครั้ง โดยไม่พบการศึกษาที่ เกี่ยวข้องในเรื่องรูปแบบบรรจุภัณฑ์ที่ส่งผลต่อความ ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

รูปแบบของระบบบริการทางเภสัชกรรม ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย รพ.ห้วยเก็ง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลและวิเคราะห์ ร่วมกันในการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์แผนไทยจำนวน 2 ท่าน ผู้ป่วย แพทย์แผนไทยจำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรจำนวน 1 ท่าน โดยหลังจากสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพให้ ประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะร่วมกันในการ ปรับเปลี่ยนรูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการใน คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลห้วย เก็ง สามารถนำรูปแบบของการบริการทางเภสัช กรรมในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่ พัฒนาขึ้นมาอย่างมีประสิทธิภาพมาปรับใช้ให้เข้ากับ บริบทในโรงพยาบาลห้วยเก็ง สอดคล้องกับการ ประเมินผลของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิด

6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6- Building Blocks)³³ ของกระทรวงสาธารณสุขที่จะเกิดผลดีต่อคนไข้ในด้าน ต่างๆต่อไปนี้ 1) ด้านระบบบริการ: มีระบบบริการที่ดี ขึ้นจากการประเมินผลจาก ปัญหาจากการใช้ยา คุณภาพชีวิต ผลการรักษา และความพึงพอใจที่ดีขึ้น 2) ด้านกำลังคน: จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึง ปัญหาของการขาดแคลนอัตราากำลังคนที่สำคัญ 3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ: หากปฏิบัติตามรูปแบบการ บริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลทำให้คนไข้ ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ลดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลดอัตราการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ลดค่าใช้จ่ายด้านต้นทุน บริการ 4) การเข้าถึงบริการ: หากปฏิบัติตามรูปแบบ บริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น จะเพิ่มการเข้าถึง บริการกัญชาทางการแพทย์ โดยมีจำนวนคนไข้ที่หัน มาใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมายมากขึ้น 5) ระบบสารสนเทศ: หลังจากการพัฒนากระบวนการทาง เภสัชกรรม มีการเพิ่มการใช้สื่อและเทคโนโลยีในการ สื่อสารกับคนไข้เช่น การใช้กลุ่ม Line official account ในการติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึง ประสงค์ของคนไข้ และมีการใช้สื่อ คลิป วิดีโอที่ น่าสนใจในการให้ความรู้คนไข้ 6) ภาวะผู้นำ: จากผล การศึกษาสามารถนำมาเป็นข้อมูลเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบของการบริการทาง เภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นอย่างยั่งยืน อีกทั้งรูปแบบการ พัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปเป็นโมเดลประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาล อื่นๆเพื่อประโยชน์ต่อคนไข้ต่อไป

สรุปผลงานวิจัยในครั้งนี้ได้ว่าการพัฒนาระบบ บริบาลทางเภสัชกรรมสามารถลดปัญหาจากการใช้ยา ทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยดีขึ้น และความพึงพอใจของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้ง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านทัศนคติต่อการใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอดชาในผู้ป่วยและการสนทนา กลุ่มในทีมสหวิชาชีพทำให้ได้รูปแบบของการดูแล รักษาผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาสูตรหมอดชาใน คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะของการวิจัยในครั้งนี้
ในส่วนของการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บ
ข้อมูลย้อนหลังเนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการ
บริหารทางเภสัชกรรมไว้เบื้องต้นตั้งแต่เดือน
พฤษภาคมพ.ศ.2564 ก่อนมีการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรกวนต่างๆได้ ทั้งระดับ
คนไข้และระดับผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน ควรมีการ
ศึกษาวิจัยแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าแบบกึ่งทดลอง
โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกที่ครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อลดตัว
แปรกวนต่างๆ อีกทั้งในส่วนของการแบบสอบถามใน
งานวิจัยเชิงปริมาณผู้วิจัยไม่ได้พัฒนาและปรับปรุง
พัฒนาตามระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ผิดพลาด
ทั้งความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม อีกทั้ง
ยังไม่ได้วัดตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น ความรู้ของ
คนไข้ หลังจากการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม
เห็นควรมีการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมอย่าง
ต่อเนื่องในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research)
แบบไปข้างหน้าที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม

การร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระดับคนไข้และ
เจ้าหน้าที่ โดยมีการแก้ไขปัญหาพร้อมกันและปรับปรุง
ระบบให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สร้างความรู้ใหม่โดย
บูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานจริง และมีการ
ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบบริหารทาง
เภสัชกรรมอย่างครอบคลุมทุกมิติสุขภาพอย่าง
ต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง(คนไข้),เจ้าหน้าที่
และสทวิชาชีพในคลินิกกัญชาทุกท่าน,ร.อ.นพ.
จักรวาล หารไชย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ห้วยเกิ้ง, คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีที่ร่วม
วิพากษ์ ปรับปรุงร่างงานวิจัยและทำให้งานวิจัยชิ้นนี้
สำเร็จบรรลุไปด้วยดี เป็นประโยชน์แก่คนไข้และ
พัฒนาต่อยอดในงานวิจัยชิ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Taupachait W,Kessomboon N.Medical use of cannabis.IJPS,2017.13;228-240.
- 2.Department of medical services ,Ministry of Public Health. Guidance on Cannabis for Medical Use Ver.4;2021.
- 3.Health Service Development Committee Medical Cannabis Service Plan, Ministry of Public Health. Guidelines for Medical Cannabis Clinic;2019.
- 4.Food and Drug Administration, Ministry of Public Health. Evolution of Marijuana Laws in Thailand.[cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://cannabis.fda.moph.go.th/info-270665-2/>
- 5.Health Service Development Committee Medical Cannabis Service Plan, Ministry of Public Health. Guidelines for Medical Cannabis Clinic;2019.
- 6.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.ฐานข้อมูลรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์ [cited 2022 Mar 28]. Available from:<http://drug.nhso.go.th/drugserver/index.zul;jsessionid=54f7be4f334769866cb2d277e7fd>.
- 7.Supapaan T, Amornphetsathaporn J,N Jansiri, Kam-Ing N,Janthapim P,Chompoopuen P,et al.(2021). Narrative literature review: outcome measurement of hospital pharmaceutical care.
- 8.Ramos JR, Hernández MH, Juanes-Borrego AM,etc. The Impact of Pharmaceutical Care in Multidisciplinary Teams on Health Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis: JAMDA; 2518-2526.



- 9.Sabmeethavorn Q, Bonomo YA, Hallinan CM. Pharmacists' perceptions and experiences of medicinal cannabis dispensing: A narrative review with a systematic approach. *International Journal of Pharmacy Practice*.2022;30:204–214
- 10.Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for providing integrated medical cannabis clinic services. 1st ed. Office of Printing Works Veterans Relief Organization under the royal patronage;2021.
- 11.Health Service Development Committee Medical Cannabis Branch. Medical Cannabis Clinic Combined Modern medicine and Thai traditional medicine in a hospital under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.1st ed;2019
- 12.Department of Thai traditional and Alternative Medicine. Guidelines for using cannabis oil (Doctor Decha recipe) produced under a special form of access to medicines (Special Access Scheme) in health care facilities;2021
- 13.Hepler, C. and Strand M.L., Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J of Hosp Pharm*, 1990. 47: p. 533-543.
- 14.Samuel S ,Allemann J, W Foppe van Mil,etc. Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm* (2014) 36:544–555
- 15.Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MA, Robustillo-Cortés MA, etc. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document.
- 16.Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. PCNE classification for drug related problems V 9.1 [online]. 2020.[cited Feb 27, 2022]
- 17.World Health Organization. Advocacy, communication and social mobilization for TB control a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. Switzerland: WHO Press; 2008.
- 18.สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. ทฤษฎีการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระเป็ยทอง; 2556.
- 19.อดิชาติ หงษ์ทอง. ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของประชาชนที่เลี้ยงสัตว์ปีกในจังหวัดลพบุรี. กรุงเทพมหานครฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- 20.Luangwichianporn A, Sribundit N. Knowledge and Opinions towards Medical Cannabis among Public Hospital Pharmacists.*TJPP*2021;14(2):260-275
- 21.ปรีดาภรณ์ สายจันเกตุ, พิมพ์พร โนจันทร์, นิตริรัตน์ มีกาย, รัชมี สุขนรินทร์.ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชน ในจังหวัดพิษณุโลก.วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563;18(3):595-603
22. กรพินท์ ปานวิเชียร.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี2563;3(1):31-41
- 23).พีระ อารีรัตน์.ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ2564;14(2):1-12
- 24.Changpetch P, Miteemitr P (2015). Development of participation of pharmacist for cancer patients in Jaokunpiboonphanomtuan hospital. *Veridian E-J. sci technol Silpakom Univ* 2(2): 50-75.

- 25.Sooksart J, Thipraksa T, Hanrinth R, Kerdchantuk P,Suttiruksa S (2018). Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with Alzheimer’s disease: A pilot study. Thai J Pharm Prac 10(1): 129-141.
- 26.ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย , ศิริพร ปาละวงศ์ , ทศนีย์ กามล.ประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง.วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก2564;19(1):19-33
- 27.พิภกรม อโศกบุญรัตน์ , ทิภาดา สามสีทอง.ผลของการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกวารฟาริน ณ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง.ว. เภสัชศาสตร์อีสาน2564;17(4):61-74
- 28.แก้วกาญจน์ รุ่งเรือง , จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, ชนตภา พลอยล้อมแสง , จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ.การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม .โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์.ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2554;7(1):62-75
- 29.Pitak S (2015). The outcome of health care service system for hypertension clinic with pharmacist participation in multidisciplinary team at Ban Mai Nhong Hoi Health Promoting hospital, Doi Lo district, Chiang Mai province JPMAT 5(2): 128-136.
- 30.Dumchaom A, Oo-Puthinan S (2020). Effectiveness of a pharmaceutical care-based program to improve medication adherence in elderly patients receiving polypharmacy in a community hospital in Kanchanaburi. Thai J Pharm Prac 12(3): 772-788.
- 31.Seechiangsa K, Kanjanasilp J, Suttiruksa S (2019). Development of the system for caring schizophrenic patients in community by multidisciplinary team of health network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province. Thai J Pharm Prac 11(2): 457-469.
- 32.Chanchaichujit J, Sornlertlamvanich K (2020). Desirable characteristics and clinical effectiveness of mobile application on medication adherence in patients over 50 years with metabolic syndrome. Thai J Pharm Prac 12(2): 344-353
- 33.World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement



ปัจจัยที่ทำให้อาการชาด้านข้างหัวเข่าดีขึ้น ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม(Total Knee Arthroplasty) ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
Factors associated with lateral skin numbness and improvement after total knee arthroplasty in Samuthprakarn Hospital

(Received: December 2,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 16,2022)

เสกสิทธิ์ เสงี่ยมศักดิ์¹
Seksit Sangiamsak¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้อาการชาด้านข้างหัวเข่าดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลสมุทรปราการระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

รูปแบบและวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ case-control study โดยมี อัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1: 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test (ในกรณีที่มีค่า Expected value น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20.0) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ปัจจัยความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยว (Univariate analysis) ที่มีผลต่ออาการชาด้านข้าง ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมผู้ดูแลในระยะหลังผ่าตัดดีขึ้นพบว่า สมาชิกในครอบครัว ทำให้อาการชา ด้านข้างหัวเข่าดีขึ้น 0.23 เท่า (95%CI 0.09-0.62) P-value 0.003 และปัจจัยความสัมพันธ์ตัวแปรแบบพหุคูณ จิสติก (Multivariate analysis) ที่มีผลกับการชาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 11 วันขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 8.31 เท่า (95%CI 3.07-22.46) ระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด ไม่สามารถ เดินโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าได้ ในระยะประมาณ 200 เมตร โดยที่ไม่ปวด ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงคน อื่น 15.55 เท่า (95%CI 2.38-101.25) P-value 0.004 ระยะหลัง 3 เดือน ไม่เคลื่อนไหวเข่าข้างผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข้าบ่อยๆ 5.88 เท่า (95%CI 1.28-26.90) P-value 0.022 ห้องนอนอยู่ชั้น 2 ของบ้าน 65.45 เท่า (95%CI 1.29-3319.03) P-value 0.037

คำสำคัญ: ภาวะข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบมาตรฐานดั้งเดิม, ภาวะชาด้านข้างหัวเข่า ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

Objectives: This study aimed to identify factors that contribute and improve post-operative lateral skin numbness after total knee arthroplasty at Samuthprakarn Hospital between January 1, 2019 and December 31, 2021.

Materials and Methods: An analytical case-control study was conducted using the ratio of cases to controls 1:2. The correlation was analyzed with Chi-square or Fisher's exact test (in case more than 20% of the total cell counts have an expected value less than 5). The

¹ นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 10270

size of the association was then analyzed performing the crude odds ratio (OR) and 95% confidence interval (95%CI). The statistical significance was 0.05.

Results: For single-variable correlation factors (Univariate analysis) affecting lateral numbness after knee replacement, it is found that family members or caregivers made 0.23 times improvement in knee lateral numbness (95%CI 0.09-0.62) P-value 0.003. For multi-variable correlation factors (Multivariate analysis) affecting lateral numbness after knee replacement, 8.31 times the risk of lateral knee numbness after knee replacement surgery (95%CI 3.07-22.46) was found in those spending 11 days or more of hospital stay. During 6 weeks to 3 months after surgery, inability to walk without a cane or pain in about 200 meters, but self-help developed 15.55 times risk (95%CI 2.38-101.25) P-value 0.004. After 3 months, lack of movement, frequent flexion or extension around the operative knee caused 5.88 times risk (95%CI 1.28-26.90) P-value 0.022. Having bedroom on the 2nd floor of the house made 65.45 times risk of lateral knee numbness (95%CI 1.29-3319.03) P-value 0.037.

Keywords: Osteoarthritis, Total knee arthroplasty, Lateral skin numbness after total knee arthroplasty

บทนำ

ภาวะข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee, OA knee) เกิดจากภาวะที่ร่างกายสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อและน้ำไขข้อที่ลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูกบริเวณข้อ เช่น เกิดกระดูกงอกในข้อ เยื่อหุ้มข้อหนาตัวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีอาการปวดในข้อ ข้อบวม พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง เสียงดังในข้อ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำงาน และคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนใน พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม ที่เป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรคนับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years lived with disability: YLDs) และ ได้คาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2000 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1,700 และ 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽²⁾ และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽³⁾ เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า

65 ปี ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง^(4, 5, 6)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยมีหลายวิธีทั้งแบบใช้ยาในการรักษา รักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด การแพทย์ทางเลือก และการรักษาแบบผ่าตัด⁽⁷⁾ ภาวะแทรกซ้อนทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับ TKA รวมทั้งอาการชาที่ผิวหนังด้านข้าง จาก infrapatellar ของเส้นประสาทชาฟีแนสที่ใต้เกิดแผลผ่าตัด ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ และอารี ตนาวลี, 2557⁽⁸⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการลดซึ่งพบว่า การประเมินข้อเข่า 1,300 ข้อ จะพบอาการชาของผิวหนังด้านข้างหลัง ในช่วงสัปดาห์ที่ 5 - 227 หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร้อยละ 60 % และอาการดีขึ้น ร้อยละ 62 %⁽⁹⁾

โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ให้การรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐานดั้งเดิม (standard total knee arthroplasty) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะชาหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แต่ยังไม่ได้รับรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการชา รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่ทำให้ภาวะชานั้นดี

ขึ้น เป็นการพัฒนาแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ อีกด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษารูปแบบเชิงวิเคราะห์ แบบ Unmatched case-control study อัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1: 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคข้อเข่าเสื่อม (Primary OA Knee) ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบมาตรฐานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 และได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มศึกษา (Case) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่อาการที่ตีขึ้น หรือหายจากภาวะขาข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด

- กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะขาข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไม่ตีขึ้น หรือเป็นมากขึ้นโดยมีจำนวนเป็น 3.4 เท่าของกลุ่มศึกษาคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ลักษณะทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอผลด้วยค่าจำนวน และร้อยละ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการที่ตีขึ้นจากภาวะขาข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-

square หรือ Fisher's exact test และวิเคราะห์ขนาดของความสัมพันธ์โดยเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย Crude odds ratio (OR) และและปัจจัยความสัมพันธ์ตัวแปรแบบพหุคูณจิสติก (Multivariate analysis) เสนอผลการวิเคราะห์ด้วย Adjust odds ratio (OR_{adj}) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากร จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 110 ราย พบผู้ป่วยร้อยละ 22.73 มีอาการขาข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คือ 1: 6.86 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พบสูงสุด คือ 61-70 ปี มีฐานอายุ 65 ปี (IQR 61-71 ปี, สูงสุด 79 ปี – ต่ำสุด 52 ปี) พบผู้ป่วย ร้อยละ 68.18 น้ำหนักเกิน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 16.36) รับจ้าง และแม่บ้าน ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 60.55 จบการศึกษา ประถมศึกษา มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.27 มีผู้ป่วย 5 ราย ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.45 รองลงมา คือ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของ ไกลโคโปรตีน เบาหวาน ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4 ราย ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากร

ลักษณะทางสังคมและประชากร	ทั้งหมด n=110 (%)	กลุ่มที่มีอาการขา* n=25 (%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการขา** n=85 (%)
เพศ			
ชาย	14 (12.73)	4 (16.00)	10 (11.76)
หญิง	96 (87.27)	21 (84.00)	75 (88.24)
กลุ่มอายุ			
51 - 60 ปี	24 (21.82)	5 (20.00)	19 (22.35)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากร

ลักษณะทางสังคมและประชากร	ทั้งหมด n=110 (%)	กลุ่มที่มีอาการขา* n=25 (%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการขา** n=85 (%)
61 - 70 ปี	58 (52.73)	14 (56.00)	44 (51.76)
70 ปีขึ้นไป	28 (25.45)	6 (24.00)	22 (25.88)
ดัชนีมวลกาย			
<18.5 คือ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	6 (5.45)	2 (8.00)	4 (4.71)
18.5-22.90 คือ ปกติสมส่วน	29 (26.36)	7 (28.00)	22 (25.88)
23-24.90 คือ น้ำหนักเกิน	25 (22.73)	5 (20.00)	20 (23.53)
25-29.90 คือ อ้วนระดับ 1	33 (30.00)	7 (28.00)	26 (30.59)
>30 คือ อ้วนระดับ 2	17 (15.45)	4 (16.00)	13 (15.29)
อาชีพ			
ค้าขาย	18 (16.36)	5 (20.00)	13 (15.29)
นักบวช	2 (1.82)	1 (4.00)	1 (1.18)
พนักงานหน่วยงานเอกชน	2 (1.82)	0 (0.00)	2 (2.35)
แม่บ้าน	3 (2.73)	1 (4.00)	2 (2.35)
รับจ้าง	9 (8.18)	4 (16.00)	5 (5.88)
ว่างงาน	76 (69.09)	14 (56.00)	62 (72.94)
การศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา/ไม่มีวุฒิการศึกษา	39 (35.78)	9 (36.00)	30 (35.71)
ประถมศึกษา	66 (60.55)	15 (60.00)	51 (60.71)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (0.92)	0 (0.00)	1 (1.19)
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	2 (1.83)	0 (0.00)	2 (2.38)
ปริญญาตรี	1 (0.92)	1 (4.00)	0 (0.00)
โรคประจำตัว			
เบาหวาน			
มี	18 (16.36)	11 (44.00)	7 (8.24)
ไม่มี	92 (83.64)	14 (56.00)	78 (91.76)
ความดันโลหิตสูง			
มี	61 (55.45)	12 (48.00)	49 (57.65)
ไม่มี	49 (44.55)	13 (52.00)	36 (42.35)
โรคหอบหืด			
มี	1 (0.91)	0 (0.00)	1 (1.18)
ไม่มี	109 (99.09)	25 (100.00)	84 (98.82)
โรคหัวใจและหลอดเลือด			
มี	2 (1.82)	0 (0.00)	2 (2.35)
ไม่มี	108 (98.18)	25 (100.00)	83 (97.65)
ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของ ไกลโคโปรตีน			
มี	33 (30.00)	0 (0.00)	33 (38.82)
ไม่มี	77 (70.00)	25 (100.00)	52 (61.18)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากร

ลักษณะทางสังคมและประชากร	ทั้งหมด n=110 (%)	กลุ่มที่มีอาการขา* n=25 (%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการขา** n=85 (%)
ภาวะซึมเศร้า			
มี	2 (1.82)	0 (0.00)	2 (3.25)
ไม่มี	108 (98.18)	25 (100.00)	83 (97.65)
โลหิตจางที่มีได้ระบุรายละเอียด			
มี	3 (2.73)	0 (0.00)	3 (3.53)
ไม่มี	107 (97.27)	25 (100.00)	82 (96.47)
โรคข้ออักเสบชนิดอื่นๆ			
มี	1 (0.91)	0 (0.00)	1 (1.18)
ไม่มี	109 (99.09)	25 (100.00)	84 (98.82)

*กลุ่มที่มีอาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามากกว่า 6 เดือน

**กลุ่มที่อาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีขึ้น หรือหายภายใน 3-6 เดือน

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ทำให้อาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมดีขึ้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่าปัจจัยที่ทำให้อาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมดีขึ้นมีดังนี้

ผู้ดูแลในระยะหลังผ่าตัด สมาชิกในครอบครัว ทำให้อาการขาด้านข้างหัวเข่าดีขึ้น 0.23 เท่า 95%CI 0.09-0.62 P-value 0.003 (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีดังนี้

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 11 วันขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 8.31 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 11 วัน (95%CI 3.07-22.46) P-value<0.001

ระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าได้ ในระยะประมาณ 200 เมตร โดยที่ไม่ปวด สามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 4.66 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (95%CI 2.67-8.13) P-value<0.001

ระยะหลัง 3 เดือน ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติ การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น ว่ายน้ำ แอโรบิคเบาๆ /การเดินในน้ำ ซึ่งจักรยานอยู่กับที่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 5.01 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (95%CI) 1.22-3.33 P-value 0.006

ระยะหลัง 3 เดือน ไม่สามารถนอนหงายให้นอนหงายเข่าเหยียดตรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3.17 1 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (95%CI 1.91-5.29) P-value <0.001

ระยะหลัง 3 เดือน ไม่สามารถเคลื่อนไหวเข่าข้างผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข่าบ่อยๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาด้านข้างหัวเข่า

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3.46 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (95%CI 2.06-5.79) P-value <0.001

ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 ของบ้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชาด้านข้างหัวเข่า ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 7.90 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (95%CI 1.36-46.11) P-value 0.001

นอนบนเตียงสูงระดับเข่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชาด้านข้างหัวเข่าหลังการผ่าตัด 9.53 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (95%CI 2.57-35.29) P-value 0.001

ห้องสวมซิม/ส้วมนั่งยอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชาด้านข้างหัวเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 8.99 เท่า เมื่อเทียบกับห้องน้ำแบบชักโครก (95% CI 2.66-30.42) P-value <0.001 (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรแบบพหุคูณจิสติก (Multivariate analysis) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการชาด้านข้างหัวเข่า ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่า ระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด ไม่สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าได้ ในระยะประมาณ 200 เมตร โดยที่ไม่ปวด ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่น 15.55 เท่า (2.38-101.25) P-value 0.004 ระยะหลัง 3 เดือน ไม่เคลื่อนไหวเข้าข้างผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข่าบ่อยๆ 5.88 เท่า (95%CI 1.28-26.90) P-value 0.022 ห้องนอนอยู่ชั้น 2 ของบ้าน 65.45 เท่า (95%CI 1.29-3319.03) P-value 0.037 ห้องสวมซิม / ส้วมนั่งยอง 178.15 เท่า (95%CI 2.25-14078.58) P-value 0.020 (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียวด้วยสถิติถดถอยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการชาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ลักษณะทางสังคมและประชากร	กลุ่มที่มีอาการชา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการชา** (n=85) n(%)	Univariate logistic		
			Crude OR	95%CI	p-value
เพศ					
ชาย	4 (16.00)	10 (11.76)	1	-	-
หญิง	21 (84.00)	75 (88.24)	0.7	0.19-2.46	0.578
กลุ่มอายุ					
51 - 60 ปี	5 (20.00)	19 (22.35)	1	-	-
61 - 70 ปี	14 (56.00)	44 (51.76)	1.21	0.38-3.83	0.747
70 ปีขึ้นไป	6 (24.00)	22 (25.88)	1.04	0.27-3.94	0.958
ดัชนีมวลกาย					
<18.5 คือ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	2 (8.00)	4 (4.71)	1	-	-
18.5-22.90 คือ ปกติสมส่วน	7 (28.00)	22 (25.88)	0.64	0.09-4.25	0.641
23-24.90 คือ น้ำหนักเกิน	5 (20.00)	20 (23.53)	0.49	0.07-3.55	0.448
25-29.90 คือ อ้วนระดับ 1	7 (28.00)	26 (30.59)	0.54	0.08-3.57	0.521
>30 คือ อ้วนระดับ 2	4 (16.00)	13 (15.29)	0.62	0.08-4.70	0.640
โรคประจำตัว					
เบาหวาน					
ไม่มี	14 (56.00)	78 (91.76)	1	-	-

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียวด้วยสถิติถดถอยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการขาด้านข้างหัว
เข้าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ลักษณะทางสังคมและ ประชากร	กลุ่มที่มีอาการขา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการ ขา** (n=85) n(%)	Univariate logistic		
			Crude OR	95%CI	p-value
มี	11 (44.00)	7 (8.24)	8.76	2.89-26.44	<0.001
ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้					
ไม่มี	21 (84.00)	74 (87.06)	1	-	-
มี	4 (16.00)	11 (12.94)	1.28	0.37-4.44	0.696
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	13 (52.00)	36 (42.35)	1	-	-
มี	12 (48.00)	49 (57.65)	0.68	0.28-1.66	0.395

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียวด้วยสถิติถดถอยระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยน
เข้ากับการขาด้านข้างหัวเข้าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนเข้า	กลุ่มที่มีอาการ ขา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการ ขา** (n=85) n(%)	Univariate logistic		
			Crude OR	95%CI	p-value
1. ความยาวแผลจาก tibial tubercle					
น้อยกว่า 3 เซนติเมตร	22 (88.00)	75 (88.24)	1	-	-
3 เซนติเมตรขึ้นไป	3 (12.00)	10 (11.76)	1.02	0.26-4.04	0.974
2. จำนวนวันนอน รพ.					
1-10 วัน	10 (40.00)	72 (84.71)	1	-	-
11 วันขึ้นไป	15 (60.00)	13 (15.29)	8.31	3.07- 22.46	<0.001
3. การกายภาพหลังการผ่าตัด					
3.2 ระยะกลาง (ปลายสัปดาห์ที่ 6 - 12)					
(8) ระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าได้ ใน ระยะทางประมาณ 200 เมตร โดยที่ไม่ปวด สามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้อง พึ่งพิงคนอื่น					
ทำ	7 (28.00)	76 (89.41)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	18 (72.00)	9 (10.59)	4.66	2.67-8.13	<0.001
3.3 ระยะหลัง 3 เดือน					
(9) ใช้ชีวิตอย่างปกติการออกกำลังกายที่ สามารถทำได้ เช่น ว่ายน้ำ แอโรบิคเบาๆ / การเดินในน้ำ ซี่จักรยานอยู่กับที่					
ทำ	15 (60.00)	73 (85.88)	1	-	-

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียวด้วยสถิติถดถอยระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนเข้ากับการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนเข้า	กลุ่มที่มีอาการ ขา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มีอาการ ขา** (n=85) n(%)	Univariate logistic		
			Crude OR	95%CI	p-value
ไม่ได้ทำ	10 (40.00)	12 (14.12)	5.01	1.22-3.33	0.006
(10) นอนหงายให้นอนเข่าเหยียดตรง					
ทำ	10 (40.00)	74 (87.06)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	15 (60.00)	11 (12.94)	3.17	1.91	<0.001
(11) เคลื่อนไหวเข่าข้างผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข่าบ่อยๆ					
ทำ	9 (36.00)	74 (87.06)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	16 (64.00)	11 (12.94)	3.46	2.06-5.79	<0.001

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียวด้วยสถิติถดถอยระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนเข้ากับการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนเข้า	กลุ่มที่มีอาการ ขา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มี อาการขา** (n=85) n(%)	Univariate logistic		
			Crude OR	95%CI	p-value
1. ผู้ดูแลในระยะหลังผ่าตัด					
1) ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว (ญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ดูแล/ พนักงานช่วยเหลือคนไข้)	11 (44.00)	13 (15.29)	1	-	-
2) สมาชิกในครอบครัว	14 (56.00)	72 (84.71)	0.23	0.09-0.62	0.003
2. ลักษณะที่อยู่อาศัย					
1) บ้าน 1 ชั้น	19 (76.00)	72 (84.71)	1	-	-
2) บ้าน 2 ชั้น	6 (24.00)	13 (15.29)	1.75	0.59-5.21	0.315
3. ลักษณะห้องนอน					
1) ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้น 1 ของบ้าน	81 (84.00)	83 (97.65)	1	-	-
2) ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 ของบ้าน	4 (16.00)	2 (2.35)	7.90	1.36-46.11	0.022
4. ลักษณะเตียงนอนของผู้ป่วย					
1) นอนราบกับพื้น	17 (68.00)	81 (95.29)	1	-	-
2) นอนบนเตียงสูงระดับเข่า	8 (32.00)	4 (4.71)	9.53	2.57-35.29	0.001
5. ประเภทห้องน้ำ					
1) ห้องน้ำแบบชักโครก	16 (64.00)	80 (94.12)	1	-	-
2) ห้องสวมซิม/ ส้วมนั่งยอง	9 (36.00)	5 (5.88)	8.99	2.66-30.42	<0.001

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุคูณจิสติก ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนเข้ากับการขาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนเข้า	กลุ่มที่มีอาการ ขา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มี อาการขา** (n=85) n(%)	Multivariate logistic		
			Adjust OR	95%CI	p-value
(1) จำนวนวันนอน รพ.					

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุโลจิสติก ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเปลี่ยนเข้ากับการขาด้านข้างหัวเข้าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนเข่า	กลุ่มที่มีอาการ ขา* (n=25) n(%)	กลุ่มที่ไม่มี อาการขา** (n=85) n(%)	Multivariate logistic		
			Adjust OR	95%CI	p-value
1-10 วัน	10 (40.00)	72 (84.71)	1	-	-
11 วันขึ้นไป	15 (60.00)	13 (15.29)	11.01	0.73- 165.17	0.083
(2) ระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าได้ ใน ระยะทางประมาณ 200 เมตร โดยที่ไม่ ปวด สามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่น					
ทำ	7 (28.00)	76 (89.41)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	18 (72.00)	9 (10.59)	15.55	2.38- 101.25	0.004
(3) ระยะหลัง 3 เดือน ใช้ชีวิตอย่างปกติการ ออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น ว่ายน้ำ น้ำ แอโรบิคเบาๆ / การเดินในน้ำ ซี จิกรยานอยู่กับที่					
ทำ	15 (60.00)	73 (85.88)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	10 (40.00)	12 (14.12)	3.15	0.79-12.46	0.102
(4) ระยะหลัง 3 เดือน นอนหงายให้นอน หงายเข่าเหยียดตรง					
ทำ	10 (40.00)	74 (87.06)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	15 (60.00)	11 (12.94)	0.60	0.14-2.52	0.489
(5) ระยะหลัง 3 เดือน เคลื่อนไหวเข้าข้าง ผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข่าบ่อยๆ					
ทำ	9 (36.00)	74 (87.06)	1	-	-
ไม่ได้ทำ	16 (64.00)	11 (12.94)	5.88	1.28-26.90	0.022
(6) ลักษณะห้องนอน					
1) ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้น 1 ของ บ้าน	81 (84.00)	83 (97.65)	1	-	-
2) ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 ของ บ้าน	4 (16.00)	2 (2.35)	65.43	1.29-3319.03	0.037
(7) ลักษณะเตียงนอนของผู้ป่วย					
1) นอนราบกับพื้น	17 (68.00)	81 (95.29)	1	-	-
2) นอนบนเตียงสูงระดับเข่า	8 (32.00)	4 (4.71)	0.33	0.01-1.67	0.089
(8) ประเภทห้องน้ำ					
1) ห้องน้ำแบบชักโครก	16 (64.00)	80 (94.12)	1	-	-
2) ห้องส้วมซีม/ ส้วมนั่งยอง	9 (36.00)	5 (5.88)	178.15	2.25-14078.58	0.020

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงป่วยเป็น 6.86 เท่าของเพศชาย สอดคล้องกับรายงานของ องค์การอนามัยโลกที่พบว่า เรื่อง เพศ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยพบว่า เพศหญิงจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าเพศชายถึง⁽¹⁾ ผู้ป่วย ร้อยละ 68.18 น้ำหนักเกิน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.27 ประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.45 จาก ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 27.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.16) โดย ร้อยละ 76 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วน (BMI > 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าคนที่น้ำหนักตัวมากขึ้นเมื่ออายุ 20 ปี มีโอกาสเป็นข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนปกติ ถึง 3.5 เท่า⁽¹⁰⁾

พบว่า มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไชมันในโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 75 55 และ 31 ตามลำดับ

ผลการศึกษาปัจจัยที่ทำให้มีอาการชาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมดีขึ้น พบว่า ผู้ดูแลในระยะหลังผ่าตัด สมาชิกในครอบครัว 0.23 เท่า (95%CI 0.09-0.62) P-value 0.003 ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤต เฉียบพลัน และเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อการรักษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา พองเกิด และคณะ⁽¹¹⁾

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออาการชาด้านข้างหัวเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าได้ ในระยะทางประมาณ 200 เมตร โดยที่ไม่ปวด ทำงานช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่น 15.55 เท่า (2.38-101.25) P-value 0.004 และระยะหลัง 3 เดือน ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเข่าข้างผ่าตัดโดยการงอและเหยียดเข่าบ่อยๆ 5.88 เท่า (95%CI 1.28-26.90) P-value 0.022 การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การฟื้นฟู

สมรรถภาพและการออกกำลังกายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลารักษากายในโรงพยาบาลสั้นที่สุด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพปกติอย่างรวดเร็วที่สุดสอดคล้องกับฉันทา ตระการจันทร์ และคณะ⁽¹²⁾

ห้องนอนของผู้ป่วยอยู่ชั้น 2 ของบ้าน 65.43 เท่า (95%CI 1.29-3319.03) P-value 0.037 และห้องสวมซิม/ สวมนั่งยอง 178.15 เท่า (95%CI 2.25-14078.58) P-value 0.020 การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อลดแรงกดหรือการเสียดสีของข้อเข่า ได้แก่ เปลี่ยนจากสวมนั่งยองๆ เป็นสวมซิมโครก ห้องน้ำควรมีราวจับภายในห้องน้ำเพื่อช่วยในการลุกยืน ป้องกันการลื่นล้มภายในห้องน้ำ ควรมีฝักบัวหรือมีเก้าอี้นั่งพลาสติกไว้ใช้เวลาอาบน้ำพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ⁽¹³⁾ และการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วมมีข้อแนะนำญาติเตรียมสวมแบบซิมโครก หรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้สวมแบบนั่งยอง สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต เลหาภักดี⁽¹⁴⁾ ซึ่งน่าจะมาจากการใช้สวมแบบนั่งยอง การนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า นั่งยองๆ จะทำให้ข้อเข่าเสียดสีกันและเสื่อมเร็วขึ้น ควรนั่งถ่ายบนโถนั่งซิมโครก หรืออุปกรณ์ช่วยเหลือแทนการนั่งยองๆ ควรทำราวจับบริเวณด้านข้างโถนั่ง เพื่อช่วยใช้จับพยุงตัว

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าควรวางแผนการรักษาโดยหลักการผู้ป่วยละครอบควรมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเรื่องการชาด้านข้างข้อเข่าที่ได้รับการผ่าตัด

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยต่อไป ควรศึกษาเชิงคุณภาพหรือเพิ่มกลุ่มขนาดตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ทราบถึงพฤติกรรม การดูแลตัวเองของผู้ป่วย และพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2003). The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium: report of a WHO scientific group.
2. Haq, S.A. & Davatchi, F. (2011). Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. International J of Rheumatic Diseases. 14: 122-129.
3. Pereira, D., et al. (2011). The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. Osteoarthritis and Cartilage. (19): 1270-1285.
4. Brooks, P. (2003). Inflammation as an important feature of osteoarthritis. Bulletin of the World Health Organization. 81(9): 689-90.
5. Zhang W. et al. (2008). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: Evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthritis Cartilage. 16: 137-162.
6. Richmond, J. et al. (2009). Treatment of osteoarthritis of the knee (Non-arthroplasty). Journal of American Academic Orthopedics Surgery. 17(9): 591-600.
7. สาทิต เทียงวิทยาพร. (2009). "Hand-held Navigation for Total Knee Arthroplasty The computer Navigation of 2014".
8. ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ และ อารี ตनावลี. การศึกษาลักษณะทางกายวิภาคของเส้นประสาทใต้สะบ้าแขนงของเส้นประสาทซาฟี นัสในศพ. วารสารทางวิชาการของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2557;38(1-2):17-20.
9. Hopton BP, Tommichan MC, Howell FR. Reducing lateral skin flap numbness after total knee arthroplasty. Knee. 2004; 11(4): 289-91.
10. ธีรชัย สุภัทรพันธ์. (2535). Degenerative joint disense. ใน สมชัย ปรีชาสุขุม, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และ วิวัฒน์ วัจนะวิศิษฐ์. (บรรณาธิการ). ออร์โธปี ดิกส์. (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 243-253). กรุงเทพฯ: ไทศาล ศิลป์ การพิมพ์.
11. สุริยา ฟองเกิด และคณะ. การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักตามบริบทของสังคมไทย. วารสาร-วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2559;27(1):170-8.
12. ณัชชา ตระการจันทร์ และคณะ. การฟื้นฟู สมรรถภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):271-84.
13. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562;33:197-210.
14. ไสริท เลาทักดี. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(2):224-40.

การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง ในช่วงสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

(Outcome evaluation of care Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in
Luangphorpern Hospital under the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic)

(Received: November 15,2022 ; Revised: December 13,2022 ;Accepted: December 18,2022)

ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์¹, ยุทธภรณ์ ชินโสตร์²
Ponnappassorn Puttavichaidit¹, Yutthakran Chinasote²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 2) เปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ก่อนและในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 3) ศึกษาปัญหาและพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 4) ประเมินผลหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วย COPD ทั้งหมด 47 คน โดยไม่มีการสูบบุหรี่ และทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COPD แนวคำถามในการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย จากการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่าผู้ป่วย COPD มีอาการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) มากกว่าก่อนการแพร่ระบาดของ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการกำเริบของโรค (Admit) มากกว่าก่อนการแพร่ระบาดของ COVID-19 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ด้วยมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้มีการจ่ายยาผู้ป่วยที่บ้านและญาติรับยาแทน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้มารับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมสำคัญต้องงดบริการ เช่น การให้ความรู้รายบุคคล การตรวจสมรรถภาพปอด การสอน/ ประเมินการใช้ยาสูดพ่น คลินิกอดบุหรี่และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งผลให้ผู้ป่วย COPD มีอาการกำเริบของโรคเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยการเปิดบริการ COPD Clinic พัฒนาแนวทางในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจให้เหมาะสม เพิ่มพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดกรอง/ คัดแยก (Triage) ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยหนัก/ ฉุกเฉิน ส่งตรวจอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เน้นการให้ความรู้รายบุคคล และให้คำปรึกษารายกรณีแก่ผู้ป่วย COPD ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD โดยมีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 อย่างเข้มงวด หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วย COPD มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของ ER Visit การ Admit และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าแนวทางนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้ผู้ป่วย COPD ได้เข้าถึงบริการ COPD Clinic ที่มีคุณภาพ ลดอาการกำเริบของโรค และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้นำแนวทางนี้ไปปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การแพร่ระบาดของ COVID-19

¹ พมย., วพย., อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง

² พบ. วว. (เวชศาสตร์ครอบครัว), ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง



Abstract

This research and development study aimed to 1) evaluated the outcomes of care among patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (COPD) during the pandemic of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) situation 2) compared the outcomes of care among the COPD patients before and during the COVID-19 pandemic situation 3) investigated the problems and developed the guidelines management for COPD patients in the COVID-19 pandemic situation 4) evaluated the outcome after implementing the guideline. The eligible participants was 47 COPD patients by purposive selecting, non-randomization and the 8 of multidisciplinary team who were specifically selected. The research instruments including the Personal Data questionnaire, the data record form of COPD patients, the interview questions guideline and group meetings. Collecting Data, the data collection was from the outpatient medical records. The interviewing was conducted as informal interviews and group meetings. Analyzing data by used the descriptive statistics, content analysis, and the Paired t-test statistic.

Results: An evaluation of the process of care among COPD patients during the COVID-19 pandemic revealed that during the pandemic situation the COPD patients had significantly acute exacerbations requiring emergency room treatment (ER visits) higher than before the COVID-19 outbreak ($p < .05$). As a result, the COPD patients required more hospitalization due to exacerbation than before the COVID-19 outbreak, but not statistically significant ($p > .05$). With social distancing protocol affected problems in process of care among COPD patients during the COVID-19 pandemic, it caused the patients home isolation, the COPD patients have lost follow-up and necessary activities of care for supporting from the multidisciplinary team such as the medication adherence, the pulmonary function testing by blowing the Peak Flow Meter, teaching/evaluating the use of inhalers, Smoking Cessation clinic and Pulmonary Rehabilitation clinic by the physical therapists. Researchers and multidisciplinary teams work together to developed the guidelines management for COPD patients in the COVID-19 pandemic situation by opening the COPD Clinic service, appropriately established and developed about the guideline management of pre-services, during and post-services. Adding the number of the registered nurses (RN) at the screening / triage process for discriminated the critically ill patients, the patients with respiratory problem, and emergency patients to deliver appropriate and safe managements. Emphasized an individual education and personal counseling on how to behave properly. Physicians, pharmacists and physical therapists followed the guidelines management for COPD patients with strict measures to prevent the spread of COVID-19. After implementation found that the COPD patients had a statistically significant lower in mean of ER visits, admissions, and costs than before implementing the guideline management of the COPD patients ($p < .05$), indicated that the guideline was practical and feasibility with favorable outcomes among the COPD patients. The COPD patients had access to quality COPD Clinic services, reducing risk and aggressive symptoms of COPD, and reduce the cost of medical care. Conclusion: this research suggested that this guidelines management for COPD patients in the COVID-19 pandemic situation should be implemented and evaluated ongoing.

Key words : evaluation of care Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pandemic COVID-19

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดจากการอุดกั้นของการระบายอากาศในปอด เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทูพพลภาพ และการเสียชีวิตมากขึ้นของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรค COPD ว่ามีจำนวนทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 โรค COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตถึง 3.23 ล้านคน ใน พ.ศ. 2562¹ สำหรับประเทศไทย มีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรค COPD ต่อแสนประชากรเท่ากับ 10.29, 10.53 และ 9.12 ในปี พ.ศ. 2561 – 2562 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอัตราการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อแสนประชากรที่สูงจากโรค COPD ทั้งในระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 5 และจังหวัดนครปฐม เท่ากับ 388.95, 399.67 และ 293.66 ในปี 2561 ตามลำดับ² โรค COPD จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 และจังหวัดนครปฐม

เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการกำเริบของโรคและอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหากไม่ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาล จากการวิจัยเรื่องต้นทุนการเจ็บป่วยด้วยโรค COPD ศึกษาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย (Easy COPD Clinic) ปี 2547 -2556 พบว่าต้นทุนทางตรงทั้งหมดของการเจ็บป่วยด้วยโรค COPD ในระยะเวลา 1 ปี รวมทั้งสิ้น 1,003 ล้านบาท ในปี 2558 สำหรับต้นทุนทางการแพทย์สำหรับค่ารักษาผู้ป่วยนอกร้อยละ 81 ต้นทุนการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 34 ล้านบาท ต้นทุนการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในเท่ากับ 88 ล้านบาท กลุ่มผู้ป่วยระดับรุนแรงน้อย (mild) และรุนแรงปานกลาง (moderate) มีต้นทุนการรักษาสำหรับภาวะโรคกำเริบเป็นร้อยละ 10 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยระดับรุนแรง (severe) และรุนแรงมาก (very severe) มีต้นทุนการรักษาสำหรับภาวะโรคกำเริบเป็นร้อยละ

15 ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยหนึ่งรายใน 1 ปี ตามระดับความรุนแรงของโรค เท่ากับ 6,084, 8,527, 11,392 และ 16,527 บาท ตามลำดับ³ การดูแลผู้ป่วยโรค COPD จึงมีความสำคัญมากเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและลดการกำเริบของโรค จากสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง ในปี 2563 มีผู้ป่วย COPD มารับบริการจำนวน 57 คน และ 271 ครั้ง มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-Visit) และอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) สูงเป็น 1 ใน 5 โรคของโรงพยาบาล และมีอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการกำเริบของโรค (Admit) ร้อยละ 5.54 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัดนครปฐม โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อาจมีภาวะปอดอักเสบรุนแรงมากกว่าคนปกติและเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาคความชุกและอัตราการตายของโรคโควิด 19 ในผู้ป่วย COPD ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร พ. ศ. 2564 พบว่าผู้ป่วย COPD จำนวน 372 คน ป่วยเป็น COVID- 19 จำนวน 30 คน และเสียชีวิต 3 คน⁴ นอกจากนี้พบว่าการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Inhaled Corticosteroids: ICS) ร่วมกับยาขยายหลอดลมออกฤทธิ์ยาวชนิดสูดพ่น (Inhaled long acting bronchodilator) ในผู้ป่วยเป็นประจำยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 แบบรุนแรงได้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่สอดคล้องภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) โดยเฉพาะการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรค COPD มีนโยบายให้จัดตั้ง COPD Clinic ครบวงจรและได้มาตรฐาน มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันเพื่อลดอัตราการตาย การกำเริบในผู้ป่วย COPD ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ โดย



พัฒนาศักยภาพสถานบริการทุกระดับในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องและมีการติดตามตัวชีวิต เช่น อัตราการตาย อัตราการกำเริบเฉียบพลัน อัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการได้ยาสเตียรอยด์ (Inhaled Corticosteroid: ICS) เป็นต้น เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญให้กับระดับหน่วยบริการจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ต่อไป

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งเริ่มระบาดตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้มีการปรับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างๆ ตามสถานการณ์ของการแพร่ระบาด ซึ่งรวมถึงผู้ป่วย COPD ที่มารับการรักษาใน COPD Clinic ของโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง บางช่วงเวลาที่มีการระบาดใหญ่ มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ ประกอบกับมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดที่เข้มข้น ทำให้มีการจำกัดในการเข้าถึงบริการที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วย COPD จำนวนมากไม่สามารถมารับการดูแลรักษาตามระบบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อผลการดูแลรักษาของผู้ป่วย COPD ในปีงบประมาณ 2564 -2565 พบว่ายังขาดการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD อย่างครบถ้วน และในช่วงเวลาได้มีการปรับรูปแบบการดูแลรักษา ซึ่งอาจมีผลโดยตรงต่ออาการผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ขึ้น เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในผู้ป่วย COPD จากฐานข้อมูลในโปรแกรม HosXP และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 และประเมินผลหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ จากการศึกษา

เรื่อง COPD and the risk of poor outcomes in COVID-19 : A systematic review and meta-analysis พบว่าผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรค COPD⁵ ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 อาจมีปัจจัยที่มีผลต่อผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ได้แก่ ปัจจัยภายใน: กลไกการด้านภูมิคุ้มกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและการกำจัดสิ่งแปลกปลอมเสียไป ความกลัวต่อการมาโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยภายนอก: การลดและจำกัดการรับบริการที่ไม่จำเป็น เช่น การจ่ายยาที่บ้าน มาตรการจำกัดการเดินทาง การงดบริการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ รวมถึงอุปสรรคในการสื่อสารและรับคำปรึกษารณามีอาการผิดปกติ⁶ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาปรับปรุงบริการการพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี⁷

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
3. เพื่อศึกษาปัญหาและพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
4. เพื่อประเมินผลหลังการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) และการประชุมกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรค COPD ทั้งหมดที่มารับการรักษาใน COPD Clinic โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง ในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค (ICD-10) J44.0 (Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection) 1 คน J44.1 (Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation) 11 คน และ J44.9 (Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified) 35 คน รวมทั้งหมด 47 คน โดยไม่มีการสุ่ม 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งหมด 21 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างานวิชาชีพละ 1 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย COPD วิชาชีพละ 1 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 2 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน รวม 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COPD จากเวชระเบียนในฐานข้อมูลโปรแกรม HosXP ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา การกำเริบเฉียบพลันที่ต้องรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรค (Admit) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การส่งยาผู้ป่วยที่บ้าน ญาติรับยาแทน การได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา

3. แบบบันทึกปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD

4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

5. แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ด้านการพยาบาล ชุมชน จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์พยาบาล จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และนักวิชาการสาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ และได้ปรับแก้ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 1

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติรับยาแทน และผลการรักษาของผู้ป่วย COPD ในเรื่องการได้รับยา ICS ER Visit และ Admit เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 จำนวน 47 คน จากเวชระเบียนในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง

2. เก็บข้อมูลผลการรักษาของผู้ป่วย COPD จำนวน 47 คน ก่อนการแพร่ระบาดของ COVID-19 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2562 - มกราคม 2563 และในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 ในเรื่อง ER Visit และ Admit จากโปรแกรม HosXP

3. สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD จำนวน 8 คน เกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD

4. นำข้อมูลปัญหาที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการประชุมกลุ่ม

5. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสังเคราะห์เป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 นำแนวทางไปปฏิบัติระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2565

6. ประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติรับยาแทน การได้รับยา ICS ER Visit และ Admit

2. เปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในเรื่อง ER Visit และ Admit ก่อนการแพร่ระบาดระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 และในช่วงการแพร่ระบาด ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการทีมสหสาขาวิชาชีพ และวิเคราะห์เนื้อหาจากการประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนาแนว

ทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

4. เปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD หลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ ในเรื่อง ER Visit Admit และค่าใช้จ่ายในการรักษา ก่อนการนำแนวทางไปใช้ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2564 และหลังการนำแนวทางไปใช้ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2565 โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ ผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่รับรอง 11/ 2565 วันที่รับรอง 20 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 19 เมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลการวิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย COPD 47 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน รวม 55 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.6 เพศชายร้อยละ 16.40 อายุตั้งแต่ 28 - 90 ปี อายุเฉลี่ย 62.73 ปี (SD=16.30) การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 63.64 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลร้อยละ 70.90 ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 81.82 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 36.36

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วย COPD 47 คน มี ER Visit 17 คน (58 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 36.17 และต้อง Admit 8 คน (19 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 17.02 มีการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน 28 คน (78 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 59.57 ญาติรับยาแทน 8 คน (23 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ

17.02 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย COPD ได้รับยา ICS 45 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7

จากการเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD พบว่าก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 จำนวนครั้งของผู้ป่วย COPD ที่มา ER Visit มีค่าเฉลี่ย 0.62 ครั้ง (SD= 1.36) และจำนวนครั้งของการ Admit มีค่าเฉลี่ย 0.19 ครั้ง (SD= 0.45) ส่วนในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 จำนวนครั้งของผู้ป่วย COPD ที่มา ER Visit มีค่าเฉลี่ย 1.49 ครั้ง

(SD= 2.78) และจำนวนครั้งของการ Admit มีค่าเฉลี่ย 0.38 ครั้ง (SD= 0.87) เมื่อเปรียบเทียบกับด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการ Admit สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.028, p = .048$) ส่วนจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มี ER Visit มีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.921, p = .61$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการแพร่ระบาดและในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (N=47)

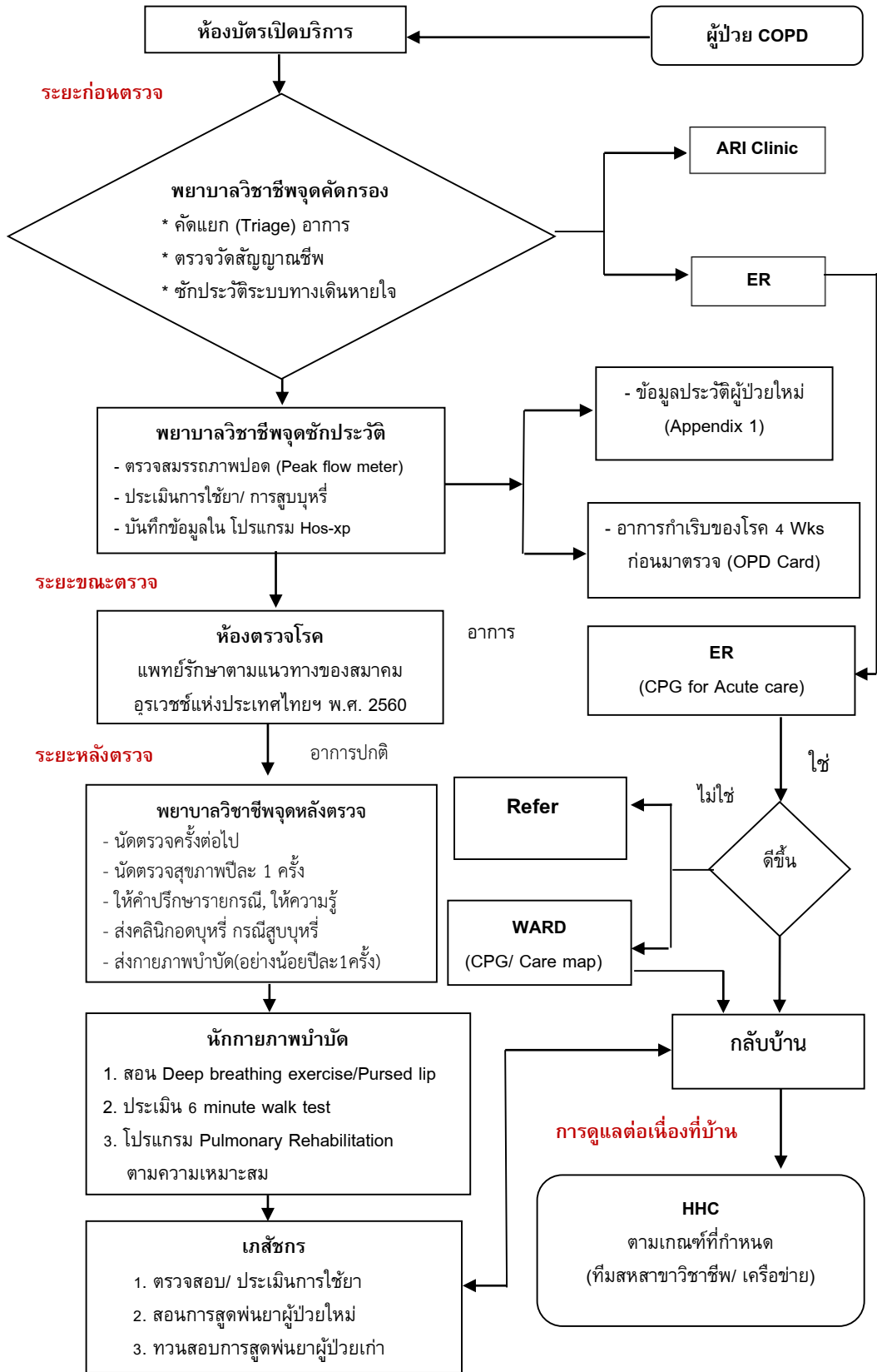
ข้อมูล	ก่อน (ก.พ.62 - ม.ค.63)		หลัง (ต.ค.63 - ก.ย.64)		t	P - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ER Visit	0.62	1.36	1.23	2.35	-1.921	.61
Admit	0.19	0.45	0.38	0.87	-2.028	.048*

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ปีงบประมาณ 2564 จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่าระยะก่อนตรวจ พยาบาลวิชาชีพมีการตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติอาการอาการกำเริบของโรคช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ขาดข้อมูลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยการเป่า Peak Flow Meter ทำให้ไม่สามารถคำนวณค่าสมรรถภาพปอด (% Predicted) และประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยแบบ Total control Well control หรือ Poor control ได้ ปัญหาเนื่องจากการให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อค่อนข้างสูง การเป่า Peak Flow Meter อาจมีการฟุ้งกระจายขณะเป่าในผู้ป่วยที่เป่าไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะผู้ป่วย COPD ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมการเป่าได้ไม่ดี ระยะตรวจ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดหนัก มีการส่งยาเดิมให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้แพทย์ไม่ได้พบผู้ป่วยจึงขาดการประเมินอาการกำเริบของโรคและการตรวจร่างกาย ไม่มีการปรับแผนการรักษาตาม

อาการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ไม่ดีและมีอาการกำเริบของโรคได้มากขึ้น ระยะหลังตรวจ ผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพให้สุขศึกษา ระบายบุคคลในการปฏิบัติตัว การนัดหมายตรวจครั้งต่อไป สิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางได้แก่ การนัดตรวจสุขภาพประจำปี การส่งต่อไปที่คลินิกกอดบุ หรือและแผนกกายภาพบำบัดเพื่อประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบของโรค ในส่วนของเภสัชกร ไม่ได้ประเมินการใช้ยา มีเพียงการสอนการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยรายใหม่ การดูแลต่อเนื่อง จากการทบทวนเวชระเบียน ไม่พบการบันทึกการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพนำข้อมูลปัญหาที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยมีการเปิดบริการคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Clinic) เต็มรูปแบบและมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างเข้มงวด ดังภาพประกอบ 1

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19



หมายเหตุ การให้การดูแลรักษาในสถานที่เหมาะสมและมีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ภาพประกอบ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการประเมิน พบว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ จำนวนครั้งของ ER Visit มีค่าเฉลี่ย 0.94 ครั้ง (SD= 1.93) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่อคน 3,392.94 บาท (SD= 4911.81) และจำนวนครั้งของการ Admit มีค่าเฉลี่ย 0.19 ครั้ง (SD= 0.65) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่อคน 14,124.25 บาท (SD= 8152.08) หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ พบว่าจำนวนครั้งของ ER Visit มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.30 ครั้ง (SD= 1.02) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่อคน 721.65 บาท (SD=

1488.39) และจำนวนครั้งของการ Admit มีค่าเฉลี่ย 0.04 ครั้ง (SD= 0.20) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่อคน 1,410.88 บาท (SD= 2625.08) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของ ER Visit การ Admit และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.33$ $p=.002$, $t=2.03$ $p=.048$, $t=3.02$ $p=.008$ และ $t=5.08$ $p=.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดูแลรักษา ก่อนและหลังนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติ (N=47)

ข้อมูล	ก่อน (พ.ค. - ก.ย.64)		หลัง (พ.ค. - ก.ย.65)		t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ER Visit	0.94	1.93	.30	1.02	3.33	.002*
Admit	0.19	0.65	0.04	0.20	2.03	.048*
ค่าใช้จ่าย ER Visit	3392.94	4911.81	721.65	1488.39	3.02	.008*
ค่าใช้จ่าย Admit	14124.25	8152.08	1410.88	2625.08	5.08	.001*

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ปีงบประมาณ 2564 พบผู้ป่วย COPD มี ER Visit สูงถึงร้อยละ 36.17 มีค่าเฉลี่ย 1.23 ± 2.35 ครั้งต่อคน และมา Admit ร้อยละ 12.77 มีค่าเฉลี่ย 0.38 ± 87 ครั้งต่อคน อาจเป็นไปได้ว่าการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน (59%) และการที่ญาติมารับยาแทน (17%) ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการประเมินอาการ การได้รับความรู้ต่างๆ ในการปฏิบัติตัวและการปรับแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ส่งผลต่ออาการกำเริบได้บ่อยครั้งขึ้น การกำเริบเฉียบพลันของโรค COPD มีผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง เร่งการเสื่อมสภาพของปอด เพิ่มอัตราการพบบาดแผลและเสียชีวิต การป้องกันการกำเริบของโรคจึงมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้การศึกษาถึงปัจจัยทำนายการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย

COPD พบว่าความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่ทำนายการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้มากที่สุด^{9,10}

เมื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษา ก่อนการแพร่ระบาดและในช่วงการแพร่ระบาด พบว่าในช่วงการแพร่ระบาดมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการ Admit สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจำนวนครั้งของ ER Visit มีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้ป่วยอาจกลัวต่อการมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบของโรค รอจนมีอาการกำเริบรุนแรงแล้วจึงมารักษาที่โรงพยาบาล ทำให้มีการ Admit สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD มีทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ กลไกการดำเนินภูมิคุ้มกันการติดเชื้อทางเดินหายใจและการกำจัดสิ่งแปลกปลอมเสียไป และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การจำกัดการรับบริการที่ไม่จำเป็น มาตรการจำกัดการ



เดินทาง มีการจ่ายยาที่บ้านโดยไม่ได้มาตรวจจริง และอุปสรรคในการสื่อสารและรับคำปรึกษาต่างๆ⁶ ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่มากขึ้นได้ เนื่องจากขาดการดูแลรักษาโดยตรงจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใน**ระยะก่อนตรวจ** พบปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ขาดการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการเป่า Peak Flow Meter เนื่องจากมีการฟุ้งกระจายขณะเป่า จึงไม่สามารถคำนวณค่าสมรรถภาพปอด และประเมินผลการรักษาได้อย่างครบถ้วน กระทำได้เพียงการซักประวัติอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก และด้วยมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 โดยให้มีการสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง และลดการสัมผัสใกล้ชิด¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชิต กาจเงิน (2565)⁴ พบว่าการส่งตรวจสมรรถภาพปอดเป็นการตรวจที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 จึงไม่สามารถทำได้ในช่วงการแพร่ระบาด **ระยะตรวจ** จากมาตรการลดบริการที่ไม่จำเป็นโดยการส่งยาเดิมให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้แพทย์ไม่ได้มีการประเมินอาการและตรวจร่างกายผู้ป่วย ไม่มีการปรับแผนการรักษาตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ไม่ดีและมีอาการกำเริบของโรคได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การให้ ผู้ป่วย COPD มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่ออาการวิกฤติที่ต้องพักรักษาตัวในห้องไอซียูและการเสียชีวิตในผู้ป่วย COPD ที่ติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้นการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญมากกว่าในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของ COVID-19¹² **ระยะหลังตรวจ** พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้รายบุคคลในการปฏิบัติตัว การนัดหมายตรวจครั้งต่อไป สิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง ได้แก่ การส่งผู้ป่วยไปประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การงดบริการของคลินิกอดบุหรี่ ในส่วนของเภสัชกรมีเพียงการให้คำแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจากการประเมินการสูดพ่นยา

การสาธิตวิธีการใช้ยามีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดพ่นร้อยละ 95.7 ซึ่งสอดคล้องแนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560⁸ และการศึกษาของอูร์ส สิงห์งาม (2563)¹³ ที่ศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ตามข้อเสนอแนะการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 ของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่าผู้ป่วยได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นร้อยละ 78.2

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 การจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยในหน่วยบริการภาครัฐ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสม มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) มีการปรับแนวทางการดูแลรักษา มีมาตรการที่เข้มงวดในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ บริการที่ต้องใกล้ชิดต้องมีฉากกั้นป้องกันการสัมผัสโดยตรง และเพิ่มจุดให้บริการล้างมือและเจลแอลกอฮอล์ให้เพียงพอ^{14,15} ในส่วนของการพัฒนาแนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD **ระยะก่อนตรวจ** มีการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดกรอง/ คัดแยก (Triage) เพื่อประเมินอาการและสัญญาณชีพ คัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินส่งตรวจที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจหรือมีไข้จะถูกคัดแยกส่งคลินิกระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยการให้บริการพยาบาลตามกระบวนการของการตรวจรักษาด้วยการคัดกรอง ผู้รับบริการตามภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค เพื่อวางแผนการดูแลและตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมทันสถานการณ์ และทันเวลา⁷ และเป็นไปตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราชของมยุรี มานะงาน¹⁶ (2563) สำหรับพยาบาลวิชาชีพหน้าห้องตรวจโรค มีหน้าที่ในการซักประวัติอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค ประเมินอาการเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (mMRC) และซักประวัติผู้ป่วยรายใหม่

ตามมาตรฐานแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรค COPD¹⁷ ในส่วนของการเป่า Peak flow meter จะดำเนินการเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ลดน้อยลง และสถานที่ตรวจเป็นที่โล่ง ห่างไกลจากผู้ป่วยอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวิธีใหม่ โดยปรับระบบบริการทางการแพทย์วิธีใหม่ (New normal medical service) ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมาตรการสำหรับควบคุมการระบาดที่สำคัญนอกเหนือจากการส่งเสริมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และปรับระบบบริการสาธารณสุขโดยให้เกิดผลกระทบต่อเข้าถึงการรักษาที่น้อยที่สุด¹⁸

ระยะตรวจ แพทย์ให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2560⁸ ในกรณี ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่สามารถตรวจสไปโรเมตริย์ (Spirometry) แพทย์จะให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาไปก่อนและติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะหลังตรวจ เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการปรึกษารายบุคคลและรายกรณีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนของปัญหาที่แตกต่างกันดังเช่นในผู้ป่วย COPD การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพเป็นกระบวนการของสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้ ผู้รับบริการปรึกษาสามารถเสริมสร้างสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดความรู้ด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสุขภาพของตนเอง สามารถแก้ปัญหา มีการตัดสินใจด้วยตนเอง มีการปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือมีพฤติกรรมปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับเภสัชกร มีการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย COPD ผู้ป่วยรายเก่ามีการตรวจสอบวิธีการใช้ยาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมและทวนสอบการใช้ยาอีกครั้ง กรณีผู้ป่วยรายใหม่มีการสาธิตวิธีการใช้ยาสูดพ่นในสถานที่โล่งแจ้ง และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด ซึ่งเดิมบทบาทของเภสัชกรเน้นการดูแลด้านการจัดยา การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยโรคทั่วไปเป็นหลัก

แต่ต่อมาได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับงานบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เภสัชกรเข้ามา มีบทบาทด้านการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ติดตามปัญหา เนื่องจากผู้ป่วย COPD ได้รับยาหลายชนิด มีการบริหารยาหลายรูปแบบ เช่น แบบพ่นสูดชนิดละอองฝอย (Metered Dose Inhaler; MDI) แบบพ่นสูดชนิดละอองฝอยร่วมกับกระบอกพ่นยา (MDI with spacer) ต้องใช้เทคนิคพิเศษที่ถูกต้อง จึงจะทำให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจากนักกายภาพบำบัดยังมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ มีการปรับการสอนและคำแนะนำผ่านสื่อต่างๆ ตามบริบทของผู้ป่วย เช่น ทางเอกสารแผ่นพับ สื่อวีดีโอ เป็นต้น ส่วนการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) มีแผนที่จะดำเนินการในระยะต่อไป

หลังนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ไปปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของ ER Visit และการ Admit ลดลง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าแนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลและลดอาการกำเริบของโรคได้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการบูรณาการความรู้ศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง รวมถึงการบริหารจัดการให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ยุ่ยากซับซ้อนหรือภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งพัฒนาและปรับปรุงบริการการพยาบาล พัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ การวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ประสานงานกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ⁷ จากงานวิจัยนี้ เกิดปัญหาภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้โรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD โดยการจัดส่งยา



ที่บ้านหรือญาติรับยาแทน ซึ่งจากการประเมินผลการรักษาพบว่า มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาตามระบบได้ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาโดยการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ขึ้น ทั้งในระลอกก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า การเปิดให้บริการ COPD Clinic โดยมีมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด มีการเพิ่มบริการพยาบาลที่จุดคัดกรอง/ คัดแยก (Triage) การให้คำปรึกษารายกรณี และให้ความรู้รายบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพในระยะหลังตรวจ การรักษาตามมาตรฐานของแพทย์ตามแนวปฏิบัติของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2560⁷ การบริหารทางเภสัชกรรม และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งผลให้ผู้ป่วย COPD มีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรคและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้^{6, 8, 13, 19, 20} แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากอาการกำเริบของโรค สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล การเข้าถึงการรักษาใน COPD Clinic ที่มีคุณภาพ การลดอาการกำเริบของโรค และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการโดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาทั้งในระยะก่อนตรวจ ระยะตรวจ ระยะหลังตรวจ รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและเป็นแนวทางที่ใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จและประสิทธิผลของแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและสามารถนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออื่นๆ ตามบริบทของพื้นที่ได้

3. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป คือ การพัฒนาการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนในผู้ป่วย COPD ที่ยังคงควบคุมอาการของโรคไม่ได้หรือผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเพื่อลดอาการกำเริบของโรคที่ป้องกันได้ โดยสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, WHO. (2021). Organization WH.Key facts; Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available from <http://who.int/news-room/fact-sheets/chronic-obstructive-pulmonary-disease>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
3. วัชรินทร์ รถมทอง, ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุณี เลิศสินอุดม, และ วิชา บุญสวัสดิ์. ต้นทุนการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 11 (Suppl), 151-158.
4. วิจิต กาจเงิน. (2565). การศึกษาความชุกและอัตราการตายของโรคโควิด 19 ในผู้ป่วย COPD ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร พ. ศ. 2564. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 41(3), 373-384.

5. Firoozeh V. Gerayelia., et al. (2021). COPD and the risk of poor outcomes in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 33(2021), 1-14 Available from:URL: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100789>
6. Elbeddinia, A. and Tayefehchamani, Y. (2021). Amid COVID-19 pandemic : Challenges with access to care for COPD patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 17, 1934–1937. Available from: URL: <https://www.elsevier.com/locate/rsap>
7. กองการพยาบาล. (2561). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ. บริษัท สำนักพิมพ์สี่ตะวัน จำกัด.
8. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ . (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
9. สมคิด ขำทอง, ปิ่นฤทัย ศุภเมธาพร และ ยุวรงค์ จันทร์วิจิตร. (2562). ปัจจัยทำนายอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 46(1), 126-136.
10. พนาวรรณ บุญพิมล, สุภาภรณ์ ดั่งแสง และ วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). ปัจจัยทำนายอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 26-39.
11. กรมอนามัย. (2564). แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการลดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับโรงพยาบาล. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://stopcovid.anamai.moph.go.th/attach/w774/f20211201211017_ixg45j3zxs.pdf
12. Zhao Q, Meng M, Kumar R, et al. (2020). The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: a systemic review and meta-analysis. *J Med Virol*. Available from: <https://doi.org/10.1002/jmv.25889>
13. อรุส สิงห์งาม. (2563). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 220-229.
14. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com> > download > knowledge
15. ประภา ราชา. (2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(3) 414-26.
16. มยุรี มานะงาน. (2563). ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 52 - 65.
17. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2563). ปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนอุตสาหกรรมโอโรเรตจำกัด.
18. จิรศักดิ์ คามจันทาร. ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(3), 133-140.
19. สายสมร เฉลยกิตติ. และ พ.ต.อ.หญิง ดร. ทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2558). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 253 - 262.
20. นงคราญ พรหมปัญญา, พิสมัย ไชยประสพ, และ ดรุณี มั่นใจวงศ์. (2563). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. *เชียงใหม่เวชสาร*, 12(2), 1-14.



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

Palliative Care Model With Case Management and Participation of Multidisciplinary Teams Health Network Waengyai District, Khon Kaen province

(Received: November 15,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 18,2022)

สารสิน กิตติโพวานนท์¹ รัตนาภรณ์ ประชากุล²
Sarasin Kittiphovanonth, Rattanaorn Prachakul

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2564 ดำเนินการพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพในรพ. และรพ.สต. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ผู้ดูแล, อสม. ผู้นำชุมชน ,อปท. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 148 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม แบบประเมิน INHOME-SSS แบบประเมินPPS แบบประเมิน ESAS แบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี รวมถึงทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG)ในรพ.จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และพยาบาล Manager ประเมินผล พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์จากชุมชนในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยปี 2562-2564 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 9.38,90.35,95.20 ได้รับการบรรเทาปวดด้วย MO ร้อยละ 91.22,100,100 มีความปวดลดลง ร้อยละ 75.47, 82.56, 80.20 มีอาการเหนื่อยล้าลดลงร้อยละ 68.75,78.57, 83.33 มีอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากลดลงร้อยละ 76.36, 80.26, 82.10และผลลัพธ์ตามเกณฑ์การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วย PPS \leq 60 เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ 94.56, 98.80 ,100 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100, 100, 100

คำสำคัญ : การดูแล,ระยะท้าย,สหวิชาชีพ

Abstracts

This action research aimed to develop a model and evaluation of palliative care model with case management and participation of multidisciplinary teams health network Waengyai District, Khon Kaen province. The research conducted from October 2019- September 2021.The adopted the care model by multidisciplinary team in hospital and sub-district health promoting hospital, end of life patients and

¹ พ.บ. โรงพยาบาลเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

² พย.ม. โรงพยาบาลเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

their families, care giver, public health volunteer, community leader, local government organization. Evaluation of care outcomes from end of life patients; 148 samples. Research tools were in-depth interview & focus group discussion questions form, INHOME-SSS, PPS, ESAS assessment form, and observation forms. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data by mean and percent.

The study results showed that Palliative Care Model With Case Management and Participation of Multidisciplinary Teams Health Network Waengyai District, Khon Kaen province appropriate to the context of the area Including 1) Develop the potential of care and knowledge of the team of doctors, nurse case managers, including multidisciplinary team in the hospital, sub-district health promoting hospitals and community network partners 2) Establishing CPG in hospitals to community, with roles in each profession 3) Arrange a system to support sufficient materials and equipment, such as beds, air mattresses, oxygen concentrators 4) Organize a 24-hour consulting system by the doctor and nurse manager. The evaluation found that the strong network of partners budget support. Outcomes of patient care, 2019-2021, 9.38, 90.35, 95.20%. The patients received ACP. 91.22, 100, 100 %. For MO were relieved of pain 75.47, 82.56, 80.20% as decreased pain 68.75%, 78.57, 83.33% decreased fatigue, had difficulty breathing. Respiratory dyspnea was reduced by 76.36, 80.26, 82.10% and received a home visit according to the specified criteria. , 100, 100, 100%.

Key words : Palliative Care, Multidisciplinary Teams

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ เป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งและโรคทางหลอดเลือด สถิติผู้เสียชีวิตของประเทศไทย แต่ละปีมีประมาณ 300,000 คน ซึ่งแนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอันดับ 1 คือ มะเร็ง ปีละ 60,000 คน¹ โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังจะมีอาการของโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต มีความเจ็บปวดและทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและดูแลต่อเนื่อง และเมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายรักษา

ไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทั้งด้านร่างกายจิตใจ ครอบครัวยุติธรรม เช่น ทุกข์ ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ทำให้ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ แนวทางการรักษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองไม่ให้โรคลุกลามเร็วหรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบจากการรักษา และความก้าวหน้าของโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตภายในระยะเวลาเฉลี่ย 12 เดือนและมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่อาจมีชีวิตรอดนานถึง 5 ปี การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะช่วยให้ผู้ป่วยครอบครัวและญาติสามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dignified death) มากที่สุด²



กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 - 2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขโดยจัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยตั้งหลักก่อนที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Retreat)” เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)³

จากยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน นั้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรร ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน โดยพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาที่สำคัญของประเทศ ซึ่งสาขาการดูแลแบบประคับประคองเป็นสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการ

พัฒนาระบบสุขภาพ โดยการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจำส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO⁴ ซึ่งประกอบด้วย 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากสถานบริการสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกด้านจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

จากสถานการณ์การบริการผู้ป่วยระยะท้าย รพ. แวงใหญ่ พบว่าปีงบประมาณ 2559-2561⁵ จำนวน 100, 110, 103 ราย ตามลำดับ มีอัตรา Readmission ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาการที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 3 อันดับ คือ 1) อาการปวด (Pain) ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับรุนแรง Pain score ≥ 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 48, 45.45, 56.31 2) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) คิดเป็นร้อยละ 62, 54.54, 67.97 และ 3) อาการหายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) คิดเป็นร้อยละ 90, 76.36, 91.26 ตามลำดับ ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้รับการดูแลไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แนวทางการรักษาของแพทย์และการดูแลของพยาบาลไม่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการดูแลตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวจสามารถสรุปปัญหา ดังนี้ ในด้านกระบวนการดูแลยังไม่มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจนที่บ้าน ในด้านบุคลากร ความรู้บุคลากรยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขา

วิชาชีพ และขาดความเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ และในด้านยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ในการดูแลมีเพียงพอจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื้องานผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart^{6,7,8} ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ซึ่งใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO ประกอบด้วย 1) การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีม 5) การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ของ CCMC ได้แก่ การประสานความร่วมมือเพื่อค้นหาแนวทางหรือทางเลือก

ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพเฉพาะราย ซึ่งกระบวนการประกอบด้วยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประสานงาน ควบคุม กำกับ ประเมินผลซึ่งต้องใช้การสื่อสาร และทรัพยากรที่จำกัด เพื่อให้เกิดคุณภาพ ภายใต้ความคุ้มค่า คุ่มทุน โดยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2564 ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 ต.ค.2562 - ก.ย.2563, วงรอบที่ 2 ต.ค.2563 - มี.ค.2564, วงรอบที่ 3 เม.ย.2564 - ก.ย. 2564)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ทีมนสวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนแวงใหญ่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแล CG, อสม ผู้นำชุมชน ,อปท. รวม 86 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ 2) กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายสุขภาพอำเภอแวงใหญ่ จำนวน 148 คน ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแวงใหญ่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าสู่ระบบการรักษา แบบประคับประคองในโรงพยาบาลแวงใหญ่ เป็นครั้งแรก ที่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา (เดือน ตุลาคม 2562 – พฤศจิกายน 2562)



1. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากข้อมูลการดูแลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและการดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนวงแหวนใหญ่ โดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน เพิ่มครอบครัวและรายงานการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลเพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวคิดการประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO และแนวคิดการจัดการรายกรณี โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาควิชาศัลยกรรมชุมชน ได้แก่ อสม. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ มีขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 (ธ.ค. 2562 - ก.ย. 2563)

1. นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการ CUP board จากการคั้นข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยทำให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ Palliative care ที่หอผู้ป่วยใน พร้อมทั้งการสำรวจวัสดุอุปกรณ์ จัดบริการแบบผู้ป่วยนอกดูแลแบบประคับประคอง เกิดแผนงานโครงการการพัฒนาบุคลากรทั้งการอบรมภายนอก ภายในโรงพยาบาล โดยพยาบาลผ่านการอบรม 4 สัปดาห์ ทำหน้าที่เป็น Nurse Case Manager

2. ประชุมระดมสมองร่วมกับทีม PCT เพื่อคั้นข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา จึงทำให้เกิดการกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน เกิดการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ.

3. ติดตามสังเกตในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและประเมินผล พบว่า 1) บุคลากรขาดความรู้และทักษะ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การให้ยา 2) การ

ส่งต่อข้อมูลล่าช้า 3) อุปกรณ์ไม่เพียงพอ 4) ด้านผู้ป่วยการจัดการอาการที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ 3 อันดับ คือ 1) อาการปวด (Pain) ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับรุนแรง Pain score ≥ 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58 2) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) คิดเป็นร้อยละ 85 และ 3) ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) คิดเป็นร้อยละ 93.10 ตามลำดับ เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ 94.56

วงรอบที่ 2 ต.ค.2563 - มี.ค.2564

4. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ทำให้เกิด 1) โครงการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ อสม. Care giver ผู้นำชุมชน และกลุ่มจิตอาสา 3) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย /แนวทางการจัดยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย / การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล / การจัดการอาการรบกวน / จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม

5. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตลอดจนติดตามการปฏิบัติงาน เช่น การจัดการอาการรบกวนต่างๆ การให้ยา การส่งต่อข้อมูล พยาบาล อสม. และผู้ดูแล

6. ติดตามประเมินผล พบว่า 1) ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่จำเป็น และได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มมากขึ้น มีการบูรณาการร่วมกับงาน Long Term Care 2) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับอำเภอ ระดับตำบลและชุมชน 3) เกิดการค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ในชุมชน นำเข้าสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และเข้าสู่ระบบการดูแลระยะสุดท้าย 4) พบปัญหาขาดแคลนครูภักดิ์ นำสู่การแก้ไขปัญหาใน พชต. และ พขอ.

วงรอบที่ 3 เดือน เม.ย.2564 - ก.ย.2564

7. คั้นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่านคณะกรรมการ พขอ. แวงใหญ่ ทำให้เกิด กองทุนคนวงแหวนไม่ทอดทิ้งกัน

8. ประชุมระดมสมองร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน
ทุกแห่ง ทำให้เกิด 1) CPG Palliative care ในชุมชน 2)
ระบบส่งต่อ HHC 3) ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล จากการประเมิน
กระบวนการและผลการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ

แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ฉบับสวนดอก เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วย
ใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว
กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การ
รับประทานอาหาร และความรู้สึกร่างกาย เพื่อแยกผู้ป่วย
ออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่
(>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่
ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)

แบบประเมิน ESAS ของมหาวิทยาลัยมหิดล
ซึ่งเป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการ
ปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลียอาการคลื่นไส้ อาการ
ซีมีเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่อ
อาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อย
หอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข
0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10
หมายถึงมีอาการมากที่สุด

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถาม
ปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
ระยะท้าย การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรค
ในการดูแล และ**แบบประเมิน AAR** ซึ่งใช้ประเมิน
กิจกรรมทุกครั้ง

โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพข้างต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้น
เองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า
IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตาม
ข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง

แบบประเมินแนวทาง INHOME-SSS ได้แก่
การประเมิน การเคลื่อนไหว(Immobility)อาหาร
(Nutrition) สภาพบ้าน(housing) เพื่อนบ้าน(Other
people)การใช้ยา(Medication)การตรวจร่างกาย

(Examination) แหล่งให้บริการ(Services) ความ
ปลอดภัย(Safety)จิตวิญญาณ(Spiritual)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์
ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจะใช้ ค่ามัธยฐาน
(Median) และค่าต่ำสุด (Minimum) กับค่าสูงสุด
(Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis) โดยมาตรวจสอบความ
ครบถ้วนสมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส และสรุป
ประเด็นประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงมีการตรวจสอบ
ข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความ
น่าเชื่อถือของข้อมูล มีการสนทนากลุ่ม (Focus
Group) และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูล และความเชื่อถือของข้อมูล และ
นำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาเพื่อนำมาสนับสนุนข้อมูล
เชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัยของเครือข่ายบริการสุขภาพพวงใหญ่
จังหวัดขอนแก่น เลขที่ 15 ลงวันที่ กันยายน 2562 การ
พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้แจ้ง
วัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่ม
ตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนิน
กิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูล
เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม
รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วม
กิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง
3 ข้อ ดังนี้



1. ด้านสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า

1.1. ด้านบริบทชุมชน ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า คนในชุมชนมีความเชื่อว่าความตายเป็นการสูญเสียพลัดพรากและเป็นสิ่งอัปมงคล การตายที่บ้านวิญญูณของผู้ตายจะวนเวียนอยู่คอยดูแลคุ้มครองลูกหลาน หากช่วงใกล้ตายนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลก็จะทุกข์ทรมานจากการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเครื่องมือทางการแพทย์และตายอย่างไม่สงบ

1.2 ด้านการดำเนินงานในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายชุมชน วิเคราะห์GAP การดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย WHO 6 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

- การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว : การประเมินปัญหา การวางแผนดูแลไม่ครอบคลุม
- การดูแลแบบองค์รวม : ทีมไม่มั่นใจในองค์ความรู้และทักษะการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้รับการ

จัดการการดูแลที่เหมาะสม เช่น ความปวดและด้านอื่นๆ

- ความต่อเนื่องในการดูแล : การวางแผนจำหน่ายและการเชื่อมโยงข้อมูล ยังไม่ชัดเจน
- การมีส่วนร่วมของทีม : การดูแลระหว่างทีมในรพ.กับชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
- การส่งเสริมสนับสนุนการดูแล : ยังไม่มีCPG คู่มือการดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ : ความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนมีน้อย
- เป้าหมายของการดูแล : การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ชัดเจน โดยเฉพาะตัวชี้วัดทางการพยาบาล

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

2.1 จากการพัฒนาทำให้เกิดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย

ทีมสหวิชาชีพ	บทบาทในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย
แพทย์	- วินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย ส่งเข้าสู่ระบบการดูแลของ PC - ส่งยาในการดูแลผู้ป่วยและแพทย์สามารถสั่งใช้ยาโอปิออยด์ได้ทุกคน ยกเว้นกรณี Syringe driver ส่งให้แพทย์ที่ผ่านการอบรม PC ส่งจ่ายหรือ consult
เภสัชกร	- ส่งมอบยาในการดูแลผู้ป่วยและยาโอปิออยด์พร้อมใบติดตามให้คำแนะนำญาติและเจ้าหน้าที่ - ควบคุมการเบิกจ่ายและส่งคืนยาโอปิออยด์
พยาบาล	- ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนจัดการการดูแลและการรบกวนต่างๆ - จัดทำ Advance care plan - ดูแลการให้ยาโอปิออยด์ทาง Syringe driver - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลผู้ป่วย
แพทย์แผนไทย	- สอนญาติในวัดเพื่อบรรเทาอาการปวด และผ่อนคลายความกังวล
นักกายภาพบำบัด	- สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจ การไอที่ถูกวิธี การบริหารกล้ามเนื้อ
นักโภชนาการ	- สอนญาติในการทำอาหารเหลว อาหารเฉพาะโรค อาหารเสริมผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็น	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่
บุคลากร	-ยังไม่มีกรอบรมของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร/รพ.สต/CG	- พัฒนางองค์ความรู้/รพ.สต. อบรมเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย -สอน KM ระหว่างเจ้าหน้าที่เก่า/ใหม่ เสริมความรู้ที่จำเป็น
การให้คำปรึกษา	ให้คำปรึกษาเป็นรายๆไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน	-มีระบบให้คำปรึกษาที่เลี้ยงโดยทีมสหวิชาชีพ -Line กลุ่ม PC
กระบวนการดูแล	- ยังไม่มีระบบ PC ที่ชัดเจนของ - CPG การดูแลยังไม่ครอบคลุม	-จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในรพ.และในชุมชน - มี CPG การดูแลที่ครอบคลุม
การสร้างภาคีเครือข่าย	- ไม่มีทีม PC ดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน -บุคลากรในทีมยังไม่เข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วย	- มีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วย คือ ญาติผู้ดูแล, อสม., ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, จนท.สาธารณสุข, รพ.สต., อปท, CG
งบประมาณ	-จาก CUP เท่านั้น	- - กองทุนคนแวงใหญ่ไม่ทอดทิ้งกัน, พขอ., อปท
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์/ยา	- ออกซิเจน tank เบิกที่ รพ. -ยาที่รพ.ไม่เพียงพอ ต้องไปรับยาที่ รพ.ขอนแก่น	เครื่องผลิตออกซิเจนทั้ง รพ./รพ.สต., Syringe Driver / ที่นอนลม / เครื่องดูดเสมหะ / เพิ่มยา Mo/ยาเพียงพอพร้อมใช้



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

2.3 ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดย การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสห วิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัด ขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีม แพทย์ พยาบาล Nurse Managersรวมถึง ทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ ภาคเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG)ในรพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละ

วิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และ พยาบาล Manager ซึ่งสามารถอธิบายได้ (ภาพประกอบ 1)

2.4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 3 การประเมินประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามแนวทาง ต่างๆ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564
แนวปฏิบัติตาม CPG	ร้อยละ 100	72.37	87.50	91.30
แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย	ร้อยละ 100	83.33	87.30	90.00
แนวปฏิบัติเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 100	86.26	93.75	95.00
แนวปฏิบัติจัดการความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ	ร้อยละ 100	88.70	89.26	90.25

ด้านผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยได้รับการ ทำ ACP ร้อยละ 89.38,90.35,95.20 ได้รับการ บรรเทาปวดด้วย MO ร้อยละ 91.22,100,100 มีความ ปวดลดลง ร้อยละ 75.47, 82.56, 80.20 มีอาการ เหนื่อยล้าลดลงร้อยละ 68.75,78.57, 83.33 มีอาการ

หายใจลำบาก ภาวะหายใจลำบากลดลงร้อยละ 76.36, 80.26, 82.10และผลลัพธ์ตามเกณฑ์การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วย PPS \leq 60 เข้าสู่กระบวนการพยาบาลแบบ ประคับประคองร้อยละ 94.56, 98.80 ,100 ได้รับการ เยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100, 100, 100

ตารางที่ 4 การประเมินประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ด้านผลลัพธ์ด้านดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564
ผู้ป่วยที่เข้าข่ายการวางแผนจำหน่ายได้รับการวางแผนล่วงหน้า (ACP)	ร้อยละ 80	96	95	100
ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน PPS	ร้อยละ 100	100	100	100
จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	ราย	68	77	71
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน	\geq ร้อยละ 85	100	100	98.59
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินปวด	ราย	68	77	71
จำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด > 4 คะแนน	ราย	42	36	27
ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับยา Opioids เพื่อจัดการอาการปวดอย่างมี ประสิทธิภาพ	\geq ร้อยละ 80	85	90.90	100
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการอาการปวด	\geq ร้อยละ 80	92.78	96.12	98.68

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ 1) พัฒนาด้านศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของทีมแพทย์พยาบาล Nurse Managers รวมถึง ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายชุมชน 2) มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในรพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) จัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน 4) จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดย แพทย์และพยาบาล Manager ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุญ, ภาควิชา อื่นทร์ม่วง, คำตัน ปิยะโต, ศุภชัย แผงคำไหล¹⁰ ที่ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ. ยางสีสุราช จ. มหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลและองค์ความรู้ของพยาบาลชุมชนและภาคี เครือข่ายชุมชน 2) จัดทำ CPG ใน รพ. จนถึงชุมชนพร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละวิชาชีพ 3) พัฒนาระบบการดูแลทางการพยาบาล (CNPG) 5 เรื่อง 4) กำหนดช่องทางด่วนในการเบิก/ สนับสนุนยา อุปกรณ์ และ 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนสู่การพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะ ผลการประเมิน พบว่า ปี พ.ศ. 2560-2562 ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ร้อยละ 92.66, 96.66, 98.20 มีความปวดลดลง ร้อยละ 76.67, 83.87, 80.00, คลื่นไส้ อาเจียนลดลง ร้อยละ 68.75, 78.57, 83.33 ซึมเศร้าลดลง ร้อยละ 78.57, 87.50, 90.00 และ Good dead ร้อยละ 80.20, 95.28, 96.66 ตามลำดับ และการศึกษาของ จิระประภา ศิริสูงเนิน, มาลินันท์ พิมพิพิสุทธิพงศ์, วุทธิพงศ์ ภักดีกุล¹¹ ที่ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า วิวัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัด ขอนแก่น ที่มีการพัฒนาตั้งกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรทุก ระดับ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในสถานบริการทุกระดับและชุมชน การบริหารจัดการ การเข้าถึงยาาระงับปวด (opioids) และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ยังมีกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นศูนย์สนับสนุนเครือข่ายมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการถอดบทเรียนสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่าง ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระจายครอบคลุมทุกตำบลในสัดส่วนที่เหมาะสม เครือข่ายมีความพร้อมรับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และอยู่ในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคี เครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ วาสนา สวัสดิ์ดินถนาถ, อมรพันธ์ ธานีรัตน์, ธาตรีพิทย์ วิเศษธาร¹² กล่าวว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1. หลักการของรูปแบบการดูแล 2. โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3. กระบวนการดูแล และ 4. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งเกิดผลลัพธ์ คือ พยาบาลมีการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=2.47;SD=0.51) ระยะจำหน่ายผู้ป่วยมีความปวดลดลงร้อยละ 71.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลงร้อยละ 60 ความไม่สบายใจกังวลใจหรือกลัวลดลงร้อยละ 88.57 ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก (M=4.24;SD=.62) สรุปว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายกลุ่มอื่นๆต่อไป จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโดยรูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม จากทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพ และลด



ความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการสามารถนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น มีคู่มือการดูแล แนวปฏิบัติต่างๆ และ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงยาบรรเทาปวดได้รวดเร็วขึ้น สามารถจัดการอาการรบกวนได้ ลด

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเข้ารับการรักษาที่รพ. มีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Good death)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะท้ายพร้อม ครอบครัว รวมถึงทีมสหวิชาชีพ พยาบาล ชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกท่านของอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการทำวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
2. เต็มศักดิ์ พิงร์สมิ (2552). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ, (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End Of Life improving Care of The Dying (หน้า 15-23). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. World Health Organization. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action: Published collaboratively by the Cross Cluster Initiative on Home-based Long-term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health and the Department of HIV/ AIDS, Family and community Health, World Health Organization; 2002.
5. โรงพยาบาลแวงใหญ่. รายงานผู้ป่วยระยะท้ายประจำปีงบประมาณ 2559-2561. ขอนแก่น : โรงพยาบาลแวงใหญ่ ; 2562.
6. บุญชม ศรีสะอาด .การวิจัยเบื้องต้น.กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น; 2553.
7. ทวีศักดิ์ นพเกษตร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โรงพิมพ์โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2549.
8. เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย ใน:คู่มือ สถาบรรณาธิการ.Who Care WE DO. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2557.หน้า 1-9. 11.
10. กาญจนา จันทะนุญ,ภาคภูมิ อินทร์ม่วง,คำตัน ปินะโต,ศุภชัย แพงคำไหล.รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย .วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563. ; 8(1)129-145.
11. จิรประภา ศิริสูงเนิน,มาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2561; 6(2)317-335.
12. วาสนา สวัสดิ์ดินถนาถ,อมรพันธ์ ธาณิรัตน์,ธารทิพย์ วิเศษธาร.การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช .วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2558. ; 25(1)144-156.

การพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง

The care model of self-management for preventing vascular dementia of
post stroke older adult

(Received: October 30,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 18,2022)

รติอร พรภุณา¹
Ratiorn Pornkuna¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและประสิทธิผลของรูปแบบ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือน มีนาคม 2563 – เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง 2) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองและร่างกาย Rehabilitation (RB Program) คลินิกผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะระยะที่ 1 ก่อนจำหน่าย- 12 สัปดาห์ พบว่า รูปแบบแบบการจัดการสุขภาพตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายภาวะสุขภาพ 2) การประเมินความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุม 3) การใช้คู่มือติดตามเฝ้าระวังอาการโรคหลอดเลือดสมองและโรคร่วม 4) การลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับติดตามเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ ระยะที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 12 -36 พบว่า รูปแบบป้องกันการเกิดสมองเสื่อม คือ หลังการจัดการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงได้เข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilitation (RB Program) ที่คลินิกผู้สูงอายุ 1 ครั้ง/เดือน เป็นจำนวน 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพลดลงในด้านขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง, ไม่ไปตรวจตามนัด, การสูบบุหรี่ ที่ร้อยละ 28.30, 35.00 และ 36.70 ตามลำดับ ระยะที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ($p<0.001$) คะแนนเต็มเฉลี่ยปริชานปัญญาด้าน Abstraction, Orientation และ Memory เพิ่มขึ้น ($p<0.001$) ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ระดับมากที่สุด ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงร่วมกับการใช้รูปแบบกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุได้จากระยะฟื้นฟูสภาพจนถึงระยะยาว

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ โรคสมองเสื่อม

ABSTRACTS

This study is a research of development which aimed to develop the care model of self-management for preventing vascular dementia of post stroke older adult at the semi-critical period in the hospital to the long term period from March 2019 to December 2021. The sample groups were 60

¹ วิทยาลัยวิชาชีพชานานุกรการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

¹ Registered Nurse Professional Level, Nursing Organization, Khon Kaen Hospital

post stroke older adult specifically selected semi-critical elderly stroke patients in Khon Kaen Hospital. The research was conducted into 3 phases: 1) to study current situations 2) to develop the care model 3) to assess the results of the form of care model. The tools used for collecting data were: 1) Focus group interview questionnaire 2) the assessment of the activity of daily living barthel's index (ADL), 3) the assessment of health risk behavior of comorbidity 4) dementia prevention knowledge, 5) the assessment of cognitive ability, and 6) the assessment of satisfaction. The qualitative data was analyzed by content analysis, comparing the results before and after being developed and using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test. The forms of care model of self-management which consisted of 2 phases as follow: Phase 1 within 12 weeks; 1) Goal setting 2) Self-assessment 3) Self-monitoring by hand book of disease control 4) Operation to the goal 5) Home visit and telephone visit. Phase 2 after 12 weeks to 36 weeks ;1) Brain training program at the Geriatric clinic once a month for 6 times to develop cognitive and physical health skill in 6 aspects such as attention, memory, language, visuospatial, executive function, orientation, naming, and physical exercise. The results reveal after developing were better than the ones before on health risk behavior. The average score of ADL, cognitive skill such as Abstraction, Orientation , Memory and knowledge were statistically significant at $p < 0.001$. The satisfaction score was very high level.

Keywords: Care model, Self-management, Vascular dementia

บทนำ

แนวโน้มประชากรสูงอายุมีโรคเรื้อรังรวมทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง¹ โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (major neurocognitive disorder due to vascular disease) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) หรือโรคของ white matter (white matter disease) เป็นต้น โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากปัญหาการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคร่วมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค, มีการเลิกใช้ยาด้วยตนเองมากกว่า 3 เดือน, การไม่ไปตรวจตามนัด และการไม่ออกกำลังกายและดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังประจำตัวรวมมากกว่า 1 โรคขึ้นไป^{2,3,4} ซึ่งโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อปรีชาญาณปัญญา (cognition)

หรือความสามารถของสมองและการเรียนรู้ทางสังคมเชิงปรีชาญาณปัญญา (social cognition) จนทำให้มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และแม้จะรอดชีวิตก็กลายเป็นภาวะการดูแลในครอบครัวมากขึ้น กระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอุบัติการณ์ที่แสดงให้เห็นด้วยว่าผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 มีอาการสมองเสื่อมตามมาหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 เดือนไปจนถึง 9 ปี ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบหรือตัน^{5,6} โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องความสามารถของสมอง (Cognitive Impairment) ตามหลังโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก^{7,8} จากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องของสมองด้านการรู้คิด สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูง จนสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้เลย ไม่สามารถจำแมคนใกล้ชิดได้ หรือต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำบ่อยครั้งในโรงพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ

ผู้ดูแล⁹⁻¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สุขสบายใจ^{11,12} เพิ่มความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล (burden) และทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบายใจแก่ผู้ดูแล นำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิดและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น¹³

ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะกลางและระยะยาว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด “การจัดการสุขภาพตนเอง” ของ Kanfer ร่วมกับ “การฟื้นฟูอย่างมีความสุข” ที่ได้ประยุกต์จากแนวคิดพื้นฐานใน 4 มิติของการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น คือด้านร่างกาย สมอง จิตใจ และนันทนาการ ร่วมกับทฤษฎีทางประสาทวิทยาและการรู้คิดมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilainment (RB Program) ครั้งนี้เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุในโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุและมีผลกระทบเชิงสังคมในระดับสูง เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว
3. เพื่อศึกษามลัทธิการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น และเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนมีนาคม 2563 – เมษายน 2565 โดยการดำเนินวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง 1)ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาว ในชุมชน โดยการทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 3 ครั้ง 2)การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนี้ กลุ่มวิชาชีพ คือ 1)พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6 ราย 2)พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 ราย และ 3) ประชาชนทั่วไป จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น 20 ราย
2. การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นก่อนจำหน่าย จำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน ใช้แนวทางการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยมีคำถามใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การ

ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร มีรูปแบบส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไรทั้งในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายระยะกลางจนถึงระยะยาว 3) ควรต้องมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจนถึงระยะยาวอย่างไร และ 4) แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ เป็นผู้เป็นหลักในครอบครัว สถานที่พักพื้น สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวและยาที่ใช้ พฤติกรรมความเสี่ยงในการจัดการตนเองด้านสุขภาพก่อนเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลตนเองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) 7 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย/ความเจ็บป่วย ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านที่อยู่อาศัย/ที่พึ่งพิง ด้านผู้ดูแล ด้านการเงินด้านการเดินทาง/พาหนะ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ระดับมากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือ ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลตนเองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ (Try-out) และทดสอบด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อประสานความร่วมมือในการให้ข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนแต่ละแห่งตามลำดับขั้น

2. ประชุมและอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงแนวทางการวิจัย อบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ การเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้โปรแกรมและรูปแบบที่จะใช้ในการพัฒนารูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

3. วิเคราะห์สถานการณ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สถิติและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางและระยะยาว, โรคสมองเสื่อม องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงจัดประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อทำการทบทวนรูปแบบ วิเคราะห์ ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ส่งผลต่อการดูแล

3.1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นจำนวน 1 ครั้ง 1)พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 6 ราย 2)พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 ราย และ 3)ประชาชนทั่วไป จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น 20 จากนั้นมีการนัดหมายประชุมอีก 1 ครั้งเพื่อสรุปปัญหาและร่วมกันเสนอรูปแบบ เพื่อนำไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน ทำการศึกษาในระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563

3.3 การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นก่อนจำหน่ายและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันที่และญาติของผู้ป่วยสูงอายุกึ่งเฉียบพลันก่อน

จำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 95 ราย ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกึ่งเฉียบพลันที่และญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาช่องว่างของด้านพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่ายังไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งแบบผู้ป่วยในและต่อเนื่องจนถึงชุมชนหลังจำหน่ายระยะกลางและระยะยาว ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมความเสี่ยงในการจัดการตนเองด้านสุขภาพก่อนเจ็บป่วย และด้านความพร้อมของญาติและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยได้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำผลที่วิเคราะห์สถานการณ์ใน ระยะที่ 1 จากการทำกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคและความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งการ ทบทวนการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองใน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิด สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลผู้ที่ เกี่ยวข้องในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป และ อายุรกรรม เพื่อเสนอร่างรูปแบบ ในประเด็น 1) แนวทางการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ 2) แนวทางการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 3) เกณฑ์การส่งปรึกษาพยาบาล ผู้สูงอายุ care manager 4) แนวปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิด สมองเสื่อม 5) แบบบันทึกการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง ทางสุขภาพ 6) เครื่องมือในการคัดกรองที่เกี่ยวข้อง เป็นจำนวน 60 ราย

3. นำเสนอร่างรูปแบบการดูแลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ในด้าน ความตรงต่อวัตถุประสงค์ ความยากง่ายในการใช้งาน ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้มีการติดตามเยี่ยมทั้งที่ บ้านและทางโทรศัพท์ รวมถึงการแก้ไขปรับปรุงแบบ การจัดการสุขภาพตนเองและคู่มือโปรแกรมฟื้นฟู สมองให้มีความใกล้เคียงกับระดับการศึกษาและ บริบทสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุใน หอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 60 ราย ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการทำ สนทนากลุ่ม พบว่าเห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาและ เสนอให้มีการเตรียมความรู้และฝึกฝนการจัดการ สุขภาพตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และญาติอย่างน้อย 2 วันก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะ พร้อมในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 ระยะศึกษาผลลัพธ์ ระเบียบวิธีการ วิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi-Experimental One group Pretest- Posttest Design) โดยมี 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาลจนถึงสัปดาห์ที่ 12 ดังนี้ 1) พฤติกรรม เสี่ยงด้านสุขภาพ 2) คะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานพื้นฐาน (ADL: The Activity of daily living Barthel's index) 20 คะแนน



2. ขั้นตอนที่ 2 ระยะคลินิกผู้สูงอายุหลังสัปดาห์ที่ 12 จนถึงสัปดาห์ที่ 36 ดังนี้ 1)เปรียบเทียบคะแนนปริชานปัญญา MoCA (Montreal cognitive assessment) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมหลังสัปดาห์ที่ 12 จนถึงสัปดาห์ที่ 36 2)เปรียบเทียบผลคะแนนความรู้การป้องกันโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์ 3)ความพึงพอใจในรูปแบบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบ แดก ตัน ระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล จำนวน 60 คน โดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุ 1)โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ตีบ แดก ตัน 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) มีระดับการรู้สติดีและสามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 4) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และ 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คู่มือการดูแลสุขภาพและแบบจัดการพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แผนการสอนของผู้ช่วยวิจัยผู้ให้ความรู้และฝึกสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้คู่มือกิจกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมแบบ Rehabilaitment (RB Program) ที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 โปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมแบบ Rehabilaitment (RB Program) ใช้ในรายบุคคล ประกอบด้วย 1)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านและภาษา, 2)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านความจำ 3)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านการบอกชื่อสิ่งของ 4)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้าน

มิติสัมพันธ์ 5)กิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านความใส่ใจ 6) กิจกรรมด้านการบริหารสมอง นันทนาการ และออกกำลังกาย หลังสัปดาห์ที่ 12 -36

ส่วนที่ 4 แผนการบันทึกความต่อเนื่องของผู้สูงอายุในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและทำกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมต่อเนื่องที่บ้าน

ส่วนที่ 5 แผนการติดตามเยี่ยมที่บ้านเดือนที่ 3,6 หลังจำหน่าย และเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 1 เดือน ในระยะหลัง 12 สัปดาห์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ เป็นผู้เป็นหลักในครอบครัว สถานที่พักพื้น สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวและยาที่ใช้ พฤติกรรมความเสี่ยงในการจัดการตนเองด้านสุขภาพก่อนเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ ระดับมากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อคำถาม ผู้ศึกษาวิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ช่วงคะแนนแบบวัด ความรู้ 0 - 10 คะแนน แบ่งระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 3 ระดับ แบบอันตรายภาคขั้นระดับต่ำ ปานกลาง ดี

ชุดที่ 3 แบบประเมินคัดกรอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(ADL: The Activity of daily living Barthel's index) มี 10 ข้อ มีค่าคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปริชานปัญญา MoCA (Montreal cognitive assessment) มีค่าคะแนนเต็ม

30 คะแนน คะแนน < 25 มีภาวะ Cognitive impairment

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) ของคู่มือโปรแกรมกิจกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) ทำการทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 10 รายที่ทำการศึกษาไว้ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และทดสอบด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมให้การดูแลตั้งแต่ 2 วันก่อนจำหน่ายและติดตามผลลัพธ์การจัดการสุขภาพตนเองหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 12 2) หลังสัปดาห์ที่ 12 ประเมินคะแนนปริชาณปัญญาและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานก่อนเข้าโปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) จำนวน 1 ครั้ง/เดือน เป็นจำนวน 6 ครั้ง และปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วประเมินผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเยี่ยมทางโทรศัพท์

ขั้นหลังการทดลอง โดยประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบได้แก่ 1) คะแนนปริชาณปัญญา 2) ความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์ 3) ความพึงพอใจในรูปแบบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 36 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้ในข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน

ใน พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คะแนนปริชาณปัญญา ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจ ความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และคะแนนปริชาณปัญญา หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงข้อมูล และปกปิดข้อมูลส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.38 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.62 รองลงมา 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.50 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือหม้าย คิดเป็นร้อยละ 34.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.88 ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 53.46 มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 และ 36.6 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 70 มีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสถานะของโรค, ร้อยละ 60 มีการเลิกใช้ยาด้วยตนเองมากกว่า 3 เดือน, ร้อยละ 50 การไม่ไปตรวจตามนัด และร้อยละ 40 การไม่ออกกำลังกายและดื่มสุรา โดย มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไปที่ร้อยละ 31.14, มีโรคประจำตัวร่วม 2 โรคที่ร้อยละ 27.4 และ ร้อยละ 20 มีโรคประจำตัวร่วมจำนวน 1 โรค

2. สถานการณ์ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมทั้งในโรงพยาบาลและในระยะกลางถึงระยะยาวในชุมชน พบว่า 1) สถานบริการสุขภาพมีความพร้อมในด้านบุคลากรระดับน้อย เนื่องจากการขาดแคลนอัตรากำลังด้านพยาบาลและนักกายภาพบำบัด



และองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟู ส่วนการจัดระบบบริการทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนทั้งในระยะกลางและระยะยาว 2) กลุ่มวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น ในบริการสุขภาพปฐมภูมิและบุคคลทั่วไป มีการรับรู้สถานการณ์ของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่สูงขึ้นและเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยมีความต้องการให้มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่การเจ็บป่วยในโรงพยาบาลจนไปถึงการดูแลในชุมชนทั้งที่บ้าน หรือจะจัดรูปแบบให้ เป็น Day care หรือ Day center จะเป็นคลินิกผู้สูงอายุ หรือสถานที่สำหรับผู้สูงอายุให้มาทำกิจกรรมทางสุขภาพและสังคมในการป้องกันและฟื้นฟูโรคสมองเสื่อม ในด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งเฉียบพลันและญาติของผู้ป่วยสูงอายุทั้งเฉียบพลัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุทั้ง

เฉียบพลันและญาติในการดูแลมากที่สุดในด้านที่อยู่อาศัยและด้านผู้ดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 49.9 และ 40.1 ตามลำดับ มีความพร้อมด้านการเงินระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจอยู่ที่ระดับปานกลางและน้อยที่ร้อยละ 40 และ 41 ตามลำดับ

3. รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกฝนการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพและจัดการพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะ 2 วันก่อนจำหน่ายกลับบ้านและติดตามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับส่งต่อการดูแลในชุมชน ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่กับการปฏิบัติแบบเดิม ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย ที่พัฒนาขึ้น

การปฏิบัติโดยวิธีเดิม (แบบปกติ)	การปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
1) โรงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้ในโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและไม่มีแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมเบื้องต้น	1) โรงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรมจำนวน 6 ค่ายกรรมปฏิบัติเหตุทั่วไป 3 หน่วยงานได้รับการอบรมให้ความรู้ในโรคสมองเสื่อมและแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำและเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมเบื้องต้นตั้งแต่แรกเริ่ม
1) ไม่มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มและทุกระยะ	1) มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลที่ประเมินคัดกรองโดยพยาบาลเฉพาะทางสูงอายุ
1) ไม่มีแนวทางในการส่งปรึกษาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ	1) มีแนวทางในการส่งปรึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จะได้รับการพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการเฉพาะ
2) ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย	2) มีแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจนจำหน่ายกลับบ้าน
3) ไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อมในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล	3) มีรูปแบบในการสร้างเสริมการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำและกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1) Goal setting การให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายการเจ็บป่วย ขั้นตอนที่ 2) Self-assessment การให้ผู้ป่วยประเมินค้นหาปัญหาของตนเองและหา

	แนวทางเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมและควบคุมโรค ก่อนจำหน่ายอย่างน้อย 2 วัน) มีแนวทางการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องกับภาคีเครือข่าย
1) ไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม หลังจำหน่ายในระยะกลาง	1) ขั้นตอนที่ 3) Self-monitoring การใช้คู่มือการดูแลสุขภาพและการติดตามเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค ขั้นตอนที่ 4) ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนจากทีมผู้วิจัยโดยการเยี่ยมบ้านใน 12 สัปดาห์แรก
1) ไม่มีรูปแบบป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายระยะกลางถึงระยะยาว	1) มีรูปแบบกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมให้ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุหลังจำหน่ายต่อเนื่องจากระยะกลางถึงระยะยาว 36 สัปดาห์ และเยี่ยมทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชน ในเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่น โดยในช่วงแรกของการศึกษาวิจัยยังไม่มีแผนในการเยี่ยมทางโทรศัพท์มีเพียงการเยี่ยมบ้านเท่านั้น แต่เมื่อทำการศึกษาวิจัยแล้วพบปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในหลายประการ จึงได้มีการปรับแผนการเยี่ยมบ้านและการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยมีการปรับรูปแบบทั้งหมด 4 ครั้ง เมื่อผู้วิจัยได้มีการประเมินผลการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าแผนในการเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ได้ผลเป็นอย่างดีมาก จึงคงการเยี่ยมที่บ้านไว้ที่เดือนที่ 1,3,9 จะใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านไม่เกิน 2

ชั่วโมง เยี่ยมทางโทรศัพท์หลังสัปดาห์ที่ 12 ทุก 1 เดือน ใช้เวลาเยี่ยมทางโทรศัพท์ไม่เกินครั้งละ 30 นาที

4. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายถึงการดูแลระยะยาว

4.1 หลังเข้าโปรแกรมในระยะหลังจำหน่ายถึง 12 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพลดลงทั้ง 6 ด้าน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ลดลงมากที่สุดในด้านรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง, ไม่ไปตรวจตามนัด, และการสูบบุหรี่ โดยลดลงเหลือที่ร้อยละ 28,35 และ 36 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดการพฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมรายด้าน (N=60)

การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง n = 60			
	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม 12 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	43	71.70	17	28.30
2.รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรค	46	76.70	27	45.00
3.ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	37	61.70	23	38.30
4.ไม่ไปตรวจตามนัด	34	56.70	21	35.00
5.การดื่มสุรา	32	53.30	24	40.00
6.การสูบบุหรี่	25	41.70	22	36.70

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น



พื้นฐาน มากกว่าก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดัง
รายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	n	\bar{X}	SD	Mean Difference	t	95% CI	p-value
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	60	12.13	0.18	7.03	42.72	6.70-7.36	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์	60	19.17	0.13				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานกลุ่ม
ตัวอย่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	60	12.13	0.18	42.72	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม 12 สัปดาห์	60	19.17	0.13		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดการ
สุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อ
ป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด
สมองในคลินิกผู้สูงอายุ หลังจำหน่ายระยะยาว

5.1 คะแนนปริชาณปัญญาของกลุ่มตัวอย่าง
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย

คะแนนปริชาณปัญญาเต็มเพิ่มขึ้นมากที่สุดใน 3
ด้าน คือ Memory, Naming, Abstraction,
Orientation โดยมีการเพิ่มขึ้นของ Memory มาก
ที่สุดที่ร้อยละ 88 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนปริชาณปัญญา 7 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
กิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม ในสัปดาห์ที่ 12-36 (n=60)

ปริชาณปัญญา 7 ด้าน	คะแนน เต็ม	กลุ่มตัวอย่าง (n = 60)					
		ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
		จำนวน	ร้อยละ	Min,Max	จำนวน	ร้อยละ	Min,Max
Visuospatial/ Executive Function	5	0	0.00	1,3	2	3.00	2,5
Naming	3	52	89.70	2,3	60	100.00	1,3
Memory	5	0	0.00	2,4	53	88.00	4,5
Attention	6	0	0.00	1,5	0	0.00	1,5
Language	3	0	0.00	1,2	2	3.00	1,3
Abstraction	2	49	81.70	1,2	60	100.00	2,2
Orientation	6	48	80.00	4,6	59	98.00	5,6

5.2 คะแนนปริชาณปัญหาของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ Memory, Naming, Abstraction, Orientation ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนปริชาณปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม (n=60)

ปริชาณปัญหา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	t	P-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Memory	0.32	0.87	15.31	<0.001*
Naming	0.36	0.18	4.06	<0.001*
Abstraction	0.19	0.19	3.52	<0.001*
Orientation	0.97	0.99	4.32	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5.3 คะแนนความพึงพอใจลักษณะการบริการในรูปแบบการจัดการสุขภาพตัวเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน

กระบวนการขั้นตอนการให้บริการ ด้านการให้บริการและด้านเครื่องมือ ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจรูปแบบการดูแลก่อนของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ลักษณะการบริการ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.90	0.29	มากที่สุด
ด้านการให้บริการ	4.92	0.27	มากที่สุด
ด้านเครื่องมือ โปรแกรมคู่มือ	4.92	0.27	มากที่สุด

5.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อม (n=60)

ความรู้	n	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	60	4.53	0.15	22.63	<0.001*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 36 สัปดาห์	60	8.72	0.12		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ เนื่องจากการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองนี้ ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมนั้นมียุทธศาสตร์ทั้งในระยะการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงระยะการดูแลต่อที่บ้านในระยะฟื้นฟูสภาพและระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมักจะมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยมากกว่า 1 ชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่หากมีพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้องไม่สามารถควบคุมอาการของโรคร่วมได้ ร่วมกับมีภาวะความคิดความจำบกพร่อง (cognitive impairment) ในระยะฟื้นฟูสภาพด้วยแล้วก็ยังมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายในระยะเวลาต่อมาได้^{14,15} โรงพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพควรจะต้องตระหนักในการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงนี้ตั้งแต่ในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เสี่ยงควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมที่จะตามมาได้ในระยะยาว ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองตั้งแต่ในระยะผู้ป่วยในต่อเนื่องจนถึงระยะยาวทั้งที่บ้านและในคลินิกผู้สูงอายุ¹⁶ ที่ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำไปใช้ โดยขึ้นอยู่กับบริบทความพร้อมของผู้สูงอายุ สังคมวัฒนธรรม และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจสามารถช่วยชะลอจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมลงได้

2. ผลลัพธ์ด้านความรู้ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, $p < 0.001$) ซึ่งปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนผลการศึกษานี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุระดับต้น (young old) ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองค่อนข้างสูง รวมทั้งมีความสนใจในการเรียนรู้ด้านสุขภาพมาก จะเห็นได้

จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการหยุดหรือออกจากการศึกษาวิจัยน้อยมาก นอกจากนั้นปัจจัยอื่นที่ช่วยสนับสนุนผลการวิจัยในครั้งนี้คือครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่มีความพร้อมและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคสมองเสื่อมได้อย่างดีและต่อเนื่อง ดังจะเห็นจากการวิจัยครั้งนี้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบาร์โลว์ เจและคณะ¹⁷ ที่ศึกษาพบว่าการจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่นโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเพิ่มความรู้ การจัดการพฤติกรรมและสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพปัจจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิตาสตรและคณะ¹⁸ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับดีเนื่องจากมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและมีความพึงพอใจในชีวิตและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของธงวชิระและคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีจากการสนับสนุนของครอบครัวที่ดี

3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 ครั้ง/เดือน หลังสัปดาห์ที่ 24 ถึง 36 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ Cognitive impairment มีคะแนนปริชานปัญญาเพิ่มสูงขึ้นทั้งใน Abstraction, Naming, Orientation โดยเฉพาะในด้านความจำหรือ Memory สอดคล้องกับผลการศึกษาของฮาสดิงและเวสต์²⁰ ที่ศึกษาโปรแกรมการฝึกความจำในผู้สูงอายุโดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองและการทำงานเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 9 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะแห่งตนด้านความจำของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาดาฮิโกะและคณะ ที่มีการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยจะเน้นที่การฝึกฝนสมองอย่างเฉพาะเจาะจงใน

Domainของการรู้คิดและสติปัญญาที่มีปัญหาควบคุมกับการทำกิจกรรมนันทนาการ รวมถึงการพัฒนาทักษะด้านความรู้ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าศักยภาพของร่างกายและสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน และติดตามผล 12 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม²¹ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บอล เค และคณะ ในการศึกษาการเพิ่มกิจกรรมการรู้คิดที่ซับซ้อนสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อม การทำกิจกรรมกลุ่มที่

เน้นเรื่องความตั้งใจ ความจำ การใช้เหตุผล มีผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดเชิงบริหารดีขึ้น และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น²²

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม Rehabilaitment (RB Program) เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและควบคุมในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในรูปแบบผู้ป่วยนอก

เอกสารอ้างอิง

- 1.World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011
- 2.CorradaM.M. Corrada, K.M. Hayden, A. PaganiniHill, S.S. Bullain, J. DeMoss, C. Aguirre, et al.Age of onset of hypertension and risk of dementia in the oldest-old: The 90+ studyAlzheimer's & Dementia, 13 (2) (2017), pp. 103-110
- 3.C Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. PLoS One 2014; 9: e102149.
- 4.Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37-43.
5. Henon H, Durieu I, Guerouaou D, Lebert F, Pasquier F, Leys D. Poststroke dementia. incidence and relationship to prestroke cognitive decline. Neurology. 2009;57:1216-22.
- 6.Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures [Internet]. Alzheimer's & Dementia. 2010; 6.[cited 2016 May 5].
7. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association. 2011;7(3):270-9.
8. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study [Internet]. Lancet . 2005; 366(9503), 2112-17. [cited 2016 Jan 21]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- 9.Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Front Neurol. 2012; 3: 73.
- 10.Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS, Tang LY. Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. J Formos Med Assoc. 2006; 105(7): 556-562.
- 11.Mukherjee A, Biswas A, Roy A, Biswas S, Gangopadhyay G, Das SK. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Correlates and Impact on Caregiver Distress. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2017; 7(3): 354-365



12. D'Onofrio G, Sancarolo D, Panza F, et al. Neuropsychiatric symptoms and functional status in Alzheimer's disease and vascular dementia patients. *Curr Alzheimer Res.* 2012; 9(6): 759-771.
13. Fernandez Martinez M, Castro Flores J, Perez de las Heras S, Mandaluniz Lekumberri A, Gordejuela Menocal M, Zarranz Imitizaldu JJ. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in elderly patients with dementia in Mungialde County (Basque Country, Spain). *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2008; 25(2): 103-108. Available https://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010
14. K.B. Rajan, N.T. Aggarwal, R.S. Wilson, S.A. Everson-Rose, D.A. Evans Association of cognitive functioning, incident stroke, and mortality in older adults *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 45 (9) (2014), pp. 2563-2567.
15. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association.* 2011;7(3):270-9.
16. Sachdev PS, Chen X, Brodaty H, Thompson C, Altendorf A, Wen W: The determinants and longitudinal course of post stroke mild cognitive impairment. *J Int Neuropsychol So* 2009;15:915-923
17. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002;48:177-187. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0.
18. Sittisart V, Saunnum S. Health promotion Behaviors of Ederly in the community of Watprix Tumbon, Phitsanuloke province. Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development. Phitsanuloke; 2007. Thai.
19. Thongwachira C, Thophon S, Kwanyuen R, Niputhuttapong S. Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly in the Bangkok urban area: a case study in Bang Phlat District. *KKUJ.* 2017; 7(3): 1-21. Thai.
20. Hastings, E. C., & West, R. L. The relative success of a self-help and a group-based memory training program for older adults. *Psychology and Aging*, 2009;24(3), 586-594. <https://doi.org/10.1037/a0016951>
21. Tadahiko Kamegaya, Haruyasu Yamaguchi et al. Effects of a 12 weeks Municipal Dementia Prevention Program on Cognitive/Motor Function among the community-dwelling elderly. *Geriatrics.* 2016;1(18).
22. Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2271-81.)

การพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

Development of Fast Track Service for Patients Stroke with Participation Network Of
Chonnabot districts, Khon Kaen province

(Received: November 8,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 15,2022)

เชิดชัย กิตติโพพานนท์¹
Cherdchai Kittiphovanonth²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการพัฒนาระบบบริการร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก คือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ระยะเวลาวิจัย เดือน กรกฎาคม 2562 - กันยายน 2563 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา การพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว โดยขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่าย เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรค รมรงค์อาการเตือน สร้างความตระหนักในการบริการช่องทางด่วน ประชาสัมพันธ์ 1669 ผ่านทุกช่องทาง 2) การคัดกรองผู้ป่วย โดยพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข กู้ชีพตำบล นำ FAST score มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งอำเภอ 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย จัดบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็วกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนรายบุคคล พัฒนา Stroke Case Manager ให้การดูแลตาม Clinical practice guideline พัฒนาระบบให้ปรึกษาร่วมกับรพ.สต.และโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านทางไลน์ 4) พัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลแม่ข่ายรวมถึงจัดทำระบบการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลขอนแก่นผ่านทางไลน์ ประเมินผล พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มาถึง โรงพยาบาลภายใน 180 นาที พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 84.25 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อภายหลังวินิจฉัยเฉลี่ย 5.56 นาที ระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนส่งต่อ 15.40 นาที ผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการภายใน 180 นาที ร้อยละ 75.58 ไม่มีอุบัติการณ์วินิจฉัยผู้ป่วย Stroke fast tract ล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่ Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 94.74

คำสำคัญ : บริการทางด่วน,โรคหลอดเลือดสมอง,ภาคีเครือข่าย

¹ พบ. โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น



Abstract

This action research aimed to develop and evaluate fast track service for patients stroke with participation network of Chonnabot districts, Khon Kaen province. The adopted health care services system was developed by multidisciplinary team and network by application of the WHO's Six Building Blocks of A Health System principle. The research activities were implemented during July 2020-September 2021. Data collection instruments included the data record form for patients, an evaluation form for practice related to the standard care and referral pathway, questions for interviewing and focused group. Analyses of data using descriptive statistics; counts, percentage, qualitative data applied content analysis.

The results found the developed of fast track service for patients stroke with participation network consisted of: 1) Access to fast expressway services; by driving together with network partners Emphasis on proactive public relations to educate people about the disease. warning symptoms raising awareness of expressway service public relations 1669 through all channels 2) Patient screening by developing knowledge and skills for basic patient care for personnel in sub-district health promoting hospital public health volunteers, sub-district rescuers, used FAST score as a tool for screening patients in the district 3) Patient care process with provide services to emergency departments that quickly define clear duties and responsibilities for each individual; develop Stroke Case Manager; provide care according to Clinical practice guideline; develop a system for line consulting with sub-district health promoting hospital and mid-level hospital. 4) Develop care guidelines and refer patients Establish guidelines for referrals to patients from the community to sub-district health promoting hospital, community hospital and mid-level hospital, also established a system for monitoring stroke patients after referring patients to Khon Kaen Hospital by line. The evaluation results found ; that service personnel had complied with the guidelines for care and referral with 100, outcomes of care for the patients who arrived within 180 minutes, it was found that the average time from symptom onset to arrival at the hospital was 84.25 minutes. The mean time from patient to hospital to referral after diagnosis was 5.56 minutes. Total time from patient to hospital to referral was 15.40 minutes, stroke patients who arrived within 180 minutes with 75.58, no patient were diagnosed with a delayed stroke fast tract and the Stroke fast tract patients received a referral within 30 minutes with 94.74.

Key words : Fast Track Service,Stroke,Network

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือ Stroke เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับต้นๆของโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6,000,000 คน จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2557 พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 176,342 คน โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือด



หรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตกโดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ 80 ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบได้น้อย ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือขาครึ่งซีก, มองไม่ชัด, พูดจาไม่ชัด, กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก, ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น วิธีการดูแลโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ป่วยได้รับยาทันเวลาเมื่อเริ่มมีอาการ ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิตและความพิการได้ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : RTPA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังจากเริ่มมีอาการผิดปกติ หรือเรียกว่า Stroke fast ²

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดให้มีเขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่ายบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีแนวคิดการจัดระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็นด้านสุขภาพและสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเดียวทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน โดยการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) มีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี ³ โดยกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่จะใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) เป็นหลักโดยกรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์

นอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมการเงิน และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนด้วย โดยในการบริหารจัดการ ได้นำแนวคิดแบบ Six building blocks ซึ่งได้แก่ 1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) 2) การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 4) ระบบการให้บริการ (Service Delivery) 5) เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies) 6) ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ (Information System) ⁴ โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคสำคัญที่อยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทุพพลภาพและความพิการ ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรค และการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่การชักประวัติ การประเมินอาการ สัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาทและอื่น ๆ รวมถึงส่งตรวจจำนวนเกร็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด เพื่อการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การดูแลรักษา 3) การส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัย 4) ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและมีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ 5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยา rt - PA ภายใน 180 นาที หลังเกิดอาการและต้องได้รับการขยายหลอดเลือด สมองด้วยยา rt - PA ภายใน 60 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและ 6) การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจึงต้องกำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เพื่อ



ไม่ให้เกิดความสูญเสียเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด

รพ.ชนบท จ.ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ เริ่มให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยมีแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่คัดกรอง ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น จากสถิติผู้ป่วย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2562⁵ พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ในการดำเนินงานพบปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบบริการช่องทางด่วนและได้รับการส่งต่อล่าช้า ส่งผลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt - PA ล่าช้า และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ Stoke Fast tract จนได้รับการส่งต่อ ในปีงบประมาณ 2560-2562 เท่ากับ 68, 55, 48 นาที ตามลำดับ ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนดภายในระยะเวลา 30 นาที และพบประเด็นการปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัดในการประเมินการตัดสินใจและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตลอดจนความไม่ชัดเจนของแนวทางให้คำปรึกษา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสับสนขั้นตอนวิธีจัดการและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น จากข้อมูลที่พบผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันหาแนวทางวิธีการเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชนบทสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทูพพลภาพและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชนบทจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart^{6,7,8} ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของWHO หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” (Six Building Blocks of A Health System)⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 1) Leadership/ Governance 2) Financing 3) Health Workforce 4) Service Delivery 5) Medical Products, Vaccines & Technologies 6) Information System โดยศึกษาในพื้นที่ อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยโรงพยาบาลชนบทและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกข่าย จำนวน 11 แห่ง ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการศึกษาก็สามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดีระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือน กรกฎาคม 2562 - กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ (1) แพทย์ประธานทีมนำดูแลผู้ป่วยและแพทย์ประจำการ รวม 3 คน (PCT) (2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล,พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้างานและตัวแทนผู้ปฏิบัติงานใน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหน่วยงานละ 2-3 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี ได้แก่ ER IPD ชุมชน ศูนย์คุณภาพ รวม 18 คน (3) ตัวแทนหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม/วิทยาศาสตร์การแพทย์ รวม 5 คน บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 2 คน รวม 3 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี รวม 22 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน และอสม.ตำบลละ 1 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลละ 1 คน จากทั้งหมด 8 ตำบลรวม 24 คน รวมทั้งสิ้น 78 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ ย้ายที่ทำงานในระหว่างการศึกษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

2. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในระยะศึกษาสถานการณ์ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 88 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 95 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชนบท ช่วงเดือน ตุลาคม 2562-กันยายน 2563 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่เสียชีวิตและไม่ได้รับการส่งต่อ

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1. ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิด Six Building Blocks of A Health System⁴ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่

7³ 4) การวิจัย เชิงปฏิบัติการ แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart^{6,7,8}

2. ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับโรคประจำตัว อายุ ระยะเวลาการเกิด

อาการ ระยะเวลาที่มาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การวินิจฉัยเพื่อสู่ระบบ Stroke Fast tract ระยะเวลาที่ส่งต่อ โดยใช้แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 88 ราย

3. สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมกับแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

วงรอบที่ 1 (เดือน กรกฎาคม 2562 - มีนาคม 2563)

นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เภสัชกร ร่วมคิด ร่วมวางแผนหาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินใจข้อมูลจากการปฏิบัติ โดยขั้นตอนนี้ได้นำแนวคิด แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO : หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” (Six Building Blocks of A Health System)⁴ มาเป็นแนวทางการพัฒนา ซึ่งในขั้นตอนนี้ทำให้เกิดแนวทางดำเนินงาน ตามกรอบการดำเนินงาน ดังนี้

1. Leadership/Governance ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล : ได้มีการดำเนินการดังนี้ (1) ปรับปรุงการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโดยมีบทบาท



หน้าที่ในการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke วางแผนและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

2. Financing การจัดสรรงบประมาณ : สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรภายในโดยจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับผิดชอบหลัก คือ แพทย์และพยาบาล Stroke Case manager

3. Health Workforce กำลังคนด้านสุขภาพ : จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์แปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาล Stroke Case manager หลักสูตรระยะสั้นของเขตสุขภาพที่ 7

4. Service Delivery ระบบการให้บริการ : จัดทำ CPG การดูแลร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กำหนดให้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในแต่ละเวร นำแนวคำถามอาการเตือนภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง (Face drooping, Arm weakness, Speech difficulty, Time to call 1669, Fast Score) มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย

5. Medical Products & Technologies การจัดหา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ : จัดระบบสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพอทั้งในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และบนรถ Refer พร้อมใช้ให้มีความพร้อมต่อความต้องการ รวมถึงประสานความร่วมมือกับหน่วยงานพาหนะในการประกันเวลาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อมีการบริหารจัดการสำรวจความพร้อมใช้และประเมินการใช้เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ทุกสัปดาห์

6) Information System ระบบข้อมูล : ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 เป็นอันดับแรก ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน วิทยุชุมชน ติดเบอร์ 1669 ไว้ที่รถกู้ชีพ รถ Refer รพ.

ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประเมินผลการดำเนินงานนำสู่การสรุปบทเรียนพบว่าในวงรอบที่ 1 บุคลากรผู้ให้บริการการมีความตระหนักในการให้บริการแบบช่องทางด่วนเพิ่มขึ้น แต่ยังพบปัญหาอุปสรรค การใช้เครื่องมือในการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยยังล่าช้า การดำเนินการประชาสัมพันธ์เชิงรุกยังไม่ครอบคลุม ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างรพ.สต.กับโรงพยาบาลยังไม่มีระบบชัดเจน

วงรอบที่ 2 (เดือน เมษายน 2563-กันยายน 2563) ดำเนินการ ดังนี้

ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาดังนี้

1. จัดทำ Clinical practice guideline และพัฒนาระบบให้ปรึกษา (consult) ร่วมกับรพ.สต.และโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

2. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ตั้งแต่ระดับชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลชุมชน

3. ทบทวนระบบการให้คำปรึกษา (consult) และ หน่วยกู้ชีพตำบล โดยกำหนดให้ใช้ช่องทางไลน์โทรศัพท์อย่างเดียวเพื่อความสะดวกรวดเร็ว

4. จัดทำระบบการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผ่านทาง แอปพลิเคชันไลน์ (line) ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยาบาลวิชาชีพทุกแห่ง ตัวแทนอสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกตำบล จึงเกิดการพัฒนาดังนี้



5. สนับสนุนให้บุคลากรผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนในพื้นที่และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล จากการประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงานโดยดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วยในระบบบริการช่องทางด่วนที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย คือ อายุ เพศ ภูมิภาค การมารพ. เวลามาถึงรพ. โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วนและการเสียชีวิต 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วย ใช้เพื่อการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราก เท่ากับ 0.79 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) 2 ส่วน ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคและการบริการที่ได้รับ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการประเด็นบริการที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรค และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเด็นความรู้เรื่องโรค การบริการที่ได้รับและปัญหาอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเครือข่ายบริการสุขภาพยางสีสุราช เลขที่ 18/2562 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2562

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่า

1) ผลจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา จำนวน 88 คน อายุเฉลี่ย 62.25 ปี มารับบริการภายใน 180 นาที หลังมีอาการ ร้อยละ 37 % การวินิจฉัย Stroke ล่าช้า ร้อยละ 12.50 ผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 18% เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมากที่สุดได้แก่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 31.82 เบาหวาน ร้อยละ 22.73 เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.00

2) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คิดว่าอาการไม่สำคัญ ไม่เร่งรีบที่จะมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะดูแลเบื้องต้นที่บ้านเมื่อไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพตำบลยังไม่มั่นใจทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่ง เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดประสบการณ์และทักษะการคัดกรองเฉพาะโรค ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ บางครั้งแนะนำให้ญาตินำส่งเอง ขาดการเฝ้าระวังอาการและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3) ด้านการให้บริการ

3.1) การให้บริการก่อนถึงรพ. (pre-hospital) เดิมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการช่องทาง

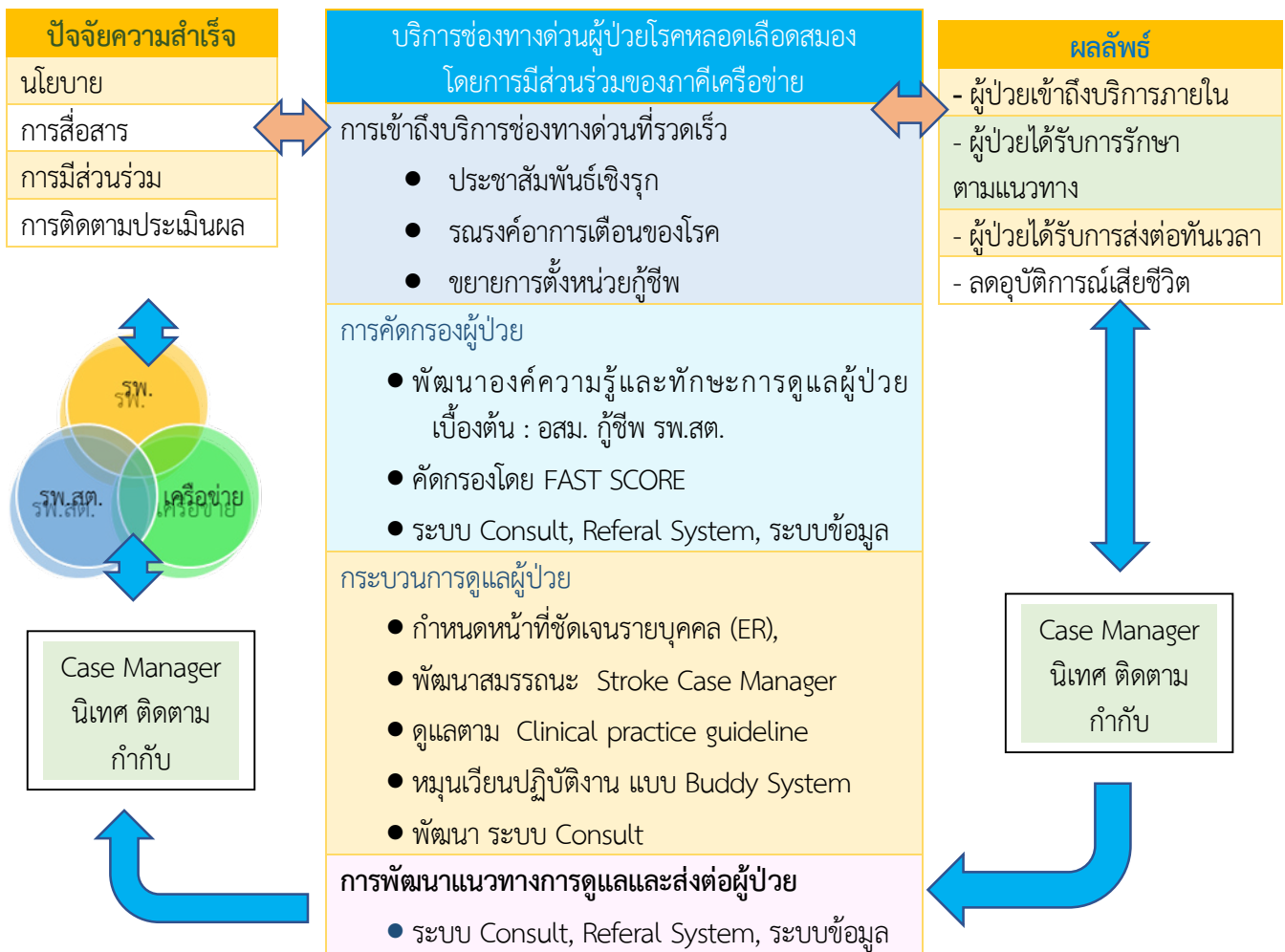
ด่วนที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669 น้อยมาก ประชาชนไม่ทราบถึงการเรียกใช้เบอร์ 1669 บุคลากรสุขภาพขาดการประชาสัมพันธ์การเรียก 1669 ส่วนมากประชาชนมักโทรเบอร์โทรศัพท์เบอร์ตรงรพ. ทำให้รพ.ต้องโทรศัพท์แจ้งไปที่ศูนย์สั่งการที่หมายเลข 1669 อีกครั้ง

3.2) ด้านระบบบริการ แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ชัดเจน ระบบการรับคำปรึกษาทั้งผู้รับผิดชอบและช่องทางไม่ชัดเจน

3.3) การให้บริการที่โรงพยาบาล (hospital) *ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ* 1) เจ้าหน้าที่บริการด้านหน้าไม่มั่นใจทักษะการประเมินแรกรับผู้ป่วย ทำให้การคัดกรองผิดพลาด ไม่เร่งรีบ ผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจนไม่ได้เข้าห้องฉุกเฉินแต่ถูกคัดกรองให้ไปรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) แพทย์ ยังพบระบบการตรวจประเมินยังไม่ชัดเจน เช่น กรณีที่ผู้รับบริการมาพร้อมกันหลายคน มีโอกาสที่จะไม่ได้ตรวจประเมินทันที 3) พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินยังขาดความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วย มีการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) พยาบาลเวรส่งต่อ ขาดความมั่นใจและทักษะการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร การจำแนกประเภทผู้ป่วยแต่ละแผนกและแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การตามรถส่งต่อล่าช้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด

3.4) การให้บริการขณะส่งต่อผู้ป่วย (post-hospital) แนวปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยขณะรอนำส่งไปรพ. แม่ข่าย/การติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อยังไม่ชัดเจน

2. การพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว โดยการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รณรงค์อาการเตือนของโรค ประชาสัมพันธ์การเรียก 1669 ผ่านทุกช่องทาง ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสร้างความตระหนักในการให้บริการช่องทางด่วน ขยายการตั้งหน่วยกู้ชีพเพิ่มขึ้น 2) การคัดกรองผู้ป่วย โดยพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุข กู้ชีพตำบล นำ FAST score มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งอำเภอ 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยการบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็วกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นรายบุคคล พัฒนาสมรรถนะ Stroke Case Manager ให้การดูแลตาม Clinical practice guideline พัฒนาระบบให้ปรึกษา (consult) ร่วมกับรพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านทางไลน์ 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงจัดทำระบบการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลขอนแก่นผ่านทางไลน์ โดยสามารถอธิบายได้ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
อำเภอชนบท

3. ประเมินผลการพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

3.1 ผลการพัฒนาด้านกระบวนการ พบว่าบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายบริการ มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100

3.2 ผลลัพธ์จากการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยจากการดำเนินงานสามารถสรุปได้ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาการวิจัย ทั้งหมดจำนวน 95 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.74 อยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45-60 ปี ร้อยละ 78.95 อายุเฉลี่ย 65.58 ปี (SD = 14.92) ใช้บริการ



1669 ร้อยละ 31.58 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ร้อยละ 68.42 และมีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.37 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 21.05 และส่วนใหญ่เป็นโรคสมองขาดเลือด ร้อยละ 61.05

2) ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจากการพัฒนา มีดังนี้ 1) ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในระบบบริการทางด่วน พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 84.25 นาที (SD. = 45.24)

การส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายหลังแพทย์วินิจฉัยใช้เวลาเฉลี่ย 5.56 นาที (SD. = 2.40) รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อใช้เวลาเฉลี่ย 15.40 นาที (SD. = 7.20) (ตารางที่ 1) และผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการภายใน 180 นาที ร้อยละ 75.58 ไม่มีอุปสรรคการวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke fast tract ล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 94.74 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในระบบบริการช่องทางด่วน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล	≤ 180 นาที	84.25±45.24
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อภายหลังวินิจฉัยเป็น Stroke	≤ 10 นาที	5.56±2.40
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนส่งต่อ	≤ 20 นาที	15.40±7.20

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา ปี 2562	หลังพัฒนา ปี 2563
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการภายใน 180 นาที	>50%	37.50	75.78
ร้อยละ การวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke fast tract ล่าช้า	<50%	0	0
ร้อยละ Stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	>90%	79.54	94.74

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผน



แก้ไขปัญหาคือต่อไป ในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชนบท นี้ ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบบริการทางด่วนที่พัฒนาขึ้นมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันของเครือข่ายบริการในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งการคัดกรอง การรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษา/รับปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย และลูกข่าย สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมศักดิ์ เทียมเก่า⁹ ที่พบว่าทีมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 ได้ร่วมมือกันด้วยการสร้างเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 โดยการออกแบบระบบบริการให้ผู้ป่วยในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งเขตสุขภาพ โดยการพัฒนาระบบนั้นครอบคลุมตั้งแต่การสร้าง awareness, alert และ activate ระบบ stroke fast track ในชุมชน ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track ภายในโรงพยาบาลเพื่อที่จะทำให้การบริการนั้นเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังครอบคลุมการส่งต่อและส่งกลับ การเยี่ยมบ้านที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 7 นั้นสามารถเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track ได้เป็นอัตราส่วนที่สูงขึ้น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วทั้งประเทศและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ด้วย และ

สอดคล้องกับการศึกษา ของรัตนารักษ์ ยนต์ตระกูล¹⁰ ที่ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ พบว่า การพัฒนาระบบบริการได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจร เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การให้คำปรึกษา 5) การพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยแนวปฏิบัติการพยาบาล และเครื่องมือการส่งต่อและ 6) การติดตามผู้ป่วยและประเมิน ผลลัพธ์ระยะประเมินผลพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 100 ระยะ เวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ลดลงจาก 67.17 นาที เป็น 46.79 นาที จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้นจาก 9.26% เป็น 30.63% และไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ และการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 70.5 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้ รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาโดยการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน และลดขั้นตอนต่างๆในระบบการให้บริการที่จะทำให้เสียเวลาลง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) ได้รับยา rTPA ทันในเวลาที่กำหนด (door to needle time) โดยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 แต่จากผลการศึกษาได้พบประเด็นสำคัญคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 เพียงร้อยละ 31.58 คล้ายกับ นันทวรรณ ทิพเนตรและวชิรชนะบุตร¹¹ ที่สำรวจความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือด



เลือดสมองของประชาชน พบว่า ร้อยละ 20.2 มีความรู้เรื่องอาการเตือนว่ามีอาการหน้าเขียว รongลง มาคืออาการเดินลำบาก พูดไม่ชัด อาการปวดศีรษะและเข้าใจว่าหากมีอาการโรคหลอดเลือดสมองแล้วควรนำส่งโรงพยาบาลทันที ร้อยละ 49.8 โดยใช้บริการโทรสายด่วน 1669 ทันทีเพียงร้อยละ 30.4 ซึ่งถือว่ายังเป็นจำนวนที่น้อย ทั้งนี้การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในทุกรูปแบบในชุมชนและการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมป้องกันตัวเองและจะช่วยลดปัญหาและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นยืนยันว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ รวมถึงการจัดการตนเองเมื่อมีอาการเตือน

โดยเรียกใช้บริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีน้อย ดังนั้นในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาในประเด็นช่องทางประชาสัมพันธ์ที่ส่งเสริมความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนและการเข้าถึงบริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชนบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและภาคีเครือข่ายในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ทุกท่านที่ร่วมพัฒนาบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และได้มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/.
4. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
5. โรงพยาบาลชนบท. รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองประจำปีงบประมาณ 2560-2562. ขอนแก่น : โรงพยาบาลชนบท; 2562.
6. บุญชม ศรีสะอาด .การวิจัยเบื้องต้น.กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น; 2553.
7. ทวีศักดิ์ นพเกษตร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โรงพิมพ์โชคเจริญ มาร์เก็ตติ้ง; 2549.
8. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2558.
9. สมศักดิ์ เทียมเก่า. ความเป็นมาของการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์). วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2562 ; 18(1); 25-41



10. รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง และเครือข่ายบริการ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560 ; 27(2) ; 80-95.
11. นันทวรรณ ทิพยเนตร, วชิร ชนะบุตร. รายงานการวิจัย เรื่อง ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรค หลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่ง หนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. สาขาเวชกิจ ชุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2559.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอ양ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors associated with burden of schizophrenia caregivers in Yangtalad district, Kalasin province

(Received: October 29,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 18,2022)

ไชยวุฒิ ไชยศิวมงคล¹
Chaiyut Chaisiwamongkol¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอ양ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล อำเภอ양ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวนทั้งหมด 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาค่าแปรเชิงเดี่ยว Chi-Square Test และการวิเคราะห์แบบพหุคูณถอยโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 70 และไม่มีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 30 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระจำแนกได้เป็น ความรู้สึกเป็นภาระน้อย ร้อยละ 8.8 ความรู้สึกเป็นภาระปานกลางร้อยละ 32.5 และความรู้สึกเป็นภาระมากร้อยละ 28.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.05$) มีทั้งหมด 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านแหล่งที่มารายได้ของครอบครัวมาจากผู้ดูแลเพียงคนเดียว มีความรู้สึกเป็นภาระ 12.57 เท่า ของผู้ดูแลที่มีรายได้จากผู้อื่นร่วมด้วย(Adjusted OR = 12.57[95%CI: 1.14-138.94], p-value=0.039) และปัจจัยด้านอาการจิตเภทเปลี่ยนแปลงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ 18.91 เท่า ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่หรือดีขึ้น(Adjusted OR = 18.91 [95%CI: 1.69-211.68], p-value=0.017)

คำสำคัญ : ปัจจัย, ภาระของผู้ดูแล, จิตเภท

Abstract

This study was an exploratory study. aims to study Factors Associated with Feelings of Burden of Caregivers of Schizophrenic Patients, Yang Talat District, Kalasin Province The sample consisted of caretakers of schizophrenic patients treated at Yang Talat Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. There were a total of 80 people who passed the inclusion and exclusion criteria. Data were collected by using a questionnaire. Data were analyzed by statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation. Single Variable Analysis, Chi-Square Test and Logistic Regression Analysis The level of significance was set at 0.05.

The results showed that 70% of the caregivers of schizophrenic patients felt burdened and 30% did not feel burdened. 8.8% felt a little burden, 32.5% a moderate burden, and 28.8% felt a great burden. There were 2 factors with statistical significance ($P < 0.05$), namely the source of family income from one-way caregivers. There was a feeling of burden 12.57 times that of caregivers with income from others (Adjusted OR = 12.57[95%CI: 1.14-138.94], p-value = 0.039). 1 month ago It made caregivers feel burden

¹ นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลยางตลาด

18.91 times that of caregivers of schizophrenic patients with stable or improved symptoms (Adjusted OR = 18.91 [95%CI: 1.69-211.68], p-value = 0.017).

Key word: burden, caregiver, schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31¹ และการสำรวจระดับชาติของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17² สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความชุกของโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภายในจังหวัด(คนต่อจังหวัด) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 8,106 คน, 8,882 คน และ 9,503 คน ตามลำดับ สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภายในจังหวัด(คนต่อหน่วยบริการ) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,593 คน, 1,696 คน และ 1,780 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี³

การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะวัยรุ่น ตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง⁴ โรคจิตเภทจึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภท อยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3⁵ ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วย โรค

ทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัว ตั้งแต่ คอกลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี⁶

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจต่อผู้ดูแล ทำให้รู้สึกทุกข์ใจวิตกกังวล(subjective burden) และเกิดจากงานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง(objective burden) สามารถประเมินได้ชัดเจน ได้แก่ การรบกวนเวลาส่วนตัว การรบกวนด้านเศรษฐกิจ รายได้ หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว⁷ ดังนั้น ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจึงมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ⁸ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่า มีคุณภาพชีวิตต่ำในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตหรือด้านอื่นๆ⁹

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ สุขภาพกาย อารมณ์ รายได้ การขาดการสนับสนุนทางสังคม การดำเนินโรคของผู้ป่วยและปัญหาภายในครอบครัว¹⁰ ผู้ดูแลมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือมีอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ง่าย¹¹

ดังนั้นความเข้าใจเรื่องภาระการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสำคัญมากในการช่วยส่งเสริมหรือลดภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไปได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์



วิธีการวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม(case-control study) โดยกำหนดให้ case คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและ control คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกไม่เป็นภาระในการดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวนทั้งหมด 80 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา

(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอายุระหว่าง 18-75 ปี
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ในระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. เป็นผู้ที่สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้ และสื่อสารได้
4. ไม่เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิต

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลไม่ต่อเนื่อง หรือแพทย์รับเป็นผู้ป่วยใน นานกว่า 1 เดือนก่อนการศึกษา
- การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Time frame allocation sampling กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรอ้างอิงจากงานวิจัยในประเทศไทยกำหนดค่าความซุก(P) ที่พบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเท่ากับร้อยละ 54.5¹⁴ แล้วแทนค่าในสูตรโปรแกรม n4Studies โดยการแทนค่าในสูตรดังต่อไปนี้¹²

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดยกำหนดค่าดังต่อไปนี้

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z score ของ normal variation ซึ่งในที่นี้จะแทนด้วยตัวเลข 1.96

p = ค่าสัดส่วนของประชากรที่ใช้ในการ ซึ่งในที่นี้จะแทนด้วย 0.545

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณ ดังนั้นงานวิจัยนี้คำนวณขนาดตัวอย่างทั้งหมด (Sample size) 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปรนัยที่มีคำถามให้เลือกตอบ(Multiple choice questions) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่วนที่ 4 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ ชนัญชิตาคุซุมิ ทูลศิริและคณะ¹³

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ โรคประจำตัวร่วมอื่นๆ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภท ความสม่ำเสมอในการกินยาในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา อาการช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา การใช้แอลกอฮอล์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การใช้แอมเฟตามีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การใช้บุหรี่ยาสูบในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและทัศนคติ ประกอบด้วย แหล่งที่มา รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย จำนวน ชั่วโมงในการดูแลต่อวัน การจัดหาให้ผู้ป่วย การมีคน ช่วยดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้อยู่อาศัยในครอบครัว ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย ความทุกข์ใจในการดูแล ทั้งหมด 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และส่วนที่3 ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน คำนวณค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC หรือ Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.8-1 ทดสอบคุณภาพและความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview Thai version) ของชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ^๒ ตรวจสอบเครื่องมือของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 แปลมาจาก Zarit Burden Interview มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- ไม่เคยเลย = 0 คะแนน
- นาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน
- เป็นครั้งคราว = 2 คะแนน
- บ่อย ๆ = 3 คะแนน
- ประจำ = 4 คะแนน

การแปลผล โดยแบ่งเป็นไม่มีภาระการดูแล ไม่มีภาระการดูแล โดยระดับคะแนนที่ไม่มีภาระการดูแลคือ 0-20 คะแนน ส่วนระดับคะแนนที่มีภาระการดูแลคือมีค่าคะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน ในด้านภาระการดูแลได้แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือระดับน้อยมีคะแนน 21-40 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนน 41-60 คะแนน และระดับมากมีคะแนน 61-88 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Frequency, Percentage, Mean (Standard deviation), ค่าต่ำสุด (Min), ค่าสูงสุด (Max) สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval, Multiple Logistic Regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขการรับรองที่ ๐๐๒/๒๕๖๕

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 80 ราย มีความรู้สึกเป็นภาระ 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระจำแนกได้เป็น ความรู้สึกเป็นภาระน้อย 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 ความรู้สึกเป็นภาระมาก 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 80 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 86.2 และ 13.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 54.5 ± 11.5 ปี อายุมากที่สุดคือ 75.0 ปี อายุ น้อยสุดคือ 24.0 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.5 และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 63.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกับความรู้จักเป็นภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนทั้งหมด N=80 คน(ร้อยละ)	ความรู้จักเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน(ร้อยละ)		p-value
		มี N=56 คน(ร้อยละ)	ไม่มี N=24 คน(ร้อยละ)	
เพศ				0.832
ชาย	11(13.8)	8(14.3)	3(12.5)	
หญิง	69(86.2)	48(85.7)	21(87.5)	
อายุ(ปี)				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน(IQR) ระดับการศึกษา	54.5±11.5 54(47.3,63.0)	53.2±10.4 54(47.0,58.0)	57.6±13.6 58(48.5,69.8)	0.853
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	60(75.0)	41(73.2)	19(79.2)	
มัธยมศึกษา	16(20.0)	12(21.4)	4(16.7)	
อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	4(5.0)	3(5.4)	1(4.1)	
สถานภาพ				0.640
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	31(38.7)	18(32.1)	13(54.2)	
สมรส	49(61.3)	38(67.9)	11(45.8)	
อาชีพ				0.294
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28(35.0)	17(30.3)	11(45.8)	
รับจ้าง	38(47.5)	31(55.4)	7(29.2)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	2(2.5)	1(1.8)	1(4.2)	
ค้าขาย	8(10.0)	5(8.9)	3(12.5)	
เกษตรกร	4(5.0)	2(3.6)	2(8.3)	
รายได้ต่อเดือน				0.754
น้อยกว่า 5,000 บาท	49(61.3)	34(60.7)	15(62.5)	
5,000-10,000 บาท	25(31.3)	17(30.4)	8(33.3)	
มากกว่า 10,000 บาท	6(7.4)	5(8.9)	1(4.2)	
โรคประจำตัวของผู้ดูแล				0.382
มี	22(27.5)	17(30.4)	5(20.8)	
ไม่มี	58(72.5)	39(69.6)	19(79.2)	
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				0.630
บิดา/มารดา	51(63.8)	37(66.2)	14(58.4)	
สามี/ภรรยา	12(15.0)	7(12.5)	5(20.8)	
พี่/น้อง/บุตร/ลุง/ป้า/น้า/อา/หลาน/อื่นๆ	17(21.2)	12(21.3)	5(20.8)	

2. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 80 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73.8 และ 26.2 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 40.2 ± 13.6 ปี อายุมากที่สุดคือ 75.0 ปี อายุน้อยสุดคือ 18.0 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 87.5 การกินยาไม่สม่ำเสมอในช่วงหกเดือนที่ผ่าน

มา คิดเป็นร้อยละ 38.8 อาการแ่ลงในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 46.3 อาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 18.8 มีการใช้แอลกอฮอล์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 33.7 มีการใช้แอมเฟตามีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีการใช้บุหรี่ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 58.7 และมีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 5.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนทั้งหมด N=80 คน(ร้อยละ)	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน(ร้อยละ)		P-value
		มี N=56 คน(ร้อยละ)	ไม่มี N=24 คน(ร้อยละ)	
เพศ				0.868
ชาย	59(73.8)	41(73.2)	18(75.0)	
หญิง	21(26.2)	15(26.8)	6(25.0)	
อายุ(ปี)				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	40.2 ± 13.6	37.6 ± 11.9	46.3 ± 15.4	
มัธยฐาน(IQR)	32(30.3,48.8)	32(28.3,45.8)	40(34.0,63.5)	
ระดับการศึกษา				0.565
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	42(52.5)	31(55.4)	11(45.8)	
มัธยมศึกษา	34(42.5)	23(41.1)	11(45.8)	
อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	4(5.1)	2(3.6)	2(8.2)	
สถานภาพ				0.348
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	65(81.2)	47(83.9)	18(75.0)	
สมรส	15(18.8)	9(16.1)	6(25.0)	
โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท				1.000
มี	10(12.5)	7(12.5)	3(12.5)	
ไม่มี	70(87.5)	49(87.5)	21(87.5)	
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภท(ปี)				*0.012
น้อยกว่า 5 ปี	34(42.5)	29(51.8)	5(20.8)	
5-10 ปี	15(18.8)	11(19.6)	4(16.7)	
มากกว่า 10 ปี	31(38.7)	16(28.6)	15(62.5)	
ความสม่ำเสมอในการกินยา ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา				*0.001
กินยาทุกวัน	49(61.2)	27(48.2)	22(91.7)	
กินยาไม่สม่ำเสมอ	19(23.8)	17(30.4)	2(8.3)	
ไม่กินยา	12(15.0)	12(21.4)	0(0.0)	
อาการจิตเภทช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				*0.000

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนทั้งหมด N=80 คน(ร้อยละ)	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน(ร้อยละ)		P-value
		มี N=56 คน(ร้อยละ)	ไม่มี N=24 คน(ร้อยละ)	
คงที่หรือดีขึ้น	43(53.7)	20(35.7)	23(95.8)	*0.005
แย่ลง	37(46.3)	36(64.3)	1(4.2)	
อาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาล ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา				
ไม่มี	65(81.2)	41(73.2)	24(100.0)	
มี	15(18.8)	15(26.8)	0(0.0)	
การใช้แอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				0.110
ใช้	27(33.7)	34(60.7)	5(20.8)	
ไม่ใช้	53(66.3)	22(39.3)	19(79.2)	
การใช้แอมเฟตามีน(ยาบ้า) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				*0.001
ใช้	36(45.0)	32(57.1)	4(16.7)	
ไม่ใช้	44(55.0)	24(42.9)	20(83.3)	
การใช้บุหรี่ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				0.124
ใช้	47(58.7)	36(64.3)	11(45.8)	
ไม่ใช้	33(41.3)	20(35.7)	13(54.2)	
การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				0.823
ใช้	4(5.0)	3(5.4)	1(4.2)	
ไม่ใช้	76(95.0)	53(94.6)	23(95.8)	

3. ปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและทัศนคติ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 80 คน แหล่งที่มารายได้ครอบครัวมาจากผู้ดูแลทางเดียว คิดเป็นร้อยละ 23.8 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 51.2 ส่วน

ใหญ่ผู้ดูแลได้จัดยาให้ผู้ป่วยทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ส่วนใหญ่ไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 51.2 จำนวนผู้อยู่อาศัยในครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิกตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.7 ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 48.8 และส่วนใหญ่มีความทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 88.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและทัศนคติของผู้ดูแลกับความรับรู้ถึงภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนทั้งหมด N=80 คน(ร้อยละ)	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน(ร้อยละ)		p-value
		มี N=56 คน(ร้อยละ)	ไม่มี N=24 คน(ร้อยละ)	
แหล่งที่มารายได้ของครอบครัว ตนเองทางเดียว	19(23.8)	18(32.1)	1(4.2)	*0.011

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและทัศนคติของ
ผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนทั้งหมด N=80 คน(ร้อยละ)	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน(ร้อยละ)		p-value
		มี N=56 คน(ร้อยละ)	ไม่มี N=24 คน(ร้อยละ)	
ผู้อื่นทางเดียว	13(16.2)	10(17.9)	3(12.5)	*0.006
ตนเองและผู้อื่น	48(60.0)	28(50.0)	20(83.3)	
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย(ปี)				
น้อยกว่า 5 ปี	40(50.0)	33(58.9)	7(29.2)	0.771
5-10 ปี	8(10.0)	7(12.5)	1(4.2)	
มากกว่า 10 ปี	32(40.0)	16(28.6)	16(66.6)	
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน				0.167
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	6(7.5)	4(7.1)	2(8.4)	
4-8 ชั่วโมง	33(41.3)	22(39.3)	11(45.8)	
มากกว่า 8 ชั่วโมง	41(51.2)	30(53.6)	11(45.8)	0.879
การจัดยาให้ผู้ป่วย				
จัดยาให้ทุกวัน	42(52.4)	33(58.9)	9(37.5)	
จัดยาให้บางวัน	7(8.8)	5(8.9)	2(8.3)	0.471
ผู้ป่วยจัดยาเอง	31(38.8)	18(32.0)	13(54.2)	
การมีคนช่วยดูแลผู้ป่วย				
มี	39(48.8)	20(35.7)	9(37.5)	0.407
ไม่มี	41(51.2)	36(64.3)	15(62.5)	
จำนวนผู้อยู่อาศัยในครอบครัว				0.189
1-2 คน	21(26.3)	16(28.6)	5(20.8)	
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	59(73.7)	40(71.4)	19(79.2)	
ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย				
มี	39(48.8)	29(51.8)	10(41.7)	
ไม่มี	41(51.2)	27(48.2)	14(58.3)	
ความทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วย				
มี	71(88.8)	48(85.7)	23(95.8)	
ไม่มี	9(11.2)	8(14.3)	1(4.2)	

การนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) พบมีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภทน้อยกว่า 5 ปี ($COR=4.08$ [95%CI: 1.34-12.46], $p=0.012$), การกินยาไม่สม่ำเสมอในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา ($COR=11.82$ [95%CI:2.53-55.08], $p=0.001$), อาการจิตเภทแย่ลงในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

($COR=26.71$ [95%CI: 2.99-238.36], $p=0.000$), แหล่งที่มารายได้ของครอบครัวมาจากผู้ดูแลทางเดียว ($COR=10.90$ [95%CI: 1.36-87.14], $p=0.011$), ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ($COR=3.48$ [95%CI: 1.25-9.75], $p=0.006$), อาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ($COR=N/A$, $p=0.000$), การใช้แอมเฟตามีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ($COR=6.67$ [95%CI: 2.01,22.07], $p=0.005$) จากนั้นนำตัวแปรที่ได้ทั้งหมด 7 ตัวแปร มาควบคุม

ผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ โดยการวิเคราะห์สถิติแบบพหุคูณถอยโลจิสติก(Multiple Logistic Regression) แสดงขนาดความสัมพันธ์ควบคุมผลจากทุกตัว เป็นค่า Adjusted Odds Ratio(Adjusted OR) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีทั้งสิ้น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยอาการจิตเภทแย่งลงในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

(Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 1.69-211.68], p-value=0.017) และปัจจัยแหล่งที่มารายได้ของครอบครัวมาจากผู้ดูแลทางเดียว(Adjusted OR = 12.57 [95%CI: 1.14-138.94], p-value=0.039) ดังตารางที่

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude Odds ratio (95%CI)	Adjusted Odds ratio(95%CI)	P-value
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภท(ปี) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี น้อยกว่า 5 ปี	1 4.08(1.34,12.46)		
ความสม่ำเสมอในการกินยา ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กินยาทุกวัน กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือ ไม่กินยา	1 11.82(2.53,55.08)		
อาการจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คงที่หรือดีขึ้น แย่ง	1 26.7(2.99,238.360)	1 18.91(1.69,211.68)	*0.017
แหล่งที่มารายได้ของครอบครัว ผู้อื่นทางเดียว หรือ ตนเองและผู้อื่น ตนเองทางเดียว	1 10.90(1.36,87.14)	1 12.57(1.14,138.94)	*0.039
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย(ปี) 5-10 ปี น้อยกว่า 5 ปี	1 3.48(1.25,9.75)		
อาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาล ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มี มี	1 N/A		
การใช้แอมเฟตามีน(ยาบ้า) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ใช้ ใช้	1 6.67(2.01,22.07)		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระคิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีความแตกต่างจากงานวิจัยของ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์(2559)¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 54.5 ในขณะที่การศึกษาของ Shamsaei S, Cheraghi F, Bashirian (2015)¹⁵ ใน

ประเทศอิหร่านพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระร้อยละ 92.4

การศึกษาของ Renuka Adhikari (2020)¹⁶ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66 มีภาระในการดูแลระดับรุนแรง ร้อยละ 28 มีภาระในการดูแลระดับปานกลางถึงรุนแรง จากงานวิจัยของ ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ

(2564)¹⁷ พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 38.8 และการศึกษาของ จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์และชลทิชา เรื่องวิริยะนันท์(2562)¹⁸ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 73.2 ทั้งนี้ความแตกต่างของความชุกอาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น จึงทำให้ความรู้สึกทุกขใจและความรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระในระดับที่แตกต่างกัน ด้านการเก็บตัวอย่างแบบ time frame allocation ของงานวิจัยฉบับนี้อาจทำให้ได้ประชากรตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นตัวแทนของทั้งชุมชนเนื่องจากการเก็บข้อมูลจะสำรวจจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างสถานที่นั้น และอาจมีความแตกต่างในด้านความรุนแรงของโรคในแต่ละกลุ่มประชากรของงานวิจัยแต่ละแห่ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านแหล่งที่มารายได้ของครอบครัว ($p=0.039$) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยที่หารายได้คนเดียวมีความรู้สึกเป็นภาระ 12.57 เท่า ($95\%CI=1.136, 138.940$) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้จากผู้อื่นร่วมด้วย และปัจจัยด้านอาการช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ($p=0.017$) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแยะลง มีความรู้สึกเป็นภาระ 18.906 เท่า ($95\%CI=1.689, 211.683$) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่หรือดีขึ้น

ปัจจัยด้านแหล่งที่มารายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่หารายได้คนเดียวมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้จากผู้อื่นร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Gutierrez-Maldonado J. (2005)¹⁹ ที่พบว่า ภาระการดูแลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์สูงโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและอาการกำเริบบ่อย ครอบครัวที่มีปัญหาความยากจน และจากงานวิจัยของ Grandon P. (2008)²⁰ ในประเทศชิลี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาระการดูแล ได้แก่ การกำเริบบ่อยครั้ง และการที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอ และจากการศึกษาของ Caqueo-Urizar A. และคณะ(ค.ศ.2014)²¹ พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้แก่ ความเครียดส่วนตัวของ

ผู้ดูแล การสนับสนุนจากภาคสังคม และสถานภาพทางการเงินของครอบครัว

ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแยะลง มีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่หรือดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน แสงศิริรักษ์(2559)¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว การทำหน้าที่บกพร่อง เป็นภาระการดูแลมากกว่า ผู้ป่วยที่อาการสงบ หรือทำหน้าที่ไม่บกพร่องมาก การศึกษาของ จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์และชลทิชา เรื่องวิริยะนันท์(2562)¹⁸ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกขใจในการดูแล อาการกำเริบของผู้ป่วย และโรคประจำตัวทางกายของผู้ดูแล จากงานวิจัยของ Caqueo-Urizar A. และคณะ(ค.ศ.2014)²¹ พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้แก่ เชื้อชาติ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย การรักษาแบบครอบครัวบำบัด การศึกษาของ DiSha Geriani et al.(2015)²² ในประเทศอินเดีย พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอาการกำเริบของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากงานวิจัยของ Grandon P. (2008)²⁰ ในประเทศชิลี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาระการดูแล ได้แก่ การกำเริบบ่อยครั้ง positive symptoms ที่มาก ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ Gutierrez-Maldonado J. (2005)¹⁹ พบว่าภาระการดูแลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์สูง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมารดา ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและอาการกำเริบบ่อย

ข้อเสนอแนะ

- 1.สนับสนุนการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และชุมชน
- 2.สนับสนุนโครงการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและวิธีผ่อนคลายความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณให้โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล และติดตามประเมินผลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4.เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงเขตพื้นที่เดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่แท้จริงจากหลาย ๆ พื้นที่

5.ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาโปรแกรมลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้แก่ผู้ดูแล อย่างครอบคลุมทุกมิติและตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในพื้นที่นั้นๆ

6.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อศึกษาทัศนคติ วิธีชีวิต อุปสรรคในการดูแลในบริบทของภูมิภาคอื่นๆ ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- 1.งชัย ทวีชาชาติ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Published online 2541.
- 2.อนุรักษ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. Published online 2544:335-343.
- 3.HDC - Report. Published 2565. Accessed August 8, 2022.
https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=31ad3425df7840afe354735d7d2ba957
- 4.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. 2nd ed. บริษัทวิศทอเรียอิมเมจจำกัด; 2560.
- 5.Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- 6.Murray CJL, Lopez AD, Organization WH, Bank W, Health HS of P. The Global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : summary / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. Published online 1996.
- 7.Pai S, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *Br J Psychiatry*. 1981;138:332-335. doi:10.1192/bjp.138.4.332
- 8.Wong DFK, Lam AYK, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:15. doi:10.1186/1477-7525-10-15
- 9.Boyer L, Caqueo-Úrizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-Maldonado J, Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):42. doi:10.1186/1471-2296-13-42
- 10.Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:84. doi:10.1186/1477-7525-7-84
- 11.พิชชุตดา วิทวัสสำราญกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทยเวช 4-5. 2564;40(1):19-29.
- 12.Ngamjarus C, Chongsuvatwong V, McNeil E. N4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Med J*. 2016;68(3):160-170.

- 13.ชนัญชิตาคุณุฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและศึกษา. 2011;4(1).
- 14.สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 2559;31(3):140-148.
- 15.Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on Family Caregivers for Schizophrenia Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. Iranian J Psychiatry. 2015;10.
- 16.Renuka Adhikari, Sami Lama, Nirmala Shrestha, Kriti Thapa, Nidesh Sapkota. BURDEN AND COPING AMONG CAREGIVERS OF CHRONIC MENTALLY ILL PATIENTS: A HOSPITAL BASED STUDY. WORLD JOURNAL OF ADVANCE HEALTHCARE RESEARCH. Published online 2020. Accessed May 11, 2021.
https://www.researchgate.net/publication/344161264_BURDEN_AND_COPING_AMONG_CAREGIVERS_OF_CHRONIC_MENTALLY_ILL_PATIENTS_A_HOSPITAL_BASED_STUDY
- 17.ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ, นิสิตา นาทประยุทธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564;66(2):203-216.
- 18.Pitanupong J, Rueangwiriyanan C. ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. Journal of Mental Health of Thailand. 2019;27(2):95-106.
- 19.Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(11):899-904.
doi:10.1007/S00127-005-0963-5
- 20.Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. Psychiatry Res. 2008;158(3):335-343. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2006.12.013
- 21.Caqueo-Úrizar A, Miranda-Castillo C, Giraldez SL, Maturana SLL, Pérez MR, Tapia FM. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema. 2014;26(2):235-243.
doi:10.7334/psicothema2013.86
- 22.Disha Geriani, Kochukarottil Satish Babu Savithry, Seemanthini Shivakumar, Tanuj Kanchan. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015;9(3):VC01-VC04. Accessed July 6, 2022.
https://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&month=March&volume=9&issue=3&page=VC01-VC04&id=5654

ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมาของสตรี ในพื้นที่อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Prevalence and genotypic distribution of human papillomavirus infection among women in Kamalasai District Kalasin Province

(Received: November 7,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 15,2022)

ธิดารัตน์ มละสาร¹
Thidarat Malasan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาในกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในพื้นที่อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 1,569 คน โดยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบ HPV Screening ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผลการศึกษา : ความชุกของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 4.08 พื้นที่ที่มีความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV มากที่สุด คือ รพ.สต.บ้านข้าวหลาม ร้อยละ 8.62 รองลงมา คือ รพ.ภมลาไสย และรพ.สต.บ้านบึง ร้อยละ 6.62 และ 6.25 ตามลำดับ สายพันธุ์ที่มีการติดเชื้อสูงสุด คือ สายพันธุ์ non 16, 18 ร้อยละ 3.19 รองลงมาคือ HPV สายพันธุ์ 16 และ HPV สายพันธุ์ 18 ร้อยละ 0.70 และ 0.19 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 30-40 ปี มีความชุกของการติดเชื้อ HPV สูงสุด ร้อยละ 8.65 ความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากที่สุดคือ HSIL (CIN III) ร้อยละ 50 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV คือ อายุ โดยมีค่า Adjusted OR 2.26 หมายความว่า ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสในการติดเชื้อ HPV มากกว่าผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ประมาณ 2 เท่า

คำสำคัญ: ความชุก, การกระจายตัว, การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมา, การตรวจ HPV DNA test

Abstract

This descriptive study aimed to study the prevalence and distribution of HPV infection and risk factors for HPV infection among women in Kamalasai District. Kalasin Province. Study among women aged between 30-60 years in the area of Kamalasai District. Kalasin Province who received cervical cancer screening service by HPV DNA test between February 1 and August 31, 2021, totaling 1,569 people, by studying data from the HPV Screening system database of the National Cancer Institute.

Results: The prevalence of HPV infection among women in Kamalasai District Kalasin Province was 4.08%. The area with the highest prevalence and distribution of HPV infection was Ban Khao Lam sub-district health promoting hospital 8.62%, followed by Kamalasai Hospital and Ban Bueng sub-district health promoting hospital were 6.62% and 6.25 %, respectively. HPV genotype non 16 18 was the most prevalent genotype 3.19%, followed by genotypes 16 and 18 were 0.70% and 0.19%, respectively. The rang age group between 30-40

¹ นายแพทย์ระดับชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 46130 Corresponding Author E-mail : nan_mod5@hotmail.com

years has the highest prevalence and distribution of HPV infection 8.65%. The most common cervical cell abnormalities were HSIL (CIN III). 50%. The risk factor for HPV infection was age, with an Adjusted OR 2.26, meaning that than women older than 40 years are approximately that women younger than or equal to 40 years twice as likely to contract HPV

Keyword : Prevalence, distribution, human papillomavirus, HPV DNA test

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 ของผู้หญิงทั่วโลก พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 569,847 คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 311,365 คน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ โดยส่วนใหญ่พบในผู้หญิงอายุระหว่าง 35-60 จากรายงานปี 2560 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 2,251 คน หรือคิดเป็น 6.8 คนต่อประชากร 100,000 คน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สูงขึ้น เป็นปีละประมาณ 13,082 คน เสียชีวิต 7,871 คน⁽²⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561- พ.ศ. 2563) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี เท่ากับ ร้อยละ 3.68, 3.57 และ 3.45 ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ และสอดคล้องกับอำเภอภมกลาไสยที่มีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2561-2563 เท่ากับ ร้อยละ 0.10, 0.11 และ 0.12 ตามลำดับ ถ้าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงสูงในระดับนี้โดยไม่มีมาตรการหรือแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคที่ประสิทธิภาพ

การติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) เป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อ HPV ประมาณร้อยละ 90 จะไม่มีการแสดงอาการ และสามารถหายได้เองภายใน 2 ปี ด้วยระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย การติดเชื้อ HPV บางสายพันธุ์ก่อให้เกิดหูดหรือรอยโรค โดยรอยโรคนี้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

(Cervical), มะเร็งปากช่องคลอด(Vulva), มะเร็งช่องคลอด (Vagina) มะเร็งองคชาติ (Penis) มะเร็งทวารหนัก (Anus) มะเร็งปากหรือคอ (Mouth or Throat) ได้ในอนาคค และยังพบว่ามะเร็งปากมดลูกที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักพบการติดเชื้อ HPV เป็นสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค (High risk type) โดยเฉพาะสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 ที่มีความรุนแรงสูงกว่าสายพันธุ์อื่น ๆ และเป็นสาเหตุทำให้เซลล์มะเร็งได้⁽³⁾ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นมาตรการที่สำคัญในการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้โดยเร็วก่อนลุกลาม ช่วยให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกลดลง ในปี 2563 จากมติคณะกรรมการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2563 เห็นชอบให้ใช้การตรวจ HPV DNA test เป็นวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทดแทนการตรวจคัดกรองแบบดั้งเดิม (Pap smear) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะช่วยลดอุบัติการณ์เกิดผู้ป่วยรายใหม่ได้⁽⁴⁾

โรงพยาบาลภมกลาไสยได้เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและการกระจายตัวของ การติดเชื้อ HPV และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมกลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์เลย ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก การกระจายตัวของ การติดเชื้อ HPV และศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือน ประวัติการใช้ Hormonal ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมกลาไสย

จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในระดับนโยบายด้านป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV รวมทั้งนำมาพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test และแนวทางในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือน ประวัติการใช้ Hormonal ของสตรีในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

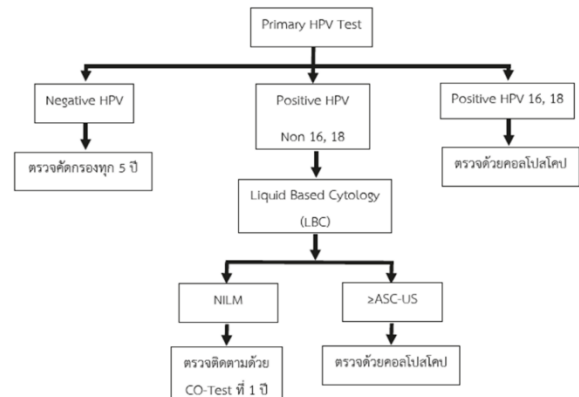
ประชากร คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในพื้นที่อำเภอกมลาไสย ปี 2564 จำนวน 3,520 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในโรงพยาบาลกมลาไสย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลกมลาไสย จำนวน 9 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 1,569 คน

เครื่องมือในการวิจัยและวิธีเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภายใต้การดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีแนวทางการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Primary HPV test ดังรูปที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป : อายุ ข้อมูลสำคัญทางเซลล์วิทยาGPAL (จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการคลอด จำนวนครั้งการแท้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่) LMP (ประจำเดือนครั้งสุดท้าย) และ Hormonal (วิธีคุมกำเนิด)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก งานพยาธิวิทยาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และลงบันทึกในฐานข้อมูลระบบ HPV Screening ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบ HPV Screening ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผ่าน API ที่ URL:<http://hpv.nci.go.th> การศึกษานี้ผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และได้อนุมัติตามหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยหมายเลขโครงการวิจัย KLS REC 36/2565 ลงวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ -31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 1,569 คนอายุเฉลี่ย 49.1 ± 6.7 ปี พบการติดเชื้อ HPV จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.08 และตรวจไม่พบการติดเชื้อ HPV จำนวน 1,505 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.92 พื้นที่ที่มีความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV สูงสุดคือ รพ.สต. บ้านข้าวหลาม คิดเป็นร้อยละ 8.62 รองลงมาคือ รพ.กมลาไสย และ รพ.สต.บ้านบึง คิดเป็นร้อยละ 6.62 และ 6.25 ตามลำดับ ซึ่งแต่ละพื้นที่พบความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือน ประวัติการการคุมกำเนิด ของสตรีในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ศึกษาความสัมพันธ์ของความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัส HPV ในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติเชิงอนุมาน Chi Square test และ 95% CI

3. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือน ประวัติการใช้ Hormonal ของสตรีในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Multivariable logistic regression

ตารางที่ 1 ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์จำแนกตามพื้นที่รับผิดชอบ

พื้นที่รับผิดชอบ	Positive HPV จำนวน(ร้อยละ)	95% CI	HPV Negative จำนวน(ร้อยละ)	รวม
รพบ้านข้าวหลาม.สต.	10(8.62)	3.4913.75 -	106(91.38)	116
รพบ้านบึง.สต.	5(6.25)	0.9111.59 -	75(93.75)	80
สถานีอนามัยเฉลิม พระเกียรติ60พรรษา ฯ	8(5.44)	1.761.76 -	139(94.56)	147
รพสีฐาน.สต.	5(3.76)	0.517.01 -	128(96.24)	133
รพบ้านบ่อ.สต.	2(1.26)	0.483.00 -	157(98.74)	159
รพบ้านหนองแปน.สต.	1(2.04)	1.966.04 -	48(97.96)	49
รพบ้านท่าเพลิง.สต.	1(0.68)	0.652.01 -	146(99.32)	147
รพบ้านหนองบัว.สต.	5(2.51)	0.334.69 -	194(97.49)	199
รพกมลาไสย.	20(6.62)	3.819.43 -	282(93.38)	302
รพบ้านสวนโคก.สต.	7(2.95)	0.795.12 -	230(97.05)	237
รวมทั้งอำเภอ	64(4.08)	3.105.06 -	1,505(95.92)	1,569

***p-value < .05

เมื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ แยกตามกลุ่มสายพันธุ์ HPV พบว่า สายพันธุ์ HPV non 16, 18 มีความชุกและการกระจายตัวสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 3.19

รองลงมาคือ สายพันธุ์ HPV 16 และสายพันธุ์ HPV 18 คิดเป็นร้อยละ 0.70 และ 0.19 ตามลำดับ พบความชุกและการกระจายตัวการติดเชื้อ HPV แต่ละสายพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
จำแนกตามตามสายพันธุ์

พื้นที่รับผิดชอบ	HPV Type 16 จำนวน(ร้อยละ)	HPV Type 18 จำนวน(ร้อยละ)	HPV Type non16,18 จำนวน(ร้อยละ)	Negative จำนวน(ร้อยละ)
รพบ้านข้าวหลาม.สต.	1	1	8	106
รพบ้านบึง.สต.	2	1	2	75
สถานีอนามัยเฉลิม พระ เกียรติ60พรรษา ฯ	1	0	7	139
รพสีถน.สต.	1	1	3	128
รพบ้านบ่อ.สต.	1	0	1	157
รพบ้านหนองแปน.สต.	0	0	1	48
รพบ้านท่าเพลิง.สต.	0	0	1	146
รพบ้านหนองบัว.สต.	1	0	4	194
รพอมลาลัย.	2	0	18	282
รพบ้านสวนโคก.สต.	2	0	5	230
รวมทั้งอำเภอ	11(0.70)	3(0.19)	50(3.19)	1,505(95.92)

***p-value <.05

เมื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ตามช่วงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง พบสูงสุดที่ช่วงอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.65 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี คิด

เป็นร้อยละ 4.52 และ 2.56 ตามลำดับ พบว่าทั้ง 3 ช่วงอายุมีความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
จำแนกตามช่วงอายุ (n=64)

HPV type	Age group		
	3040-	50-41	60-51
HPV Type 16	5	5	1
HPV Type 18	0	2	1
HPV Type non 16,18	11	22	17
รวม จำนวน(ร้อยละ)	16(25.00)	29(45.31)	19(29.69)
จำนวนคนส่งตรวจ	185	641	743
Prevalence (%)	8.65	4.52	2.56

***p-value >.05

ผลการตรวจเซลล์ปากมดลูกด้วยวิธี liquid based cytology (LBC) ในกรณีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV non 16, 18 ทั้งหมด 50 คน พบว่า เซลล์ปากมดลูกที่ปกติร้อยละ 80 และเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติร้อยละ 20 โดยกลุ่มอายุที่มีผลตรวจผิดปกติมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี ความ

ผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกที่พบมากที่สุดคือ HSIL (CIN III) ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ASC-US, Cervix ร้อยละ 40 ความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกโดยการตรวจด้วยวิธี liquid based cytology ในแต่ละกลุ่มอายุไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจด้วยวิธี liquid based cytology (LBC) ในกรณีที่ตรวจพบเชื้อ HPV non 16, 18 แยกตามกลุ่มอายุ (n=50)

liquid based cytology (LBC)	กลุ่มอายุ			
	30-40	41-50	51-60	รวม
Normal จำนวน(ร้อยละ)	10(20.00)	16(32.00)	14(28.00)	40(80.00)
Abnormal จำนวน(ร้อยละ)				
- ASC-US, Cervix	1	2	1	4(40.00)
- LSIL (CIN I)	0(0.0)	1	0(0.0)	1(10.00)
- HSIL (CIN II)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
- HSIL (CIN III)	0(0.0)	3	2	5(50.00)
รวม	1(2.00)	6(12.00)	3(6.00)	10(20.00)

*** p >0.05

เมื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติประจำเดือน ประวัติการใช้ Hormonal ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีเพียงอายุที่มีผลต่อการติดเชื้อ HPV โดยมีค่า Adjusted OR = 2.26 หมายความว่า ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสในการติดเชื้อ HPV มากกว่าผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ประมาณ 2 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์โดย Multivariable logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	การติดเชื้อ HPV (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI for adjusted OR	p-value
1. อายุ						
มากกว่า 40 ปี	48	75.00	2.64	2.26	1.21 - 4.22	0.010
<= 40 ปี	16	25.00	1.0	1.0		
2. จำนวนการตั้งครรภ์						
0-2 ครรภ์	54	84.38	0.97	0.99	0.49 - 1.97	0.971
มากกว่า 2 ครรภ์	10	15.63	1.0	1.0		
3.ประวัติประจำเดือน						
หมดประจำเดือน	18	28.13	1.76	1.52	0.84 - 2.75	0.164
มีประจำเดือน	46	71.88	1.0	1.0		
ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	การติดเชื้อ HPV (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI for adjusted OR	p-value
4. ประวัติการใช้ Hormonal						
ไม่มีการใช้	60	93.75	0.51	0.46	0.16 - 1.27	0.136
มีการใช้	4	6.25	1.0	1.0		

อภิปรายผล

การศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV ของสตรี ในพื้นที่อำเภอ ภมลา

ไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

จำนวน 1,569 คน พบความชุกของการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 4.08 เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของการติดเชื้อ HPV ของการศึกษาของ Swangvaree และคณะ⁽⁵⁾ และการศึกษาของ Chansaenroj และคณะ⁽⁶⁾ รายงานความชุกของการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 6.2 และ 7.6 ตามลำดับ และการศึกษาของศิริวิทยา เพชรพิชัยและคณะ⁽⁷⁾ พบว่าความชุกของ HPV ของสตรีไทยในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ร้อยละ 7.20 ความชุกของการติดเชื้อ HPV ค่อนข้างใกล้เคียงกับการศึกษานี้มากที่สุด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV ในสตรีไทยที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น ลพบุรี และสงขลา ร้อยละ 20.7 ถ้าพิจารณาความชุกของการติดเชื้อ HPV ของจังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นตัวแทนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความชุกในการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 23.4 และจากการศึกษาเทียนแสงพันธ์ศรี, กฤติกา บุญมาก และจรรย์ญา งามขำ⁽⁹⁾ พบความชุกของเชื้อ HPV ในเซลล์ปากมดลูก ปากช่องคลอดและช่องคลอด ร้อยละ 44.79, 46.54 ตามลำดับ และการศึกษาของ Marks และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HPV ในสตรีที่มารับบริการตรวจที่ห้องวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ของ ประเทศไทย พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ในพื้นที่ภาคกลางมากที่สุด ร้อยละ 29.9 รองลงมาเป็นภาคใต้ ร้อยละ 27.9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 21.2 และภาคเหนือ ร้อยละ 20.5 ตามลำดับ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษานี้ อาจเป็นผลจากการใช้วิธีการตรวจหาสายพันธุ์ที่ใช้ตรวจจำนวนไม่เท่ากัน วิธีการที่ใช้ตรวจหา HPV DNA แตกต่างกัน หรือจำนวนตัวอย่างที่ใช้ศึกษา และพื้นที่ที่เลือกใช้ในการศึกษาแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ความชุกของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในพื้นที่อำเภอภมกลาไสยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พื้นที่ที่มีความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV สูงสุด คือ รพ.สต. บ้านข้าวหลาม ร้อยละ 8.62 รองลงมา คือ รพ.

ภมกลาไสย และรพ.สต.บ้านบึง ร้อยละ 6.62 และ 6.25 ตามลำดับ สถานบริการสุขภาพทั้ง 3 แห่งตั้งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในเขตตำบลภมกลาไสย และตำบลหลักเมือง มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง จากสภาพความเจริญของความเป็นเมืองในปัจจุบันที่พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตเป็นแบบวัฒนธรรมประเทศตะวันตกมากขึ้น รวมทั้งมีการย้ายถิ่นฐานของประชากรจากนอกพื้นที่เข้ามาอยู่ในอาศัยในพื้นที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีความแตกต่างด้านพันธุกรรมและวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของประชากร ในแต่ละพื้นที่ จึงพบความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันไป

สายพันธุ์ HPV ที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ สายพันธุ์ HPV non 16, 18 (สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่ำในการก่อมะเร็ง: Low risk group) ร้อยละ 3.19 รองลงมาคือ HPV สายพันธุ์ 16 ร้อยละ 0.70% และ HPV สายพันธุ์ 18 ร้อยละ 0.19% ตามลำดับ (ทั้ง 2 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อมะเร็ง : high risk group) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิทยา เพชรพิชัยและคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาความชุกของ HPV ของสตรีไทยในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง พบการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ non 16, 18 มากที่สุด ร้อยละ 5.70 รองลงมาคือ HPV สายพันธุ์ 16 ร้อยละ 0.97% และ HPV สายพันธุ์ 18 ร้อยละ 0.54% ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเทียนแสงพันธ์ศรี, กฤติกา บุญมาก และจรรย์ญา งามขำ⁽⁹⁾ สายพันธุ์ HPV ที่พบมากที่สุดในการศึกษา คือ HPV 16 รองลงมาคือ HPV18, HPV52, HPV58, HPV31 และ HPV39 ตามลำดับ และแตกต่างจากการศึกษาของทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกในการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 23.4 และพบการติดเชื้อสายพันธุ์เสี่ยงสูงมากกว่าสายพันธุ์เสี่ยงต่ำ

เนื่องจากการติดเชื้อ HPV นั้นสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ แต่จะพบมากในสตรีช่วงวัยรุ่นมากกว่า และจะลดลงเรื่อยๆเมื่ออายุมากขึ้น แต่ในบางพื้นที่ จะพบมาอีกครั้งในช่วงวัยสูงอายุ ส่วนในสตรีวัยกลางคนจะมีความชุกของการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันไปมาก ซึ่งอาจจะเป็นเครื่องมือที่แสดงถึง

พฤติกรรมกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละภูมิภาค⁽¹²⁾ แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้พบความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 8.65 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 4.52 และ 2.56 ตามลำดับ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มอายุมีความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คล้ายคลึงกับการศึกษาของศิริสัญญา เพชรพิชัยและคณะ⁽⁷⁾ พบว่าการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูง พบในช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 9.03 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 41-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 7.98 และ 6.03 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของ นิภา กาญจนาวีโรจน์กุล, ปางฉัตร อรัญวาศรี, ภาคินีรัชพันธ์ และ ภาวดีตองติธรรม⁽¹¹⁾ ที่พบว่าช่วงอายุที่มีการติดเชื้อ HPV มากที่สุด คือ 20-29 ปี ร้อยละ 34.6 สตรีที่ติดเชื้อ HPV ร่วมกับ cervical intraepithelial neoplasia I (CINI) มากที่สุดร้อยละ 62.7 เมื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV พบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV โดยมีค่า Adjusted OR = 2.26 หมายความว่า ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสในการติดเชื้อ HPV มากกว่าผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ประมาณ 2 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิระ จันท์แสนโรจน์⁽¹²⁾

ผลการตรวจเซลล์ปากมดลูกด้วยวิธี liquid based cytology (LBC) ในกรณีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV non 16, 18 ทั้งหมด 50 คน พบว่า เซลล์ปากมดลูกที่ปกติร้อยละ 80 และเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติร้อยละ 20 โดยกลุ่มอายุที่มีผลตรวจผิดปกติมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรชนก ไวโสภา⁽¹³⁾ ที่ศึกษาความชุกของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในโรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่ากลุ่มอายุที่มีผลตรวจผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี แต่พบความผิดปกติมากที่สุดเป็นชนิด ASCUS ร้อยละ 0.98 รองลงมาเป็น LSIL (CIN I) ร้อยละ 0.70 และ HSIL (CIN II) ร้อยละ 0.14 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากที่สุดคือ HSIL (CIN III) ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ASC-US, Cervix และ LSIL (CIN I) ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ และแตกต่างจากการศึกษาของศิริสัญญา เพชรพิชัย⁽⁷⁾ และคณะพบว่ากลุ่มอายุ 30-40 ปี พบเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติร้อยละ 20

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Globocan 2012. [cited 2022 Mar 29] . Available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2560. หน้า 105.
3. Liang H, Pan Z, Cai X, Wang W, Guo C, He J, et al. The association between human papillomavirus presence and epidermal growth factor receptor mutations in Asian patients with non-small cell lung cancer. *Transl Lung Cancer Res* 2018;7:397-403.
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer Screening). กรุงเทพมหานคร:ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564.
5. Swangvaree SS, Kongkaew P, Rugsuj P, Saruk O. Prevalence of high-risk human papillomavirus infection and cytologic result in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010; 11(6): 1465-8.

6. Chansaenroj J, Lurchachaiwong W, Termrungruanglert W, Tresukosol D, Niruthisard S, Trivijitsilp P, et al. Prevalence and genotypes of human papillomavirus among Thai women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010; 11(1): 117-22.
7. ศิริญา เพชรพิชัย , ญัฐพร คล้ายคลึง อมรรรัตน์ โพธิ์ตา อนุกุล บุญคง และ ปารีชาติ กัญญาบุญ. ความชุกของการติดเชื้อ Human papillomavirus สายพันธุ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่ จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2564;(4):766-786.
8. ทুমวดี ตั้งศิริวัฒนา, สุขใจ ผลอำไพสถิตย์, อัญชลี ชัยนวล, กรองทิพย์ บุญสม, สังคม วิทยานันท์, สมคิด ธิจักร และคณะ. ความชุกของการติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) และไทป์ต่างๆ ในสตรีไทยที่มีผลแปปสเมียร์ปกติ. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2562; 61(2):73-85.
9. เทียนแสง พันธุ์ศรี, กฤติกา บุญมาก และจรรย์ญา งามขำ. การศึกษาย้อนหลังการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมาในประเทศไทย: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรคมะเร็ง* 2565; 42(1):10-29.
10. Marks MA, Gupta S, Liaw KL, Tadesse A, Kim E, Phongnarisorn C, et al. Prevalence and correlates of HPV among women attending family-planning clinics in Thailand. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 159. (11 p.).
11. นิภา กาญจนาวีโรจน์กุล, ปางฉัตร อรัญวาสี, ภาคินีรัชพันธ์ และ ภากรดีทองดีรัมย์. ช่วงอายุของสตรีที่ติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) และความถูกต้องของการวินิจฉัย HPV จากการตรวจ Pap Smear. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2558; 30(3):276-281.
12. จิระ จันทน์แสนโรจน์. ความชุกและจีโนไทป์ของการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปิโลมาของปากมดลูกในประชากรที่มาตรวจที่โรงพยาบาลในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
13. เนตรชนก ไวโสภา. ความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*. 2564; 2(1): 113-122 .

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง
Development of care model for Psychiatric Patients based on Community Health network in
Bangpakong districts.

(Received: November 8,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 20,2022)

กนกศรี จาดเงิน¹, เกศริน เชื้อภักดี ²
Ganoksri Jard-ngoan, Kesirin Cheopakdee

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลบางปะกง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างในการทดลองรูปแบบ ฯ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 17 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ แบบประเมินอาการทางจิต ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.84 แบบวัดการรับรู้ความเครียด ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 และแบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ค่าความเชื่อมั่นที่ 1.00 เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านต่างๆ ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.97 ภายหลังกการนำรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตและความเครียดหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำและอัตราการลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80 จากผลการศึกษารูปแบบ ฯ ดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเวช ลดอาการกำเริบที่รุนแรง ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ ฯ อยู่ในมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53, 0.51 (\bar{X} ,SD.) ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชนอื่น ๆ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน

Abstract

This This study was a research and development study. Research was conducted to develop and study effect of care model for Psychiatric Patients based on Community Health network in Bangpakong districts. The study sample consisted of 30 Community party network at Bangpakong districts, 17 psychiatric patients who recurrence in 3 months ,live in the Bangpakong district. The data were collected using (1) the volunteer's learning achievement test for pre-test and post-test that Kuder Richardson 20 – KR-20 at 0.80. (2) the volunteer's learning skill test for and post training that Kuder Richardson 20 – KR-20 at 0.82. and (3) Brief Psychosis Rating Scale : BPRS. Cronbach's alpha coefficient at 0.84 (4) Thai - Perceived Stress Scale (T- PSS-10) Cronbach's alpha coefficient at 0.80 (5) a

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

² กลุ่มยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลบางปะกง

questionnaire to assess satisfaction with the model and possibility of use that IOC at 1.00. Statistics employed in the research were frequency, percentage, mean, standard deviation dependent t-test and one-sample t-test.

The result reveals that, The model was 6 components that Index of Item Objective Congruence, IOC at 0.97, efficient by the post-learning achievement of the samples were significantly higher than their pre-learning achievement at the 0.05 level. The post-skill achievement of the samples were effectiveness at criterion 80.00%, Psychosis symptom and stress Scale was low level. And the samples were satisfied and possibility of use with the model at the highest level at 4.53, 0.51 (\bar{X} , SD). The relapse rate were reduced at 94.33% and were reduced higher than standard at 80%. That process was effective for applied to another community.

Keywords: Development of Community's care model for Psychiatric Patients, Community Health network

บทนำ

โรคจิตเวชมีการดำเนินของโรคในลักษณะโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้ เมื่อป่วยแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้สูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ โดยพบว่า จากการประมาณการทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกพบว่า มีคนจำนวน 1 ใน 4 หรือประมาณ 450 ล้านคน ประสบกับความผิดปกติทางจิต ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตและปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ เช่นเดียวกัน และจากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่า จำนวน 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 ของคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย พบว่ามีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกประเภทที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2558 - 2561 คนไทยทั่วประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 1,399,548 คน, 1,616,400 คน, 2,347,749 คน และ 3,051,007 คน ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือโรควิตกกังวลและซึมเศร้า¹ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้กลับมารักษาตัวที่บ้านและชุมชนเหมือนโรคเรื้อรังทั่วไป แต่เมื่อกลับมาสู่ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษา เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว ขาดความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา และเกิดอาการกำเริบซ้ำรุนแรง และไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้

จากการดำเนินงานจิตเวชในชุมชน โรงพยาบาลบางปะกง ซึ่งได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ได้จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางปะกง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง พบว่า รูปแบบดังกล่าว ช่วยสนับสนุนให้คุณภาพการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน และอัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้เพิ่มสูงขึ้น แต่ยังมีปัญหาจากอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงสูงอยู่ โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตตำบลบางปะกงที่มีอาการกำเริบซ้ำรุนแรงต้องส่งต่อ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.14 ในปีงบประมาณ 2560 ปัญหาอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของโรคจิตเวชมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย แต่ถ้าได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วและทันท่วงทีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดปัญหาอาการกำเริบซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำกลยุทธ์ 3 C ประกอบด้วยผู้ป่วย (client) ผู้ดูแล (Care giver) และชุมชน (community)² มากำหนดเป็น ขั้นตอนการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่รับรอง
PH_CCO_REC 005/2558) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบล บางปะกง
3. เพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ในด้านความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจและการลดอาการกำเริบซ้ำรุนแรง
4. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงไปใช้

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัย และพัฒนา (research and development) ที่นำผลการวิจัยจากรอบที่ 1 มาพัฒนาในรอบที่ 2 โดยแบ่งวิธีการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นศึกษาข้อมูล ปัญหา และความต้องการ 2) ขั้นพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง และ 3) ขั้นประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง โดยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ที่พัฒนาต่อเนื่องจากการยกร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่นำมาทดลองใช้รอบที่ 1 ในปีงบประมาณ 2558 – 2560 และนำผลมาพัฒนา รอบที่ 2 ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 - 2564 งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ร่วมวิจัย
ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบางปะกง ที่เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง ตามแนวคิดของศรีนรัตน์ จันทพิมพ์และชนิษฐา นันทบุตร (2561)⁶ ที่กล่าวว่า ระบบการดูแลของชุมชนที่จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของ 3 องค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 3) องค์กรภาคประชาชน จำนวน 30 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตำบลบางปะกง 1 คน เภสัชกร 1 คน และ พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง 3 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบางปะกง (อสม.) 19 คน ตัวแทนกองสวัสดิการที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และตัวแทนหน่วย อพปร.เทศบาลตำบลบางปะกงและบางปะกง พรหมเทพรังสรรค์ 2 คน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 1 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้รับบริการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีรหัสโรค F20-29 และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ อาศัยในตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 โดยผู้ป่วยต้องมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนหลังได้รับการส่งต่อกลับมาอยู่ในชุมชนหรือมีการ admit > 3 ครั้งภายใน 1 ปี ไม่ได้ย้ายถิ่นฐานหรือถูกส่งไปรักษาที่อื่นในระหว่างการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มนี้ยังรวมถึงญาติ/ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้ย้ายถิ่นฐานระหว่างการวิจัยเช่นกัน รวม 17 คน

2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบางปะกง (อสม.) ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วย

จิตเวชเรื้อรังที่มีรหัสโรค F20-29 และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ อาศัยในตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 โดยผู้ป่วยต้องมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนหลังได้รับการส่งต่อกลับมาอยู่ในชุมชน หรือมีการ admit > 3 ครั้งภายใน 1 ปี (จากผู้ป่วย 17 คน/อสม.ประจำหมู่บ้าน) หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 34 คน

การนำเข้ากลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบางปะกง (อสม.) ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวช และได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ อาศัยในตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 โดยผู้ป่วยต้องมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนหลังได้รับการส่งต่อกลับมาอยู่ในชุมชนหรือมีการ admit > 3 ครั้งภายใน 1 ปี โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลอง มาหมู่บ้านละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) เท่ากับ 0.97 ประกอบด้วย

1. การจัดการความรู้ ประกอบด้วย

1) สำหรับอสม./อศค. และผู้ดูแล การเข้ารับการอบรมความรู้จากจิตแพทย์ ระยะเวลา 1 วัน และคู่มือการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านสำหรับอสม./อศค.และผู้ดูแล ค่าคะแนนความตรงทางเนื้อหา CVI. (content validity index) เท่ากับ 0.93

2) การจัดการความรู้สำหรับพยาบาล/เจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้าน เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์ เพื่อทบทวนความรู้และทักษะในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย พาวเวอร์พอยท์ (Power Point) ซึ่งประกอบด้วยภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และ

เสียงประกอบคำบรรยาย หน่วยการเรียนรู้ 3 หน่วย 10 ตอน มีประสิทธิภาพเป็นไปตามเกณฑ์ E1: E2 เท่ากับ 82.44/81.56

2. การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านสำหรับอสม.อสม. และผู้ดูแล เป็นการลงฝึกจริงกับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลเยี่ยมบ้าน จนผ่านการประเมินทักษะที่ร้อยละ 80 จึงจะสามารถลงเยี่ยมจริงได้

สำหรับพยาบาล คือ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อลดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. 2002 อ้างถึงใน อรรถพร ประทุมพันธ์ , 2560⁷ ในการจัดส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และกลยุทธ์ 3 C ประกอบด้วย ผู้ป่วย (client) ผู้ดูแล (Care giver) และชุมชน (community)² เพื่อลดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ะละ 1 ครั้ง ะละ 1 กิจกรรม ะละ 60 นาที มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) เท่ากับ 0.80

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่าย โดยแยกบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) เท่ากับ 0.82

4. นวัตกรรม/สื่อประกอบการเรียนรู้สำหรับพยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน เป็นสื่อวีดิทัศน์ทบทวนความรู้และทักษะในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเยี่ยมบ้าน E1:E2 เท่ากับ 82.44/81.56

5. บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ญาติ อสม. อศค.และจิตอาสา เจ้าหน้าที่ตำรวจ เทศบาล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระ และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน อพปร. พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลจิตเวชชุมชน ทุกหน่วยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ประสานความร่วมมือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยลดปัญหาอาการกำเริบซ้ำรุนแรงและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การติดตามประเมินผล 1) ประเมินผลหลังกระบวนการเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อสรุปผลคุณภาพการรักษายาบาล และวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง 2) ประเมินผลภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมครบกระบวนการ และ 3) ประเมินผลผ่านเวทีประชาคมร่วมกับภาคีเครือข่าย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่

1. แบบวัดความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูก - ผิด 2 ตัวเลือก มีค่าความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

2. แบบประเมินทักษะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูก - ผิด 2 ตัวเลือก ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

3. ตัวชี้วัดคุณภาพการดำเนินงาน กองการพยาบาล (2559) ดังนี้

3.1 ด้านผลการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน

3.2 ด้านประสิทธิภาพของการดูแล ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านไม่มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนและการ admit น้อยกว่า 3 ครั้งภายใน 1 ปี

3.3 ด้านประสิทธิผลของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80 ของครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีความพึงพอใจต่อบริการ เยี่ยมบ้าน

4. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychosis Rating Scale : BPRS.) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตแบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham และนำมาแปลเป็นไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

5. แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Thai - Perceived Stress Scale (T- PSS) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมาโดยวัดระดับเหตุการณ์ในชีวิต การรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ไม่สามารถทำนายได้ และมีความไวต่อความเครียดที่เรื้อรังในชีวิต จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80

6. แบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของผู้เข้าร่วมโครงการ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert Scaling) จำนวน 5 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) =1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ชั้นศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยประเมินวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงในระยะที่ 1 พ.ศ. 2558 - 2560 หลังจากการประเมินผลโครงการ พบว่า รูปแบบ ๆ ที่พัฒนาขึ้นทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาอาการกำเริบซ้ำยังคงสูงอยู่ คิดเป็นร้อยละ 10.14 ซึ่งยังคงเป็นปัญหาในการดูแล จึงได้มีการศึกษาเพื่อปรับปรุงรูปแบบขึ้น ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดังนี้ (ก) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ข) ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ค) ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน (ง) การลดอาการกำเริบซ้ำ

(จ) แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. และ (ฉ) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ดังนี้

1.2.1 ศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง ของโรงพยาบาลบางปะกง ปีงบประมาณ 2558 - 2561

1.2.2 จัดสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบางปะกง ที่ผ่านการร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมถึงปัญหาจากรูปแบบการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีการกำเริบซ้ำ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ความต้องการการช่วยเหลือและนำผลจากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการสรุปและสังเคราะห์ผลการศึกษาคำความต้องการและการศึกษาเอกสารและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากการวิจัยระยะที่ 1 โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำมาสร้างเป็นร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

2.2 ผู้วิจัยนำร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ไปตรวจสอบและทดสอบประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยนำร่างกระบวนการ ฯ ที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์สาขาจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse: APN) จำนวน 2 ท่าน ประเมินร่างแบบจำลอง ฯ ที่จัดทำขึ้น และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC)

2.3 วิจัยนำร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ไปทดสอบประสิทธิภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คน (กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน เป็นอสม. ที่ไม่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่เหลืออีก 17 คน ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง ที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชจาก รพ.สต.บางเกลือ ต.บางปะกง ในปีงบประมาณ 2562) แล้วนำข้อเสนอแนะและข้อค้นพบจากการทดสอบนำกลับมาปรับปรุงร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน (กลุ่มที่เหลือจากขั้นตอนกลุ่ม 3 คน) จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้ง 10 คน แล้วนำข้อเสนอแนะและข้อค้นพบจากการทดสอบนำกลับมาปรับปรุงร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง จนผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นเหมาะสม นำไปใช้จริงได้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ดังนี้

3.1 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ไปดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 17 คน

1) ในระยะก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนัดประชุมชี้แจงผู้ป่วยและญาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่ประจำครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ทีมสหสาขาวิชาชีพเขตตำบลบางปะกง และภาคีเครือข่าย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตามรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น เกี่ยวกับกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละ

บุคคล รวมถึงการประเมินผล ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการ

2) ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยแสดงบทบาทที่ปรึกษา (consultation) สำหรับทีมสหสาขา ผู้ฝึกทักษะ (coach) ในการพัฒนาทักษะอสม. ภาคีเครือข่าย และพยาบาลวิชาชีพ ในการประเมินผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่ผ่านการตรวจสอบไปดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง รวมระยะเวลา 4 เดือน ร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อลดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ะละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที โดยทำกิจกรรมกับผู้ป่วยในการนัดเยี่ยมบ้าน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การจัดการความรู้

1.1 อสม. อสค. และผู้ดูแลทำแบบทดสอบก่อนอบรม เข้ารับความรู้จากจิตแพทย์ ระยะเวลา 1 วัน จากนั้นทำแบบทดสอบหลังอบรม จนกระทั่งคะแนนความรู้ผ่านร้อยละ 80 จึงสามารถเข้ารับการฝึกทักษะเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

1.2 อสม. อสค. และผู้ดูแล ที่ทดสอบความรู้ผ่านเกณฑ์ที่ร้อยละ 80 เข้าร่วมฝึกทักษะการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร่วมกับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยเพิ่มกระบวนการฝึกทักษะ 1 วัน ร่วมกับใช้ใบประเมินผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พัฒนาขึ้น โดยอสม.ต้องผ่านการประเมินทักษะที่ ร้อยละ 80 ก่อน จึงสามารถเยี่ยมดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้และเยี่ยมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเยี่ยมโดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาจิตเวชเป็นผู้ฝึกทักษะ (coach) ร่วมเยี่ยมต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน

สัปดาห์ที่ 2 การเตรียมชุมชน พยาบาลจิตเวช พยาบาลเยี่ยมบ้านและอสม. อสค. และผู้ดูแล ที่ผ่านการอบรม โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาจิตเวชเป็นผู้นำดำเนินกิจกรรมเตรียมชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยสู่ชุมชน แจ้งให้ญาติ นำบัตรนัดไปขึ้นทะเบียนรกรับ-ส่ง พบแพทย์ที่เทศบาล

(อสม. อสค. เป็นผู้ประสาน) และแนะนำอสม. อสค. ที่ดูแลในแต่ละครอบครัว รวมถึงแจ้งแนวทางการส่งต่อการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนัดติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 3 เดือน

สัปดาห์ที่ 3 พยาบาลวิชาชีพช้กประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางจิตร่วมกับฝึกทักษะการเยี่ยม โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาจิตเวชเป็นผู้ฝึกทักษะ (coach) ร่วมเยี่ยม จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในการพยาบาล วางแผนร่วมกันในการดูแลกับุญติ และอสม. อสค. ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีฝึกผ่อนคลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยผู้วิจัยให้ความรู้ ทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพ ฝึกการสังเกตความตึงเครียด ฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ ให้สังเกตการผ่อนคลายจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไปร้งขึ้นส่งผลให้การทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น และให้การบ้านในการสังเกตอาการตึงเครียดและฝึกผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่ 4 พยาบาลวิชาชีพช้กประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางจิตร่วมกับฝึกทักษะการเยี่ยม โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาจิตเวชเป็นผู้ฝึกทักษะ (coach) ร่วมเยี่ยม พร้อมทำจิตบำบัด/สุขภาพจิตศึกษา เพื่อจัดการปัญหาในผู้ป่วยและสอนญาติ จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในการพยาบาล วางแผนร่วมกันในการดูแลกับุญติ และอสม. อสค. ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประธาณยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยยา ลักษณะและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปรับใช้และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการกัรับการรับประธาณยาและ

ความสำคัญของการรับประทานยา ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะ ผู้ป่วยให้สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการ รับประทานยา เช่น ฝึกสังเกตอาการข้างเคียงและ รายงานผลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ด้วยการ เขียนบันทึกหรือแจ้งญาติ อสม. การจัดการความกดดัน ที่ได้รับจากบุคคลอื่นในการบังคับให้รับประทานยา การปฏิบัติตามแผนการรับยา การจัดการอาการ ข้างเคียงเบื้องต้น ซึ่งทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการรับประทาน ยา ลดความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และ มีความรับผิดชอบต่อตนเองดีขึ้น

สัปดาห์ที่ 6 พยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ชัก ประวัติน ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางจิต ร่วมกับฝึกทักษะการเยี่ยม โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ขึ้นสูงสาขาจิตเวชเป็นผู้ฝึกทักษะ (coach) ร่วมเยี่ยม พร้อมทำจิตบำบัด/สุขภาพจิตศึกษา เพื่อจัดการปัญหา ในผู้ป่วย และสอนญาติ จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ในการพยาบาล วางแผนร่วมกันในการดูแลกับญาติ และอสม. อสค. ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมที่ 3 การ ฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทาง จิตที่เกิดขึ้น สามารถสังเกต รายงานและจัดการอาการ เบื้องต้นและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ โดย ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาการทางจิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด การให้ผู้ป่วยฝึก ทักษะในการสังเกตอาการทางจิต สัญญาณเตือนและ การจัดการ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียด จากปัญหาอาการทางจิต และทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้ดี ขึ้น

สัปดาห์ที่ 8 พยาบาลพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ศึกษาเรียนรู้วัฒนธรรมและชักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางจิตให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อจัดการ ปัญหาในผู้ป่วย และสอนญาติ วิเคราะห์ปัญหาในการ พยาบาล ในการฝึกกระตุ้นผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และอสม. อสค. ฝึกทักษะการเยี่ยม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย เริ่มกิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความแข็งแรงของ ร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีดูแล สุขภาพและพร้อมรับมือความเครียด โดยผู้วิจัยให้

ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจะช่วย ให้ร่างกายมีพลังในการเผชิญความเจ็บป่วย การออก กำลังกายเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันการ เจ็บป่วย การพักผ่อนนอนหลับ ช่วยให้ร่างกายไม่ เครียด การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลจะช่วยให้ลด การติดเชื้อและมีสุขภาพแข็งแรง สดใส พร้อมทั้งจะ จัดการกับปัญหาสุขภาพและความเครียด การไม่ดื่ม สุรา สูบบุหรี่และสารเสพติด และให้ผู้ป่วยจัดกิจกรรม ของตนเองในการมีสุขภาพดี

สัปดาห์ที่ 10 พยาบาลพยาบาลวิชาชีพเยี่ยม บ้าน ศึกษาเรียนรู้วัฒนธรรมและชักประวัติ ประเมินสัญญาณ ชีพ ประเมินอาการทางจิตให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อ จัดการปัญหาในผู้ป่วย และสอนญาติ วิเคราะห์ปัญหา ในการพยาบาล ในการฝึกกระตุ้นผู้ป่วยในการทำ กิจกรรม และอสม. อสค. ฝึกทักษะการเยี่ยม ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะเรื่องการบริหาร เวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ของการบริหารเวลา การใช้เวลาว่างที่เป็นประโยชน์ โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการอยู่ในสังคม ทุก คนต้องมีกิจกรรมที่ต้องทำ โดยให้ผู้ป่วยยกตัวอย่าง การทำกิจกรรมในแต่ละวันของตนเอง ให้ฝึกทักษะการ แก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลา การกำหนดเป้าหมาย ของตนเองในแต่ละวัน และจัดตารางเวลาในการทำ กิจกรรมของตนเองในแต่ละวัน

สัปดาห์ที่ 12 พยาบาลพยาบาลวิชาชีพเยี่ยม บ้าน ศึกษาเรียนรู้วัฒนธรรมและชักประวัติ ประเมินสัญญาณ ชีพ ประเมินอาการทางจิตให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อ จัดการปัญหาในผู้ป่วย และสอนญาติ วิเคราะห์ปัญหา ในการพยาบาล ในการฝึกกระตุ้นผู้ป่วยในการทำ กิจกรรม และอสม. อสค. ฝึกทักษะการเยี่ยม ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมี ประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างการ สื่อสารที่ผู้ป่วยคิดว่าเหมาะสม และไม่เหมาะสม และ สิ่งที่ได้รับหลังจากการสื่อสารที่เหมาะสมและไม่ เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการ สื่อสารที่เหมาะสม และฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก

เพื่อให้สามารถบอกความต้องการและลดความเครียดของผู้ป่วยได้

สัปดาห์ที่ 14 พยาบาลพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ศึกษาวัฒนธรรมและซึ่กประวัติประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางจิตให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อจัดการปัญหาในผู้ป่วย และสอนญาติ วิเคราะห์ปัญหาในการพยาบาล ในการฝึกกระตุ้นผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และอสม. อสม.ฝึกทักษะการเยี่ยม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมที่ 7 การเผชิญการรับรู้ตราบาบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการรับรู้ตราบาบและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกถึงปัญหาความเครียดและความกังวลใจเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาบที่เกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาที่ทำให้เกิดตราบาบในผู้ป่วย เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง ทั้งการรับประทานยา การจัดการอาการทางจิต การดำรงภาพลักษณ์ที่สะอาด มีสุขอนามัยที่ดี และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความประทับใจต่อผู้มาเยี่ยมเยียน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตราบาบลดลง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สัปดาห์ที่ 15 ยุติกิจกรรม ผู้วิจัยทบทวนความรู้ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อลดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง 7 กิจกรรม สรุปวิธีการจัดการต่อเนื่อง สรุปและประเมินผลให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบในการยุติกิจกรรมการเยี่ยม ในระหว่างสัปดาห์จะมีอาสาสมัครครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้ผ่านการอบรมแล้ว มาดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

3. ระยะสิ้นสุดกระบวนการผู้วิจัยสรุปผลและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่พัฒนาขึ้น รวมถึงสอบถามความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงไปใช้ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (t-test แบบ t-dependence) เพื่อหาค่าความแตกต่างข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

จากการศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบล บางปะกง ของโรงพยาบาลบางปะกง พบผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตตำบลบางปะกงที่มีอาการกำเริบซ้ำรุนแรงต้องส่งต่อจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.14 และจากสนทนากลุ่ม ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขา และเครือข่ายผู้ดูแล สรุปองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ (1) การจัดการความรู้และทักษะ (2) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย (3) การจัดการแหล่งสนับสนุนในชุมชน (4) นวัตกรรม/สื่ออสม. (5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่ายโดยแยกบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ (6) การประเมินผล ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบได้ปัญหา ความต้องการ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ

องค์ประกอบระบบ (เดิม)	ผู้เกี่ยวข้อง/วิธีการ	ปัญหา	ความต้องการในการพัฒนา
(1) การจัดการความรู้	พยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน : (สื่อการฝึกทักษะการประเมินผู้ป่วยจิตเภทและความผิดปกติทางอารมณ์ผ่านเว็บ : กนกศรี จากเงิน, 2559)	บางครั้งเข้าอินเทอร์เน็ตไม่ได้	ต้องการสื่อแบบแผ่นซีดี สื่อภาพเคลื่อนไหวตัวอย่างการประเมินผู้ป่วย
	อสม./อสค. : เข้ารับความรู้จากจิตแพทย์ ระยะเวลา 1 วัน และทดสอบความรู้	ไม่มั่นใจความรู้ของตนเอง	ทดสอบความรู้หลังอบรมให้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
(2) การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านสำหรับ อสม.อสค.	การฝึกทักษะ 1 วันน้อยเกินไป ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจในทักษะการเยี่ยมของตนเอง จึงปล่อยให้อาการกำเริบซ้ำ	การพัฒนาทักษะอสม. ในการประเมินผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวอย่าง 1 คนพร้อมแบบประเมิน
(3) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย	1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	1) รถรับส่งผู้ป่วยพบแพทย์ 2) งบประมาณความช่วยเหลือ
	2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	แนวทางการส่งต่อ	แนวทางการส่งต่อและการรายงานผู้ป่วย
	3) องค์กรภาคประชาชน	ไม่มั่นใจในทักษะ	ฝึกทักษะ วิธีติดต่อผู้ประสาน
(4) นวัตกรรมสื่ออสม.	- ข้อคำถามในการซักถามผู้ป่วย	- ประเมินไม่ตรง	แบบประเมินทักษะแบบเป็นข้อเช็คลิสต์
(5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่ายโดยแยกบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนในการดูแลผู้ป่วย	ญาติ/ผู้ป่วย	ยังไม่มั่นใจในแนวทางที่สร้างขึ้น	มีการซ้อมแนวทางในการดูแลผู้ป่วย - APN. สุขภาพจิตและจิตเวชวิเคราะห์ปัญหาในการพยาบาล พร้อมทำจิตบำบัด/สุขภาพจิตศึกษา เพื่อจัดการปัญหาในผู้ป่วย และสอนญาติ ในระยะเตรียมความพร้อมจนมั่นใจ
(6) การประเมินผล	ภาคีเครือข่าย เวทีประชาคม การคืนข้อมูลหลังทำกิจกรรม	-	-

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการฝึกอบรม (n=17)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD.	df	t	p-value
ก่อนฝึกอบรม	15	6.95	1.87	16	-16.79	0.00*
หลังฝึกอบรม	15	12.18	1.07			

*p<.05

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ หลังการอบรม (เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80) (n=17)

หัวข้อประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	แปลผล
1.อาการประสาทหลอนทางหู	170	141	82.94	ผ่านเกณฑ์
2. อาการประสาทหลอนทางตา	170	150	88.23	ผ่านเกณฑ์
3. การผิดปกติทางอารมณ์	170	154	90.58	ผ่านเกณฑ์
4. การผิดปกติทางพฤติกรรม	170	147	86.47	ผ่านเกณฑ์
5. การผิดปกติทางความคิดและการสื่อสาร	170	154	90.59	ผ่านเกณฑ์
รวม	850	747	87.88	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
(ด้านผลการปฏิบัติงาน) ร้อยละร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 100	89.45	95.90	96.23
(ด้านประสิทธิภาพของผู้ดูแล) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชไม่มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนและมีการ admit < 3 ครั้งภายใน 1 ปี	ร้อยละ 80	85.07	93.15	94.33
(ประสิทธิผลของทีมผู้ให้บริการ) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 80	82.09	83.56	90.57

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ ฯ (n=17)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD.	ระดับอาการ	df	T	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	126	32.06	1.87	น้อย	16	2.92	0.01*
หลังการใช้รูปแบบ	126	29.41	2.98	น้อย			

*p<.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ ฯ (n=17)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD.	ระดับความเครียด	df	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	40	26.29	3.12	ปานกลาง	16	10.17	0.00*
หลังการใช้รูปแบบ	40	19.71	2.26	ต่ำ			

*p<.05

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงไปใช้ (n=30)

รายการ	\bar{X}	SD.	แปลผล
- ท่านคิดว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในระดับใด	4.53	0.51	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความต้องการในการพัฒนา พบว่าประชาชนทราบว่าโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรัง แต่ กังวลที่จะรับไว้ในชุมชน เนื่องจากไม่มีความมั่นใจทักษะของตนเองในการประเมินอาการ ความรุนแรงในคนไข้ประเภทนี้ และกลัวถูกทำร้าย อีกทั้งเกรงว่าผู้ป่วยจะ

ทำลายทรัพย์สิน ทำให้ไม่กล้าเข้าไปดูแล และประเมินผู้ป่วยช้ากว่าความจำเป็น ผู้วิจัยได้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบ ฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับการนำแนวคิดพยาบาลผู้จัดการทางการแพทย์ (Case Manager) เน้นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและ ภาคีเครือข่าย และ

การนำผลการประชาคมมาสังเคราะห์ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามปัจจัยสำคัญ คือ การดูแลการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อม และประยุกต์ใช้กลยุทธ์ 3 C ประกอบด้วย ผู้ป่วย (client) ผู้ดูแล (Care giver) และชุมชน (community)² โดยพบว่าใน C ที่ 1 การดูแลผู้ป่วย (client) เน้นการส่งเสริมให้มีการรับประทายยาต่อเนื่อง ฟันฟูทักษะในการดูแลตนเอง การมีความหวัง พลังชีวิต ฝึการระวังอาการทางจิตกำเริบและการจัดการเบื้องต้น รวมถึงการดูแลให้เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างมีศักดิ์ศรี มาประยุกต์ใช้ ส่วน C ที่ 2 ผู้ดูแล (Care giver) ใช้กิจกรรมการเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย การดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแล การสังเกตอาการผิดปกติและพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี และ C ที่ 3 ชุมชน (community) ใช้กิจกรรมการยอมรับเข้าใจเห็นใจและยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ผ่านกิจกรรมการเตรียมชุมชน การสนับสนุนองค์ความรู้ทักษะและบทบาทหน้าที่และแนวทางการดูแลของสมาชิกในชุมชนในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจนนำไปสู่การเตรียมชุมชนในการรองรับผู้ป่วย มีการจัดการความรู้ และปรับกระบวนการดำเนินงานด้วยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง โดยเน้นการฝึกทักษะการเยี่ยมของ อสม./อสค. และมีแบบประเมินสำหรับลงเยี่ยม และการลงเยี่ยมประเมินร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญจนชำนาญ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความมั่นใจในกระบวนการที่พัฒนาขึ้น โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ หลังการอบรมคะแนนความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทักษะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 สามารถคัดกรองความรุนแรงได้เร็วและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนอาการกำเริบได้มากขึ้น ด้านผลการปฏิบัติงาน พบว่าร้อยละ 96.23 ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ พบว่า ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังได้รับการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.41, 2.98 (\bar{X} , SD.) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำดำรงชีวิตในชุมชนได้ และด้านประสิทธิภาพของผู้ดูแลร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชไม่มีการกำเริบซ้ำภายใน 3

เดือนคิดเป็นร้อยละ 94.33 และประสิทธิผลของทีมผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คิดเป็น ร้อยละ 90.57 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ทุกด้าน และสูงมากขึ้นจากปีงบประมาณ 2561 และ 2562 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้มีการจัดการความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยสำหรับ อสม. อสค.และผู้ดูแลได้ในเกณฑ์ระดับสูง คือ ร้อยละ 80 และมีการพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยการจับนวัตกรรมในการทบทวนวิธีการประเมินผู้ป่วยจิตเวชผ่านสื่อ หรือการใช้สื่อวีดิทัศน์ความรู้เรื่องการสัมภาษณ์และการตรวจประเมินอาการของความผิดปกติทางจิตเวช ที่สะดวกตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ทำให้สร้างความมั่นใจต่อพยาบาลวิชาชีพในการทบทวนก่อนออกเยี่ยมบ้าน รวมถึงความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น มีระบบการรับ – ส่ง ผู้ป่วยพบแพทย์ โดยเทศบาลในพื้นที่รับผิดชอบ การติดตามเยี่ยมและให้การดูแลจากชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คุณภาพการเยี่ยมบ้านสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่มี ประสิทธิภาพ และภาคีเครือข่ายมีความเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53, 0.51 (\bar{X} , SD.) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชามณูชู่ ปุณโณทก (2562)⁵ เรื่อง ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เขตจังหวัดชลบุรี ที่เสนอว่า พยาบาลเวชปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย สำหรับญาติ ผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนของชุมชน โดยกลวิธีสำคัญในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ การเพิ่มทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลและส่งเสริมแรงจูงใจการยอมรับบทบาทการดูแล ตลอดจนพิจารณากลวิธีให้ตอบสนองความต้องการ เพื่อให้ภาคีการดูแลผู้ป่วยจิต

เวชในชุมชนมีความพร้อมในการดูแล นำไปสู่
ประสิทธิภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวผู้ป่วยและ
ภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

สรุป กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่
พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการประเมิน
อาการรุนแรงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ป้องกันอาการ
กำเริบรุนแรงได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการ
บำบัดรักษาจนไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ อยู่ในชุมชนได้
อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำกระบวนการ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับโรค
เรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนหรืออาจขยายผลในชุมชนใกล้เคียง
โดยการปรับกระบวนการบางส่วนที่เหมาะสมสำหรับ
ภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะช่วยให้การ
สามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้อย่าง
รวดเร็ว จะช่วยให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2562).รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพฯ: ห้าง
หุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล็อก.
- 2.สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2560).คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง
กลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
กรุงเทพฯ
- 3.กนกศรี จาดเงิน.(2559).การพัฒนากระบวนการฝึกอบรมสาธารณสุขผ่านเว็บ เพื่อพัฒนาทักษะการ ประเมินผู้ป่วยจิต
เภทและความผิดปกติทางอารมณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน กระทรวงสาธารณสุข.ดุษฎีนิพนธ์.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- 4.ประคอง นาโพชนันท์.(2564).ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดต่อความเครียด อาการทาง
จิต คุณภาพชีวิตและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย.
8(2), 2564 : 72-86.
- 5.พิชามญชู่ ปุณโณทก.(2562).รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชของญาติ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี.รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะพยาบาล
ศาสตร์.ชลบุรี.มหาวิทยาลัยบูรพา
- 6.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์และชนิษฐา นันทบุตร.(2562).การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแล
สุขภาพ.36(2), 68-76.
- 7.อรพรรณ ประทุมพันธ์.(2560).ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อความรุนแรงของอาการ ทางจิต
ในผู้ป่วยจิตเภทหญิง.วิทยานิพนธ์.กรุงเทพฯ.มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- 8.Mahatnirankul N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10 : An investigation of its psychometric
properties.Biopsychosocial Medicine 2010;(12):4-6.
- 9.Norman RG, Mall AK, Mclean EM, Neufeld RW, Vouganji LP.et al. An evaluation of a stress
management program for individual with schizophrenia. Schizophrenia Research 2022; 58: 293-
303.
- 10.Overall J E, Gorham D R. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 1962; 10(3): 799-
812.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี The Relationship between Knowledge and Attitude towards Wastewater Management Behavior of Chonburi Hospital Personnel

(Received: November 17,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 23,2022)

พิชัชฌัก เข็มนาค¹
Phichapak Khemnack¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 387 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้โดยใช้ KR20 เท่ากับ 0.58 หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78, และ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียด้วยการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

ผลการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีมีความรู้การจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเต็ม 100 ค่าเฉลี่ย 73.99 SD ± 13.30) มีทัศนคติการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับมาก (คะแนนเต็ม 5 ค่าเฉลี่ย 3.86 SD ± 0.44) มีพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับดี (คะแนนเต็ม 4 ค่าเฉลี่ย 3.74 SD ± 0.47) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียที่ดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป) ได้แก่ ความรู้การจัดการน้ำเสียที่ดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และทัศนคติการจัดการน้ำเสียระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) คิดเป็น odds ratio 3.84 และ 2.94 เท่าตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (* P-value <0.05)

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการจัดการน้ำเสีย

Abstract

The aims of this research were to study the knowledge, attitude and wastewater management behavior among the personnel of Chonburi Hospital and to study the relationship between knowledge and attitude towards wastewater management behavior among them in Chonburi Hospital. The sample consisted of 387 employees who have worked for Chonburi Hospital for 1 year or more. The research instruments were validated for content validity. The reliability of the knowledge questionnaire was tested using Kuder Richardson 20 (KR-20), yielding a value of .58. The reliability of the attitude and wastewater management behavior questionnaire was determined using Cronbach's alpha coefficients, which were

¹ โรงพยาบาลชลบุรี ผู้รับผิดชอบหลัก (e-mail: iammai1970@gmail.com)



equal to .78, and .82, respectively. The data were analyzed using mean, percentage, and logistic regression analysis to determine factors affecting wastewater management behavior.

The results showed that the personnel of Chonburi Hospital had knowledge of wastewater management at a moderate level (full score 100, average 73.99 SD \pm 13.30), had a high level of wastewater management attitude (full score 5, average 3.86 SD \pm 0.44). Wastewater management behavior was at a good level (full score 4, mean 3.74 SD \pm 0.47). The factors affecting good wastewater management behavior (average score of 3.01 or more) included good wastewater management knowledge (scores from 80% or more) and attitudes on wastewater management at a high level (mean score of 3.50 or higher), which were equal to an odds ratio of 3.84 and 2.94 times, respectively, with statistical significance (*P-value < .05).

Keywords: knowledge, attitude, wastewater management behavior.

บทนำ

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคตะวันออก เป็นหน่วยบริการประชาชนทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิระดับสูง กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลชลบุรี เป็น Excellent center ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีบทบาทครอบคลุมด้าน การรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม น้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมการให้บริการของโรงพยาบาล มีปริมาณ เฉลี่ย 800 ลิตร ต่อเตียงต่อวัน น้ำเสียภายในโรงพยาบาล มีการปนเปื้อนของสารเคมี เชื้อโรค ยา ไขมัน และสารพิษต่างๆ น้ำเสียที่เกิดจากการให้บริการ หากไม่มีการควบคุม ดูแล การบริหารจัดการบำบัดน้ำเสียที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมอาจก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การปนเปื้อนในแหล่งน้ำธรรมชาติ แหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ชุมชน¹ การบริหารจัดการน้ำเสียให้มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานก่อนระบายสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะ จะป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม วิธีที่ใช้ในการบำบัดน้ำเสีย ได้แก่ วิธีทางกายภาพ วิธีทางเคมี และวิธีทางชีวภาพ ซึ่งวิธีการทางชีวภาพนั้นนับว่าเป็นวิธีที่ยอมรับมากที่สุดในการกำจัดสารอินทรีย์ในน้ำเสียในรูป

สารละลาย และอนุภาคแขวนลอยโดยใช้ จุลินทรีย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียไปย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสียด้วยปฏิกิริยาชีวเคมีแบบใช้ออกซิเจน และไม่ใช้ออกซิเจน² เครื่องเติมอากาศ ทำหน้าที่เพิ่มปริมาณออกซิเจนในน้ำเสียให้มีเพียงพอต่อความต้องการของแบคทีเรียในการย่อยสลายสารอินทรีย์ส่งผลให้ การกำจัดสารอินทรีย์มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ใช้เวลาในการบำบัดน้อย และรวดเร็วกว่าการบำบัดน้ำเสียโดยวิธีธรรมชาติ ทำให้น้ำทิ้งที่ได้มีคุณภาพดีขึ้น สามารถปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ และสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้¹

ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชลบุรี เป็นแบบตะกอนเร่ง (Activated Sludge) ใช้น้ำได้ 1000 ลูกบาศก์เมตร/วัน น้ำเสียจะรวมเข้าระบบที่บ่อบำบัดซึ่งเป็นจุดรวบรวมน้ำเสียทั้งหมดภายในโรงพยาบาลชลบุรี การบำบัดน้ำเสียขั้นต้นเป็นการบำบัดเพื่อแยกเอาขยะขนาดใหญ่ออกจากน้ำเสีย โดยการนำตะกั่วตกขยะในบ่อบำบัดขึ้นมาทำความสะอาดประจำวัน พบว่า สภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการน้ำเสีย ได้แก่ ปริมาณขยะประมาณวันละ 4 กิโลกรัมไหลปนมากับน้ำเสีย ขยะที่พบในตะกั่วตกขยะจะเป็นประเภทกระดาษชำระ ถุงมือ หน้ากากอนามัย ผ้าอนามัย และขยะประเภทอื่น ๆ อีกหลายชนิดปะปนมาทุกวัน ขยะบางส่วนอาจมีการตกค้างภายในท่อระบายน้ำส่งผลให้ท่อระบายน้ำอุดตัน จาก

สถิติข้อมูลการแจ้งการอุดตันของท่อน้ำทิ้งและท่อระบายน้ำ งานบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลชลบุรี ปีงบประมาณพ.ศ.2564พบว่ามีแจ้งซ่อม 932 ครั้ง ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (เดือนตุลาคม 2564 - เดือนมิถุนายน 2565) พบว่ามีแจ้งซ่อม 929 ครั้ง จะเห็นได้ว่าปัญหาการอุดตันของท่อน้ำทิ้งและท่อระบายน้ำเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งขยะบางประเภทจะเข้าไปติดในเครื่องสูบน้ำในบ่อสูบน้ำทำให้เครื่องสูบน้ำระบบบำบัดน้ำเสียใช้งานไม่ได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซม การบริหารจัดการปัญหาน้ำเสียในกระบวนการบำบัดขั้นต้น เป็นขั้นตอน การเตรียมคุณภาพน้ำเสียให้เหมาะสำหรับการบำบัดทางชีวภาพ³ เริ่มจากการแยกสิ่งสกปรกโดยกระบวนการทางกายภาพ แต่ยังมีสิ่งสกปรกบางประเภทที่ยังไม่ถูกบำบัดจะถูกส่งเข้าสู่การบำบัดขั้นที่สองซึ่งใช้จุลินทรีย์ในการบำบัดสิ่งสกปรก และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการบำบัดขั้นสูงเพื่อบำบัดสิ่งสกปรกที่เหลือจากการบำบัด ในขั้นที่ผ่านมาทำให้คุณภาพน้ำดีขึ้นพอที่จะนำกลับมาใช้ใหม่หรือ คุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดก่อนระบายน้ำสู่ท่อระบายน้ำสาธารณะ ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี ผู้รับบริการ ชุมชน สิ่งแวดล้อม และไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค ขั้นตอนการบำบัดน้ำเสียแต่ละขั้นตอนจะมีประสิทธิภาพในการบำบัดที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ หากบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีมีความรู้ ทักษะ ทักษะที่ถูกต้องในการดูแลจัดการน้ำเสีย จะลดปัญหาดังกล่าวได้ การจัดการน้ำเสียจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะลดปัญหาการอุดตันของท่อน้ำทิ้งและท่อระบายน้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมเครื่องสูบน้ำ ส่งผลให้ระบบบำบัดน้ำเสียมีอายุการใช้งานได้นานเต็มประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมความรู้ การรณรงค์

ประชาสัมพันธ์ในเชิงปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลชลบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2565 จำนวน 2,942 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่⁴ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ $\pm 5\%$ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 352 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เก็บตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 387 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน อายุงาน เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย ที่พักอาศัย คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย ได้แก่ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งที่มาของการรับข้อมูล



ข่าวสาร พฤติกรรมหลังจากได้รับข่าวสาร ความสนใจ เนื้อหาเรื่องการจัดการน้ำเสีย คำถามเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้การจัดการน้ำเสียของบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง สำหรับผู้ที่ตอบถูกต้อง ค่า น้ำหนักคะแนนข้อละ 1 คะแนน หรือผู้ที่ตอบไม่ถูกต้อง ให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 12 ข้อ การแปลความหมายของคะแนนโดยใช้เกณฑ์แบ่ง ระดับขั้นของคะแนนแบบอิงตามหลักการ Learning for Mastery⁵ แปลผลดังนี้

ดี หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100

ปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79

น้อย หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0-59

ส่วนที่ 4 ทักษะการจัดการน้ำเสียของบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี สร้างขึ้นตามมาตรวัด Likert scale มี ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 14 ข้อ แปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย⁶ ดังนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

1.50 - 2.49 หมายถึง น้อย

2.50 - 3.49 หมายถึง ปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง มาก

4.50 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของ บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี สร้างขึ้นตามมาตรวัด Likert scale มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ตัวเลือกปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ แปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย⁷ ดังนี้

3.01 - 4 หมายถึง ดี

2.01 - 3 หมายถึง ปานกลาง

1.01 - 2 หมายถึง ไม่ดี

ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเสนอต่อ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อให้ ผู้เชี่ยวชาญประเมิน แบบสอบถาม โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องของ วัตถุประสงค์กับคำถาม (IOC: Index of Item Object Congruency) จากนั้นนำผล การพิจารณามาวิเคราะห์ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ใช้เกณฑ์การพิจารณาเลือก ข้อคำถามที่มีค่า ดชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้โดยใช้ KR20 เท่ากับ 0.58 หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามทัศนคติและ พฤติกรรมการจัดการน้ำเสียโดยสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาคเท่ากับ 0.78, และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำ แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ และได้ปรับแก้แล้วไปเก็บสอบถามบุคลากรที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีที่มีระยะเวลา ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 387 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อคำนวณหาค่าสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน อายุงาน เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย ที่ พักอาศัย การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งที่มาของการ รับข้อมูลข่าวสาร พฤติกรรมหลังจากได้รับข่าวสาร ความสนใจเนื้อหาเรื่องการจัดการน้ำเสีย วิเคราะห์โดยใช้ จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และ ทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมจัดการน้ำเสีย ด้วยการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างเคร่งครัด และได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 351 คน (ร้อยละ 90.70) มีอายุอยู่ระหว่าง 41 -56 ปี จำนวน 176 คน (ร้อยละ 45.48) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 217 คน (ร้อยละ 56.07) ประเภทตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 201 คน (ร้อยละ 51.94) มีระยะเวลาการ

ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 184 คน (ร้อยละ 47.55) ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย จำนวน 343 คน (ร้อยละ 88.63) ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 309 คน (ร้อยละ 79.84) ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจำนวน 216 คน (ร้อยละ 55.81) ไม่มีผลต่อพฤติกรรมหลังจากได้รับข่าวสารจำนวน 143 คน (ร้อยละ 36.95) แหล่งที่มาของการรับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่มาจากสื่อโซเชียลอินเทอร์เนต จำนวน 311 คน (ร้อยละ 80.36) ความสนใจเนื้อหาเรื่องจัดการน้ำเสียจำนวน 235 คน (ร้อยละ 60.72)

2. ความรู้การจัดการน้ำเสียของบุคลากร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับศึกษาความรู้การจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้การจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 180 คน ร้อยละ 46.50 (คะแนนเต็ม 100 ค่าเฉลี่ย 73.99 SD ± 13.30) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้การจัดการน้ำเสีย (n=387 คน)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	142	36.70
ระดับปานกลาง	180	46.50
ระดับน้อย	65	16.80

Mean = 73.99, SD = 13.30, min = 25, max = 100

3. ทักษะการจัดการน้ำเสียของบุคลากร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับศึกษาทักษะการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า

บุคลากรส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับมาก จำนวน 282 คน ร้อยละ 72.87 (คะแนนเต็ม 5 ค่าเฉลี่ย 3.86 SD ± 0.44) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับทักษะการจัดการน้ำเสียของบุคลากร (n=387 คน)

ระดับทักษะ	จำนวน (387)	ร้อยละ
ระดับน้อย	1	0.26
ระดับปานกลาง	75	19.38
ระดับมาก	282	72.87
ระดับมากที่สุด	29	7.49

Mean = 3.86, SD = 0.44, min = 2.29, max = 4.7



4. พฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับศึกษาพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า

บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับดี จำนวน 364 คน ร้อยละ 94.06 (คะแนนเต็ม 4 ค่าเฉลี่ย 3.74 SD \pm 0.47) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากร (n=387 คน)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (387)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี	9	2.33
ระดับปานกลาง	14	3.61
ระดับดี	364	94.06

Mean =3.74, SD = 0.47, min = 1.25, max = 4.00

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากร ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การจัดการน้ำเสียและพฤติกรรมการจัดการน้ำเสีย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียที่ดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป)(ชูศรี วงศ์รัตน์. 2550) ได้แก่ ความรู้การจัดการน้ำเสียที่ดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) แบบอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ บลูม

(Bloom ,1971) สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียระดับดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป) คิดเป็น 3.84 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทัศนคติการจัดการน้ำเสียระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2550) สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียระดับดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป) คิดเป็น 2.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการน้ำเสียของบุคลากร (n=387 คน)

ตัวแปร	OR	(95%CI)	p-value
เพศหญิง	2.47	0.54-10.38	0.25
อายุมากกว่า 40 ปี	1.83	0.42-7.93	0.42
การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป	0.34	0.09-1.28	0.11
ประเภทตำแหน่งเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ	3.26	0.93-11.48	0.07
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน			
11-20 ปี	2.18	0.41-11.33	0.35
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	1.07	0.20-5.57	0.94
เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย	2.76	0.80-9.49	0.11
ที่พักอาศัย	0.92	0.26-3.24	0.90
ได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย	0.83	0.29-2.35	0.73
พฤติกรรมหลังจากได้รับข่าวสาร			
ปฏิบัติตามเป็นบางครั้ง	0.34	0.10-1.10	0.07
ปฏิบัติตามทุกครั้ง	0.54	0.15-1.98	0.36

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการน้ำเสียของบุคลากร (n=387 คน)

ตัวแปร	OR	(95%CI)	p-value
แหล่งที่มาของข่าวสารนอกจากหนังสือพิมพ์ ทางโซเชียลและอินเทอร์เน็ต	1.54	0.37-6.38	0.55
การเข้าร่วมประชุม/อบรม	0.89	0.10-7.89	0.92
ความสนใจเรื่องการนำน้ำทิ้งมาใช้ประโยชน์	0.78	0.31-1.96	0.60
ความรู้การจัดการน้ำเสียระดับดี (มากกว่า80คะแนนขึ้นไป)	3.84	1.00-14.73	0.04*
ทัศนคติการจัดการน้ำเสียระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5 ขึ้นไป)	2.94	1.08-8.00	0.03*

* P-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้การจัดการน้ำเสียของบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี จากผลการวิจัยด้านความรู้การจัดการน้ำเสีย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ไม่เคยได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย มีพฤติกรรมการจัดการน้ำเสียอย่างถูกต้อง และถูกวิธีในระดับดี Hospers กล่าวว่าความรู้เป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความสามารถในการจดจำอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือได้ฟังซึ่งความรู้เกิดจากการจดจำได้ และระลึกได้ โดยที่ไม่ต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อน ดังนั้นการจำได้ และระลึกได้ จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญทางจิตวิทยาและเป็นขั้นตอนที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำไปใช้ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์และการประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องใช้ความคิดและความสามารถทางสมองมากขึ้น⁸

2. ทัศนคติการจัดการน้ำเสียของบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี จากผลการวิจัยด้านทัศนคติการจัดการน้ำเสีย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับมาก อาจกล่าวได้ว่าบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี มีจิตสำนึกเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียมาก ส่งผลให้บุคลากร

โรงพยาบาลชลบุรี มีความตื่นตัวและมีพฤติกรรมการแสดงออกในการจัดการน้ำเสียได้อย่างเหมาะสม ทัศนคติ คือตัวตัดสินพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อ การตอบสนองของบุคคลนั้นๆ ต่อบุคคลอื่นๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์⁹

3. พฤติกรรมการจัดการน้ำเสียของบุคลากร โรงพยาบาลชลบุรี จากผลการวิจัยด้านพฤติกรรมการจัดการน้ำเสีย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียโดยรวม พฤติกรรมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมเป็นการแสดงออกในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายในที่ได้รับเป็นสิ่งกระตุ้นให้แสดงออกพฤติกรรมเป็นผลจากการทำปฏิกิริยาของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎีของ Benjamin S. Bloom ที่กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมมีองค์ประกอบ คือ พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นตอนของความสามารถด้านความรู้ การใช้ ความคิด และพัฒนาด้านสติปัญญา พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตของบุคคล ยกแก่การอธิบาย และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมที่แสดงออก

รวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ ในสถานการณ์หนึ่งๆ¹⁰

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี จากผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมจัดการน้ำเสียของบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการน้ำเสียที่ดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป) ได้แก่ ความรู้การจัดการน้ำเสียที่ดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และทัศนคติการจัดการน้ำเสียระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) คิดเป็น odds ratio 3.84 และ 2.94 เท่าตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่าความรู้และทัศนคติการจัดการน้ำเสียมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการน้ำเสีย คือถ้าบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีมีความรู้และทัศนคติดีจะทำให้มีพฤติกรรมจัดการน้ำเสียได้ถูกต้อง ถูกวิธี มีจิตสำนึก ในการจัดการน้ำเสีย ส่งผลให้พฤติกรรมจัดการน้ำเสียดีขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการของเสียอันตรายในครัวเรือนของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการของเสียอันตรายในครัวเรือนของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ 0.001¹¹ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติด้านปัญหาน้ำเน่าเสียกับพฤติกรรมจัดการสิ่งปฏิกูลและน้ำเสียในชุมชนที่พักอาศัย อำเภอคลองหก จังหวัดปทุมธานี พบว่า ทัศนคติด้านปัญหาน้ำเน่าเสียมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการสิ่งปฏิกูลและน้ำเสียในชุมชนที่พักอาศัย อำเภอคลองหก จังหวัดปทุมธานีอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ 0.05¹² แสดงให้เห็นว่าหากบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียเพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติในการจัดการน้ำเสียที่ดีขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรม

แสดงออกเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาการอุดตันของท่อน้ำทิ้งและท่อระบายน้ำลดลง ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมเครื่องสูบน้ำลดลง อีกทั้งทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียมีอายุการใช้งานได้นานเต็มประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียแก่บุคลากรโรงพยาบาลชลบุรี เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรมีพฤติกรรมจัดการน้ำเสียที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน สนับสนุนการมีส่วนร่วมในเชิงปฏิบัติการให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลชลบุรี

1.2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมจัดการน้ำเสีย โดยการรณรงค์ปลุกจิตสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการจัดการน้ำเสีย รวมถึงให้เห็นความสำคัญของการจัดการน้ำเสีย

1.3. จัดกิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการน้ำเสีย เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีการจัดการน้ำเสียได้อย่างถูกวิธี เหมาะสมกับพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการมีส่วนร่วมที่มีผลต่อเนื่องในทางที่จะเสริมผลที่เกิดขึ้นกับบุคลากรโรงพยาบาลชลบุรีร่วมกับพฤติกรรมจัดการน้ำเสีย เช่น เสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการจัดการน้ำเสีย ควบคู่กับการให้ความรู้ความเข้าใจในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

2.2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมจัดการน้ำเสียของผู้มารับบริการโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้พัฒนาการจัดการน้ำเสียได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. กองจัดการคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ.(2545) น้ำเสียชุมชนและระบบบำบัดน้ำเสีย. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์คุรุสภา.
2. ชชาติชาย ชายตระกูล.(2548) การศึกษาประสิทธิภาพของถังบำบัดน้ำเสียโดยกระบวนการอเล็กโตลิซิส (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
3. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2564) คู่มือการควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล. บริษัท บอาร์ท ทู ปี พับลิชซิง จำกัด.
4. Yamane,T.(1973) Statistics : An introductory analysis. (3rd ed.). New York : Harper & Row.
5. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill book company.
6. ชูศรี วงศ์รัตน์.(2550). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพฯ : บริษัทไทนอร์มิตกิจ อินเทอร์เน็ตโปรดักส์ จำกัด.
7. ชูศรี วงศ์รัตน์.(2549) เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพฯ : บริษัทไทนอร์มิตกิจ อินเทอร์เน็ต โปรดักส์ จำกัด.
8. Hospers, J. (1996) An introduction to philosophical analysis. Colorado, Denver : Pearson Education, University of Colorado, Denver.
9. Gibson, J.(2000) Organization behavior structure process. New York : McGraw Hill.
10. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2526) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ:โอเดียนส์ไตร์.
11. สุกัลยา ทองเสริม และสร้อยญา ถีป้อม.(2563) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการของเสียอันตรายในครัวเรือนของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 15(1): 99-111.
12. อิศรา ศิริมณรัตน์, วริศรา สุกุมลจันทร์, ศิริพร เจียรสถิต.(2563) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติด้านปัญหาน้ำเน่าเสียกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลและน้ำเสียในชุมชนที่พิกาศัย อำเภอคลองหก จังหวัดปทุมธานี.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย ราชภัฏศรีสะเกษ 14(3): 137-143.

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล
ของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

The study on Elderly Health Literacy of Universal Prevention Behavior
in Khon Kaen Province

(Received: November 20,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 29,2022)

นพพร การถัก¹
Nopporn Kantak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling technique) จำนวน 265 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ แจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สัดส่วนอดส์ปรับค่า (Adjusted OR) โดยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multinomial logistic regression analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% (p-value<0.5)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 61.8 การเข้าถึง การเข้าใจ ซักถาม ตัดสินใจ ปฏิบัติและบอกต่อ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งในด้านการปฏิบัติ มีค่าคะแนน มากกว่า ด้านอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็มร้อยละ 81 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าเพศชาย 3.67 เท่า ($OR_{adj}=3.67, 95\%CI=.47-28.61$) กลุ่มตัวอย่าง ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 4.31 เท่า ($OR_{adj} 4.31=-36-4. , 95\% CI=.36-4.90$) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65ปี 2.42 เท่า ($OR_{adj}=2.04, 95\%CI=4.97-8.43$)กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่าผู้ที่มีรายได้ขาดสน .79เท่า ($OR_{adj}=.79 , 95\%CI=.17-3.68$) กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า3คน มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่า ผู้ที่อยู่คนเดียว1.93 เท่า ($OR_{adj}=1.93 , 95\% CI=.23-16.18$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการอ่านได้คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่ากลุ่มที่อ่านไม่ได้ หรืออ่านไม่คล่อง 3.24 เท่า($OR_{adj}3.24 , 95\% CI=.35-4.58$) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในช่องทางบุคคล มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีช่องทางเข้าถึงข้อมูล 2.25 เท่า ($OR_{adj}=2.25 , 95\% CI=.47-10.84$) กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลในครอบครัวมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าผู้ที่ไม่มีผู้ดูแล 2.47 เท่า ($OR_{adj}=2.47 , 95\% CI=.65-9.38$) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม 0.75 เท่า ($OR_{adj}=.75 , 95\% CI=.08-5.24$)

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลในกลุ่มผู้สูงอายุ มีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ควรมีการกำหนดวิธีการ ข้อมูล และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งบริบททางสังคม วัฒนธรรม นอกจากนี้ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องจากช่องทางการสื่อสารที่ผู้สูงอายุได้รับ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ผู้สูงอายุ

Abstract

The research aimed to study the health literacy of universal prevention behaviors of the elderly in Khon Kaen province, collecting data using questionnaires from 265 samples by purposive sampling technique. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, Adjusted OR by Multinomial logistic regression analysis.

The study found that the majority of the sample was female at 74.3 percent had an average age was 79.84 years, had the highest level of education at the elementary level, and 61.5 percent had marital status and 86.0 percent were mainly engaged in farming, followed by non-working people at 31.7 percent. The majority of the economy is in need, accounting for 67.5 percent of which have no role in society, accounting for 90.2 percent of the most informed channels. 93.2 per cent of the majority have received two doses of the COVID-19 vaccine.

The overall elderly health literacy in universal prevention behavior including accessibility, cognitive, communication skill, decision skill, self-management and media-literacy mostly was low level at 61.8 percentage only self management had higher score over other part. According to the data analysis, females were 3.67 times more well in universal infection prevention behaviors than males (ORadj=3.67, 95%CI=.47-28.61). Samples younger than 65 years of age were more likely to be more well about universal infection prevention behaviors. Those over 65 years of age were 2.42 times more likely to be well in universal infection prevention behaviors more than those with a needy income (ORadj=.79 , 95% CI=.17-3.68). Those with family members more than 3 people were 1.93 times more likely to have health literacy about universal infection prevention behaviors than those who lived alone (ORadj=1.93, 95% CI=.23-16.18). Those with fluent readability were 3.24 times more likely to had health literacy about universal infection prevention behaviors more than those who could not read or were not fluent. Samples that access information on people channels 2.25 times more likely to had health literacy about universal infection prevention behaviors more than those without channel (ORadj=2.25 , 95% CI=.47-10.84) The sample with family caregivers was 2.47 times more likely to had health literacy about universal infection prevention behaviors than those without a caregiver (ORadj=2.47 , 95% CI=.65-9.38). The sample with full vaccinated are more likely to had health literacy about universal infection prevention behaviors than 2 needles vaccinated 0.75 times (ORadj=.75, 95% CI=.08-5.24) The recommendation from this research is to build health awareness about universal infection prevention behaviors among the elderly. It is important to

prevent COVID-19 infection, appropriate methods, information and communication channels should be established for personal factors, including sociocultural contexts. to prevent further misconduct.

Keywords : Health literacy, Universal Prevention Behaviors, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) พบผู้ป่วยรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน องค์การอนามัยโลก¹ ได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 และเป็นโรคติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสนี้สะสมเป็นจำนวน 198,010,967 ราย เสียชีวิตจำนวน 4,224,124 ราย การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ที่พบในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกนอกประเทศจีน จากนั้นเริ่มมีการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563 ประมาณ 35 ราย ต่อมาพบว่าผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในกลางเดือนมีนาคม 2563 มีการแพร่เชื้อของผู้ป่วยเป็นจำนวนมากจากสนามมวยและสถานบันเทิงต่าง ๆ 1 สัปดาห์ต่อมาในประเทศไทยได้พบสถานการณ์ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกิน 100 คนต่อวัน ทำให้รัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในวันที่ 26 มีนาคม 2563 และประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563 เป็นต้นมา ในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสนี้สะสมเป็นจำนวน 597,287 ราย เสียชีวิต 4,857 ราย^{2,3} และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดยังมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน ปัจจุบันพบสายพันธุ์ใหม่ล่าสุดชื่อว่า โอมิครอน (Omicron) ที่ทั่วโลกกำลังจับตามองอยู่ในขณะนี้ โอมิครอน ที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อไวรัสนี้มีอาการรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว ปวดกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่ 2-3 วันอาการจะดีขึ้น ไม่มีอาการไอ ไม่มีผลกระทบเรื่องการได้กลิ่นหรือการรับรส วิธีการป้องกันให้สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ หลีกเลี่ยงการอยู่ใน

พื้นที่แออัด เช่นเดียวกับกับสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ หลังจากนั้นยังพบว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือ COVID-19 โอมิครอน เมื่อเริ่มมีการระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือ COVID-19 เดลต้าจะลดการระบาดลง เช่นเดียวกันเมื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือ COVID-19 เดลต้าระบาดหนัก ในช่วงเวลาก่อนนั้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือ COVID-19 อยู่ขั้นก็ลดการระบาดและหายไป ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถเข้าไปอยู่ในร่างกายได้เพียงสายพันธุ์เดียวการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีการเตรียมตัววางแผนและรับมือกับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จะทำให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย ด้วยเหตุนี้จึงเกิดแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เผยแพร่มาอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชนเพื่อป้องกันลดเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ช่วยให้ประชาชนสามารถรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการระบาดอยู่ในประเทศได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2548 โดยในปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete aged Society) โดยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 18.3 และคาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2576 และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ซึ่งการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้ปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยตามมาด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงและมีความเสื่อมถอยจากความชรา ทำให้เกิดการเจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ที่ต้องให้การรักษา และการดูแลสุขภาพเป็นเวลานาน เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆทั้งในด้านสุขภาพและสังคม

จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกประเทศทั่วโลก พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8-19.0 โรคติดเชื้อโควิด-19 สาเหตุจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 virus ทำให้เกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตาม บางรายอาจได้รับการรักษาด้วยยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคมะเร็ง มีโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงและเสียชีวิตได้ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) ได้แก่ การออกนอกบ้านเมื่อจำเป็น เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยและทับด้วยหน้ากากผ้าให้หน้ากากทั้งสองชั้นกระชับสนิทกับใบหน้า ปิดทั้งจมูกและปากตลอดเวลาเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีมากกว่า 2 คน ล้างมือบ่อยๆด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังสัมผัสวัตถุสิ่งของร่วมกัน หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าที่สวมใส่อยู่ รวมทั้งใบหน้า ตาม จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้เลี่ยงการออกนอกบ้านเว้นแต่จำเป็น ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุดและใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อยๆ แยกของใช้ส่วนตัวทุกชนิด เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ถ้ามีความเสี่ยงควร

แยกตัวจากผู้อื่นและตรวจ ATK หลังจากสัมผัสโรคประมาณ 3-5 วัน จากการดำเนินการที่ผ่านมาจะเป็นการมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการกระทำให้สุขภาพของตนมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ โดยกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ สามารถพัฒนาได้ 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจในข้อมูล การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจทางสุขภาพ การบอกต่อข้อมูล จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐานและอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นหรืออยู่ในระดับดี อาจนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในปัจจุบัน พบว่า สถานการณ์เริ่มดีขึ้นจากการที่ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้น รัฐบาลเตรียมที่จะประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้ให้สถานการณ์คืนสู่ภาวะปกติ ดังนั้น การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัย ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันตนเองแบบครอบจักรวาลในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน

ตนเองแบบครอบครัวवालของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น เพื่อทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ มากำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันตนเองแบบครอบครัวवालของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันกาติดเชื้อแบบครอบครัวवालของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันกาติดเชื้อแบบครอบครัวवालของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่นในปีงบประมาณ 2565 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่นในปีงบประมาณ 2565 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 265 ราย โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่มีสัญชาติไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น 2) มีความสามารถในการตอบโต้สื่อสาร 3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยจนต้องได้รับยาหรือต้องพบแพทย์ตามนัดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สำหรับ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินในขณะที่ให้ข้อมูล หรือ ขอยุติการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ การมีผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อมูล บทบาทในชุมชน ช่องทางการได้รับข้อมูล ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันกาติดเชื้อแบบครอบครัวवाल 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ การปฏิบัติ การบอกต่อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมิณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert Rating Scale) จำนวน 25 ข้อในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันกาติดเชื้อแบบครอบครัวवाल เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ดังนี้ (Best, 1977) ดำเนินการประเมินคุณภาพเครื่องมือ โดย 1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง ก่อนนำไปทดลองใช้ 2) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 50 คน และ 3) นำแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) ของครอนบราซ (Cronbrach's Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.84 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีนบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อชี้แจงแนวทางและวิธีการเก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ให้เป็นแนวทางเดียวกันจากนั้น นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องแล้วนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ลงรหัสแล้วประมวลผลโดยใช้

โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical Package for the Social Sciences) ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล โดยการหาค่าสัดส่วน Odds Ratio (Adjusted OR) โดยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multi-nominal logistic regression analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 % (p-value <0.05)

ผลการศึกษา

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n= 265)	ร้อยละ
ต่ำ	164	61.8
ปานกลาง	86	32.6
สูง	15	5.6

จากตารางที่ 1 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ในภาพรวมอยู่ในระดับคิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.6 และระดับสูง ร้อยละ 5.6

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (รายด้าน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเข้าถึง	180	67.9	67	25.3	18	6.8
ด้านการเข้าใจ	193	72.8	59	22.3	13	4.9
ด้านการซักถาม	217	81.8	35	13.2	13	5.0
ด้านการตัดสินใจ	228	86.0	27	10.2	10	3.8
ด้านการปฏิบัติ	165	62.3	66	24.9	34	12.8
ด้านการบอกต่อ	236	89.1	27	10.2	2	0.7

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล จำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านการเข้าถึงข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.3 และ 6.8ตามลำดับ

ด้านความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.8 รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.3 และ 4.9 ตามลำดับด้านการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 21.7 รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13.2 และ 5.0 ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 62.3 รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.9 และ 12.8 ตามลำดับ

ด้านการบอกต่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 89.1 รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 10.2 และ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI (lower Upper)
เพศ	2.65	2.77	91.77	1	.000	3.67	.47-28.61
อายุ	17.9	0.59	929.08	1	.000	2.04	4.91-8.43
การศึกษา	2.71	0.31	75.99	1	.000	4.31	0.36-4.9
สถานภาพสมรส	2.81	0.29	96.5	1	.000	0.82	0.18-0.3.8
จำนวนสมาชิก	2.2	1.05	4.35	1	0.037	1.93	.23-16.18
ผู้ดูแล	2.04	0.61	11.01	1	0.001	2.47	.65- 9.38
รายได้	2.84	0.29	99.23	1	.000	0.79	.17-3.68
บทบาทในชุมชน	2.72	0.24	18.61	1	0.001	0.45	.39-2.64
ช่องทางการรับข้อมูล	2.57	0.51	5.37	1	.000	2.25	.47-10.84
การอ่าน	2.64	0.59	19.5	1	.000	3.24	.35-4.58
การมองเห็น	2.42	0.39	37.77	1	.000	1.89	.66-0.91
การได้ยิน	2.78	0.31	79.94	1	.000	1.1	.34-0.58
การเจ็บป่วย	2.88	0.42	46.83	1	.000	0.97	.31-0.62
วัคซีน	2.42	0.52	21.52	1	0	1.76	.51-6.10

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย 3.67 เท่า ($OR_{adj}= 3.67$, 95% CI=.47-28.61)

อายุ ความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่ม

ตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 65 ปี 2.04 เท่า ($OR_{adj}= 2.04$, 95% CI=4.97-8.43)

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือ 4.31 เท่า($OR_{adj}=4.31$. 95% CI=0.36-4.9)

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการ

การติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่คนเดียว 2.04 เท่า ($OR_{adj}=2.04, 95\% CI=4.97-8.43$)

คนดูแล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคนดูแล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคนดูแล 2.47 เท่า ($OR_{adj}=2.47, 95\% CI=.65-9.38$)

ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอเพียง จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ขาดสน 0.79 เท่า ($OR_{adj}=0.79, 95\% CI=.17-3.68$)

บทบาทในชุมชน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ

ช่องทางการได้รับข้อมูล พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลผ่านช่องทางบุคคลมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีช่องทางรับข้อมูล 2.25 เท่า ($OR_{adj}=2.25, 95\% CI=.47-10.84$)

ความสามารถในการอ่าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการอ่านปกติ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านได้ 1.24 เท่า ($OR_{adj}=1.24, 95\% CI=.35-4.58$)

ความสามารถในการมองเห็น ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ

การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ

การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม 0.75 เท่า ($OR_{adj}=.75, 95\% CI=.08-5.24$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำกับการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ในภาพรวมขององค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ การปฏิบัติ การบอกต่อ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งองค์ประกอบที่มีคะแนนความรอบรู้สูงสุด คือด้านการปฏิบัติตัว อาจเป็นเพราะการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ที่มีการติดต่อได้ง่าย มีการระบาดอย่างแพร่หลายในวงกว้างและรวดเร็ว มีอันตรายขั้นรุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้ ในช่วงที่เกิดการระบาดใหม่ๆ ยังไม่มียาที่รักษาได้ รวมทั้งยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้น ประชาชนจึงให้ความสำคัญและเข้มงวดในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อได้รับคำแนะนำหรือได้รับข้อมูล

เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2012 หรือโรคโควิด-19 จึงมีการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนการปฏิบัติตน ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลสูงกว่าองค์ประกอบด้านอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงนภา ธาตุมี (2564)⁴ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวิกฤตโควิด-19 ในเขตอำเภอวังสามหมอ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุวิกฤตโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย 3.67 เท่า ($OR_{adj}=3.67, 95\% CI=1.47-28.61$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yildirim, AKgul, & Gecer (2022)⁵ ศึกษาเรื่อง ผลกระทบกลุ่มเปราะบางเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและความกลัวต่อพฤติกรรมป้องกันการโควิด-19 พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการหลีกเลี่ยงระบบขนส่งสาธารณะ พฤติกรรมป้องกันการโรคที่ปฏิบัติบ่อยๆ คือ การล้างมือ เพศหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ความเสี่ยงและความกลัว coronavirus 2019 เมื่อเทียบกับผู้ชาย ดังนั้น การรับรู้ความเสี่ยงและความกลัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการนอกจากนี้ในบริบทของสังคมไทย เพศหญิงส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้หญิงจึงต้องค้นหาข้อมูลของโรค แนวทางในการป้องกันโรคเพื่อให้มีความรู้มาใช้ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

อายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี

มีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 65 ปี 2.04 เท่า ($OR_{adj}=2.04, 95\% CI=1.49-8.43$) บุคคลที่มีอายุมากขึ้น ความจำ ความสนใจและการค้นหาความรู้ในเรื่องต่างๆทำได้น้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลลดลง

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือ 4.31 เท่า ($OR_{adj}=4.31, 95\% CI=1.36-4.9$) สอดคล้องกับการศึกษาของภักดิ์วิรัช วีระจร และคณะ (2563)⁶ ศึกษาเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ใน ระดับที่มากที่สุด ($\mu=4.50, \sigma=0.44$) กำลังพลที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ปฏิบัติงานในส่วนบ.ก. และมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่า กำลังพลที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี

จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีคนดูแล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือช่องทางด้านบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน และมีคนดูแล มีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว โอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมากกว่า

ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอเพียง จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ขาดสน 0.79 เท่า ($OR_{adj}=0.79, 95\% CI=.17-3.68$) การที่ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความพร้อมในด้านการดูแลตนเองอันเกิดจากความพร้อมด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ทำให้มีโอกาสที่จะแสวงหาแหล่งข้อมูล การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ขาดแคลน ดังนั้น โอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมากกว่า

ช่องทางการได้รับข้อมูล พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลผ่านช่องทางบุคคลมีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีช่องทางรับข้อมูล 2.25 เท่า ($OR_{adj}=2.25, 95\% CI=.47-10.84$) การได้รับข้อมูลโดยใช้ช่องทางบุคคลมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากสามารถซักถาม ขอข้อมูลซ้ำๆ ได้ รวมทั้งการยืนยันข้อมูลแนวทางปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้สะดวก ดังนั้นช่องทางการได้รับข้อมูลจึงมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการอ่าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการอ่านปกติ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านได้ 1.24 เท่า ($OR_{adj}=1.24, 95\% CI=.35-4.58$) การอ่านเป็นช่องทางที่สำคัญและจำเป็นต่อการแสวงหาความรู้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม (2563)⁷ ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม

การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)หญิง ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และทัศนคติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม 0.75 เท่า ($OR_{adj}=0.75, 95\% CI=.08-5.24$) ผู้สูงอายุที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ควรมีการกำหนดวิธีการ ข้อมูล และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งบริบททางสังคม วัฒนธรรม

2. สมาชิกในครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเฝ้าระวังการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องจากช่องทางการสื่อสารต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization1. (2020). Coronavirus. Retrieved (2020, June 15) from https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
2. กรมควบคุมโรค. (2564).รายงานสถานการณ์โควิด-19 สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/>
3. กระทรวงสาธารณสุข (2564). สถานการณ์ในประเทศไทย.สืบค้น 20 เมษายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
4. ดวงนภา ธาตุมี (2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวิกฤตโควิด-19 ในเขตอำเภอวังสามหมอ. วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์. 5(2) 1-11
5. Murat Yıldırım, Ömer Akgül & Ekmel Geçer. (2020). The Effect of COVID-19 Anxiety on General Health: the Role of COVID-19 Coping. International Journal of Mental Health and Addiction (2022) 20:1110–1121
6. ภัคณัฐ วีระจจร โชคชัย ขวัญพิชิต กิตติพร เนาว์สุวรรณ นกษา สิงห์วีระธรรม (2563) การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 3(3) 106 - 17
7. ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม. (2563) . ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)หญิงในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ.



อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังจากเย็บปิดแผลผ่าตัดทันทีของการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตก
ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Rate of surgical site infection after primary closure appendectomy wound of perforated
appendicitis adult patient in Phra Na Khon Si Ayutthaya hospital

(Received: December 4,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 19,2022)

พรหมพิรุณ วัฒนวิกิจ¹

Phrompirun wattanawikid

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังรูปแบบ Retrospective study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดแผลติดเชื้อหลังจากเย็บปิดแผลผ่าตัด และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตก ในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 100 ราย ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 - มิถุนายน 2562

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.00 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.00 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด ร้อยละ 12.00 โดยในกลุ่มที่เย็บปิดแผลทันทีหลังผ่าตัดแบบเปิดมีอุบัติการณ์ติดเชื้อ ร้อยละ 10.71 และไม่เย็บปิดแผลทันทีพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 13.64 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผล พบว่า สภาวะร่างกายผู้ป่วย (ASA classification) Class 3-4 ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 9.11; 95%CI: 1.06-109.12)

ดังนั้น การเย็บปิดบาดแผลทันทีหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดเป็นวิธีที่เหมาะสมและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อซึ่งจะนำไปสู่การลดระยะเวลาในการฟื้นตัวได้

คำสำคัญ: ไส้ติ่งอักเสบ, การผ่าตัดแบบเปิด, ผู้ใหญ่

ABSTRACT

This study is a Retrospective study aimed to study the incidence of wound infection after surgical wound closure and factors associated with infection after surgical wound closure among 100 adult patients of appendicitis rupture surgery in the Department of Surgery, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, during July 2016 - June 2019

The results showed that 57.00 percentage of the samples were male, 32.00 percentage were over 60 years old . The incidence of infection after open surgery appendectomy was 12.00 percentage. The incidence of infection in the immediately wound closure group was 10.71 percentage and later wound closure group was 13.64 percentage. Factor that was significantly associated with infection after surgical wound closure was the patient's condition (ASA classification) Class 3-4 (OR 9.11; 95%CI: 1.06-109.12)

Closing the wound immediately after open surgery appendectomy is an appropriate method to reduce the incidence of infection and recovery period.

Keyword: appendicitis, open surgery, adult

¹ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคไส้ติ่งอักเสบ (Acute Appendicitis) เป็นภาวะทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยๆ ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน⁽¹⁾ ที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เกิดจากภาวะอุดตันในรู (ทางเข้า - ออก) ของไส้ติ่ง ที่พบบ่อย คือ การมีเศษอุจจาระแข็งๆ ชื้นเล็กๆ (fecalith) ที่ผนังไส้ติ่ง ซึ่งเมื่อเกิดการอุดตันขึ้น สิ่งคัดหลั่งที่ไส้ติ่งหลังอยู่เป็นปกติก็จะเกิดการคั่งอยู่ในรูไส้ติ่ง ทำให้เกิดอาการบวมเป่ง และมีแรงดันภายในไส้ติ่งสูงขึ้น ประกอบกับการบีบขับของไส้ติ่ง จึงทำให้เกิดอาการปวดรอบสะดือ และในขณะเดียวกันเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่เป็นปกติในรูไส้ติ่งก็จะเกิดการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว และรุกล้ำเข้าไปในเนื้อเยื่อของไส้ติ่งก็จะเกิดการเน่าตายและแตกทะลุได้⁽²⁾

นับตั้งแต่ McBurney รายงานการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบแบบแผลเปิด (Open appendectomy) ในปี ค.ศ. 1894 การผ่าตัดไส้ติ่งแบบแผลเปิดจึงเป็นการผ่าตัดมาตรฐานตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา⁽³⁾ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะกรณีไส้ติ่งอักเสบแตก มีการปนเปื้อนบริเวณบาดแผลมาก โดยทำการเย็บปิดแผลทันทีหลังผ่าตัด (Primary closure) มีการติดเชื้อได้มากถึง 30-70%⁽⁴⁾ ศัลยแพทย์มีความพยายามในการลดการติดเชื้อ ด้วยการใส่ยาปฏิชีวนะแบบป้องกันก่อนการผ่าตัดไส้ติ่งช่วยลดการเกิดแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดได้แต่ยังคงสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการใส่ยาปฏิชีวนะตามมา⁽⁵⁾ ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ส่วนวิธีการจัดการแผลหลังผ่าตัด จะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผ่าตัดว่าจะเปิดแผลไว้ชั่วคราวหรือเย็บปิดทันที ซึ่งพบว่า การเย็บปิดผนังทันทีหลังจากที่ผ่าตัดนั้นสามารถทำได้และสร้างความพึงพอใจพร้อมลดการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ได้

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ยังไม่มีรายงานที่แน่ชัดเกี่ยวกับการลดลงของการติดเชื้อ

หรือความสำเร็จของการรักษาที่ต่างไปจากเดิม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาอัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังจากเย็บปิดแผลผ่าตัดทันทีของการผ่าตัดทันทีของการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการรักษาที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการฟื้นตัว และลดอุบัติการณ์ของแผลผ่าตัดติดเชื้อ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดแผลติดเชื้อหลังจากเย็บปิดแผลผ่าตัด สำหรับการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตกกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตกกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตกกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาแบบเปิด และได้รับการเย็บปิดแผลทันที ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2562 ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2559 - เดือนมิถุนายน 2562 ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ

เปิด และได้รับการเย็บปิดแผลทันทีและไม่ได้เย็บแผลทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบคัดลอกข้อมูล (Collection Secondary data) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมด้านภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบค่า IOC เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณานำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน พิสัย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range, IQR) การเปรียบเทียบการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดโรคไส้ติ่งแตกกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ Chi-square test โดยใช้ค่า P-value < 0.05 ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ ใช้สถิติ Univariate logistic regression พิจารณา statistic significant ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 026/2564

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของแบบซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และได้รับการผ่าตัดแบบเปิด จำแนกตามอุบัติการณ์ของการเกิดติดเชื้อหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตก (n=100)

เกิดติดเชื้อภายใน 30 วัน หลังผ่าตัด	ระยะเวลาการเย็บปิดแผล		รวม
	เย็บปิดแผลทันที (n=56)	ไม่เย็บปิดแผลทันที (n=44)	
ติดเชื้อหลังการผ่าตัด	6 (10.71)	6 (13.64)	12 (12.00)
ไม่ติดเชื้อหลังการผ่าตัด	50 (89.29)	38 (86.36)	88 (88.00)
รวม	56 (100.00)	44 (100.00)	100 (100.00)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อนที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 100 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.00 และเพศหญิง ร้อยละ 43.00 อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.32 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.00 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 45.00 มีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.00 และพบหนึ่งรายป่วยเป็น HIV

2. อุบัติการณ์ของการเกิดติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตก ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของแบบซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และได้รับการผ่าตัดแบบเปิด 100 ราย และเย็บปิดแผลทันที 56 ราย (ร้อยละ 56.00) ส่วนอีก 44 ราย (ร้อยละ 44.00) ไม่ได้เย็บปิดแผลทันที เมื่อติดตามผลการรักษาหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตก พบว่า มีผู้ป่วยเกิดติดเชื้อแผลผ่าตัดที่เกิดภายใน 30 วันหลังผ่าตัด จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ร้อยละ 12.00 เมื่อพิจารณาอัตราอุบัติการณ์จำเพาะจำแนกตามระยะเวลาการเย็บปิดแผล พบว่า การเย็บปิดแผลทันทีหลังผ่าตัดแบบเปิดมีอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 10.71 ซึ่งน้อยกว่าการไม่เย็บปิดแผลทันทีซึ่งพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 13.64 (ตารางที่ 1)

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิด

บาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) คือ สภาวะร่างกายผู้ป่วย (ASA classification) Class 3-4 (OR 9.11; 95%CI: 1.06-109.12) และมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน (OR 12.00; 95%CI: 0.64-191.39) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (n=56)

ปัจจัย	เกิดติดเชื้อหลังการผ่าตัด (%) (n=6)	ไม่เกิดติดเชื้อหลังการผ่าตัด (%) (n=50)	Univariate analysis	
			OR (95%CI)	p-value
เพศ				
ชาย	3 (50.00)	34 (68.00)	1.00 (Ref.)	
หญิง	3 (50.00)	16 (32.00)	2.13 (0.25-17.44)	0.379
อายุ (ปี)				
อายุต่ำกว่า 35 ปี	1 (16.67)	23 (46.00)	1.00 (Ref.)	
อายุ 35 ปีขึ้นไป	5 (83.33)	27 (54.00)	4.26 (0.42-210.02)	0.170
BMI (Kg/m ²)				
อ้วนระดับ 1-3 (23.0 ขึ้นไป)	3 (50.00)	32 (64.00)	1.00 (Ref.)	
ดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9)	3 (50.00)	18 (36.00)	1.78 (0.21-14.56)	0.503
โรคประจำตัว				
DM				
ไม่มี	4 (66.67)	48 (96.00)	1.00 (Ref.)	
มี	2 (33.33)	2 (4.00)	12.00 (0.64-191.39)	0.008*
HIV				
ไม่มี	6 (100.00)	49 (98.00)	1.00 (Ref.)	
มี	0 (0.00)	1 (2.00)	NA	0.727**
สภาวะร่างกายผู้ป่วย (ASA classification)				
Class 1-2	2 (33.33)	41 (82.00)	1.00 (Ref.)	
Class 3-4	4 (66.67)	9 (18.00)	9.11 (1.06-109.12)	0.007*
Type of appendicitis				
Rupture	4 (66.67)	44 (88.00)	1.00 (Ref.)	
Suppurative	2 (33.33)	6 (12.00)	3.67 (0.27-32.02)	0.158
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)				
1-5 วัน	4 (66.67)	38 (76.00)	1.00 (Ref.)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (n=56)

ปัจจัย	เกิดติดเชื้อหลังการผ่าตัด (%) (n=6)	ไม่เกิดติดเชื้อหลังการผ่าตัด (%) (n=50)	Univariate analysis	
			OR (95%CI)	p-value
มากกว่า 5 วันขึ้นไป	2 (33.33)	12 (24.00)	1.58 (0.13-12.62)	0.618
เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก				
ไม่มี	5 (83.33)	48 (96.00)	1.00 (Ref.)	
มี	1 (16.67)	2 (4.00)	4.80 (0.07-103.94)	0.193
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)				
< 37.2	2 (33.33)	23 (46.00)	1.00 (Ref.)	
≥ 37.2	4 (66.67)	27 (54.00)	1.70 (0.22-20.27)	0.555
WBC (x10 ³ cell/cu.mm)				
≥ 10.00	4 (66.67)	46 (92.00)	1.00 (Ref.)	
< 10.00	2 (33.33)	4 (8.00)	5.75 (0.38-56.27)	0.058

*p-value<0.05 ** fisher exact

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อนที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 จำนวน 100 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.00 รองลงมาคือ เพศหญิง ร้อยละ 43.00 อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1: 1.32 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 30.00) ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 45.00 มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.00 และพบผู้ป่วยหนึ่งรายมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

1. อุบัติการณ์ของการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตก

ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของแบบซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาที่ แผนก ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และได้รับการผ่าตัดแบบเปิด 100 ราย ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2559 ถึงเดือนมิถุนายน 2562 และเย็บปิดแผลทันที 56 ราย (ร้อยละ 56.00) ส่วนอีก 44 ราย (ร้อยละ 44.00) ไม่ได้เย็บปิดแผลทันที

เมื่อติดตามผลการรักษาหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตก พบว่ามีผู้ป่วยเกิดติดเชื้อแผลผ่าตัดที่เกิดภายใน 30 วันหลังผ่าตัด จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแตกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ร้อยละ 12.00 เมื่อพิจารณาอัตราอุบัติการณ์จำเพาะจำแนกตามระยะเวลาการเย็บปิดแผล พบว่าการเย็บปิดแผลทันทีหลังผ่าตัดแบบเปิดมีอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 10.71 ซึ่งน้อยกว่าการไม่เย็บปิดแผลทันทีซึ่งพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 13.64

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) คือ สภาวะร่างกายผู้ป่วย (ASA classification) Class 3-4 (OR 9.11; 95%CI: 1.06-109.12) และ มีโรค

ประจำตัว คือ โรคเบาหวาน (OR 12.00; 95%CI: 0.64-191.39)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแบบซับซ้อนที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.32 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 30.00) จากการศึกษาแบบ ศักยภาพย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปรามบุรี โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบและทำการรักษาโดยวิธีผ่าตัด พบว่า เพศ อายุ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน⁽⁶⁾

2. อัตราอุบัติการณ์ของการติดเชื้อหลังเย็บปิดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ร้อยละ 12.00 เมื่อพิจารณาอัตราอุบัติการณ์จำเพาะจำแนกตามระยะเวลาการเย็บปิดแผล พบว่า การเย็บปิดแผลทันทีหลังผ่าตัดแบบเปิดมีอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 10.71 ซึ่งน้อยกว่าการไม่เย็บปิดแผลทันที ซึ่งพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 13.64 จากการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องและผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบมาตรฐานเป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยน้ำหนักเกินที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง พบว่า การผ่าตัดส่องกล้องยังลดการเสียเลือด (LA 5 มล. และ OA 20 มล., $P < 0.001$) ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารหลังผ่าตัดได้เร็วกว่า (LA 22.5 ชม. และ OA 32 ชม, $P < 0.001$) และยังสามารถปิดแผลได้หลังผ่าตัดทันที โดยไม่จำเป็นต้อง delayed แต่ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของทั้ง 2 วิธีไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁾ ส่วนการศึกษาการติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัดหลังการผ่าตัดไส้ติ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เจดดาห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า การติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัด (SSI) ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนที่ธรรมดาหลังการผ่าตัด มีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อ

ที่บริเวณผ่าตัด ทั้งในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด พบการติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัดหลังการตัดไส้ติ่งในผู้ป่วย จำนวน 31 รายจาก จำนวน 433 ราย การติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเทคนิคการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด ($p=0.0001$)⁽²⁾ ส่วนการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา เพื่อประมาณการอุบัติการณ์ของการติดเชื้อหลังการผ่าตัดไส้ติ่งในระดับโลกและระดับภูมิภาคออกแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา แหล่งข้อมูล EMBASE, PubMed และ Web of Science พบอุบัติการณ์โดยรวมของการติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัด 7.0% (95%CI: 1.0-17.6) การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด พบว่ามีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อที่บริเวณผ่าตัดสูงกว่าเมื่อเทียบกับการส่องกล้อง (4.6%)⁽⁷⁾

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหลังเย็บปิดบาดแผลผ่าตัดไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) คือ สภาวะร่างกายผู้ป่วย (ASA classification) Class 3-4 (OR 9.11; 95%CI: 1.06-109.12) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคินโจ แซนด์สลิม พอลและเสียงที่ทำการศึกษาก่อนหน้านายอากาศปวดหลังผ่าตัดโดยใช้การวิเคราะห์เส้นทางในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าสภาวะร่างกายที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของร่างกายค่อนข้างรุนแรงขึ้นไป (ASA class 3-5) สามารถทำนายอาการปวดหลังผ่าตัดได้ถึง 1.99 เท่า และ 0.14 เท่า ตามลำดับ เนื่องจาก ASA class 3-5 มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีความปวดร่วมด้วย⁽⁵⁾ ส่วนการมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน (OR 12.00; 95%CI: 0.64-191.39) การศึกษาที่ผ่านมา เรื่อง การศึกษาความจำเป็นในการใช้ยาต้านเชื้อแอนแอโรบิกเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน พบว่า โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ กลุ่มทดลองมี 1 รายหรือ 0.0055 % ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มี⁽⁶⁾



ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และในวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรมีแนวทางการตรวจร่างกายและคัดกรองเพิ่มเติมเนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่เคยพบแพทย์มาก่อน

2. พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน (กลุ่มที่ 3-4) ตามการประเมินสภาวะร่างกายผู้ป่วย (ASA classification) ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยมากกว่า

ร้อยละ 50 จะถูกประเมินว่าสุขภาพปกติดี (กลุ่ม 1-2) ซึ่งจะสามารถทำนายได้ถึงผลพวงที่จะตามมาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปอาจทำให้ไม่อาจสรุปผลการวิจัยหรือไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทราบผลการศึกษา หรือค่าทางสถิติที่ได้ไม่อาจให้ผลสรุปหรือคำตอบที่สนใจจะศึกษาได้อย่างแม่นยำ

เอกสารอ้างอิง

- 1.ภควดี พลังวชิรา. การดูแลบาดแผลจากการผ่าตัด. เวชศาสตร์แพทย์ทหารบก. 2565;75(1):61-70.
- 2.เพ็ญพักตร์ เวียงนาค. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัด. 2561 10 ส.ค.2561.
- 3.สุภกิจ ฉัตรไชยาฤทธิ์. การศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านการส่องกล้องและการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในกลุ่มผู้ป่วยน้ำหนักเกินในโรงพยาบาลกลางสังกัดกรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2563;64(3):173-80.
- 4.Malatani TS, Abdul Latif A, Al-Saigh A,. Surgical audit: a prospective study of morbidity and mortality of acute appendicitis. Ann Saudi Med 1991; 11(2):209-12.
- 5.ชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบไม่แตกทะลุ. วารสารแพทย์เขต7. 2535;11(2):111-6.
- 6.ชาญเวช ศรัทธาพุทธร. คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาศัลยกรรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน. สมุทรสาคร: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- 7.พงศกร อธิกเศวตพฤทธิ และคณะ. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ หองฉุกเฉินโรงพยาบาลรามธิบดี. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2558;13(1):36-42.
- 8.ดำรงรักษ์ ชูไพฑูรย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี. วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล. 2562;4(3):73-81.

การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในสถานการณ์ระบาดของ
ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Outcomes of Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Coronavirus
disease 2019 pandemic

(Received: December 3, 2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 17,2022)

วรางคณา โฉมจ้งหรีด¹ สารัช เกียรติกวินพงษ์²
Chomjungrit W¹ Kiatgawinphong²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิต และปัจจัยของการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ที่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาล นำส่งที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย: จากการศึกษผู้ป่วยจำนวน 221 ราย พบว่าอัตราการรอดชีวิต (return of spontaneous circulation: ROSC) ร้อยละ 50.68 อัตราการรอดชีวิต (survival to admission) ร้อยละ 33.94 และอัตราการรอดชีวิต (survival to discharge) ร้อยละ 2.26 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย (ร้อยละ 65.61) อายุเฉลี่ย 61.60 ± 15.59 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน โรคมะเร็ง สาเหตุหัวใจหยุดเต้นจากภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) และระยะเวลาการช่วยฟื้นคืนชีพ ≤ 30 นาที มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยของการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนถึงโรงพยาบาล (Adjusted RR 2.15, 95% CI 1.01-4.60)

สรุป: ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมีอัตราการรอดชีวิต (ROSC) สูง แต่ survival to discharge ต่ำ และการที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: อัตราการรอดชีวิต, การช่วยฟื้นคืนชีพ, ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล, การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This retrospective descriptive research aimed to evaluate the survival rate and factors of emergency medical services that affect the outcome of OHCA patients. From January 1st, 2020, to December 31st, 2021, all medical records of OHCA patients transported by the emergency medical team to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were analyzed.

Result: A study of 221 patients revealed that the return of spontaneous circulation rate was 50.68%, the survival rate to admission was 33.94%, and the survival rate to discharge was 2.26%. The majority of the

¹ พ.บ. ว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² พ.บ.กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

survivors (65.61%) were male. Age on average: 61.60 ± 15.59 years. A considerably higher survival rate was observed in patients with diabetes, malignancy, cardiac arrest due to hypoxia, and a total CPR time of fewer than 30 minutes. In addition, intravenous fluid administered before hospital arrival significantly impacted patient survival (adjusted RR 2.15, 95% CI 1.04–4.60).

Conclusion: The ROSC rate was high, but the survival rate to discharge was poor. Furthermore, pre-hospital intravenous fluid infusion improves the survival rates for OHCA patients.

Keywords: survival rate, cardiopulmonary resuscitation, out-of-hospital cardiac arrest, emergency medical services

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out of hospital cardiac arrest: OHCA) นับเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สำคัญ จำเป็นต้องรักษาด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพเร่งด่วน (Cardio Pulmonary resuscitation: CPR) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เฉลี่ย 55 รายต่อ 1 แสนประชากร¹ โดยในประเทศไทยมีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support: ACLS) จำนวน 19,472 ราย²

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2553–2562 พบว่ามีอัตราการรอดชีวิต (survival to discharge) ร้อยละ 8.6 ประเทศในกลุ่มโอเชียเนีย มีอัตราการรอดชีวิตสูงสุด คือ ร้อยละ 16.2 รองลงมา คือ ยุโรป ร้อยละ 11.7 อเมริกาเหนือ ร้อยละ 7.7 และประเทศในทวีปเอเชีย ร้อยละ 4.5 ตามลำดับ³ โดยจากการศึกษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในทวีปเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น, สิงคโปร์, เกาหลีใต้, มาเลเซีย, ไต้หวัน, ไทย และดูไบ ของ The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS) พบว่า มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.5-8.5⁴ สำหรับข้อมูลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในประเทศไทยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทำการศึกษาในปี พ.ศ.2556 พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 8.2⁵

อัตราการรอดชีวิตขึ้นกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตามห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) อย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การรับรู้ว่ามีภาวะหัวใจหยุดเต้นและแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (activation of emergency response system) การกดหน้าอกอย่างรวดเร็วตั้งแต่ที่เกิดเหตุโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ (bystander CPR) การช็อคด้วยไฟฟ้า กรณีเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบกระตุ้นด้วยไฟฟ้าได้ (rapid defibrillation) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพ (advanced resuscitation) และการดูแลหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น (post cardiac arrest care)^{1,6}

จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{2,7,8,9} พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต แบ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย และปัจจัยด้านกระบวนการรักษา² โดยพบว่าการเริ่มกดหน้าอกอย่างรวดเร็วในที่เกิดเหตุโดย bystander CPR การช็อคด้วยไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว กรณีเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบกระตุ้นด้วยไฟฟ้าได้ ระยะเวลาการตอบสนองของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งจนถึงที่เกิดเหตุ (response time) ภายใน 8 นาที การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนถึงโรงพยาบาล มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ในประเทศจีน มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วลุกลามกลายเป็นสถานการณ์ระบาดทั่วโลก ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563¹⁰ สร้างความสูญเสียต่อเศรษฐกิจและระบบสาธารณสุข จากการศึกษานี้ในประเทศ^{11,12,13,14}



ช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่อัตราการรอดชีวิต (survival to admission and survival to discharge) ลดลง เนื่องจากกระบวนการรักษาผู้ป่วยตามห่วงโซ่การรอดชีวิต^{15,16} ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับผลกระทบ รวมถึงระยะเวลา response time นานขึ้น^{7,13}

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของจังหวัดนครราชสีมา และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance Life Support unit: ALS) อยู่ในโรงพยาบาล จำนวนการออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลในช่วงสถานการณ์ระบาด ปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2564 มีจำนวน 165 ราย (ร้อยละ 6.02) และ 149 ราย (ร้อยละ 2.95) ตามลำดับ แต่ยังขาดการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) ที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้วิจัยจึงจัดทำการศึกษาเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิต (return of spontaneous circulation: ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในช่วงสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย Retrospective descriptive study โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ที่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาล นำส่งที่ห้องฉุกเฉิน

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$N = \frac{Z^2 \cdot \frac{1-p}{2} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Proportion (p) = อัตราการ ROSC ร้อยละ

11 (0.11) อ้างอิงตามงานวิจัย¹¹

Error (d) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

= 0.05

จากสมการดังกล่าวข้างต้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 151 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ข้อมูลเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ 2) ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจากอุบัติเหตุ 3) ญาติผู้ป่วยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ 4) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการเสียชีวิต เมื่อไปถึงที่เกิดเหตุ เช่น การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (rigor mortis), การเกิดจ้ำเลือดภายหลังเสียชีวิต (livor mortis), การสลายตัว เนื้อเยื่อของร่างกาย (decomposition) เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน สถิติอนุมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้ Chi-square test ตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจก

แจกแบบปกติ ใช้ t-test กรณีแจกแจงแบบไม่ปกติใช้ Wilcoxon-Mann-Whitney test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับอัตราการรอดชีวิตโดยใช้สถิติ Regression analysis (generalized linear regression model) วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564 พบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ทั้งหมด 290 ราย โดยมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกนามาวิเคราะห์ทั้งสิ้นจำนวน 221 ราย มีผู้ป่วยที่มีอัตราการรอดชีวิตจำนวน 112 ราย (ร้อยละ 50.68) ไม่มีอัตราการรอดชีวิต 109 ราย (ร้อยละ 49.32) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย (ร้อยละ 65.61) อายุเฉลี่ยในผู้ป่วยที่รอดชีวิต คือ 63.14 ± 15.10 ปี (mean \pm SD) ซึ่งไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิต ($p = 0.136$) ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ($p = 0.017$) ไขมันในเลือดสูง ($p = 0.023$) โรคปอด ($p = 0.046$) และโรคเมะเร็ง ($p = 0.006$) มีความแตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่แตกต่างกับ

ผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) 41 ราย (ร้อยละ 36.61) ($p < 0.001$) และภาวะเมตาบอลิก (Metabolic) 28 ราย (ร้อยละ 25.00) ($p < 0.002$) สถานที่เกิดเหตุในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ คือ ที่บ้าน 97 ราย (86.61) ($p = 0.446$) และมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น (Witness collapse) 74 ราย (ร้อยละ 66.07) ($p = 0.070$) แต่ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการกดหน้าอกฟื้นคืนชีพก่อนทีม ALS ไปถึง 22 ราย (ร้อยละ 19.64) ($p = 0.068$) ซึ่งไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีการใช้ AED ก่อนทีม ALS ไปถึง 36 ราย (ร้อยละ 32.14) ($p = 0.008$) แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกจับในผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่เป็นแบบกระตุ้นด้วยไฟฟ้าไม่ได้ (Asystole/PEA) 107 ราย (ร้อยละ 95.54) ($p = 0.010$) แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 ในผู้ป่วยที่รอดชีวิต 33 ราย (ร้อยละ 29.46) พบผล PCR positive จำนวน 1 ราย ($p = 0.545$) ซึ่งไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลารวมของการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่รอดชีวิตแตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มีระยะเวลาการช่วยฟื้นคืนชีพน้อยกว่า 30 นาที ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด N = 221 (ร้อยละ)	ROSC N = 112 (ร้อยละ)	No ROSC N = 109 (ร้อยละ)	p-value
เพศชาย	145 (65.61)	65 (58.04)	80 (3.39)	0.016
อายุ (ปี) (mean \pm SD)	61.60 ± 15.59	63.14 ± 15.10	60.01 ± 15.98	0.136 ^a
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	65 (29.41)	41 (36.61)	24 (22.02)	0.017

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด N = 221 (ร้อยละ)	ROSC N = 112 (ร้อยละ)	No ROSC N = 109 (ร้อยละ)	p-value
ความดันโลหิตสูง	104 (47.06)	57 (50.89)	47 (43.12)	0.247
ไขมันในเลือดสูง	30 (13.57)	21 (18.75)	9 (8.26)	0.023
ไตวายเรื้อรัง	26 (11.76)	14 (12.50)	12 (11.01)	0.703
โรคหัวใจ	36 (16.29)	23 (20.54)	13 (11.93)	0.083
โรคปอด	21 (9.50)	15 (13.39)	6 (5.50)	0.046
โรคหลอดเลือดสมอง	15 (6.79)	8 (7.14)	7 (6.42)	0.831
โรคตับ	8 (3.62)	6 (5.36)	2 (1.83)	0.161
โรคมะเร็ง	20 (9.05)	16 (14.29)	4 (3.67)	0.006
ไม่มีโรคประจำตัว	31 (14.03)	7 (6.25)	24 (22.02)	0.001
อื่นๆ	47 (21.27)	25 (22.32)	22 (20.18)	0.698
สาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้น ^b				
Myocardial infarction	64 (28.96)	29 (25.89)	35 (32.11)	0.308
Lethal arrhythmia	10 (4.52)	2 (1.79)	8 (7.34)	0.047
Pulmonary embolism	6 (2.71)	3 (2.68)	3 (2.75)	0.973
Hypoxia	56 (25.34)	41 (36.61)	15 (13.76)	<0.001
Metabolic ^c	38 (17.19)	28 (25.00)	10 (9.17)	0.002
Hypovolemia	9 (4.07)	6 (5.36)	3 (2.75)	0.327
Sepsis	14 (6.33)	10 (8.93)	4 (3.67)	0.109
สถานที่เกิดเหตุ				0.446
สถานที่สาธารณะ	26 (11.76)	15 (13.39)	11 (10.09)	
บ้าน	195 (88.24)	97 (86.61)	98 (89.91)	
มีผู้พบเห็นขณะผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (Witness collapse)	133 (60.18)	74 (66.07)	59 (54.13)	0.070
มีผู้ทำการกดหน้าอกก่อนทีม ALS ไปถึง (Bystander CPR)	55 (24.89)	22 (19.64)	33 (30.28)	0.068
การใช้ AED ก่อนทีม ALS ไปถึง	90 (40.72)	36 (32.14)	54 (49.54)	0.008
การตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19	71 (32.13)	33 (29.46)	38 (34.86)	0.390
PCR Positive	3 (1.36)	1 (0.89)	2 (1.83)	0.545
คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกจับ				0.010
กระตุ้นด้วยไฟฟ้าได้ (VF/Pulseless VT)	21 (9.50)	5 (4.46)	16 (14.68)	
กระตุ้นด้วยไฟฟ้าไม่ได้ (Asystole/PEA)	200 (90.50)	107 (95.54)	93 (85.32)	
ระยะเวลาการช่วยฟื้นคืนชีพ (นาที)				<0.001
0-10	18 (8.14)	17 (15.18)	1 (0.92)	
11-30	70 (31.67)	49 (43.75)	21 (19.27)	



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด N = 221 (ร้อยละ)	ROSC N = 112 (ร้อยละ)	No ROSC N = 109 (ร้อยละ)	p-value
31-60	124 (56.11)	36.61	83 (76.15)	
>60	9 (4.07)	5 (4.46)	4 (3.67)	

Abbreviations: ROSC = return of spontaneous circulation, VF = ventricular fibrillations,

VT = ventricular tachycardia, PEA = pulseless electrical activity, AED = automated external defibrillator, ALS = advanced life support, CPR = cardiopulmonary resuscitation

^a t-test

^b ผู้ป่วยอาจมีสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นมากกว่า 1 สาเหตุ

^c สาเหตุหัวใจหยุดเต้นจากภาวะเมตาบอลิก (Metabolic) ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia), เกลือแร่โพแทสเซียมสูง (Hyperkalemia), เลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis)

ปัจจัยด้านการบริการทางการแพทย์ของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จากการศึกษานี้พบว่าการใช้ mechanical chest compression ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่รอดชีวิตและไม่รอดชีวิต (p 0.670) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 103 ราย (ร้อยละ 91.96) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิต (p 0.069) และผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ก่อนถึงโรงพยาบาล 109 ราย (ร้อยละ 97.32) แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิต (p 0.111)

สำหรับระยะเวลา response time เฉลี่ย ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่ากับ 11 นาที (8,14) (median, IQR) ผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิตเท่ากับ 10 นาที (10,14) (median, IQR) ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในผู้ป่วยที่รอดชีวิต เวิร์ทออกปฏิบัติการมากที่สุด คือ เวิร์ทบาย รองลงมาคือเวิร์ทเข้าและเวิร์ทคิก ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ไม่รอดชีวิต (p 0.169)

ตารางที่ 2 ปัจจัยของการบริการทางการแพทย์ของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยทั้งหมด N = 221 (ร้อยละ)	ROSC N = 112 (ร้อยละ)	No ROSC N = 109 (ร้อยละ)	p-value
การใช้ Mechanical chest compression	70 (31.67)	34 (30.36)	36 (33.03)	0.670
การให้ออกซิเจนและดูแลทางเดินหายใจ				
Cannula	7 (3.17)	2 (1.79)	5 (4.59)	
Non-rebreathing mask	9 (4.07)	7 (6.25)	2 (1.83)	
Bag-valve mask	3 (1.36)	0 (0)	3 (2.75)	
Endotracheal tube	202 (91.40)	103 (91.96)	99 (90.83)	0.069
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	210 (95.02)	109 (97.32)	101 (92.66)	0.111
ระยะเวลา Response time (นาที)	10 (8,14)	11 (8,14)	10 (10,14)	0.509 ^a

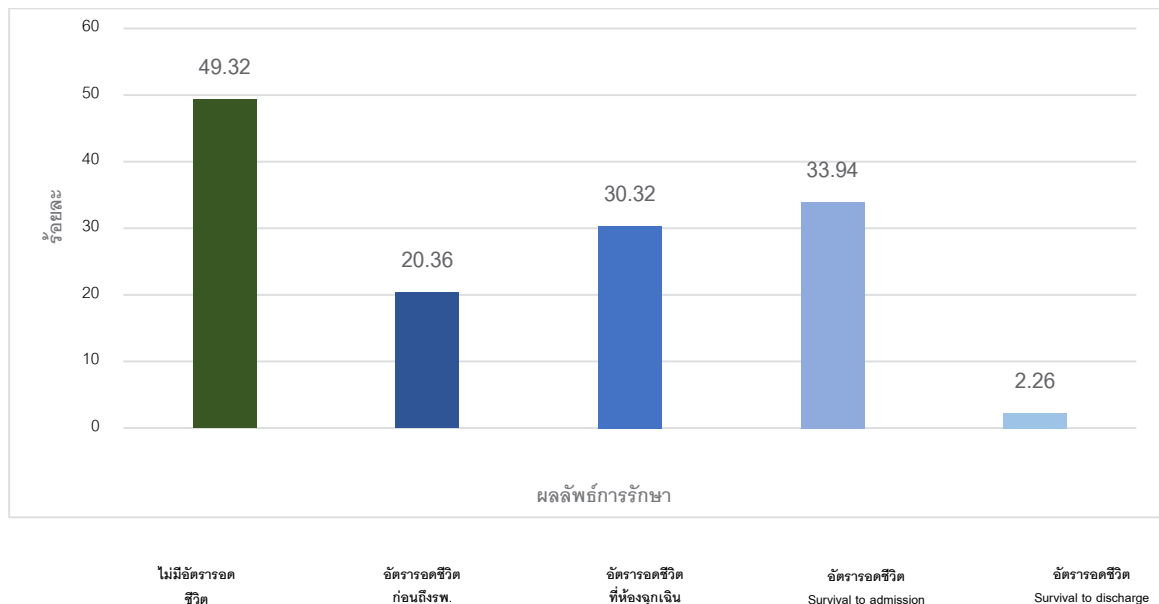
ตารางที่ 2 ปัจจัยของการบริการทางการแพทย์ของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยทั้งหมด N = 221 (ร้อยละ)	ROSC N = 112 (ร้อยละ)	No ROSC N = 109 (ร้อยละ)	p-value
(Median, IQR)				
เวลาที่ออกปฏิบัติการ				0.169
เวรเช้า	83(37.56)	41(36.61)	42(38.53)	
เวรบ่าย	71(32.13)	42(37.50)	29(26.61)	
เวรดึก	67(30.32)	29(25.89)	38(34.86)	

^a Wilcoxon-Mann-Whitney test

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล มีอัตราการรอดชีวิต (return of spontaneous circulation: ROSC) ทั้งสิ้น 112 ราย (ร้อยละ 50.68) แบ่งเป็น อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล 45 ราย (ร้อยละ 20.36)

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน 67 ราย (ร้อยละ 30.32) ซึ่งในผู้ป่วยจำนวนนี้มีอัตราการรอดชีวิต (survival to admission) 75 ราย (ร้อยละ 33.94) และอัตราการรอดชีวิต (survival to discharge) 5 ราย (ร้อยละ 2.26) ภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แสดงผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์แบบ multivariable regression พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน (Adjusted RR

1.52, 95%CI 1.11-2.09) และโรคมะเร็ง (Adjusted RR 1.88, 95%CI 1.29-2.75)

ส่วนสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะพร่อง

ออกซิเจน (Hypoxia) (Adjusted RR 1.54, 95%CI 1.07-2.20) สำหรับปัจจัยด้านการบริการทางการแพทย์ของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนถึงโรงพยาบาล (Adjusted RR 2.15, 95%CI 1.01-

4.60) ส่วนการใช้ mechanical chest compression การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ระยะเวลา response time และเวลาที่ออกปฏิบัติการไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	Relative Risk		Adjusted RR ^a	
	(95%CI)	p-value	(95%CI)	p-value
เพศชาย	1.37 (1.07-1.77)	0.013	1.23 (0.95-1.60)	0.111
อายุ				
< 40 ปี	reference			
40-59 ปี	1.28 (0.68-2.42)	0.432	1.01 (0.54-1.86)	0.973
≥ 60 ปี	1.49 (0.80-2.74)	0.201	1.06 (0.55-2.05)	0.849
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	1.38 (1.07-1.78)	0.012	1.52 (1.11-2.09)	0.009
ความดันโลหิตสูง	1.16 (0.89-1.51)	0.248	0.92 (0.65-1.28)	0.635
ไขมันในเลือดสูง	1.46 (1.11-1.94)	0.007	1.31 (0.95-1.82)	0.096
ไตวายเรื้อรัง	1.07 (0.73-1.57)	0.724	0.84 (0.55-1.30)	0.455
โรคหัวใจ	1.32 (0.99-1.77)	0.054	0.97 (0.68-1.38)	0.868
โรคปอด	1.47 (1.08-2.00)	0.013	1.10 (0.72-1.69)	0.633
โรคหลอดเลือดสมอง	1.05 (0.64-1.73)	0.827	0.68 (0.39-1.17)	0.166
โรคตับ	1.50 (0.98-2.30)	0.057	1.61 (0.99-2.61)	0.053
โรคมะเร็ง	1.67 (1.28-2.17)	0.000	1.57 (1.06-2.32)	0.023
สาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้น				
Myocardial infarction	0.85 (0.63-1.16)	0.326	1.41 (0.92-2.14)	0.109
Lethal arrhythmia	0.38 (0.11-1.33)	0.133	0.90 (0.28-2.86)	0.859
Pulmonary embolism	0.98 (0.43-2.22)	0.973	2.18 (0.86-5.49)	0.097
Hypoxia	1.70 (1.34-2.15)	0.000	1.54 (1.07-2.20)	0.018
Metabolic	1.60 (1.25-2.05)	0.000	1.20 (0.92-1.56)	0.170
Hypovolemia	1.33 (0.82-2.15)	0.242	1.51 (0.92-2.47)	0.098
Sepsis	1.44 (1.01-2.07)	0.043	1.49 (0.95-2.33)	0.080
สถานที่เกิดเหตุ				
สถานที่สาธารณะ	reference			
บ้าน	0.86 (0.60-1.23)	0.418	0.78 (0.54-1.14)	0.206
มีผู้พบเห็นขณะผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (Witness collapse)	1.28 (0.96-1.71)	0.081	1.09 (0.83-1.43)	0.527
มีผู้ทำการกดหน้าอกก่อนทีม ALS	0.73 (0.51-1.05)	0.092	0.87 (0.63-1.20)	0.409

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	Relative Risk		Adjusted RR ^a	
	(95%CI)	p-value	(95%CI)	p-value
ไปถึง (Bystander CPR)				
การใช้ AED ก่อนทีม ALS ไปถึง	0.68 (0.51-0.92)	0.013	0.89 (0.66-1.20)	0.449
การใช้ Mechanical chest compression	0.94 (0.70-1.25)	0.674	0.96 (0.71-1.30)	0.834
คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกจับ				
กระตุ้นด้วยไฟฟ้าได้ (VF/pulseless VT)	2.24 (1.03-4.89)	0.041	1.27 (0.61-2.64)	0.508
ระยะเวลาการช่วยฟื้นคืนชีพ (นาที)				
≤ 30 นาที	2.91(1.94-4.37)	<0.001	1.85 (1.39-2.46)	0.000
การให้ออกซิเจนและดูแลทางเดินหายใจ				
Endotracheal tube	1.07 (0.65-1.76)	0.770	1.11 (0.71-1.73)	0.622
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	1.90 (0.71-5.05)	0.196	2.15 (1.01-4.60)	0.047
ระยะเวลา Response time	0.86 (0.63-1.16)	0.329	0.90 (0.68-1.20)	0.506
เวลาที่ออกปฏิบัติการ				
เวรเช้า	reference			
เวรบ่าย	1.19 (0.89-1.60)	0.226	1.25 (0.93-1.69)	0.134
เวรดึก	0.87 (0.61-1.24)	0.460	1.16 (0.83-1.62)	0.374

^a Adjusted RR (Adjusted risk ratio) estimated by multivariable regression with generalized linear regression model

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 221 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.61) โดยพบว่าอายุและเพศของผู้ป่วย ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ⁸

จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราการรอดชีวิต (return of spontaneous circulation: ROSC) 112 ราย (ร้อยละ 50.68) โดยพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล 45 ราย (ร้อยละ 20.36) มีจำนวนมากกว่า

การศึกษาของ Shir Lynn Lim และคณะ¹² ในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมีเพียง 131 ราย (ร้อยละ 9.4) ส่วนอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน 67 ราย (ร้อยละ 30.32) อัตราการรอดชีวิต (survival to admission) 75 ราย (ร้อยละ 33.94) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศไทยของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ⁸ แสดงให้เห็นถึงกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพของทีมปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนโรงพยาบาลถึงห้องฉุกเฉิน มีการดูแลต่อเนื่องจนส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย แต่อาจยังขาดการดูแลบนหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิต (survival to discharge) มีเพียง 5 ราย (ร้อยละ 2.26) ซึ่งต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม

ผู้ป่วยที่มีสาเหตุหัวใจหยุดเต้นจากภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted RR 1.54, 95%CI 1.07-2.20) ซึ่งสอดคล้องกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกจับที่เป็นแบบ

กระตุ้นด้วยไฟฟ้าไม่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ⁸ ที่พบว่าสาเหตุหัวใจหยุดเต้นส่วนใหญ่ไม่ใช่จากโรคหัวใจ

ปัจจัยที่ส่งเสริมอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล คือ การปฏิบัติตามห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) อย่างเป็นขั้นตอนและมีประสิทธิภาพ^{1,6} ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หัวใจหยุดเต้นที่บ้าน 195 ราย (ร้อยละ 88.24) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shir Lynn Lim และคณะ¹² ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้น (Witness collapse) 74 ราย (ร้อยละ 66.07) (Adjusted RR 1.09, 95%CI 0.83-1.43) มีเพียง 22 ราย (ร้อยละ 19.64) ที่ได้รับการกดหน้าอกก่อนทีม ALS ไปถึง (Bystander CPR) (Adjusted RR 0.87, 95%CI 0.63-1.20) แต่ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แตกต่างจากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ^{3,7,8,12} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ทำให้ผู้พบเห็นลังเลในการช่วยกดหน้าอกฟื้นคืนชีพ²¹

ในการศึกษานี้พบว่า คลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกจับ (Adjusted RR 1.27, 95% CI 0.61-2.64) และการใช้ AED ก่อนทีม ALS ไปถึง (Adjusted RR 0.89, 95%CI 0.66-1.20) ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของวสันต์ ลิ้มสุริยกานต์²² แตกต่างจากการศึกษาของ Mathias J. Holmberg และคณะ²³ ที่พบว่าการใช้ AED มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต (survival to discharge) (OR: 1.73 [95%CI: 1.36, 2.18], shockable rhythms OR: 1.66 [95%CI: 1.54, 1.79]) และพบว่าระยะเวลารวมของการช่วยฟื้นคืนชีพ ≤ 30 นาทีสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted RR 1.85, 95%CI 1.39-2.46) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongpitak และคณะ²⁴

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่ม

โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนถึงโรงพยาบาล มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted RR 2.15, 95%CI 1.01-4.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mali Photipim และคณะ² Phichet Nongchang และคณะ²⁵ ส่วนการใช้ mechanical chest compression ช่วยกดหน้าอกฟื้นคืนชีพไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Mack Sheraton และคณะ²⁶

สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{7,24} แตกต่างจากการศึกษาของ Shu-hsien Hsu และคณะ²⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ROSC aOR:1.54, 95%CI 1.33-1.78, survival to discharge aOR: 2.01, 95%CI 1.62-2.50)

การศึกษานี้พบว่าระยะเวลา EMS response time เฉลี่ย 11 นาที (8,14) (Median, IQR) ซึ่งเกินกว่าตัวชี้วัดมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lim SL และคณะ¹² ในสิงคโปร์ ซึ่งทำการศึกษาในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นเดียวกัน แต่ระยะเวลาที่เกินเกณฑ์ตัวชี้วัดนี้ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ต่างจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{3,6,11,13,24} ที่พบว่าระยะเวลา response time ที่รวดเร็วมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยเวลาที่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงออกมารับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ⁸

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลจากการปฏิบัติงานจริงของทีม

ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ทำให้ทราบข้อมูล อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังอาจมีข้อจำกัดและความคลาดเคลื่อนทางสถิติ คือ **Information bias:** ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ในส่วนของสาเหตุหัวใจหยุดเต้นที่ผู้ทำการรักษาไม่ได้มีการบันทึกสรุปอย่างครบถ้วนในผู้ป่วยทุกราย ผู้วิจัยต้องสรุปเรียบเรียงข้อมูลเองจากประวัติผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการชันสูตรซึ่งอาจไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง (Recall bias) และหากตัดสินโดยผู้วัดคนละคนอาจได้ผลต่างกัน (Interrater reliability)

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉิน ยังมีอัตราการรอดชีวิต (ROSC และ survival to admission) สูงกว่า

เกณฑ์ตัวชี้วัดของการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อวิเคราะห์พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วีรวัฒน์ คชินท์กษ หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ชี้แนะงานวิจัย โดยรวมแพทย์หญิงพิมพ์พร จึงธนาวิวัฒน์ อาจารย์ ภัณฑุลาลักษณ์ ณ รังสี ที่ให้คำปรึกษาเรื่องการวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติ แพทย์หญิงดารัสศิริ ไพอุปรี ที่ให้ คำปรึกษาแนวทางการเก็บข้อมูลวิจัยคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ บุคลากร กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ให้ความ ร่วมมือในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, Cheng A, Aziz K, Berg KM, et al. Part 1 Executive summary 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2020;142(suppl 2):S337-57.
2. Photipim M, Laohasirivong W, Thinkhamrop B, Sethasathien A, Hurst C. The effect of response time on survival among non-traumatic out of hospital cardiac arrest patients in Thailand. *J Health Res* 2016;30(1):19-24.
3. Yan S, Gan Y, Jiang N, Wang R, Chen Y, Luo Z, et al. The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Critical care* 2020; 24(1):2-13.
4. Ong ME, Shin SD, De Souza NN, Tanaka H, Nishiuchi T, Song KJ, et al. Outcomes for out of hospital cardiac arrests across 7 countries in Asia: The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). *Resuscitation* 2015;96:100-8.
5. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช, รังสรรค์ ภูรยานนทชัย, บดินทร์ ขวัญนิมิต. การรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล และความเป็นไปได้ในการชักนำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำลงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2553;31(6):287-95.



6. Edwin N, Ahmad NS, Pek PP, Yap S, Ong MEH. The Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS) clinical research network: what, where, why and how. *Singapore Med J* 2017;58(7):456-458.
7. Tanaka H, Ong ME, Siddiqui FJ, Assam P, Shin SD. Modifiable factors associated with survival after out of hospital cardiac arrest in the Pan Asian Resuscitation Outcomes Study. *Ann Emerg Med* 2018;71(5):608-17.
8. ปิพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ, ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายเวชสาร* 2564;13(1):43-57.
9. Kim TH, Lee K, Shin SD, Ro YS, Tanaka H, Yap S, et al. Association of the Emergency Medical Services related time interval with survival outcomes of out of hospital cardiac arrest cases in four Asian metropolitan cities using the scoop and run Emergency Medical Services model. *J Emerg Med* 2017;53(5):688-696.e1.
10. World Health Organization. coronavirus disease (COVID-19) pandemic. (cited 2021 Sep 7); Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
11. Mathew S, Harrison N, Chalek AD, Gorelick D, Brennan E, Wise S, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on out-of-hospital cardiac arrest care in Detroit. *The American Journal of Emergency Medicine* 2021;46:90-96.
12. Lim SL, Shahidah N, Saffari SE, Ng QX, Ho AFW, BS Leong, et al. Impact of COVID-19 on out of hospital cardiac arrest. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18(7):2-11.
13. Lim D, Park SY, Choi B, Kim SH, Hyu S, Ryu JH, Kim YH, et al. The comparison of Emergency Medical Service responses to and outcomes of out of hospital cardiac arrest before and during the COVID-19 pandemic in an area of Korea. *J Korean Med Sci* 2021; 36(36):e255.
14. Ong J, O'Connell F, Mazer-Amirshahi M, Pourmand A. An international perspective of out-of-hospital cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine* 2021;47:192-97.
15. Berg KM, Cheng CA, Panchal AR, Topjian AA, Aziz K, Bhanji F, et al. Part 7: systems of care: 2020 American Heart Association guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2020;142(suppl 2):S580-604.
16. ดำรัสศิริ ไพอุปรี. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นภายในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2562;34(2):310-20.
17. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics 2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123: e18-209.
18. Jacobs I, Nadkarni V, Bahr J, Berg RA, Billi JE, Bossaert L, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries: a statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison

- Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Councils of Southern Africa). *Circulation* 2004;110(21): 3385-97.
19. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานผลการประเมินคุณภาพและตรวจสอบขดเคย์ค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2559. นนทบุรี: บริษัท อาร์ตควอลิตี้ไฟท์จำกัด 2559;6-24.
 20. พรรณารัฐ อร่ามเรือง, กรองกาญจน์ สุธรรม, บวร วิทยชา นาญกุล, วิพุธ เล้าสุขศรี, รัตเกล้า สายห่วย, ปริญญา เทียนวิบูลย์, และคณะ. การรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2563; 14(1):43-50.
 21. Al-Shiakh S, Tran QK, Caggiula A, Berezowski I, Barnawi B, Pourmand A. Attitudes among healthcare professionals towards cardiopulmonary resuscitation during COVID-19. *Am J Emerg Med.* 2022;52:34-42.
 22. วสันต์ ลิ้มสุริยกานต์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2561; 8:15-23.
 23. Holmberg MJ, Vognsen M, Andersen MS, Donnino MW, Andersen LW. Bystander automated external defibrillator use and clinical outcomes after out-of hospital cardiac arrest: A systematic review and metaanalysis. *Resuscitation* 2017;120:77-87.
 24. Huabbangyang T, Soion T, Promdee A, Nguanjinda K, Chamchan A, Chaisorn R, et al. Factors Associated with Successful Resuscitation during Out-of-Hospital Cardiac Arrest Performed By Surgico Medical Ambulance and Rescue Team (S.M.A.R.T), Division of Emergency Medical Service and Disaster, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindrad. *J Med Assoc Thai* 2021;104(9): 1488-96
 25. Phichet Nongchang, Wongs Laohasiri Wong, Somsak Pitaksanurat, Pairoj Boonsirik Amchai. Intravenous Fluid Administration and the Survival of Pre hospital Resuscitated out of Hospital Cardiac Arrest Patients in Thailand. *J Clin Diagn Res.* 2017 Sep;11(9):OC29-OC32.
 26. Mack Sheraton, John Columbus, Salim Surani, Ravinder Chopra, Rahul Kashyap. Effectiveness of Mechanical Chest Compression Devices over Manual Cardiopulmonary Resuscitation: A Systematic Review with Meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *West J Emerg Med.* 2021 Jul 19;22(4):810-819.
 27. Shu-hsien Hsu, Wen-Chu Chiang and Matthew Huei-Ming Ma. Prehospital Endotracheal Intubation Increases Survival of Patients With Out of Hospital Cardiac Arrest. *Circulation.* 2016;134:A14988



การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา : กรณีศึกษา
Nursing care of psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use :
a case study

(Received: December 3,2022 ; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 17,2022)

รุ่งทิวา พลอยสุวรรณ¹
Rungtiva Ploysuwan¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา เลือกศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบเจาะจง 2 ราย โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบภาวะการเจ็บป่วย ตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสุรา ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยเพศหญิงขณะรับการรักษา มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตับอักเสบและพร่องโพแทสเซียม มีอาการดีซ่านเป็นลำดับ ส่วนผู้ป่วยชายเป็นคนที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ มีอาการคุ้มคลั่ง เอะอะไว้วาย พุดจาซบสน ได้รับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งอาการสงบแต่เกินศักยภาพการดูแลของโรงพยาบาลจึงส่งต่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง อาการดีซ่านเป็นลำดับและจากการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย ทีมหมอมครอบครัว ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ มีแรงจูงใจ มีส่วนร่วมดูแล ผู้ป่วยชายลดการดื่มสุรา ผู้ป่วยหญิงตัดสินใจหยุดดื่มสุรา รับประทานยาต่อเนื่อง และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

Abstract

This case study aims to A comparative study of nursing care for psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use. Two randomized controlled trials were selected to study patients admitted to the hospital. by studying from patient medical records Evaluate Gordon's 11 Schemes of Health and in-depth interviews Analyze data with content analysis show the results of the study comparing the condition of illness according to the nursing process from the first reception to the distribution and continued care at home.

The results showed that both cases were diagnosed as psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol. received treatment and nursing through a 5-step nursing process A female patient at the time of treatment had thrombocytopenia. Hepatitis and potassium depletion the symptoms improved sequentially. The male patients were disabled with intellectual and learning disabilities. Mania, fussing, confused speech Received medical treatment until the condition calmed, but beyond the hospital's care potential, hence referred to continued treatment. The symptoms improved sequentially. and from continuous follow-up care at home by a team of family doctors'

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง

patients and their relatives had knowledge, understanding, motivation, participation in caring for Male patients reduce alcohol consumption. The female patient decided to stop drinking alcohol. Can continue to take medicine and live in society

Keywords: Nursing care of psychiatric patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use

บทนำ

ช่วงหลังของคริสต์ศตวรรษที่ 20 แนวคิดการเกิดโรคจิตเวชในปัจจุบันถูกมองว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสิ่งแวดล้อมซึ่งหมายถึง พันธุกรรม (Constitutional factors) ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ที่ติดตัวมา (Temperament factors) การเจ็บป่วยที่มีต่อการทำงานของสมอง (Physical disease and injury factors) สภาพครอบครัวที่มีผลต่อบุคคลนั้น (Environmental factor) แต่ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ เป็นส่วนที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ของจิตใจตามโครงสร้างของจิตใจ 3 ส่วน ประกอบด้วย id เป็นส่วนที่อยู่ในจิตใจไร้สำนึก เท่านั้น ego เป็นส่วนที่อยู่ทั้ง 3 ระดับของจิตใจ ทำหน้าที่ควบคุมบริหารจัดการแรงขับ super ego เป็นส่วนของจิตที่พัฒนาขึ้นมีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี มีหน้าที่คอยตัดสินความคิดการกระทำที่เรียนรู้มาจากคนในครอบครัวหรือคนสำคัญในวัยเด็ก ซึ่งกลไกการป้องกันตนเองนั้นจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก จะเห็นได้ว่าโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชแยกจากภาวะปกติได้ยากในบางครั้ง เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้ในคนปกติ ซึ่งการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมีหลักพิจารณา ระบุไว้ ดังนี้ 1) กลุ่มอาการของความผิดปกติในด้านการรู้คิด การควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมซึ่งมาจากความบกพร่องของการทำงานของจิตใจ กระบวนการทางชีววิทยาหรือพัฒนาการ 2) อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน (distress) หรือมีความบกพร่อง (disability) ในกิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพ 3) อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมนั้น ๆ ยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ 4) พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้าน

การเมือง ศาสนาหรือด้านเพศหรือความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้น ๆ ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช⁵ สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่คนนิยมดื่มมากทั่วโลก หมายถึง น้ำเมาที่ได้จากการกลั่นสารบางประเภท อาทิ เอทิลแอลกอฮอล์หรือน้ำเมาที่เกิดจากการหมักหรือแช่ให้เกิดสารบางประเภท ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเป็นหลัก ทำให้จิตประสาทของผู้ที่ใช้สารเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางซาลง เช่น ระดับการรับรู้สติสัมปชัญญะลดลงจากสภาวะที่เป็นอยู่เดิม เกิดความรู้สึกง่วงอยากนอน หนึ่งในกลไกสำคัญในการออกฤทธิ์ คือ การออกฤทธิ์ที่ตัวรับสารสื่อประสาทกาบา (GABA – gamma amino butyric acid) ชนิดเอ และหรือบี ในสมองของผู้เสพสาร ผลของสารกดประสาทต่อจิตใจ ฤทธิ์ของสารกดประสาทที่เป็นที่ต้องการสำหรับผู้เสพ คือ ต้องการความรู้สึกผ่อนคลาย เคลิบเคลิ้ม รู้สึกเป็นสุข ลดความวิตกกังวล มีความกล้าแสดงออก เนื่องจากสารทำให้เกิดการลดความยับยั้งชั่งใจ แต่มีผลเสียตามมา คือทำให้สูญเสียสมาธิและความสามารถในการคิดตัดสินใจ สูญเสียความทรงจำระยะสั้น สับสน บางคนไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อขาดการประสานงาน การตอบสนองเชิงซ้ำ พูดไม่ชัด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน หากใช้ระยะยาวและขนาดสูง อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ สารในกลุ่มนี้จะกดการหายใจโดยเฉพาะเมื่อใช้สารกดประสาทหลายชนิดร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สารบางรายกลับเกิดผลทางตรงกันข้ามกับการกดประสาท (Paradoxical effect) เมื่อใช้ขนาดสูง เช่น เกิดอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว แทนที่จะรู้สึกผ่อนคลายหรือได้ฤทธิ์ลด ความกังวลที่ทำให้สงบ



อาการถอนสารกดประสาท เมื่อลดหรือหยุดการเสพสารประเภทกดประสาทที่ใช้เป็นประจำมาเป็นระยะเวลานาน จะมี อาการถอน (Withdrawal symptoms) ซึ่งจัดเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและอาจยากต่อการรักษา ขึ้นกับระยะเวลา ขนาด และชนิดของสารที่ใช้ อาการถอนสารกดประสาทที่พบได้บ่อย ได้แก่ มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อยากรเสพสารหวานอน การนอนเปลี่ยนแปลง ประสาทสัมผัสหลอน ซักซึ่งอาจมีได้หลายครั้งและถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้ อาการถอนสามารถเกิดได้ เมื่อลดหรือหยุดการเสพสารอย่างทันทีทันใด โดยเกิดขึ้นภายใน 1 วัน หรือบางครั้งถึง 5 วัน ขึ้นกับค่าครึ่งชีวิตและเภสัชจลนศาสตร์ของสารแต่ละชนิด อาการถอนอาจคงอยู่เป็นเวลานาน 7 วัน ถึง 20 วัน สำหรับสารที่ออกฤทธิ์สั้นหรืออาจคงอยู่ได้นานถึง 28 วัน สำหรับสารที่ออกฤทธิ์ยาว ดังนั้น หากต้องการหยุดยาที่มีฤทธิ์กดประสาทที่ใช้มาเป็นระยะเวลา นานควรค่อย ๆ ลดขนาดลงก่อนเพื่อ หลีกเลี่ยงอาการถอนดังกล่าว สำหรับการถอนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะแรกมักเริ่มด้วยมือสั่น เหงื่อออกภายในวันที่สอง อาจมีอาการชักและอาจถึงขั้นเพ้อไม่รู้ตัว (delirium) ที่เรียกว่า delirium tremens (DTs) ได้ในวันที่สาม โดย ผู้ที่มีการติดแอลกอฮอล์สามารถเข้ารับการรักษาอาการถอน แอลกอฮอล์ดังกล่าวได้ด้วยยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนซึ่งเป็นยาที่มีฤทธิ์กดประสาทเช่นกัน นักดื่มหนักหรือผู้ติดสุราที่ดื่มเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำอาจจะนิยม เครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงและราคาถูก เช่น เหล้าขาวหรือสุรากลั่นพื้นบ้าน ส่วนนักดื่มเยาวชน นักดื่มหน้าใหม่ หรือนักดื่มหญิงอาจจะนิยม เครื่องดื่มที่มีฤทธิ์แอลกอฮอล์ต่ำ เช่น เบียร์หรือไวน์คูลเลอร์และเครื่องดื่มผสมที่มีรสชาติอร่อย เป็นต้น ความชุกของการดื่มสุราในหญิงไทยต่ำกว่าในชายไทยเสมอมา ถึงแม้ว่า หญิงไทยจะมีแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันก็ตาม ซึ่งเป็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกับที่พบในประเทศอื่น ๆ ส่วนใหญ่ทั่วโลก¹⁸ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร

พ.ศ. 2564 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28.00 เป็นนักดื่มปัจจุบัน โดยอัตราความชุกของนักดื่มปัจจุบันนี้ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 28.41) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรชาย 12.77 ล้านคน (ร้อยละ 46.44) เป็นนักดื่มปัจจุบัน สำหรับประชากรหญิงมีเพียง 3.20 ล้านคน (ร้อยละ 10.83) เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน ซึ่งอัตราความชุกในประชากรหญิงน้อยกว่าความชุกในประชากรชายถึงประมาณสี่เท่าและเมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย ความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) โดยประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 36.53 เป็นนักดื่มปัจจุบัน ผู้หญิงเป็นกลุ่มเปราะบางในการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายที่เล็ก ทำให้น้ำหนักของตัวเล็ก อันส่งผลให้การกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายได้น้อยกว่าผู้ชาย รวมทั้งการมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายสูง ทำให้อวัยวะสะสมแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชาย เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่ากัน⁶

อย่างไรก็ตาม การดื่มสุรายังคงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบได้เป็นประจำ ทุกวันในทุกสังคม ตั้งแต่งานเลี้ยงฉลองงานมงคลต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งงานศพ คนทั่วไปเคยชินและเห็นเป็นวิถีชีวิตปกติ ถึงแม้ว่าการดื่มสุราจะมีประโยชน์บ้าง เช่น ลดความประหม่าเก้อเขินในการเข้าสังคม ใช้ในพิธีกรรมทางศาสนาหรือประเพณีหรือใช้เป็นส่วนผสมอย่างหนึ่งในการประกอบอาหารบางชนิด แต่โทษที่เกิดจากการดื่มสุราในปริมาณมากเกินไปมีมากมาย และมากกว่าประโยชน์ของการดื่มสุราเสียอีก แต่การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นโรคตับ โรคของระบบทางเดินอาหาร ประสาทสมอง โรคจิตเวช ซึ่งรวมทั้งโรคความผิดปกติจากการดื่มสุรายังทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งและทารุณกรรมในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อสังคมถึงกระนั้น คนจำนวนมากก็ยังดื่ม

สุราจนกระทั่งสุรากลายเป็นสารเสพติดที่คนนิยมใช้มากที่สุดทั้งในประเทศไทยและในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าสุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสามารถซื้อหาได้ง่าย¹ ทำให้มีการการดูแลในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อทุกคนในสังคมเป็นวงกว้าง โดยคนในครอบครัวเป็นบุคคลอันดับแรก ๆ ที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านจิตใจและด้านร่างกาย ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์นอกครัวเรือนในพื้นที่สาธารณะอาจก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อื่นและจากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประสิทธิผลตามเกณฑ์การรักษา พบว่า การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความสำคัญ และความจำเป็นในการรับประสิทธิผล การให้การปรึกษา การส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม จิตอาสา การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องและระบบส่งต่อ ช่วยให้ผู้ป่วยรับประสิทธิผลต่อเนื่องและสามารถควบคุมอาการได้⁷

ในปี 2563-2565 อำเภอแก้งสนามนาง พบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 2.39, 2.73 และ 7.4 ตามลำดับ สาเหตุจากการดื่มสุรา มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 2.74 , 2.23 และ 5.38 ตามลำดับ³ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ตั้งแต่ปี 2562-2565 รวม 47 ราย รักษาไม่ต่อเนื่อง ปี 2565 ร้อยละ 20 และพบการโทรศัพท์แจ้งให้ “หมอครอบครัว” เข้าไปดูแลจัดการ กรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปฏิเสธการรับประสิทธิผล มีอาการพูดคุยคนเดียว เอะอะ โวยวาย ถู้อารมณ์มีคมแสดงให้ครอบครัวมองเห็นหรือเก็บไว้ข้างกาย รวมการทารุณกรรมสัตว์ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2562 ระบุและมุ่งเน้นให้ประชาชนและบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าสู่กระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต ด้านการบำบัดรักษา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม² ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในชุมชนเป็น

ระยะ ๆ จึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาล จากกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสุรา ผู้ป่วยลดหรือหยุดดื่มสุรา อยู่ในสังคมได้ ครอบครัว ชุมชนมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการดื่มสุราที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการหวาดระแวงเด่นชัด เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นสูง อาการกำเริบซ้ำจากไม่รับประสิทธิผลตามแผนการรักษาของแพทย์ใช้สุราเป็นประจำ ครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลไม่เพียงพอ โดย ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน
 - 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลครอบครัว
 - 3) แบบประเมินผู้ป่วยฉบับเต็ม
- ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2565 โดย ศึกษาเวรระเบียบผู้ป่วย ชักประวัติผู้ป่วยญาติและเพื่อนบ้าน ประเมินผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา ฟื้นฟู สุขภาพ นำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย แบบแผน

สุขภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อมูลการเจ็บป่วย

กรณีศึกษา รายที่ 1 ชายไทยโสด อายุ 46 ปี อาชีพเกษตรกร อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ญาติ ให้ประวัติว่าผู้ป่วย “พูดคนเดียวและหนีหายออกจากบ้านเป็นเวลา 10 วัน” ก่อนมีอาการญาติให้ประวัติว่า ช่วงเทศกาลสงกรานต์ผู้ป่วยดื่มสุรา หลังดื่ม มีอาการ พูดคุยคนเดียว ไม่เอะอะโวยวาย ไม่ทำลายข้าวของ ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหนมาก่อน วันที่ 2 เมษายน 2565 ผู้ป่วยเดินหนีหายออกจากบ้าน ติดตามไม่ได้ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ได้รับแจ้งจากสถานี ตำรวจภูธรอำเภอแห่งหนึ่ง พบผู้ป่วยไปทุ่งข้าว ที่เลี้ยง นาผู้อื่น จึงโทรแจ้งญาติให้รับกลับบ้าน หลังกลับถึง บ้าน ผู้ป่วยยังคงดื่มสุรา เดินไปมาตอนกลางคืน พูดคนเดียว เล่าเรื่องราวที่ไม่มีจริง เก็บของหนีจากบ้าน อาการ ไม่สงบ เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2565 ญาติจึง มาแจ้งที่โรงพยาบาลให้การรักษา ได้รับการ วินิจฉัยโรคแรกรับเป็น (F09) Unspecified organic or symptomatic mental disorder การตรวจ ร่างกายแรกรับ GA: inattention, blurred speech disorganized speech and behavior plan admit control symptoms สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของ ชีพจร : 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/89 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ รับประทานในโรงพยาบาล พิจารณาให้ยา Diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันทีและ Haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทันที Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 ml และหากผู้ป่วยมี “agitation” ให้พิจารณาฉีด Diazepam 10 mg เข้า หลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง แผนการดูแลรักษา ต่อเนื่องขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Haloperidol 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อน นอน, Risperidone 2 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น, Diazepam 5 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน Benzhexol 2 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น

Vitamin B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลัง อาหาร เช้า กลางวัน เย็น รับประทานรักษาได้ 2 วัน ผู้ป่วย หลบหนีกลับบ้าน การรักษาไม่ต่อเนื่อง ต่อมาเมื่อ วันที่ 22 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยมีอาการพูดจาสับสน ถืออาวู จะทำร้ายร่างกายคนอื่น ดื่มสุราบางครั้ง “ไม่ ยอมรับว่าป่วย ปฏิเสธการรับประทานยา” พี่สาวแจ้ง ตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาลและให้ข้อมูลปฏิเสธ เรื่อง การใช้สารเสพติด แพทย์วินิจฉัยโรคแรกรับเป็น (F1007) Mental and behavioral disorders due to use of alcohol-Alcohol acute intoxication การตรวจร่างกายแรกรับ GA: inattention, blurred speech disorganized speech and behavior Imp : Alcohol induced psychosis สัญญาณชีพ อัตรา การเต้นของชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/82 มิลลิเมตร ปรอท รับประทานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล พิจารณา ให้ยา Diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เมื่อมี อาการทุก 4 ชั่วโมง Haloperidol 5 mg ฉีดเข้า กล้ามเนื้อ Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 ml ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมี อาการ เอะอะโวยวาย รบกวนผู้ป่วยอื่น ให้ยาแล้ว อาการไม่สงบ ความต้องการรักษาพยาบาลเกิน ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน วันที่ 24 มิถุนายน 2565 แพทย์พิจารณาส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ แพทย์วินิจฉัยโรคแรกรับ เป็น F1050 Alcohol, Psychotic disorder, Schizophrenia-like รับประทานรักษาไว้ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 ผู้ศึกษาจึงติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน จากการเยี่ยม บ้านครั้งแรกไม่พบผู้ป่วย พบมารดาและพี่สาว ให้ ประวัติว่า “ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านแต่หลบซ่อนตัว ไม่ให้เรา เห็น” ให้ประวัติการเจ็บป่วย ว่า “ผู้ป่วยเป็นคนพิการ ที่มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้” เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราและดื่มต่อเนื่องเป็น ประจำไม่ทราบปริมาณ เริ่มมีอาการ คิดว่าตนเองมี บุตรและภรรยา ระแวงกลัวคนมาทำร้าย ระแวงคนที่ บ้านวางยาพิษในอาหาร ถ้าจะรับประทานอาหารจะ หุงหาอาหารและปรุงด้วยตนเอง พกอาวุธมีดไว้กับตัว

เอะอะโวยวาย ไม่มีประวัติการรับยาทางจิตเวช ได้ สอบถามเพื่อนบ้านให้ประวัติว่าชอบดื่มสุรานิงานบุญ ประเพณีของหมู่บ้าน เป็นประจำ เมื่อเดือนเมษายน 2565 มีอาการเอะอะ โวยวาย หนีหายจากบ้าน ญาติ จึงนำตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังออกจาก โรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงหวาดระแวง ครั้งที่ 2 ผู้ป่วย เริ่มรับรู้ว่ามีหมอกครอบครวัดติดตามเยี่ยมบ้าน ขณะ พุดคุย พบ “ควีนไฟ” จากครัวชนบท พบผู้ป่วยซึ่งแอบ มอง ฟังการสนทนา มารดาและพี่สาวให้ประวัติว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยมารดาเข็นรถ อาหารไปขายในหมู่บ้านได้ ครั้งที่ 3 ญาติผู้ป่วยและ เพื่อนบ้านใกล้เคียงให้ประวัติว่าผู้ป่วยแอบไปนอน และทำอาหารรับประทานเองที่เถียงนาผู้อื่น อาการ เหมือนคนทั่วไป “ไม่พูดแต่ไปรดน้ำต้นไม้ให้” ไม่พบ พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงแต่ยังคงรับประทานยาไม่ สม่าเสมอ ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังใจ ผู้ป่วยลด การดื่มสุราแต่ยังรับประทานยาไม่สม่าเสมอ

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 หญิงไทยอายุ 41 ปี อาชีพ รับจ้าง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล พุดบ่นคนเดียว ใช้คำพุดที่รุนแรง ก้าวร้าว ตาขวางตลอดเวลา ดื่มสุรา ปฏิเสธการรับประทานยาตามแผนการรักษา มารดาได้ ให้ประวัติว่า 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล “ผู้ป่วยมี อาการพุดคนเดียว เดินออกไปซื้อสุราทั่วหมู่บ้านแต่ ไม่มีใครขายให้ ก้าวร้าวใช้คำพุดที่รุนแรงกับบุคคล อื่น สีหน้าตึงเครียดตลอดเวลา ตอนกลางคืนไม่นอน ออกมาพ้อนรำที่หน้าบ้านเกือบทุกคืน คิดว่าตัวเอง เป็นองค์หญิง” ไม่ทำร้ายข้าวของ ไม่ทำร้ายร่างกาย ตัวเองและคนอื่น ช่วงที่ผู้ป่วยไปทำงานที่แคมป์ ก่อสร้างถนนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 202 ใกล้

หมู่บ้าน ผู้ป่วยดื่มสุรา 40 ดิกรี กับคนงานด้วยกันทุก วัน เมื่อหยุดงานมาอยู่บ้านผู้ป่วยจึงเริ่มมีอาการ ดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจัดยารับประทานด้วยตนเองแต่ ไม่สม่าเสมอ บอกว่า “ตัวเองหายป่วยแล้วไม่อยากจะกิน ยา” วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 ทีมเยี่ยมบ้านจาก โรงพยาบาลไปฉีดยาให้ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ สัญญาณชีพ แรกรับอัตราการเต้นของชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตรา การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (O2sat) 98% วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 แพทย์ให้การวินิจฉัย F1000 Alcohol, Acute intoxication, Uncomplicated รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพิจารณา ให้ ยา Haloperidol 5 mg ฉีด เข้า าก ล้า ม เนื้อ Haloperidol 5 mg. 1 เม็ดก่อนนอน Benzhexol 2 mg. รับประทาน 1 เม็ดก่อนนอน Lorazepam 0.5 mg. 1 เม็ดก่อนนอน Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 ml ห่างกัน 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง Vitamin B1 รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น Multivitamin 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เย็น Ativan 0.5 mg. รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน ผู้ป่วยมี ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตับอักเสบและโพแทสเซียมต่ำ รับประทานในโรงพยาบาล จำนวน 4 วัน อาการสงบ ทูเลาและดีขึ้นเป็นลำดับ จึงกลับไปรักษาต่อเนื่องที่ บ้าน ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยา สม่าเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้ ใช้ชีวิต เช่น บุคคล ทั่วไป สนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล สามารถทำงานไร งานนาแต่ยังไม่สามารถทำงานรับจ้างทั่วไปได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา ครั้งที่ 1 (เพศชาย)	กรณีศึกษา ครั้งที่ 2 (เพศหญิง)
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	มีภาวะบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ร่วมกับภาวะ บกพร่องทางจิตและพฤติกรรมหลังจากการดื่มสุรา	มีภาวะบกพร่องทางจิตและพฤติกรรม รับประทานไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธ การแพทย์ ปฏิเสธการผ่าตัด
2. อาหารและการเผา ผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 50 กก. สูง 156 ซม. BMI=20.54 รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อทำด้วยตนเอง ไม่ไวใจผู้อื่น ดื่มสุราประจำวันละ 1 ขวด สิบบุหรี 2-3 มวนต่อวันปฏิเสธการใช้ยาเสพติด	น้ำหนัก 61 กก. สูง 161 ซม. BMI=23.53 รับประทานอาหารวัน ละ 2-3 มื้อ ดื่มสุราประจำ วันละ 15 ML. ต้มแอลกอฮอล์ 70 % ไม่สูบบุหรี เคยเสพยาบ้า ปัจจุบันหยุดเสพ
3. การขับถ่าย	ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติทุกวัน	ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติทุกวัน
4. กิจกรรมและการ	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ขณะป่วยทำได้	ปฏิบัติกิจวัตรประจำก่อนการเจ็บป่วยและขณะป่วยได้ด้วยตนเอง



ออกกำลังกาย	บางส่วนต้องช่วยเหลือ	
5. การนอนหลับพักผ่อน	ก่อนเข้ารับการรักษาอนหลับกลางวันวันละ 6-8 ชั่วโมง โดยไม่พึ่งยานอนหลับ แต่ขณะรับการรักษาต้องพึ่งยานอนหลับ	ก่อนรับการรักษาและขณะเข้ารับการรักษา ต้องใช้ยา Diazepam 5 mg ประจำ นอนหลับวันละ 5-6 ชั่วโมง
6. สติปัญญาและการรับรู้	มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ไม่พูดกับคนแปลกหน้า เก็บตัว	ถ้าไม่มีสมาธิรู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบชัดเจน รับรู้การเจ็บป่วย ถ้าดื่มสุราจะพูดกับคนเดียว ก้าวร้าวไม่รับรู้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ก่อนป่วยเสียจริตแยกตัวเอง ขณะป่วยกังวล หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ไม่รับรู้การเจ็บป่วย	ก่อนป่วย ลักษณะร้ายแรง ชอบสังคม ขณะป่วยสีหน้าวิตกกังวล หวาดระแวง รับรู้การเจ็บป่วย
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	โสด อาศัยอยู่กับ บิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย ช่วยกันดูแลสัมพันธภาพในครอบครัวดี แต่ขณะป่วย หวาดระแวงพี่สาวที่นำตำรวจจับส่งโรงพยาบาล	หม้ายจากการหย่าร้าง มีบุตรชาย 1 คน ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ปัจจุบันบิดา มารดาเป็นผู้ดูแลสัมพันธภาพดี แต่มีความขัดแย้งกับน้องสะใภ้
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เพศชาย โสดแต่คิดว่าตนเองมีภรรยาและบุตร	เพศหญิง หมดประจำเดือน ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ขณะเจ็บป่วย
10. การปรับตัวและการเผชิญปัญหา	ก่อนป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติทั่วไปแต่เมื่อดื่มสุราผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ หนีหายจากบ้าน ส่งผลกระทบต่อครอบครัว	ก่อนป่วยไม่สบายใจ ซึมเศร้า คิดถึงลูกชาย แก้ไข ด้วยการพูดคุยกับเพื่อนบ้านและดื่มสุรา การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว
11. ค่านิยมและความเชื่อ	ครอบครัวเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา มีบิดา มารดาและครอบครัวเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจขณะเจ็บป่วย	เชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้มาจากพฤติกรรมการดื่มสุราแต่ไม่สามารถหยุดดื่มได้ มีบุตรชายและครอบครัวเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจขณะเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
ข้อวินิจฉัยที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ อาการขาดสุราทุเลาลง		
✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา จนกระทั่งอาการขาดสุราทุเลาลง ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลางมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้าการทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศเย็นสบายไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตึงใจหรือหวาดกลัว ลดเสียงดังบริเวณ ลดสิ่งเร้าที่จะทำให้มีอาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนไม่รับรู้ เกี่ยวกับบุคคล เวลาและสถานที่ จะแยกผู้ป่วยจากการพบปะบุคคลอื่น ๆ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุราเนื่องจากผู้ป่วยเกิดอาการขาดสุราขั้นรุนแรง (very severe withdrawal) การประเมินผล <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยรายที่ 1 มีพฤติกรรมหลบหนีและเกินศักยภาพการดูแลจึงส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังรับการรักษา CIWA-Ar = 1 คะแนน อาการทุเลาลงส่งดูแลต่อที่บ้าน
ข้อวินิจฉัยที่ 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด		
✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลและเฝ้าระวัง การให้ยา Diazepam ชนิดฉีดตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ฉีดยา Diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าหลอดเลือดแดง หรือการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด ตรวจดูอาการอีกเสบของหลอดเลือดดำ ว่ามีปวด แดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณที่ฉีดยาก่อนฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		<p>1.3 ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่ อาการง่วงนอนและสิ่งเกิดการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตทุก 30 นาที หลังให้ยาฉีดจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้น วัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้น วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่</p> <p>1.4 เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้น กระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบ ควรประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น เช่น แสงสว่างมากเกินไป เสียงดัง มีคนเดินไปมาพลุกพล่าน</p> <p>1.5 ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมากกว่าการทรงตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ดูแลและระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ กิจกรรมประจำวัน การรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ</p> <p>1.6 ให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมถึงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระมัดระวัง การติดยา กรณีใช้ยา Diazepam ในขนาดสูง</p> <p>2. รายงานแพทย์ กรณีต่อไปนี้</p> <p>2.1 ให้ยา pm. ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่สงบ</p> <p>2.2 ได้ Diazepam ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง</p> <p>2.3 ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เช่น ปลูกไม่ตื่นหรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลง เช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure เช่น อาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ Diazepam ตามแผนการรักษา ปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ Diazepam ตามแผนการรักษา ปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ</p>		
✓	✓	<p>1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งกีดขวาง สิ่งกระตุ้น</p> <p>2. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลและยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการตกเตียง</p> <p>3. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาผูกยึดผู้ป่วย โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุนพองน้ำเพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนัง คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>4. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและคลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง</p> <p>5. ตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนัง เพื่อป้องกันการกระคายเคืองหรือบาดแผล</p> <p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ต้องการหรือทุก 4 ชั่วโมง .</p> <p>7. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลา</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุไม่มีพลัดตกหกล้มแต่หลบหนีจากโรงพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุไม่มีพลัดตกหกล้ม</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมต่ำ</p> <p>ระดับโพแทสเซียม รายที่ 1 แรกรับ = 2.99 mmol/L, ระดับโพแทสเซียม รายที่ 2 แรกรับ = 3.03 mmol/L</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ ระดับโพแทสเซียมเข้าสู่ระดับปกติ</p>		
✓	✓	<p>1. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน</p> <p>2. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีโพแทสเซียมให้ผู้ป่วยรับประทาน</p> <p>4. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p> <p>5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับโพแทสเซียมเข้าสู่ภาวะปกติ</p> <p>6. ดูแลกิจวัตรประจำวัน อาหารน้ำดื่มที่สะอาดของร่างกายและการขับถ่าย</p> <p>7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกต ประเมินภาวะแขนขาอ่อนแรงจากการขาดโพแทสเซียม ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย</p>



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		<p>แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะส่วนต้นขาและต้นแขน (Proximal muscle weakness) ถ้าให้ผู้ป่วยนอนแล้วให้ยกท่อนขาขึ้น จะยกไม่ได้แต่สามารถงอขาเข้ามาได้เพราะว่าต้นขาอ่อนแรงหรือให้ยกแขนขึ้นจะยกไม่ได้แต่จะขยับ แขน เข้ามาแนบลำตัวด้วยข้อศอกขึ้นได้เพราะว่าต้นแขนไม่มีแรง โดยที่ ผู้ป่วยไม่มีอาการชาที่แขน ขา อาจพบคลื่นหัวใจผิดปกติหรือถ้าเป็นรุนแรงจะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหัวใจวายไปจนถึงหยุดเต้นได้กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ต่ำจากภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน</p> <p>8. ติดตาม Electrolyte ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ระดับโพแทสเซียม หลังให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ = 3.58 mmol/L</p> <p>2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับโพแทสเซียม หลังให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ = 3.83 mmol/L</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการอะอะ โวยวาย พุดบ่นคนเดียว ถืออาวุธ</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการพุดบ่นคนเดียว ใช้คำพุดที่รุนแรง ก้าวร้าว ตาขวางตลอดเวลา ดื่มสุรา</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด</p>		
✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อผูกมัดผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 2. ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าได้ เปลี่ยนท่า ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 3. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 4. ตรวจสอบอาการ สังเกตสีผิวหนัง เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ต้องการหรือทุก 4 ชั่วโมง 6. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 7. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่พบแผลถลอกแต่ผู้ป่วยหลบหนีจากโรงพยาบาลและกลับมารักษาแต่เกินศักยภาพการดูแลแพทย์พิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชราชชนดิรัตนนครราชสีมา</p> <p>2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่พบแผลถลอก</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 6. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่ เนื่องจาก มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น</p>		
✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจและภาวะหวาดระแวงด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม 2. เรียกชื่อผู้ป่วยและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เวลา สถานที่และบุคคลเข้า ๆ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสงเสียง เพื่อให้ผู้ป่วย พักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น 5. ไม่มีสิ่งท่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น อาวุธ ของแหลม ของมีคม เป็นต้น 5. ฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง ทรมานตน จากภาวะหวาดระแวงและประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หากพบความผิดปกติ พิจารณารายงานแพทย์ 6. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ถ้าไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรมานตนและประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น หากพบความผิดปกติพิจารณา รายงานแพทย์ 7. กรณีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม อะอะเสียงดัง ต่ำทอผู้อื่น บ้วนน้ำลายใส่ผู้อื่น เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น ต้องชี้แจงให้ทราบว่าเป็นการดำเนินของโรคช่วงเวลาหนึ่งและอาการจะสงบลง

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		8. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยาตลอดจนการเสริมฤทธิ์ของยาบางตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ปลอดภัยไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่นแต่ผู้ป่วยหลบหนีจากโรงพยาบาล 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัย ไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
ข้อวินิจฉัยที่ 7. เสี่ยง ต่อภาวะ Aspirated pneumonia เป้าหมายการพยาบาล ไม่พบภาวะ Aspirated pneumonia		
✓	✓	1. เมื่อผู้ป่วยตื่นตีหรือกลืนได้ปกติ ดูแลให้ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารโดยจัดให้อ่อนนุ่มหรือประพรายประมาณ 2. เตรียมเตียงในการป้อนน้ำหรืออาหารหรือหมุนหัวเตียงให้สูงพอประมาณหรือใช้หมอนรองศีรษะให้สูงพอประมาณ 3. ฝ้าระวังอาการสำลักอาหาร-น้ำ ขณะป้อนและป้อนอาหาร-น้ำ ไม่เร็วเกินไป ตักพอดีค่า และสังเกตการกลืนทุกครั้ง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่เกิดภาวะ Aspiration สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่เกิดภาวะ Aspiration สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้
ข้อวินิจฉัยที่ 8. ผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับ ผลการตรวจ SGOT = 31 U/L SGPT = 34 U/L Alkaline phosphatase = 57 ผู้ป่วยรายที่ 2 แรกรับ ผลการตรวจ SGOT = 554 U/L SGPT = 147 U/L Alkaline phosphatase = 128 เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตับบกพร่อง		
	✓	1. ประเมินอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารแน่นอึดอัดท้องหรืออาการคันตามผิวหนัง 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 3. ประสานกับนักโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูงไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. ให้สารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุด ดื่มสุรา 7. ดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่อง อาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุราและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่แน่นอึดอัดท้อง 2. ผลการตรวจ SGOT = 304 U/L SGPT = 107 U/L Alkaline phosphatase = 109
ข้อวินิจฉัยที่ 9. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับ ผลการตรวจ PLT Count = 257,000 cell/mm ³ ผู้ป่วยรายที่ 2 แรกรับ ผลการตรวจ PLT Count = 72,000 cell/mm ³ เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย		
	✓	1. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุ 2. ประเมินอาการ วิงเวียนหน้ามืด เป็นลม 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียงลดการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดเลือดออกและหยุดยาก 4. หากผู้ป่วยฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดต้องกดด้วยสำลีนาน 7-10 นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวด คลึงหากผู้ป่วยเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกล็ดเลือดปกติและรายงานแพทย์ทุกครั้ง 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค สะท้อนกลับข้อมูลจูงใจเพื่อหยุดดื่มสุรา



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		<p>การประเมินผล</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัย ผลการตรวจ PLT Count = 80,000 cell/mm³</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 10. ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าแยกตัวไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรับ 2 Q ไม่สามารถประเมินได้ เพราะผู้ป่วยพูดคนเดียว</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมินเมื่ออาการสงบ 2 Q = Positive</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p>		
	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ 2. ประเมินอาการทางจิตที่อาจเกิดร่วมกับการหยุดสุรา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล พบว่ามีผลประเมิน 2 Q = Positive และประเมิน 9 Q = 12 คะแนน มีอาการซึมเศร้า ระดับน้อย 8 Q = 1 คะแนน มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันน้อย พยาบาลดูแลใกล้ชิด สามารถมองเห็นพฤติกรรมได้ตลอดเวลา เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเอง เมื่อพบความผิดปกติ พิจารณารายงานแพทย์ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 3. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย อาการที่ผู้ป่วยแสดงออก โดย สังเกตและการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหาความคับข้องใจ ภาวะหวาดระแวงที่ยังมีอยู่ด้วยความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมและให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับ วัน เวลาสถานที่ บุคคล (Re-orientation) <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดความไว้วางใจลดการระบายความรู้สึก สีหน้าสดชื่นขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลงไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ความวิตกกังวลลดลง ประเมิน 2 Q = negative
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 11. เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราและติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา</p>		
✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วย 2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้อง ต้องตั้งใจเลิกเด็ดขาด เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรายาวนาน จนเกิดภาวะติดสุรา เมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มอีกสุราจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลม ควบคุมปริมาณการดื่มไม่ได้จะทำให้ติดสุราซ้ำได้ง่าย 3. สะท้อนคิด แนะนำหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น การไปงานบุญ ประเพณี งานเลี้ยงที่มีสุรา ปฏิเสธให้สำเร็จเมื่อถูกชักชวนหรือมีญาติไปด้วยเพื่อดูแลไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ 4. ควรหากิจกรรมทำ เพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำอีก 5. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุรา 6. แนะนำผลกระทบที่เกิดจากการติดสุรา เป้าหมาย ทางออกของชีวิต 7. ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ญาติผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรู้ ความเข้าใจปรับพฤติกรรมผู้ป่วยให้ลดการดื่มสุรา ดูแลรับยาแทนผู้ป่วยและกระตุ้นให้มีกิจกรรม “เข็นรถกับข้าวให้มารดาไปขายที่ตลาดกลางบ้าน” 2. ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการดื่มสุราตัดสินใจ “หยุดดื่มสุรา”
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 12. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจเลิกดื่มสุราลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา</p>		
✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมิน ความเชื่อ ทศนคติ สาเหตุการดื่มสุราของผู้ป่วย 2. ประเมินแรงจูงใจ (Stage of Change) เนื่องจากผู้ป่วยติดสุรา ไม่มีแรงจูงใจในการหยุดสุรา ไม่คิดว่าตนเองติดสุรา หรือไม่คิดว่าการใช้สุรานั้นเป็นปัญหาอาจไม่ให้ความร่วมมือหยุดดื่มสุรา 3. ให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) ให้คำปรึกษาแบบสั้น Brief Intervention (BI) อภิปรายร่วมกันถึงวิธีการ ที่จะสามารถนำมาแก้ไขปัญหาปัจจุบันแต่ไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 4. ให้ผู้ป่วย ญาติเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ เน้นให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย 5. สนับสนุนและชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำงานสำเร็จ สร้างความมีคุณค่าในตัวของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการตำหนิ ให้ความสนใจ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา		กิจกรรมการพยาบาล
รายที่ 1	รายที่ 2	
		<p>ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>6. ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติสนับสนุนการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยและรับยาให้ผู้ป่วยต่อเนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับแรงจูงใจเพิ่มจากลั้งเล เป็นระดับตัดสิ้นใจจะเลิกสุรา เพื่ออนาคตตนเอง</p>

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย โสัด อายุ 46 ปี พุดบ่นคนเดียว หนีหายจากบ้าน ดื่มสุราถี่ขึ้น เริ่มมีอาการ พุดจาสับสน ถืออาวูธ จะทำร้ายร่างกายผู้อื่นญาติให้ ตำรวจนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย F1007 Mental and behavioral disorders due to use of alcohol-Alcohol acute intoxication รับการรักษา 2 วัน ขณะนอนรับการรักษาเอะอะ โวยวาย รบกวนผู้ป่วยอื่น ให้ยาแล้วอาการเริ่มสงบแต่เกินศักยภาพ การดูแลจึงส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย รักษาพยาบาลและ ได้รับการส่งกลับให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยมีอาการ ดีขึ้นเป็นลำดับ ลดการดื่มสุราสามารถใช้ชีวิต เช่น คนปกติทั่วไป หวาดระแวง ไม่ไว้วางใจญาติ รับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอ แต่ญาติยังคงรับยาแทนอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 41 ปี พุดบ่นคนเดียว คำพุดก้าวร้าว รุนแรง ตาขวางตลอดเวลา ดื่มสุราประจำเพื่อให้นอนหลับได้ แพทย์วินิจฉัย F1000 Alcohol, Acute intoxication, Uncomplicated เข้ารับการรักษา 3 วัน พบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

ตัวอีกเสบและพรองโพแทสเซียม หลังรักษาพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย อาการดีขึ้นได้รับการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยนอนหลับรับประทานยาต่อเนื่อง หยุด ดื่มสุราและสามารถใช้ชีวิต เช่น บุคคลทั่วไปได้

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สาเหตุของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตมาจาก ปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจและสิ่งแวดล้อม ส่วน พฤติกรรมการดื่มสุรานั้นผลกระทบต่อร่างกายในเพศ หญิง มากกว่าเพศชาย เนื่องจากร่างกายและสรีรวิทยา ของเพศหญิงเล็ก ขนาดของตับเล็ก ส่งผลให้การกำจัด แอลกอฮอล์ออกจากร่างกายน้อยกว่าผู้ชายและการมี ปริมาณไขมันสะสมในร่างกายสูง ทำให้ร่างกายสะสม แอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าผู้ชาย การเข้าถึงบริการ และได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยองค์ประกอบของ ทีมหมอครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ มีส่วนร่วมสร้างแรงจูงใจ ตัดสิ้นใจรักษา ต่อเนื่องสามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้

เอกสารอ้างอิง

1. สวัสดิ์ อัจฉรงค์กรชัย. (2557). ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. (น. 5-10). กรุงเทพฯ: สหมิตรการพิมพ์.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). สารระสำคัญ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 [แผ่นพับ]. จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/192#?c=&m=&s=&cv=>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). Health data center: HDC. สืบค้น 1 กันยายน 2565. จาก <https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



5. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.
6. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คณะแพทยศาสตร์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรม การดื่มสุราของประชากรไทย. [เอกสารวิชาการ 2565-1].
7. เปรมฤดี ดำรักษ์และปรีญา ทองประไพ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทาน ยา ตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้. ปีที่ 6(ฉบับพิเศษ). 29-42. 2561-2270 (online).
8. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามธิบดี. (2565). กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุราและการ รักษาในปัจจุบัน (Alcohol withdrawal syndromes). สืบค้น 13 กันยายน 2565.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/psychiatristknowledge/generalpsychiatrist/08062014-0911>

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ

The Effect of Empowerment of self – care uncontrolled diabetes type 2 patients at Ban Pran Nuea Tambon Health Promoting Hospital, Khunhan District, Srisaket Province

(Received: December 6,2022; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 19,2022)

วิชัย อุ่นแก้ว¹
Wichai Unkaew¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 13 คน รวม 26 คน คือ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 1 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน เจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม การเสริมพลัง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Abstract

The objective of the quasi-experimental study aimed to investigate The Effect of Empowerment of self – care uncontrolled diabetes type 2 patients at Ban Pran Nuea Tambon Health Promoting Hospital, Khunhan District, Srisaket Province. There were totally 26 samples which were divided into 2 groups, experimental group consisted of 13 people and control group consisted of 13 people: the experimental group were uncontrolled diabetes type 2 patients in Ban Pran Nuea Tambon Health Promoting Hospital, Khunhan District, Srisaket Province and the control group were uncontrolled diabetes type 2 patients in Ban Si Tambon Health Promoting Hospital, Khunhan District, Srisaket Province. The experimental group received the program during 8 weeks, and the control group did not

¹ *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ

receive the program. Data were collected from questionnaires twice before and after experiments during September 1, 2022 and October 31, 2022, and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, medians, percentile 25th and percentile 75th. Comparing differences in average scores of variables of each group relied on the paired t-test. Comparing differences in averages scores of variables between groups was based on the independent test determined with a statistical significance level at 5%. The results showed that, the results of comparing differences in scores on diabetes knowledge, attitudes about diabetes, diabetes prevention and control behaviors, and satisfaction with diabetes self-care programs in the experimental group were higher than before the experiment and then those in the control group with a statistical significant level at 0.05. The results showed that the developed program could promote self-care of diabetic patients with uncontrollable glycemic control in the area of responsibility of Ban Pran Nuea Tambon Health Promoting Hospital, Khunhan District, Sisaket Province, with the results according to the set objectives.

Keywords: Program, Empowerment, uncontrolled diabetes type 2 patients

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุหลักของการเกิดโรคเบาหวานเนื่องจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินที่ต่ำอ่อนหรือเนื้อเยื่อของร่างกายดื้อต่ออินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน⁽¹⁾ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคคือ พฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกสัดส่วนจนทำให้เกิดโรคอ้วน การไม่ออกกำลังกาย⁽²⁾ จากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกว่ามีจำนวนถึง 463 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2588 คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า 629 ล้านคน⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ได้รับการตรวจ 2,184,042 คน คิดเป็นร้อยละ 65.83 และจากจำนวนที่ตรวจสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี 983,987 คน คิดเป็นร้อยละ 24.25 เขตสุขภาพที่ 10 (ประกอบด้วย ศรีสะเกษ

อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร) มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 338,484 คน ได้รับการตรวจ 188,049 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 และจากจำนวนที่ตรวจสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี 83,833 คน คิดเป็นร้อยละ 24.77 จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 100,870 คน ได้รับการตรวจ 57,940 คน คิดเป็นร้อยละ 57.44 และจากจำนวนที่ตรวจสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี 29,628 คน คิดเป็นร้อยละ 29.37 อำเภอขุนหาญ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 6,450 คน ได้รับการตรวจ 4,386 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 และจากจำนวนที่ตรวจสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี 2,125 คน คิดเป็นร้อยละ 32.95 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 395 คน ได้รับการตรวจ 234 คน คิดเป็นร้อยละ 59.24 และจากจำนวนที่ตรวจสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34.43⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสามารถควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง

การเกิดโรคเบาหวานนอกจากจะกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแล้วยังมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่เป็นโรคอีกด้วย เนื่องจากโรคเบาหวานมีช่วงการรักษา

ระยะยาว ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการดูแลตนเอง และมีโอกาสเกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจได้บ่อยโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁾ ผู้ที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนในชีวิตได้จะแก้ปัญหาโดยการแยกตัวออกจากสังคมไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น⁽⁶⁾ ในด้านเศรษฐกิจหากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกิดปัญหาการสูญเสียรายได้ของครอบครัวตามมา สำหรับประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในปี 2551 สูงถึง 3,984 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อรายในการดูแลเมื่อมารับบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,172 บาทต่อคน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเมื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยใน คิดเป็น 10,217 บาทต่อครั้ง⁽⁷⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ เป็น cup split แยกบริการจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีแพทย์มาให้บริการทุกวัน พบสถิติของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2561-2563 มีจำนวน 296,326 และ 395 คน ตามลำดับ⁽⁸⁾ ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ปี 2561 มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 25.34 ปี 2562 มีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 40.49 และปี 2563 มีจำนวน 136 คิดเป็นร้อยละ 34.43 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ให้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ลักษณะการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ ในปัจจุบันมีขั้นตอนคือ มีการคัดกรองเบาหวานในชุมชนคือมีการออกค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว(เจาะDTX)ถ้าผลการเจาะDTX มีค่า มากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะนัดพบแพทย์ เพื่อตรวจ เจาะเลือด ยืนยันจากแพทย์ต่อไป ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะได้รับการซักประวัติให้คำแนะนำ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือดและ

ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์ ก่อนส่งพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษา สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรายใหม่และผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จะมีการจัดบริการให้คำแนะนำให้ความรู้เพื่อควบคุมโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพทั่วไปโดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวานจะเป็นผู้สอนให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ก่อนจะส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและส่งไปรับยาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการให้บริการ จากการพัฒนาการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานของทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ พบว่าลักษณะการจัดบริการให้ความรู้เพื่อควบคุมโรคแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานของพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานยังไม่มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่มีรูปแบบ การสอนที่ชัดเจน พยาบาลมีการปฏิบัติตามพื้นฐานความรู้ที่ได้รับการศึกษาอบรมของแต่ละบุคคลจึงมีรูปแบบการสอนที่หลากหลาย และไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์หลังจากการให้ความรู้ไปแล้ว จึงทำให้มีผลลัพธ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ โดยค้นหาผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มาเข้าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการจัดการให้มีการรับรู้แบบมีส่วนร่วมรับรู้และพฤติกรรม หลังจากนั้นติดตามวัดผลค่าน้ำตาลจากการใช้โปรแกรม 3 เดือนว่าผลออกมาเป็นอย่างไร เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมค่าน้ำตาล HbA1c เพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคที่มีต่อชีวิตและสุขภาพ และนำไปเป็นแนวทาง พัฒนารูปแบบและวิธีการปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอนูนาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอนูนาญ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอนูนาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 13 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอนูนาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอนูนาญ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและค้นหา

สถานการณ์จริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป รับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานยา การสนับสนุนข้อมูลความรู้ ทักษะและทรัพยากร การให้ข้อมูลความรู้โรคเบาหวาน สาเหตุ ผลกระทบ การจัดการความเครียด เอื้ออำนวยแรงจูงใจ ให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะสื่อสารทางบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน การทบทวนเพิ่มความมั่นใจ ให้ปฏิบัติตามเป้าหมายและต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นและได้มีการปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และค่าน้ำตาล HbA1C ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินเจตคติที่มีเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบทดสอบวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ตนเอง จำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ

3. ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.74 ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.78 และด้านความพึงพอใจในการให้สุขศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.79 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน มัชยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 58.77 ปี (S.D.= 9.91 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 ค่าน้ำตาล HbA1C ก่อนร่วมโปรแกรม เท่ากับ 7.75 mg% (S.D.= 1.96 mg%) และหลังร่วมโปรแกรม เท่ากับ 5.85 mg% (S.D.= 1.94 mg%) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.2 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 58.69 ปี (S.D.=

7.86 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.9 ค่าน้ำตาล HbA1C ก่อนร่วมโปรแกรม เท่ากับ 8.11 mg% (S.D.= 1.17 mg%) และหลังร่วมโปรแกรม เท่ากับ 8.13 mg% (S.D.= 1.17 mg%) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.011) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.76 คะแนน (95% CI = 0.42-3.11) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.38	1.55	0.23	-1.03-1.49	0.37	0.710
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.15	1.57				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10.46	1.76	1.76	0.42-3.11	2.72	0.011
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.69	1.54				

**p-value<0.05

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับ

การเกิดโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ของเจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบเพียง 5.76 คะแนน (95% CI = 3.19-
8.34) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

เจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.38	2.90	-0.46	-2.90-1.98	-0.38	0.700
กลุ่มเปรียบเทียบ	19.84	3.13				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26.76	0.63	5.76	3.19-8.34	4.62	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.00	1.07				

*p-value<0.05

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ
ความพึงพอใจโปรแกรมให้สุขศึกษาการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโปรแกรมให้สุข
ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แตกต่าง
กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ
โปรแกรมให้สุขศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลอง
มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโปรแกรมให้สุขศึกษา
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบเพียง 2.30 คะแนน (95% CI = 0.95-
3.66) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโปรแกรมให้สุขศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจโปรแกรมให้สุขศึกษา	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	17.38	1.55	-0.15	-1.39-1.08	-0.25	0.800
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.53	1.50				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	20.07	1.75	2.30	0.95-3.66	3.51	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.76	1.58				

**p-value<0.05

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการ

ทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย
ของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-

value = 0.020) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.46 คะแนน (95% CI = 1.57-6.49) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	27.23	5.05	0.23	-3.85-4.31	0.11	0.908
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.00	5.04				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	29.69	4.88	2.46	1.57-6.49	1.25	0.020*
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.23	5.08				

**p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน เจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน ความพึงพอใจโปรแกรมให้สุขศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวแนวทางรูปแบบ และนวัตกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างครอบคลุม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการสร้างองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและค้นหาสถานการณ์จริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การ

สะท้อนคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์จริง การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกร่วมสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป รับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทายยา การสนับสนุนข้อมูลความรู้ ทักษะและทรัพยากร การให้ข้อมูลความรู้โรคเบาหวาน สาเหตุ ผลกระทบ การจัดการความเครียด เอื้ออำนวยแรงจูงใจ ให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะสื่อสารทางบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการประเมินผลการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการตามแผน การทบทวน เพิ่มความมั่นใจ ให้ปฏิบัติตามเป้าหมายและต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการแสดงความคิดเห็น การสร้างบทบาทสมมติ และการให้คุณค่า ให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคจึงมีความสำคัญในการนำสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เมื่อมีความรู้ถึงสาเหตุ อาการ ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญธิดา ยาอินทร์ และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้เพิ่มขึ้น เพ็ญศรี รอดพรม⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จุฑารัตน์ รังษา⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปารณีย์ ไจธรรม⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรวมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรวมกับการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรวมกับการเยี่ยมบ้าน ($p < .001$) สาวิตรี นามพะชาย⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลองมีระดับน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองนี้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สังวาลย์ พิพิตร⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอมืองจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < 0.01$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ในเลือด (FBS) ลดลงจาก 196.27 mg/dl เหลือ 140.50 mg/dl และระดับ HbA1c จาก 8.62 mg/dl เหลือ 6.59 mg/dl ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)

โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ขึ้น และลดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับ HbA1c ได้ อุไรวรรณ พานทอง⁽¹⁵⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับ HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่ค่าเฉลี่ย HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน เจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. วราภรณ์ วงศ์ถาวรวัฒน์.(2555) ความรู้พื้นฐานของโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. Munden, J. Diabetes mellitus.(2007) A guide to patient care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564) รายงานสถานการณ์ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2564). Health Data Center. กลุ่มรายงานการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน.
5. โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชยา และนัญศรา ต. รงค์พิวัฒน์. (2561). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชานิเวศน์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(2), 199-210.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ สามารถใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้น จึงควรนำแนวทางนี้ไปขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่นหรือ พื้นที่อื่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้แบบผสมผสาน มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.2 ควรศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาวิธีการที่มีส่วนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้เหมาะสมต่อไป

6. ประอรทิพย์ สุทธิสาร.(2550) ภาวะซีมเศราและบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ.(2564) สรุปผลการดำเนินงานรับผู้ตรวจราชการปี 2564.
9. บุญญธิดา ยาอินทร.(2564) “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอแสง จังหวัดนครสวรรค์”, วารสารสวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 18(1): 1-14
10. เพ็ญศรี รอดพรม.(2565) “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้”, วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 9(5): 1-13
11. จุฑารัตน์ รังษา.(2559) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
12. ปารณีย์ ใจธรรม.(2563) “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรวมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้”, วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 1(1) 31-39
13. สาวิตรี นามพะธาย.(2561). ผลของโปรแกรม การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
14. สัจจวาลย์ พิพิธพร.(2563) ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี, วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 28(1): 1-13
15. อุไรวรรณ พานทอง และพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล.(2563). “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองระดับ HbA1Cและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้”, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30(1): 1-11

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่
จังหวัดอุบลราชธานี

The effectiveness of an empowerment program in self-care of diabetic patients Si Mueang Mai
District Ubon Ratchathani Province

(Received: December 6,2022; Revised: December 13,2022; Accepted: December 19,2022)

ณัฐนนท์ พีระภาณุรักษ์¹
Nattanon Peerapanurak¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังจากทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคม - กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบทดสอบ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test (Independent samples t-test)

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ไม่แตกต่างกัน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : ประสิทธิผล การสร้างเสริมพลัง การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstarct

The objectives of this study were 1) to study the effectiveness of an empowerment program on self-care of diabetic patients, 2) to compare the effects of empowerment activities on self-care of diabetic patients, and 3) to compare knowledge of diabetes self-care behavior and blood sugar levels after the experiment of control and experimental groups of diabetic patients using a quasi-experimental

¹โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี



research model The sample consisted of 60 diabetic patients obtained by simple random sampling, divided into 2 groups: the experimental group and the control group. Data were collected between May - September 2022. The tools used in the study were the tools used in the experiment. and tools used for data collection, including questionnaires and tests. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test (Independent samples t-test).

The results of the study found that 1) Diabetes knowledge of diabetics between the experimental group and the control group before the experiment was not statistically significant difference. which means diabetic patients who were an experimental and a control group. knowledge is not different diabetes knowledge of diabetics Between the experimental group and the control group after the experiment was significantly different at the .05 level. Diabetes patients in the experimental group had more knowledge than the control group. 2) The self-care behaviors of diabetic patients between the experimental group and the control group before the experiment were not statistically significant different. This means that the diabetic patients in the experimental group and the control group had no difference in self-care behavior. The self-care behaviors of diabetic patients between the experimental group and the control group before the experiment were significantly different at the .05 level. The diabetic patients in the experimental group had better self-care behavior than the control group.

Keywords: Effectiveness, Empowerment, Self-care, Diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคเบาหวานมากขึ้น เนื่องจากสถานะความเป็นอยู่และวิถีชีวิต ที่เปลี่ยนไปส่งผลให้มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วง คือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน และสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปีพ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และผู้ป่วย 54 เปอร์เซนต์

ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ในขณะที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นแต่แนวโน้มของปัญหาไม่ได้ลดลง จากการศึกษาข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลดีและปัจจัยมีที่ให้การควบคุมระดับน้ำตาลให้เลือดไม่ได้ เช่น รูปแบบบริการที่เหมาะสมให้ผลดีต่อการรักษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยใช้รูปแบบบริการที่เหมาะสมสามารถเพิ่มค่าการกรองของไตได้¹

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 3,242 ราย และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 236 ราย ไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน 530 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในปี 2560-2562 ร้อยละ 77.52 , 36.90 และ 27.08 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกวินิจฉัย DKA เท่ากับ 0.25 , 0.23 และ 0.37 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปี 2560-2562 ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉีด Insulin ร้อยละ 17.67, 19.63 และ 20.33 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2560-2562 ร้อยละ 1.52 , 1.10 และ 0.74 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hyperglycemia) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี 2560-2562 ร้อยละ 0.57, 0.67 และ 0.80 ตามลำดับ² และจากข้อมูลย้อนหลังแนวโน้มมีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมากตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยจะเกิดความกลัวต่อความเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายและต้องรับการรักษาไปตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในด้านการควบคุมอาหารจึงอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกห้ามหรือถูกควบคุม สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังต่อการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสนใจดูแล ขาดความร่วมมือในการรักษา ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังที่กล่าว การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังโรคได้และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ เป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ต้องตระหนักและนำไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาในภายหลัง โดยการจัด

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนเองที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนกันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C >7% และเข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี



ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ทำการศึกษา จำนวน 400 คน โดยที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C >7% และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีและสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการจัดกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 60 คนไม่สุ่มประชากรที่ถูกสุ่มแล้วขึ้นมาอีก (Simple Random Sampling with out Replacement) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565- เดือนกันยายน 2565

เกณฑ์คัดเลือกเข้า Inclusion criteria 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 30 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C >7% 3) เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมาตรวจในคลินิกโรคเบาหวานอย่างน้อย 3 ครั้ง ติดต่อกันก่อนการทดลอง 4) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานและไม่ได้รับการรักษาอย่างอื่น 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารได้ดี เข้าใจ และสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ การได้ยินปกติ 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออก (Exclusion criteria) 1) ไม่ยินยอมขณะเข้าร่วมกิจกรรม 2) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 3) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นรูปแบบการประชุม อบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลัง (Empowerment) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้จากแนวคิดทฤษฎีร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แผ่นพับเรื่องโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และภาวะดื้อต่ออินซูลิน อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการรับปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน HbA1C ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ชนิด อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การดำเนินโรค การควบคุมรักษาโรค ภาวะแทรกซ้อน มีลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดเลือกตอบ “ถูก” “ผิด”

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย
เก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ที่
กำหนดด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบ
ความถูกต้อง
3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้วมา
วิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุบลราชธานีเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2565 เอกสาร
รับรองเลขที่ SSJ.UB 2565 – 023 รหัสโครงการ
SSJ.UB 023

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างของ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแล
ตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อน
และหลังการทดลอง โดยการทดสอบด้วยสถิติ t-test
(Independent samples t-test) กำหนดนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ
ศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง มีดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัด
อุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 86.70 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 36.67 โดยที่มี
อายุมากที่สุด 93 ปีและอายุน้อยที่สุด 20 ปี ส่วนใหญ่
ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.00 มี
สถานภาพสมรส ร้อยละ 96.67 มีระดับการศึกษา

สูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่มี
รายได้ของครอบครัว 30,001 - 50,000 บาทต่อปี ร้อย
ละ 76.70 ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็น
โรคเบาหวาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40.00 และมีโรค
เรื้อรังชนิดอื่นๆ ที่รักษาร่วมด้วย ร้อยละ 93.30 โดยที่
ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน
ร้อยละ 53.30

1.2 กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย
โรคเบาหวานอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี
ที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
66.70 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40.00 โดยที่มีอายุมาก
ที่สุด 81 ปีและอายุน้อยที่สุด 30 ปีส่วนใหญ่ประกอบ
อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.70 มีสถานภาพสมรส
ร้อยละ 90.00 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ
ประถมศึกษา ร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่มีรายได้ของ
ครอบครัว 20,001 – 30,000 บาทต่อปี ร้อยละ 63.30
ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน 6-10
ปี ร้อยละ 36.67 และมีโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ ที่รักษา
ร่วมด้วย ร้อยละ 100 โดยที่ส่วนใหญ่มีบุคคลใน
ครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.30

1.3 โรคที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี
พบว่า ในกลุ่มควบคุม โรคที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวาน
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะพบทั้งการมีโรค
ประจำตัวอื่นก่อนและหลังที่จะเป็นโรคเบาหวาน โดย
พบว่า โรคที่เป็นก่อนการเป็นโรคเบาหวาน คือ โรค
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.30 และโรคที่พบหลัง
การเป็นโรคเบาหวาน คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ
76.70 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า โรคที่เป็นร่วมกับ
โรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะพบ
ทั้งการมีโรคประจำตัวอื่นก่อนและหลังที่จะเป็น
โรคเบาหวาน โดยพบว่า โรคที่เป็นก่อนการเป็น
โรคเบาหวาน คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.00
และโรคที่พบหลังการเป็นโรคเบาหวาน คือ โรคไขมัน
ในเลือดสูง ร้อยละ 83.30

1.4 บุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามความสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นพี่สาว จำนวน 4 คน รองลงมาคือ บิดา จำนวน 3 คน และมารดา จำนวน 3 คน เช่นเดียวกัน สำหรับในกลุ่มทดลอง พบว่า บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นพี่สาว จำนวน 7 คน รองลงมาคือ บิดา จำนวน 6 คน และมารดา จำนวน 6 คน เช่นเดียวกัน

1.5 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มควบคุม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน HbA1C ก่อนการทดลอง ≥ 6.5 mg% ร้อยละ 96.67 และหลังการทดลอง ≥ 6.5 mg% ร้อยละ 63.34 สำหรับกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน HbA1C ก่อนการทดลอง ≥ 6.5 mg% ร้อยละ 86.66 และหลังการทดลอง ≥ 6.5 mg% ร้อยละ 66.67

2. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ ศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด มีดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม ซึ่งตอบถูก ร้อยละ 80 และหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่อง

โรคเบาหวานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คือ โรคที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และโรคเบาหวาน เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขได้ ซึ่งตอบถูก ร้อยละ 100 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยาได้เอง เมื่อมีอาการดีขึ้น และผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้าหากมีอาการปกติ ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 63.30 สำหรับกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม และการควบคุมโรคเบาหวานที่ไม่ดีทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ ซึ่งตอบถูก ร้อยละ 96.70 และหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คือ โรคที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ,โรคเบาหวาน เป็นโรคที่รักษาไม่หายแต่สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขได้,โรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม,ผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำมากเกินไปจะทำให้เสียชีวิตได้,โรคหัวใจ โรคไต โรคตา คือ โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการเป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน, การควบคุมโรคเบาหวานที่ไม่ดีทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ,การควบคุมปริมาณอาหารสามารถช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้,ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมอาหารจำพวกข้าวเหนียว,ผู้ป่วยโรคเบาหวานถ้าหากมีอาการปกติ ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้เช่นเดียวกับคนปกติ ซึ่งตอบถูก ร้อยละ 100 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง คือ การสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งตอบถูก ร้อยละ 83.30

2.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัด

อุบลราชธานี ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 69.57, S.D. = 13.02$) หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม แล้วกลุ่มทดลองมีความรู้ในระดับสูง ($\bar{x} = 89.75, S.D. = 7.35$) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 67.76, S.D. = 12.38$) และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุม มีความรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 68.81, S.D. = 10.32$)

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.29, S.D. = 0.38$) หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.87, S.D. = 0.13$) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.20, S.D. = 0.40$) และหลังการทดลอง พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.23, S.D. = 0.41$)

2.4 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี(HbA1C) ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 7.13, S.D. = 1.83$) และภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมี

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 6.98, S.D. = 1.14$) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี(HbA1C) อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 7.99, S.D. = 1.29$) และภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี(HbA1C)อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 7.86, S.D. = 1.13$)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ไม่แตกต่างกัน

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่

จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	78.59	6.65	1.37	.013
กลุ่มควบคุม	30	69.70	9.35		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ.05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมี

พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังตาราง
ที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่
จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	2.73	0.19	2.875	.020
กลุ่มควบคุม	30	2.36	0.32		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการวิเคราะห์ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัด
อุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด ให้กลุ่ม
ตัวอย่างระบุถึงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และนำมา
สรุปเป็นรายชื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย
โรคเบาหวานด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อน
เข้าร่วมกิจกรรม 1) อยากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
เรื่องโรคเบาหวานมากกว่านี้ 2) อยากมีความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลได้ 3) ยังมีความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร
น้อย อยากมีความรู้มากกว่านี้ จะได้ปฏิบัติตัวได้
ถูกต้อง 4) มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายน้อย อยาก
มีความรู้มากกว่านี้ 5) ไม่อยากเป็นโรคเบาหวาน 6) มี
บางครั้งที่ลืมกินยา ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี 7)
อยากให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองที่ดี 8) รู้สึกเบื่อ กับการที่ต้องรับประทานยา 9)
บางครั้งไม่อยากจะควบคุมอาหาร อยากกินอาหาร
น้ำหวาน ผลไม้ ตามที่ต้องการ 10) มีภาวะเครียด
บางครั้ง 11) พยายามทำตามนัดและปฏิบัติตาม
คำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ 12) ต้องการ
รักษาให้โรคเบาหวานหายขาด 13) มีความกังวลใจกับ
โรคและอาการของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ 14) บางครั้ง
รู้สึกหงุดหงิด ที่ต้องรับประทานยาและต้องควบคุม
อาหาร

4.2 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย
โรคเบาหวานด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลัง
เข้าร่วมกิจกรรม 1) อยากเข้าร่วมกิจกรรมแบบนี้อีก
2) หลังเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ตัวเองมีความรู้ในเรื่อง
โรคเบาหวานและการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งคิดว่าจะ
นำมาใช้กับตนเองให้ได้มากที่สุด 3) อยากให้มีการ
กิจกรรมแบบนี้บ่อยๆ เพราะจะได้ดูแลตนเองและคน
ในครอบครัวได้ 4) ตัวเองมีกำลังใจในการควบคุม
อาหาร และรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล
5) มีความรู้ในเรื่องการเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวานมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ใน
ชีวิตประจำวันได้ 6) อยากเข้าร่วมกิจกรรมอีก เพราะ
มีประโยชน์และได้รับความรู้อย่างมาก 7) อยากให้มี
รางวัลให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อเป็นการสร้างขวัญ
กำลังใจให้กับผู้ป่วย 8) อยากให้มีการติดตามและ
ประเมินผลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่าง
ต่อเนื่อง 9) อยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้ให้กับ
ผู้ป่วยโรคอื่นๆบ้าง เขาจะได้เข้าใจและดูแลตนเองได้
มากขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริม
พลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า

1. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความรู้เป็นค่าที่เข้าใจยาก เนื่องจากมีความเป็นนามธรรมสูง ทำให้หลายคนเกิดความสับสนรู้สึกลัวว่า อะไรคือความรู้ ซึ่งความรู้ คือสิ่งที่นำไปใช้จะไม่หมดหรือสึกหรอ แต่จะยิ่งงอกเงยหรืองอกงามขึ้น แต่ความรู้จะไม่มีประโยชน์เลย ถ้าไม่นำไปสู่การกระทำหรือการตัดสินใจ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการแสดงของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตัวเองเบื้องต้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริดา กังแฮ และชดช้อย วัฒนะ (2558)³ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่า HbA1C ต่ำกว่าเดิมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยณรงค์ ทรงทอง (2560)⁴ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภายหลังการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p - value < .05)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเชิงบวกมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกลัวว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ สถิตเสถียร (2560)⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มทดลองมีการรับรู้ ความรุนแรงของแผลที่เท้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ความสามารถตนเองในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้า เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 และไม่แตกต่างกันหลังติดตามผล

3. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี(Hb A1 C) ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี(Hb A1 C) อยู่ในระดับดี) ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การวัดค่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hb A1 C) ในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในช่วงระยะเวลา 2 -3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการตรวจที่มีประโยชน์มากสำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างการรักษา อย่างไรก็ตามระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hb A1

C) อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคเม็ดเลือดแดงแตก ซึ่งเป็นโรคที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติหรือเป็นโรคเบาหวานร่วมกับการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ เช่น โรคธาลัสซีเมีย และ ฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดต่างๆ ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hb A1 C) มีค่าผิดปกติไป ดังนั้น ทางสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกาจึงแนะนำให้ผู้ที่ที่เป็นโรคเบาหวานตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ทุก 3 เดือนภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มี การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีควรมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าร้อยละ 7 หากระดับ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีสูงมากกว่าร้อยละ 7 ในระหว่างการรักษาแสดงให้เห็นถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพ การมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hb A1 C) สูงจะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ของเบาหวานเพิ่มขึ้น⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของAzar Tolt และคณะ (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้เกี่ยวข้องในศูนย์ผู้เป็นเบาหวานอิสฟาฮัน ประเทศ อิหร่าน จำนวน 60 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้เป็นเบาหวาน รวมทั้งการจัดการ ด้านจิต ด้านสังคม มีการกำหนดมาตรการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้เป็นเบาหวาน มีค่า HbA1c และความดันโลหิตดีขึ้น มีความรู้โรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ที่มีคาร์โบไฮเดรต มีวางแผนการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และรับประทานอาหารผัก และผลไม้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังดูแลเท้า ตรวจกลูโคสด้วยตนเองรับประทานยาสม่ำเสมอและอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการใช้การเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิด

ขึ้นกับตนเองมีการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เป็นของตนเอง ที่มีความสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เกิดกระบวนการสะท้อนความคิด ซึ่งช่วยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (1995)⁷ ที่กล่าวว่า การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถการตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น จากผลของการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการใช้การเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C ลดลง ตลอดจนมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้เพิ่มขึ้น ซึ่งกระบวนการเสริมพลังอำนาจในบุคคลให้บุคคลมีพลังอำนาจในการควบคุมผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้ เป้าหมายสุดท้ายคือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน รู้จักปัญหาของตนเอง มีความสามารถในการระดมทรัพยากร และแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่หรือได้รับการพัฒนาจนเกิดการเรียนรู้ และกำหนดทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์กลไกขับเคลื่อนการดำเนินการจนมีผลลัพธ์ในรูปแบบต่างๆ⁸

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

มีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมีรูปแบบในการจัดกิจกรรมที่น่าสนใจและที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ดังนั้น จึงควรนำกลวิธีนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่น ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

2. ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง แต่ควรจะได้มีการหาความแตกต่างว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรให้

ความสำคัญโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นกิจกรรมกลุ่ม ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น

2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนเป็นผู้ให้การส่งเสริมและสนับสนุนพร้อมกับการให้กำลังใจกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. การจัดกิจกรรม ควรมีกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถ ความเชื่อมั่น ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

4. ในการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษญา ศิริชัยสิทธิ์.(2551). ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานในการลดภาวะแทรกซ้อน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
2. โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่.(2562) ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่.
3. ปรีดา กังแฮ, และชดช้อย วัฒนนะ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี,26(2), 63-77.
4. ชัยณรงค์ ทรงทอง.(2560) การเสริมพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2560.
5. สิริรัตน์ สถิตย์เสถียร. (2560) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. สิริพิมพ์ ชูปาน.(2555). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรม ควบคุมน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



7. Gibson C.H.(1991) A process of empowerment in mother of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 21(6) Page 1201-1210,
8. ศิริพรรณ บุตรศรี.(2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน . วิทยาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2558.

การพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
อำเภอทุ่งศรีอุดม,จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Drug Management System for Coronavirus disease (COVID -19)
in Cohort Ward,Thung Sri Udom Hospital,Ubonratchathani Province

(Received: November 18,2022; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 24,2022)

น้ำผึ้ง โนรีรัตน์¹

Numpung Noreerat¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา แบบประเมินการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และ แบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมิน โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการสำคัญที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลคือไข้,ไอ,จามไม่ได้กลิ่น,ลิ้นไม่รับรส ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีระดับความรุนแรง 3.2.1 กล่าวคือพบการอักเสบที่ปอดเล็กน้อย ผลด้านปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาพบมากที่สุด คือ ปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (compliance) และ Efficacy (ประสิทธิภาพ) ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและสาธารณสุข มีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านผลการดำเนินงาน ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากร พบว่าการมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูล สภาพปัญหาความต้องการร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาความต้องการร่วมกัน ในระดับมากที่สุด ข้อค้นพบจากการวิจัยคือ ระบบเฉพาะการพัฒนากระบวนการจัดการหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม คือ COVIDTSU ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาคั้งนี้คือ ความรู้ความเข้าใจ สถานการณ์ปัจจุบัน ระบบการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และ การระบบติดต่อสื่อสาร ที่ทำให้ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ระบบการจัดการด้านยา, ไวรัสโคโรนา-2019

Abstract

A participatory action research study was carried out at Thung Sri Udom Hospital to investigate the development of a drug management system in the coronavirus disease infection ward. Thung Si Udom District, Ubon Ratchathani Province. The study population was a group of patients and a group of medical and public health personnel. The tools used include the drug-related problem record form, the multidisciplinary participation assessment form, and the satisfaction assessment form. Analysis of quantitative data from the assessment form using percentage Mean and Standard Deviation. The results found that, the most common symptoms that brought people to the hospital for treatment were fever, cough, no smell, and no taste. Patients admitted to hospitals infected with the Corona virus. The severity level was 3.2.1, that is, a slight lung inflammation was found. The most common outcomes for drug-

¹ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม,จังหวัดอุบลราชธานี

related problems were problems with drug compliance and efficacy. Most satisfied in terms of performance. The results of the assessment of the participation of medical and public health personnel. It was found that participation in the survey of information on common problems and participation in analyzing common needs problems at the highest level. The findings from the research are The specific system for the development of the ward management system for coronavirus disease 2019 at Thung Sri Udom Hospital was COVIDTSU. The success factor was understanding the current situation related to a care system that corresponds to the patient's problems and a communication system that makes effective coordination possible.

Keyword : Drug Management System, COVID-19

บทนำ

โควิด 19 (coronavirus disease ๒๐๑๙, COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562¹ และได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง เชื้อนี้สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านฝอยละอองจากการไอจาม น้ำมูก น้ำลาย เสมหะของผู้ป่วย รวมทั้งการสัมผัสพื้นผิวหรืออุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการระบบทางเดินหายใจ การจัดการบริการของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคระบาดขนาดใหญ่ ความจำเป็นที่ต้องจัดการบริการในรูปแบบที่มีการแยกตัว (Isolation) เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค และลักษณะการดำเนินการที่เป็นการตอบสนองในลักษณะชั่วคราว²

ปัญหาอุปสรรคสำคัญในกลไกการอภิบาลระบบในสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่าน ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคส่วนอื่นในระดับนโยบาย การตัดสินใจเชิงนโยบายและมาตรการอาจมีข้อถกเถียงเชิงวิชาการ และเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การไม่สามารถหาจุดสมดุลระหว่างสุขภาพและเศรษฐกิจ การเลือกใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและคาดการณ์สถานการณ์การระบาดซึ่งส่งผลต่อการวางแผนจัดการและรับมือล่วงหน้า การขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น (บุคลากร

งบประมาณ อุปกรณ์ป้องกัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน) และความเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิมนุษยชน และ/หรือการปฏิบัติไม่เป็นธรรมระหว่างการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคระบาด³

อำเภอทุ่งศรีอุดม จากรายงานควบคุมการติดเชื้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่ปี 2563 พบว่ามีผู้ป่วยในเดือนเมษายน 2564 และมีการรับเข้านอนในหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเดือน กรกฎาคม 2564 จำนวน 122 ราย ซึ่งการทำงานที่ผ่านมาพบปัญหาระบบการให้บริการด้านยาโดยการไม่ได้วางระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การวางแผนและจัดการระบบยาตั้งแต่การกำหนดแนวทาง ทิศทาง การกำหนดมาตรการความปลอดภัย การจัดหาที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัย การระบบการให้ความรู้บุคลากรที่ทันสมัย อยู่เสมอ รวมไปถึงระบบการประเมินผลการให้บริการที่เกี่ยวข้อง การสำรองและการเก็บรักษา ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านการรักษาด้วยยา ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในพิจารณาการสั่งจ่ายยาไม่ครบถ้วน การสื่อสารกับผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ การประเมินผลการรักษาต้องอาศัยช่วงเวลาที่ผ่านมาที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าปฏิบัติงานเท่านั้น ระยะห่างในการให้ยาที่ต้องปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทการทำงานอาจกระทบต่อระดับยาในเลือด ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตัวเองโดยเฉพาะการรับประทานยา การผสมยา

ด้านไวรัสให้เด็กที่ต้องใช้เทคนิคทางเภสัชกรรมและระบบยาเดิมที่ต้องรับประทานในโรคเดิมผู้ป่วยที่ไม่ได้นำยาเดิมมาด้วย ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา รวมไปถึงผู้ป่วยกลัวอาการข้างเคียงจากยาทำให้ไม่รับประทานยาและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลไม่ทราบข้อมูลซึ่งผลกระทบต่ออาการทางคลินิกและผลการรักษา ปัญหากระบวนการให้บริการด้านยาดังกล่าว ส่งผลให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug related problems: DRPs) จากในหอผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นที่มาของการศึกษาแนวทางการพัฒนาการจัดระบบบริหารจัดการด้านยาหอผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อรองรับการให้บริการที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้องเหมาะสมและลดปัญหาที่เกี่ยวกับยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยมีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการเป็นการเก็บข้อมูลบริบทสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การดำเนินการตามขั้นตอนวงจร P-A-O-R Cycle ระยะที่ 3 เป็นระยะรวบรวมและการประเมินผลเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase 1: Preliminary) เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action) ประชากรคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ประชากรกลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะนี้ใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนรักษาตัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมและประเมินผล (Phase 3: Evaluation) ระยะที่ประเมินผลหลังการดำเนินการ ประชากรในกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 (Phase 2)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การบันทึกการประชุม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.แบบซักประวัติผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.แบบบันทึกข้อมูล Patient Profile ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.แบบบันทึกข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับยาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4.แบบประเมินการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการพิจารณาคุณภาพของแบบประเมินการมีส่วนร่วมแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของเครื่องมือกับแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจ พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาความ

ถูกต้อง เหมาะสม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า IOC 0.67 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบวิเคราะห์ผลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ ศึกษาบริบทพื้นที่ บริบทที่เกี่ยวข้อง ปัญหาการดำเนินงาน การจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในพิจารณาการส่งจ่ายยาไม่ครบถ้วน การสื่อสารกับผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ การประเมินผลการรักษาต้องอาศัยช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าปฏิบัติงานเท่านั้น ระยะห่างในการให้ยาที่ต้องปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทการทำงานอาจกระทบต่อระดับยาในเลือด ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตัวเองทั้งในแง่การวัดสัญญาณชีพด้วยตัวเองหรือการรับประทานยา การผสมยาต้านไวรัสให้เด็ก ยาเดิมที่ต้องรับประทานในโรคเดิมผู้ป่วยที่ไม่ได้นำยาเดิมมาด้วย การประเมินอาการทางคลินิกที่ไม่ครอบคลุมกับยาเดิมที่ไม่ได้รับ ระยะเวลาการให้ยาบางชนิดอาจมีความเสี่ยงเกิดการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา รวมไปถึงผู้ป่วยกลัวอาการข้างเคียงจากยาทำให้ไม่รับประทานยาและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลไม่ทราบข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1.ขั้นวางแผน (Planning) ได้แก่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ผู้วิจัยทำการสนทนา

กลุ่ม (Focus Group Discussion) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นหญิงมากกว่าชาย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 80 อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 48.57 อายุเฉลี่ย 31.20 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ปริญญาตรี 33 คน ร้อยละ 94.29 หน้าที่รับผิดชอบปัจจุบัน เป็นหัวหน้าหน่วยงาน 11 คน ร้อยละ 41.43 เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 24 คน ร้อยละ 68.57 และส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลที่รับผิดชอบในหน่วยงานต่างๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.43

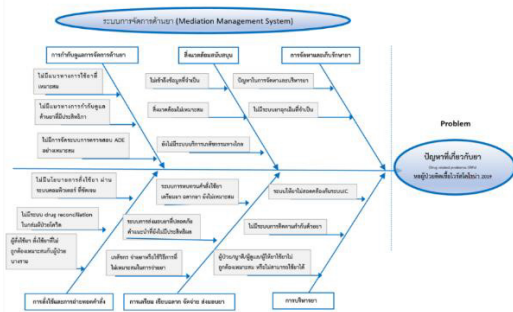
กลุ่ม 2 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2564 จำนวน 225 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 65 คน ร้อยละ 53.3 อายุ มีอายุ 30-40 ปี และมีอายุเฉลี่ย 33.96 ปี อายุต่ำสุด 2 ปี อายุสูงสุด 80 ปีสถานภาพ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 33.33 แหล่งที่ติดเชื้อส่วนใหญ่พบว่าติดจากต่างจังหวัด ร้อยละ 45.90 ประวัติการได้รับวัคซีน ได้รับ 1 เข็มเป็นส่วนมาก คือ ร้อยละ 38.46 ส่วนกลุ่มที่ได้รับ 2 เข็ม มี ร้อยละ 20.51 ซึ่งเท่ากับกลุ่มเด็กต่ำกว่า 12 ปี ซึ่งยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน กลุ่มอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้,ไอ,เจ็บคอ,มีน้ำมูก,จุกไม่ได้อิ่ม ร้อยละ 12.30 รองลงมาคือกลุ่มอาการ ไข้,ไอ,เจ็บคอ,มีน้ำมูก ร้อยละ 10.26

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบได้แก่ ควรได้รับยาเพิ่ม ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา/การปฏิบัติตัว สัมภินยา พบ ร้อยละ 33.78 18.92 และ 16.22 ตามลำดับ

2.ขั้นปฏิบัติ (Action)

ขั้นวางแผน (Planning) จากผลการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่เกิดขึ้น พบว่า 1) ด้านการกำกับดูแลการจัดการด้านยา ไม่มีการจัดระบบการตรวจสอบ ADE อย่างเหมาะสม ไม่มีแนวทางการกำกับดูแลด้านยาที่มีประสิทธิภาพและ ไม่มีแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสม 2) ด้านสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ไม่เข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น

สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมและ ยังไม่มีระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล 3) ด้านการจัดหาและเก็บรักษายา ปัญหาในการจัดหาและบริหารยา และไม่มีระบบยาฉุกเฉินที่จำเป็น 4) ด้านการสั่งใช้และการถ่ายทอดคำสั่ง ผู้สั่งใช้ยา สั่งใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย บางราย ไม่มีระบบ drug reconciliation ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด และไม่มีนโยบายการสั่งใช้ยา ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ที่ชัดเจน 5) ด้านการเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย ส่งมอบยา พบเภสัชกร จ่ายยาหรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการจ่ายยา ระบบการทบทวนคำสั่งใช้ยา เตรียมยา ฉลากยา ยังไม่เหมาะสม ระบบการส่งมอบยา ที่ปลอดภัย คำแนะนำที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ 6) ด้านการบริหารยา ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ให้ยาใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสม หรือไม่สามารถใช้ยาได้ ไม่มีระบบการติดตามกำกับระบบให้ยาไม่สอดคล้องกับระบบ IC



ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวางแนวทางระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่ได้จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ร่วมวิจัยมานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ออกแบบแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของการประยุกต์ใช้ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่จะเป็นแนวทางการ

พัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1) โครงการจัดการระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม

2) โครงการจัดระบบการบริหารเภสัชกรรมหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม

ขั้นร่วมสังเกตผล (Observation)ร่วมกันสังเกตผลในทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ

ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

3. ผลลัพธ์ด้านปัญหาจากการใช้ยา

3.1 ความชุกของปัญหาที่เกี่ยวกับยา ก่อนการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้ป่วยที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา 69 คน โดยมีความชุกของผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยา 74 ปัญหา (ร้อยละ 93.24) หลังจากการพัฒนาระบบ พบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา 33 คน (ร้อยละ 93.93) จำนวนปัญหาที่เกี่ยวกับยาจำนวน 33 ปัญหา คิดเป็นจำนวนปัญหาเฉลี่ย 0.60 และ 0.14 ปัญหาต่อคนในช่วงก่อนการพัฒนาระบบและหลังพัฒนาระบบตามลำดับ

3.2 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาเมื่อแยกตามประเภทของปัญหา พบว่าการดำเนินการ การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้านระบบการดำเนินงาน พบว่าความพึงพอใจที่มากที่สุด คือ ความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพและสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยใน (\bar{X} = 3.71, SD=1.25) รองลงมาคือ ท่านมีความพึงพอใจในชุดของแผนงาน/โครงการ กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น (\bar{X} = 3.91, SD=0.92)

ด้านกระบวนการพัฒนา พบว่าความพึงพอใจที่มากที่สุดคือท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่องแนวทางการดำเนินงาน ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.94$) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ท่านมีความพึงพอใจในกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน($\bar{X}=3.80$, $SD=0.99$) อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจที่น้อยที่สุด คือท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการและขั้นตอนการถ่ายทอดการดำเนินงาน($\bar{X}=3.74$, $SD=1.22$) อยู่ในระดับมาก

ด้านการให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนาความพึงพอใจที่มากที่สุด คือ ท่านมีความพึงพอใจด้านความพร้อมในการ ให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขในหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.97$) รองลงมาคือ ท่านมีความความพึงพอใจต่อขั้นตอนความสะดวกรวดเร็ว วันเวลา และระยะเวลาการรอตรวจรักษา รอรับยา ของหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=3.97$, $SD=1.01$) และความพึงพอใจที่น้อยที่สุดคือ ท่านมีความความพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ของบุคลากรสาธารณสุขในหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=3.77$, $SD=1.21$)

ด้านบุคลากร พบว่าความพึงพอใจที่มากที่สุดคือ ท่านมีความพึงพอใจในนโยบายและมาตรการ การสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานของ ผู้บริหารที่ประกาศและแจ้งให้กับบุคลากรและ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และ เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถาม รูปแบบการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง ($\bar{X}=3.57$, $SD=1.12$) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือท่านมีความพึงพอใจต่อวิธีการจัดสรรทรัพยากร บุคคล ที่มีอย่างเพียงพอกับความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน($\bar{X}=3.49$, $SD=1.07$) อยู่ในระดับมาก

ด้านผลการดำเนินงาน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดคือท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสนับสนุน ด้านงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ($\bar{X}=3.91$, $SD=0.95$)อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ท่านมีความพึง

พอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน($\bar{X}=3.7$, $SD=0.91$) อยู่ในระดับมาก

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วม จากตารางผลระดับการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและสาธารณสุข พบว่าการมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการร่วมกัน และ การมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาความต้องการร่วมกัน ในระดับมากที่สุด ซึ่งคะแนนเฉลี่ย 4.63 และ 4.57 ซึ่งเป็นด้านการค้นหาปัญหา ส่วนในด้านอื่นๆ จะอยู่ในระดับมาก ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน ด้านปฏิบัติการ ด้านการติดตาม ด้านการประเมินผล



ดังนั้นจึงเกิดเป็นระบบเฉพาะในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVIDTSU ที่ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Communication) เป็นการสื่อสารภายใต้สภาวะที่ไม่เอื้อในการสร้างความเข้าใจทั้งตัวผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เข้าปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
2. การจัดการอย่างเป็นระบบ (Organization) การเป็นโรคอุบัติใหม่ การจัดการที่ดีและเป็นระบบเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

3. ความเปลี่ยนแปลง (Variation) เป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทในช่วงนั้น

4. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infection Control) เป็นสถานการณ์การติดเชื้อที่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่น การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเป็นส่วนสำคัญให้สถานการณ์ควบคุมได้

5. การอำนวยความสะดวก (Direction) การอำนวยความสะดวกโดยการสั่งการ และควบคุมทิศทางการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางที่ตกลงกัน เพื่อการปรับเปลี่ยนที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

6. ทำงานเป็นทีม (Team) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลผู้ป่วย ทีมควบคุมโรค ทำงานเชื่อมโยงในการแก้ไขปัญหาและหาทางออกร่วมกัน

7. ความปลอดภัย (Safety) เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง การดำเนินการจึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในทุกกระบวนการ

8. ความยืดหยุ่น (Un restriction) การปรับระบบให้ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน สถานการณ์โลก และแนวทางการดูแลรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบที่มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนไปทันที่และมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนข้อมูลทางเวชระเบียน ในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม กลุ่มอาการสำคัญที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลคือไข้, ไอ, เจ็บคอ, มีน้ำมูก, จมูกไม่ได้กลิ่น และยังไม่แสดงอาการ กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้ว 1 เข็ม และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง 3.2.1 กล่าวคือพบการอักเสบที่ปอดเล็กน้อย ในส่วนการเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับยาส่วนใหญ่ปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่พบได้แก่ ควรได้รับยาเพิ่ม ไม่เข้าใจ

วิธีการใช้ยา/การปฏิบัติตัว สัมภาษณ์ พบ ร้อยละ 33.78 18.92 และ 16.22 ตามลำดับ

ปัญหาการดำเนินงานการจัดการด้านยาหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในพิจารณาการสั่งจ่ายยาไม่ครบถ้วน การสื่อสารกับผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ การประเมินผลการรักษาต้องอาศัยช่วงเวลาที่เหมาะสมที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าปฏิบัติงานเท่านั้น ระยะห่างในการให้ยาที่ต้องปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทการทำงานอาจกระทบต่อระดับยาในเลือด ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตัวเองทั้งในแง่การวัดสัญญาณชีพด้วยตัวเองหรือการรับประทานยา การผสมยาต้านไวรัสให้เด็ก ยาเดิมที่ต้องรับประทานในโรคเดิมผู้ป่วยที่ไม่ได้นำยาเดิมมาด้วย การประเมินอาการทางคลินิกที่ไม่ครอบคลุมกับยาเดิมที่ไม่ได้รับ ระยะเวลาการให้ยาบางชนิดอาจมีความเสี่ยงเกิดการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา รวมไปถึงผู้ป่วยกลัวอาการข้างเคียงจากยาทำให้ไม่รับประทานยาและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลไม่ทราบข้อมูล

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุ่งทิศา พิมพ์ สักกะ (2564)⁴ ศึกษาการจัดการทางการแพทย์พยาบาล ในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยทางหน่วยงานได้บริหารจัดการในสถานการณ์โรคระบาดซึ่งได้มีหน่วยงานที่เกิดขึ้นใหม่ใหม่โดยฉับพลันองค์กรพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการก่อตั้งและร่วมรับผิดชอบ ได้แก่ 1) คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (acute respiratory infection [ARI] clinic) 2) คลินิกเฝ้าระวังและสอบสวนโรค (patient under investigation [PU] clinic) 3) หอผู้ป่วย COVID-19 และ 4) หอผู้ป่วยวิกฤต ICU COVID-19 โดยผู้เขียนได้รับเป็นหัวหน้าทีมบริหารจัดการคลินิก ARI และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงเชิงระบบในเบื้องต้น

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการจัดการทางการแพทย์พยาบาล สรุปได้ดังนี้



1. ทีมผู้บริหารระดับสูง ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำและส่งเสริม สนับสนุน ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ และ เร่งด่วน

2. การมีทีมงานสหสาขาวิชาชีพทุกทีมที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล เกษษกร เทคนิคการแพทย์ เวชระเบียน รวมถึงหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ ทำงานประสานเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปกติ และรวดเร็ว

3. การมีอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นครบถ้วน และเพียงพอสำหรับการทำงาน

4. สถานที่ที่มีความเหมาะสม และปลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

5. การมีระบบงานและกระบวนการทำงานที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยต้องติดตามความรู้ ผลการวิจัยใหม่ ๆ ให้

ทันสมัยอยู่เสมอ และนำมาใช้ให้ทันเวลาอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการประเมินโดยเภสัชกร แกร็บให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มมากขึ้น เพื่อประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษากระบวนการสนับสนุนวางแผนการจัดหา บริหารจัดการยา สอดคล้องกับนโยบายบริษัท สถานการณ์ให้แม่นยำมากที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ตามมา

3. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบวิธีการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงทรัพยากร ความปลอดภัยของบุคลากร ในการให้ยาผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนุช ปฏิภาณวัตร, (2565), ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (2022): วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.
2. สีนีนานู เนาว์สุวรรณ , กิตติพรเนาว์สุวรรณ , รวิพรโรจนอาษา นวรัตน์ ไชยมณี , (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนาม ของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลา, วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปี ที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
3. นฤมล ศรีสรรพ์. (2564). สถานการณ์การให้บริการ และบริหารจัดการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) .Journal of Health and Environmental Education VOL.5 NO.4 October-December 2020.
4. รุ่งทิศา พิมพ์สักกะ. (2564). การจัดการทางการแพทย์ในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา . วารสารพยาบาล 2564;70(3):64-71.

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ
โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

Effects of the development of guidelines for the caring and referral of patients from road
accidents at the scene of an accident, Lat Lum Kaeo Hospital Pathum Thani Province

(Received: December 7,2022; Revised: December 13,2022 ; Accepted: December 19,2022)

ชญัญญัก วิจารณ¹
Chanyapak Wijarn

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ (1) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (2) ศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จำนวน 23 คน ประเมินผลลัพธ์ คือ จำนวนครั้งการปฏิบัติการดูแลและการดูแลก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ และแนวทางเดิม จำนวน 70 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติงานของสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.46$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล ($\chi^2 = 14.22$) ผลการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน 10 ขั้นตอนดังนี้ 1) การรับแจ้งเหตุ 2) การส่งการออกปฏิบัติงาน 3) การนำรถออกปฏิบัติงาน 4) การปฏิบัติการเมื่อถึงจุดเกิดเหตุ 5) ปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 6) การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากจุดเกิดเหตุ 7) นำผู้บาดเจ็บส่งต่อโรงพยาบาล 8) การดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 9) การส่งต่อผู้บาดเจ็บเมื่อถึงโรงพยาบาล 10) การปฏิบัติเมื่อกลับถึงฐาน โดยระยะเวลาในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุแบบใหม่แตกต่างกับแนวทางแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ แนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย, อุบัติเหตุทางถนน, ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน

Abstracts

The purpose of this research was to develop a guideline for the care and referral of road traffic accident patients at Lat Lum Kaeo Hospital. Pathum Thani Province Data were collected in 2 phases: (1) to study factors related to length of access to health services of road accident patients; (2) to study and develop guidelines for care and referral of road accident patients. At the scene of the accident, the sample group were 23 nurses and personnel of Lat Lum Kaeo Hospital. The results were evaluated as the number

¹ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

of missions performed and care before and after the implementation of the new guidelines and the old guidelines for 70 times. The work of the Bureau of Emergency Medical Services, Ministry of Public Health analyzed data with descriptive statistics, namely number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics were independent t-test and Chi-square at a statistical significance level of 0.05

The results showed that the distance from the accident scene to the hospital had a positive correlation with the time to access health services ($r= 0.46$). than the unsupervised group. The performance according to the practice guideline for care and referral of patients from road accidents at the scene of the accident found that there were 10 operating procedures as follows: 1) Incident reception 2) Operation order 3) 4) Operations at the accident scene 5) Rescue operations at the accident scene 6) Transporting the injured from the accident scene 7) Transporting the injured to the hospital 8) Care during Bring to the hospital 9) Referral of the wounded upon arrival at the hospital 10) Actions upon returning to the base The duration of referral operations according to the new on-situ care and referral guideline for road accident patients is different from the traditional approach. statistically significant at .05

Keywords: Guidelines for care and referral of patients, road accidents, road accident patients

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชากรทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรประมาณ 1.2 ล้านคน และบาดเจ็บประมาณ 50 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่า อุบัติเหตุทางท้องถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 และอยู่ในอันดับที่ 37 ของโลก จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) พบว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บ 1.3 ล้านคน ในทุก 3 นาทีต่อ 1 คน ซึ่งการบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้บาดเจ็บฉุกเฉินปีละ 671 พันล้านเหรียญสหรัฐ นอกจากนี้ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากการ ได้รับบาดเจ็บอุบัติเหตุทางท้องถนนปีละ 3.16 แสนคน¹ สำหรับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่า ปี 2563 และ 2564 มีการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน เกิดอุบัติเหตุจำนวน 93,326 และ 68,583 คน สำหรับความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว พบว่า ผู้เสียชีวิตในปี 2554 จำนวน 9,205 คน ในปี 2563 จำนวน 7,265

คน ซึ่งหลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 7 ปี ย้อนหลัง พบว่า ในปี 2563 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 12.01² อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและส่งและการจัดการรักษาที่เหมาะสมอย่างถูกวิธีและทันเวลา³ จากการสัมมนาประเด็นด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจรระดับชาติ รายงานว่า ช่วงเวลาการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บพบว่าผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุมีการ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุมากที่สุดร้อยละ 71.5 เสียชีวิตใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 25.3⁴ ดังนั้น ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างการเดินทางสถานพยาบาล สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจาก ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล สามารถลดความรุนแรงและความพิการในระยะยาว ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลทันทั่วทั้ง การ

นำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลถึงผลลัพธ์การดูแลต่อในโรงพยาบาล⁵

รายงานการดำเนินงานของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2563 พบว่า การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 313 ครั้ง รับแจ้งถึงจุดเกิดเหตุมากกว่า 10 นาที จำนวน 124 ครั้ง (ร้อยละ 39.61) ถึงจุดเกิดเหตุ-ออกจุดเกิดเหตุ มากกว่า 10 นาที 217 ครั้ง (ร้อยละ 69.32) ค่าเฉลี่ยเวลา 17.61 นาที เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 10 ราย คิดเป็นอัตราการตาย ร้อยละ 3.19 ระหว่างนำส่ง 8 ราย คิดเป็นอัตราการตาย ร้อยละ 2.55 ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ “Golden hour” ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ควรใช้เวลาให้น้อย⁶ ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงจุดเกิดเหตุไม่ควรเกิน 10 นาที และระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งถึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลควรใช้เวลารวมน้อยกว่า 30 นาที การออกปฏิบัติการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ นั้น ต้องมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลกู้ชีพและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนนำผู้ป่วยส่งถึงโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานในการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บในระยะเร่งด่วน ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างมีระบบและส่งเสริมความเป็นอิสระของวิชาชีพ และเพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และเป็นเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ALS) แต่มีข้อจำกัดของหน่วยงานด้านอัตรากำลังและรถพยาบาลในการออกปฏิบัติการและยังไม่มีกำหนดมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลในระดับหน่วยงานที่ชัดเจน กล่าวคือระบบการบันทึกข้อมูล เมื่อมีการแจ้งเหตุขาด

แบบฟอร์มในการซักถามและบันทึกข้อมูล พบปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วน การส่งการออกปฏิบัติการล่าช้า การติดต่อประสานงานระหว่างรถพยาบาลกับโรงพยาบาลหรือระหว่างโรงพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยขัดข้องเนื่องจากสัญญาณวิทยุสื่อสารไม่ชัดเจนเมื่อระยะห่างจากโรงพยาบาลเกิน 10 กิโลเมตร ทำให้การประสานงานการส่งต่อข้อมูลผู้บาดเจ็บในระหว่างนำส่งกับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อขาดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างการนำส่งโรงพยาบาลไม่ถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน

ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี โดยประมวลความรู้จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย การบันทึกการรับแจ้งเหตุ การสื่อสารระบบ E- radio ในการประสานงาน การคัดกรอง 4 ระดับ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุและการเคลื่อนย้ายตามหลัก ATLS การดูแลระหว่างการนำส่งและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมมาใช้ใน การฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลและส่งต่อผู้บาดเจ็บในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ตลอดจนศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวต่อระยะเวลาการนำส่งผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁷ แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2565 จำนวน 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ แบบบันทึกข้อมูลและระยะทางการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จำนวน 23 คน ซึ่งมีการกิจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นการคำนวณครั้งของการปฏิบัติการกิจและการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บ ขนาดของจำนวนครั้งการปฏิบัติการกิจและการดูแลก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางใหม่การดูแล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis)⁸ กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ (Confidence of interval) 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = 0.70$ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้จำนวนครั้งของการปฏิบัติการแต่ละช่วง

เท่ากับ 32 ครั้ง รวมกันสองช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่ากับ 64 ครั้งและเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ที่เกิดจากการเก็บข้อมูลที่ไม่วางแผน ระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มเติมจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 เป็น 70 ครั้ง แบ่งออกเป็นเก็บข้อมูลก่อนปฏิบัติตามมาตรฐาน 35 ครั้ง และการเก็บเมื่อมีการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ อีก 35 ครั้ง รวมจำนวนการออกปฏิบัติการจำนวน 70 ครั้ง ทั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ การประเมินความรุนแรงของอาการบาดเจ็บตามระบบคะแนนการบาดเจ็บ แบบประเมินระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุและส่งต่อผู้ประสบอุบัติเหตุ โดยประยุกต์ใช้จากแบบบันทึกการปฏิบัติงานของสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข (2563)⁹ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ 2) แบบบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการของแนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในทีมปฏิบัติการ และ (2) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมของทีมปฏิบัติการโดยมีประเด็นการปฏิบัติ 10 ขั้นตอน ประกอบด้วย การรับแจ้งเหตุ การส่งการออกปฏิบัติงาน การนำรถออกปฏิบัติงาน การปฏิบัติการเมื่อถึงจุดเกิดเหตุ ปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บออกจากจุดเกิดเหตุ นำผู้ป่วยบาดเจ็บส่งต่อโรงพยาบาล การดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บเมื่อถึงโรงพยาบาล และการปฏิบัติเมื่อกลับถึงฐาน ข้อคำถามรวม 46 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) 3) แบบประเมินผลลัพธ์การ

ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นการประเมินผลการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจ การหายใจ การห้ามเลือด การตามอวัยวะ การให้สารน้ำ โดยแบ่ง เกณฑ์การประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ดูแลเหมาะสม (3 คะแนน) ดูแลไม่เหมาะสม (2 คะแนน) ไม่มีการดูแล (1 คะแนน) ไม่จำเป็นต้องดูแล (0 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) = 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. **ขั้นวางแผน (Plan)** ศึกษาบริบท ทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อกำหนดแนวทางและจัดทำแผนปฏิบัติการ

2. **ขั้นปฏิบัติการ** ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 1 ประกอบด้วย

2.1 **พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล** เป้าหมาย คือ ออกให้บริการรวดเร็วและผู้ป่วยปลอดภัย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องมาตรฐานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ได้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน, การบันทึกการรับแจ้งเหตุ, การใช้ระบบการสื่อสาร E-Radio, การคัดกรองผู้ป่วย การบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ, การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุโดยหลักการ ATLS, การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ

2.2 **พัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน** กระจายอยู่ในชุมชนทั้งเทศบาล ชมรมต่าง ๆ มูลนิธิ หน่วยงานเหล่านี้เข้าถึงผู้รับบริการได้รวดเร็วเพราะตั้งอยู่ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูทักษะการปฏิบัติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น การดูแลบาดแผลและการห้ามเลือดการ

ตามอวัยวะที่หัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ลดความพิการและการเจ็บป่วยไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น

3. **ขั้นการติดตามและประเมินผล** ประเมินผลกระบวนการโดยการเก็บแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง และสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติงานในแต่ละระยะของการวิจัย

4. **ขั้นการปรับปรุง** โดยการถอดบทเรียนวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนจากข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหากวิธีในการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบการสะท้อนการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและกระชับให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายไว้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จำนวนผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.42 กลุ่มอายุ 23-60 ปี ร้อยละ 50.0 ช่วงเวลา 18.00 น. -21.59 น. ร้อยละ 25.4 สถานะผู้ประสบอุบัติเหตุเป็น

ผู้ขับขี่ ร้อยละ 88.0 ยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90 ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉลี่ย 78.17 นาที ระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.46, p < 0.01$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล ($\chi^2 = 14.22, p < 0.01$) ส่วนความรุนแรงของการบาดเจ็บ การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ นำส่งไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อเสนอจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ควรมีการพัฒนากระบวนการนำผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ส่งโรงพยาบาลให้ได้ภายในเวลามาตรฐานที่กำหนด คือ ภายในเวลา 60 นาที โดยพัฒนาระบบการสื่อสาร ระบบการขนส่ง การประสานงานเพื่อลดอัตราการตายและความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าถึงบริการสุขภาพล่าช้า 2. ควรมีการฝึกอบรม และจัดเตรียมบุคลากรในชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้มีจำนวนเพียงพอครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บจากการจราจร ได้รับการดูแลใน ระยะก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

1. ข้อมูลการบาดเจ็บของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่มีอายุเฉลี่ย 35.72 ปี กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมมีอายุเฉลี่ย 38.11 ปี และใช้สิทธิการรักษาจาก พรบ.ผู้ประสบภัยรถ ทั้งกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 78.6 และ 44.9 ตามลำดับ การบาดเจ็บจากภาวะกระดูกหักชนิดปิดร้อยละ 56.3 และ 20.12 ตามลำดับ

2. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในทีมปฏิบัติการทั้งหมด 23 คน มีทั้งเพศชายและหญิง ร้อยละ 47.8 และ

52.2 ตามลำดับ อายุระหว่าง 25 - 56 ปี อายุเฉลี่ย 38.35 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระบบ EMS เฉลี่ย 4.65 ปี มีวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.8 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.8 บุคลากรทุกคนได้รับการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100 และผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS, หลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ ร้อยละ 91.6 และการใช้วิทยุสื่อสารร้อยละ 93.8

3. แนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผลการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน 10 ขั้นตอนดังนี้ 1) การรับแจ้งเหตุ 2) การส่งการออกปฏิบัติงาน 3) การนำรถออกปฏิบัติงาน 4) การปฏิบัติการเมื่อถึงจุดเกิดเหตุ 5) ปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 6) การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากจุดเกิดเหตุ 7) นำผู้บาดเจ็บส่งต่อโรงพยาบาล 8) การดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 9) การส่งต่อผู้บาดเจ็บเมื่อถึงโรงพยาบาล 10) การปฏิบัติเมื่อกลับถึงฐาน โดยพยาบาลและทีมปฏิบัติการสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานของระบบการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลและการส่งต่อได้มากกว่าร้อยละ 80 เกือบทุกข้อ ยกเว้นกิจกรรม 5 กิจกรรมในขั้นตอนการดูแล ได้แก่ 1) การประสานงานกับศูนย์สั่งการจังหวัดใน ระหว่างการเดินทางไปจุดเกิดเหตุ 2) การแจ้งศูนย์สั่งการเมื่อไปถึงจุดเกิดเหตุ 3) การประเมิน สถานการณ์และขอสนับสนุนการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อไปถึงจุดเกิดเหตุ 4) การประเมินความรุนแรงการบาดเจ็บ และ 5) การตรวจร่างกายอย่างละเอียดระหว่างการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล มีการปฏิบัติได้ไม่ถึงร้อยละ 80

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

แนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ	ผู้ป่วยอุบัติเหตุใช้แนวปฏิบัติแบบเดิม	ผู้ป่วยอุบัติเหตุใช้แนวปฏิบัติแบบใหม่
การจัดระบบสื่อสารในการรับแจ้งเหตุ ติดต่อประสานงาน	1. รับแจ้งเหตุ โดยการซักถามข้อมูลและบันทึกในเศษกระดาษ 2. สั่งการให้ พพร.นำรถพยาบาลออกปฏิบัติงานพร้อมแอมโบลันซ์ และแจ้งศูนย์เรนทรอัตโนมัติโดยใช้โทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสาร	1. รับแจ้งเหตุและสอบถามข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการแจ้งเหตุ 2. สั่งการให้ พพร.นำรถพยาบาลออกปฏิบัติงานพร้อมแอมโบลันซ์ และแจ้งศูนย์เรนทรอัตโนมัติโดยใช้โทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสารที่ใช้ระบบ E-radio
การคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ	1. ออกปฏิบัติงาน EMS ไปจุดเกิดเหตุ คัดกรองผู้ป่วย 3 ระดับ (แดง เหลือง เขียว) 2. ประเมินความรุนแรง โดยใช้ GCS	ออกปฏิบัติงาน EMS ไปจุดเกิดเหตุ คัดกรองผู้ป่วย 4 ระดับ (แดง เหลือง เขียว ดำ) 2. ประเมินความรุนแรง โดยใช้ RTS
การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ	1. ดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลัก ATLS 2. ดูแลผู้ป่วยเจ็บในรถพยาบาล	1. ดูแลผู้ป่วยเจ็บโดยใช้หลัก ATLS และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเจ็บใช้หลัก Scoop and Run 2. ดูแลผู้ป่วยเจ็บในรถพยาบาลระหว่างการส่งต่อมีการประเมินอาการคัดกรองและวัดระดับความรุนแรง และบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
การนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม	1. ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์ส่วนตัว หรือวิทยุในรถยนต์ 2. นำผู้ป่วยเจ็บส่งโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ เพื่อให้การรักษา 3. นำผู้ป่วยเจ็บส่งโรงพยาบาลตติยภูมิ เมื่อมีข้อบ่งชี้การส่งต่อ โดยผ่านระบบ Refer	1. ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสารในรถยนต์ผ่านระบบ E-radio ให้ข้อมูลผู้ป่วยเจ็บ 2. ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล โดยใช้โทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสารในรถยนต์ผ่านระบบ E-radio ให้ข้อมูลผู้ป่วยเจ็บ 3. นำผู้ป่วยเจ็บส่งโรงพยาบาลตติยภูมิ

4. การเปรียบเทียบระยะเวลาในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางแบบเดิมกับแนวทางแบบใหม่ของระบบดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยในการสั่งการออกปฏิบัติงาน (Dispatch time) (1.17 นาที) ดีกว่าค่าเฉลี่ยการสั่งการออกปฏิบัติงานตามการปฏิบัติ (1.5 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.60, p < .05$) ค่าเฉลี่ยของเวลาการปฏิบัติงานรวมทุกระยะในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ของระบบการดูแล

และส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (22.23 นาที) ดีกว่าการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเดิม (31.79 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.05, p < .05$) ค่าเฉลี่ยของเวลาตอบสนอง (Response time) เวลาที่ใช้ ณ จุดเกิดเหตุ (On scene time) เวลาในการนำผู้ป่วยเจ็บส่งโรงพยาบาล (Transfer time) ไม่แตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ของระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล กับการปฏิบัติตามแนวทางเดิมด้วยสถิติ

ช่วงเวลา	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n= 35)				กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (n= 35)				t	p-value
	Mean	SD	Max	Min	Mean	SD	Max	Min		
สั่งการ (Dispatch)	1.17	0.57	4	1	1.5	1.01	6	1	1.60*	0.05*
เวลาตอบสนอง (Response)	8.97	4.56	19	3	10.31	4.95	23	3	1.05	0.15
จุดเกิดเหตุ (On scene)	3.59	3.00	12	1	4.56	2.88	12	3	1.22	0.11
นำส่ง รพ. (Transfer)	9.06	6.64	33	3	11.46	8.52	37	3	1.42	0.08
เวลาปฏิบัติงานรวม	22.23	10.10	48	8	31.40	25.16	131	11	2.05*	0.02*
ระยะทางไปจุดเกิดเหตุ	7.48	5.19	21	1	6.19	4.87	18	1	-1.06	0.15
ระยะทางไป รพ.	8	5.47	21	1	9.09	7.50	24	1	0.56	0.29

* P < 0.05

5. การปฏิบัติตามแนวทางใหม่ของระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลมีผลลัพธ์ของกิจกรรมเหมาะสมกว่าการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเดิมในด้าน ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจ การห้ามเลือด และการช่วยหายใจ ปฏิบัติได้เหมาะสมร้อยละ 71.4 94.3 และ 85.7 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าการ

ปฏิบัติตามแนวทางเดิม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการให้สารน้ำ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยมีความเหมาะสมเพียงร้อยละ 28.6 และ 34.3 ไม่มีการให้สารน้ำร้อยละ 71.4 ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ และ 65.7 ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ของกิจกรรมการดูแลผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึง โรงพยาบาล ในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ของระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล กับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเดิม

กิจกรรมการดูแล		แนวปฏิบัติใหม่ (n=35)		แนวปฏิบัติเดิม (n=35)		χ^2	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การหายใจ	ดูแลเหมาะสม	25	71.4	12	34.3	9.68	0.001*
	ดูแลไม่เหมาะสม/ไม่จำเป็น	10	28.6	23	65.7		
การห้ามเลือด	ดูแลเหมาะสม	33	94.3	20	57.1	13.13	0.005*
	ดูแลไม่เหมาะสม/ไม่จำเป็น	2	5.7	15	42.9		
การตามอวัยวะ	ดูแลเหมาะสม	30	85.7	17	48.6	10.94	<0.001*
	ดูแลไม่เหมาะสม/ไม่จำเป็น	5	14.3	18	51.4		
การให้สารน้ำ	ดูแลเหมาะสม	10	28.6	12	34.3	0.26	0.606
	ดูแลไม่เหมาะสม/ไม่จำเป็น	25	71.4	23	65.7		

* P < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ของระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานรวมทุกระยะเฉลี่ย 22.23 นาที ใน

พื้นที่ปฏิบัติงาน 252 ตารางกิโลเมตร ซึ่งน้อยกว่าระยะเวลาการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเดิม (เวลาเฉลี่ย 31.40 นาที) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ใช้เวลาในการสั่งการออกปฏิบัติงานมากที่สุด 4 นาที

ซึ่งน้อยกว่าในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมที่ใช้เวลามากสุด 6 นาที ค่าเฉลี่ยในการส่งการออกปฏิบัติงาน (Dispatch time) เท่ากับ 1.17 นาที ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาการส่งการออกปฏิบัติงานตามการปฏิบัติเดิม (1.5 นาที) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของตริกา เพชรแก้ว และคณะ (มปป.)¹⁰ ที่ศึกษาสาเหตุที่ทำให้การออกปฏิบัติการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้า เนื่องจากหน่วยบริการไม่ครอบคลุมทุกตำบล เจ้าหน้าที่กู้ชีพไม่ชำนาญเส้นทาง สถานที่รับแจ้งเหตุไม่ชัดเจน

เวลาที่ใช้รักษา ณ จุดเกิดเหตุ (Onscene time) ของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ (เวลาเฉลี่ย 3.59 นาที) และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (เวลาเฉลี่ย 4.56 นาที) ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกรณีอุบัติเหตุบาดเจ็บส่วนมากไม่มีแพทย์ออกปฏิบัติงาน การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลหรืออาสาสมัครที่ผ่านการอบรมจะให้การปฐมพยาบาลและใช้หลักการรีบนำส่งโดยดูแลบนรถ (Scoop and run) เพื่อให้ผู้ป่วยพบแพทย์หรือให้การผ่าตัดอย่างทันท่วงที กรณีผู้ป่วยเจ็บป่วย เช่น หัวใจหยุดเต้น หมดสติ จะใช้หลักช่วยเหลือรักษา ณ จุดเกิดเหตุ (Stay and play) และเวลาในการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล (Transfer time) ของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ศึกษาใช้เวลามากที่สุด 33 นาที แต่น้อยกว่าในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย มากสุด 37 นาที และไม่มี ความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า หากหน่วยงานมีแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานที่ชัดเจนย่อมทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยบาดเจ็บ เพราะทีมฉุกเฉินจะมีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการกำหนดภารกิจสำหรับสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลต่อการลดระยะเวลาการปฏิบัติการกิจกรรมในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของปีทมา โมลี อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สีนธู (2551)⁵ ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญหลายปัจจัย อาทิ การมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับ

หน่วยงาน ทั้งนี้ กิจกรรมการดูแลผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ตัวหนึ่งในกระบวนการคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Bartolomeo et al., 2006) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่มีผลลัพธ์ของกิจกรรมการดูแลผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม โดยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่สามารถดูแลทางเดินหายใจและช่วยการหายใจและตามอวัยวะขณะ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทุกครั้งของการปฏิบัติ ในขณะที่กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการดูแลทางเดินหายใจและการช่วยหายใจในผู้ป่วย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 และตามอวัยวะผู้บาดเจ็บไม่เหมาะสมระหว่างการนำส่ง 1 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของการปฏิบัติทั้งหมด ทั้งนี้จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมได้แก่ การไม่ให้ออกซิเจนระหว่างการนำส่งและการจัดทำเพื่อเปิดทางเดินหายใจไม่เหมาะสมหรือการไม่ได้ตามอวัยวะ ผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย ซึ่งเกิดในกรณีที่ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุใกล้โรงพยาบาล การนำส่งใช้เวลาน้อย ทีมปฏิบัติสามารถนำส่งเพื่อการรักษาที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อติดตามผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 6 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถอธิบายได้ว่า ก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงาน การตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่นั้น กิจกรรมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยบางครั้งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ ดังนั้นการกำหนดแนวปฏิบัติเป็นมาตรฐานที่ชัดเจนจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะในการทำงานที่ใช้ทีมการปฏิบัติจากสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ปัจจัยด้านสภาพการจราจรที่ติดขัดใช้เวลาในการเดินทางไปยังจุดเกิดเหตุ ทำให้ความรวดเร็วในการเข้าถึงผู้บาดเจ็บ ใช้เวลานาน จึงควรสนับสนุนให้มีหน่วยบริการครอบคลุมพื้นที่ทุก 10-20 กิโลเมตร

2. ปัญหาเรื่องรถพยาบาลพร้อมพนักงานขับรถ ในนอกเวลาราชการ มี 1 คน 1 คัน ต้อง ใช้ส่งต่อผู้ป่วย ทั่วไปของโรงพยาบาล ดังนั้นมักพบปัญหา การออกปฏิบัติการไม่ได้ หรือล่าช้า เมื่อได้รับแจ้งเหตุ จึงต้องขอสนับสนุนหน่วยบริการใกล้เคียงออกปฏิบัติงานแทน

3. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอุบัติเหตุในโรงพยาบาล ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลมีความสำคัญเช่นเดียวกับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และการดูแลในโรงพยาบาล เพราะ ในโรงพยาบาล มีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูง ประกอบด้วยเครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะและสิ่งคัดหลั่ง ชุดให้ออกซิเจน เครื่องกระตุ้นหัวใจ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยชีวิต ซึ่งต้องมีการตรวจสอบสภาพให้พร้อมใช้ และมีความรู้ในการใช้ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แต่ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิด พยาบาล และบุคลากรในทีมปฏิบัติการไม่สามารถใช้ได้ เนื่องจากเกินขอบเขตการปฏิบัติ ต้องได้รับคำสั่ง หรือ การปฏิบัติโดยบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในการออกปฏิบัติการที่ไม่มีแพทย์ออกร่วมด้วย จึงไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ จึงต้องมีการติดต่อสื่อสารกับศูนย์สั่งการหรือ โรงพยาบาลต้นสังกัด เพื่อรับคำสั่งการรักษา และการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยเจ็บไว้ดูแล ต่อ จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล ผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล มี ผลลัพธ์ของการดูแลด้านทางเดินหายใจ และการหายใจ การห้ามเลือด การค้ำ พบว่ามีความ

เหมาะสมเพิ่มขึ้นจากเดิม ส่วนการให้สารน้ำ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความเหมาะสมเพียงร้อยละ 28.6 และ 34.3 เนื่องจากระยะทางจากจุดเกิดเหตุไปโรงพยาบาล ในระยะทางน้อยกว่า 10 กิโลเมตร ใช้ ระยะเวลาปฏิบัติ กิจการการดูแลผู้ป่วยด้านอื่นๆ ด้วย ทำให้สามารถนำผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลก่อนการ ให้สารน้ำพบว่าไม่มีการให้สารน้ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยรุนแรงหลายระบบในเครือข่ายบริการ
2. ควรศึกษาแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดเหตุที่รวดเร็วเช่น ระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการส่งการและประสานงาน ระบบการประสานงานกับตำรวจจราจร ในการอำนวยความสะดวกเส้นทาง โดยเฉพาะช่วงจราจรติดขัด
3. ควรศึกษาการประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อศึกษาความสามารถของทีมกู้ชีพ ในการประเมินผู้ป่วย การให้การดูแลรักษาที่เกิดเหตุและขณะนำส่ง และหาสาเหตุปัจจัยที่ทำให้มีการการเสียชีวิตและอาการทรุดหนักก่อนถึงโรงพยาบาล โดยการศึกษาการประเมินคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพและการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุก่อนถึงโรงพยาบาล ของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention (2020). CDC Health Information for International Travel (Yellow Book 2020). Retrieved Dec 25, 2021 from <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-by-air-land-sea/road-and-traffic-safety>
2. สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง (2564). อุบัติเหตุบนทางหลวงแผ่นดินปี 2563. สืบค้น 12 มี.ค. 65 จาก http://bhs.doh.go.th/files/accident/63/report_accident_2563.pdf
3. กัญญา วังศรี และคณะ. (2559). การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ณ จุดเกิดเหตุของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น สืบค้น 27 ก.พ. 65 จาก https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255911291502270363_6lctiMFwWNyvcEtj.Pdf

4. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. (2550). การจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย. สืบค้น 27 ก.พ. 65 จาก <http://www.emsthai.net/cms/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=1>
5. ปัทมา โมลี, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สินธุ์. (2551). ระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล, 23(1), 22 - 34.
6. Anand LK, Singh M, Kapoor D. Prehospital trauma care services in developing countries. *Anaesth Pain & Intensive Care* 2013; 17:65-70.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press
8. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed). Hillsdale NJ:Lawrence Erlbaum.
9. สำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2563). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2563 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม พี เพรส.
10. ดาริกา เพชรแก้วและคณะ. (มปป). สาเหตุที่มีผลต่อการออกEMรถเข้าและพัฒนากระบวนการออกปฏิบัติการ สืบค้น12 ม.ค. 65 จาก <http://www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research19>.