



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

BUDDHASOTHORN HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2564
ISSN 2586-8624

เจ้าของ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
ผู้อำนวยการ	พญ.สมบัติ ชุตินาฏกุล
ที่ปรึกษา	1. พญ.สมบัติ ชุตินาฏกุล 2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก
ประธาน	นพ.สุรพงษ์ ขวัญพงศ์
บรรณาธิการ วารสาร	พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
กองบรรณาธิการ	นพ.พิทักษ์ ไชยกุล นพ.ภาณุวัฒน์ สำเนียงเสนาะ นพ.เชษฐ จิรวิสัย ภญ.มณี แร่ผลสัมฤทธิ์ ดร.สมใจ นกดี ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา ดร.วรากร เกรียงไกรศักดิ์ นางจิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ นายภาสวัฒน์ บุญจันทร์
คณะกรรมการ	พญ.อรอนงค์ ตั้งตรงจิตต์ ทพญ.สุวิมล โพคะรัตนศิริ นายพนพล นิตติศักดิ์ นางศิริพร สาครน้อย
เหรียญกษาปณ์	นางสาวสุชาทิพย์ อนันต์
เลขานุการ	ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา
ผู้ประสานงาน สมาชิก	นายพนพล นิตติศักดิ์
ฝ่ายศิลป์	นางสาวขนิษฐา ยาวะโนภาส นายจรรย์ สุวรรณวิเวก นายมานพ สุจริต นางสาววรรณุช พุทธเจริญ นางสาวพัชรี วอนศิริ นางสาวบุหงา ศรีเจริญ

วัตถุประสงค์

- รวบรวมและเผยแพร่วิชาการทั้งภาคทฤษฎีปฏิบัติ และประสบการณ์ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นศูนย์สำหรับตอบปัญหาหรือเผยแพร่ความคิดเห็นหรือบทความจากประสบการณ์ของผู้ที่สนใจได้พบเห็นมาอันจะเป็นแนวทางให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและการดูแลสุขภาพ
- เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดฉะเชิงเทรา และที่เกี่ยวข้อง ทั่วประเทศ

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ทุก 3 เดือน

สำนักงาน หน่วยเวชภัณฑ์ และโสตทัศนศึกษา
โรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. (038) 511033, 512545,
514722-3 ต่อ 3234-35
FAX : (038) 814235

แบบ-พิมพ์ที่ หจก.แสม คอมพิวเตอร์ ออฟเซต
ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
24000
โทร. 038-088246
แฟกซ์ 038-814495

สารบัญ

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....1	
นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา	
วรกร เกรียงไกรศักดิ์	
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร	
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสในเด็กเล็ก.....13	
นริศรา จินหลักร้อย	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
รายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงงานเอกชนแห่งหนึ่ง.....25	
อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา	
พ.ญ. วิพัชรินทร์ ทรงเดชพิพัฒน์	
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา	
ความชุกของผู้เข้ารับยาต้านไวรัส (รายใหม่) ในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง.....35	
(Prevalence of New case Patients In Antiretroviral Clinic, Banglamung Hospital)	
ธนากร อรุณงามวงศ์*	
Thanakorn Arun-ngamwong*	
การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.....45	
ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย	
โสภา เจ็นจัด พยม.* , อรุณ สดเล็ก พยบ*,	
อมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์ ปรด**	
* โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า **นักวิชาการอิสระ ,	
อาจารย์พิเศษสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	
ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข.....55	
ประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา	
Knowledge and Prevention and Control Behaviors for Dengue Hemorrhagic	
Fever Among Public Health Volunteers Phanomsarakham District, Chachoengsao Province.	
นางสาวเสาวรักษ์ บุญประเสริฐ (พย.บ)	
นางดวงมณี วิยะทัศน์ (พย.ม.)	
คุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....69	
ตามแผนยุทธศาสตร์การเงินการคลัง จังหวัดสระแก้ว	
The Quality of Working Capital Management Among Sa Kaeo	
Health Promoting Hospitals	
Follow by Financial Strategic Plan	
พานี วสนาท (พว.)	
จามจุรี สุภัทรกุล (รป.ม)	
วารุณี วงษา (บพ.บ)	

จำนวนครั้งที่รักษาและภาวะแทรกซ้อนจากคลื่นกระแทกในการรักษาการปวดกล้ามเนื้อ.....	79
และพึงผิดในโรงพยาบาลพุทธโสธร	
วรกานต์ เทียรกุล, พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู	
โรงพยาบาลพุทธโสธร	
การพัฒนากระบวนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน.....	87
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด	
นางสาวปารณทิพย์ ทศรัตน์ปรียากุล	
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป	
โรงพยาบาลเกาะกูด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการ.....	97
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง	
(The development pattern of operation to reduce service waiting times in the outpatient department, Pluak Daeng Hospital, Rayong province)	
นางกุสุมาลย์ บริสุทธิ์ (พยบ.)	
โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	109
ตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา	
สุนีย์ มะเล็ก	
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี จังหวัดฉะเชิงเทรา	
แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด.....	119
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	
Clinical Nursing Practice Guideline for the Prevent Early Postpartum Hemorrhage in Normal Delidery, Choaphraya Abhaibhubejhr Hospital.	
ชนิตา กิตติวิราพัชร* จิราภรณ์ เลิศเจริญฤทธิ์** นฤมล แพงหาญ*	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.....	129
นางเบญจมาศ หรัยเจริญ	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค.....	143
ดารณี บุญเกิด	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
โรงพยาบาลพุทธโสธรจังหวัดฉะเชิงเทรา	

บทบรรณาธิการ

เรียนผู้อ่านทุกท่าน

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี 2564 ซึ่งในปีที่ผ่านมาการระบาดของโรค Covid-19 ยังคงอยู่กับประเทศไทย และประชากรทั่วโลก แม้สถานการณ์ในรอบปีจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นทั้งจากมาตรการต่างๆของรัฐ การดูแลตนเองในระดับบุคคล ซึ่งสวมใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า มีการเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อยๆ ในปีนี้มีมาตรการด้านวัคซีน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานหรือลดความรุนแรง ของโรค ซึ่งน่าจะมีทยอยเข้ามาในประเทศไทยเรื่อยๆ เมื่อถึงเวลานั้น หวังว่าทุกๆท่านคงศึกษาข้อมูลรวมถึงผลข้างเคียง ประสิทธิภาพการป้องกันโรค และเข้ารับการฉีดวัคซีน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ที่นับเป็นการป้องกันโรคให้กับประเทศไทย และของโลกต่อไป

หวังว่าเนื้อหาในวารสารฉบับนี้ทั้งแง่มุมในการดูแลรักษาโรค นวัตกรรมของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงรายงานการสอบสวนโรค Covid-19 ในระลอกแรก ของจังหวัดฉะเชิงเทราที่เกิดขึ้น จะเป็นประโยชน์หรือสาระสำคัญสำหรับผู้อ่านทุกท่านไม่มากก็น้อย

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
บรรณาธิการ

การส่งผลงานวิชาการเพื่อลงพิมพ์ วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ยินดีรับรายงานวิจัย บทความทางวิชาการ
ข่าวความเคลื่อนไหว และภาพกิจกรรมต่างๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อม Diskette ที่บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. (038) 511033, 514722, 814375-8 โทรสาร (038) 511633

2. ต้นฉบับบทความทางวิชาการหรือรายงานวิจัยความยาวไม่ควรเกิน 8 หน้า

3. ลำดับเนื้อหาต้นฉบับรายงานวิจัย ประกอบด้วย

- ชื่อเรื่องภาษาไทย
- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ
- नामผู้แต่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)

* เนื้อหาประกอบด้วย

- บทนำ
- วัสดุและวิธีการศึกษาหรือวิจัย
- ผลการศึกษาหรือวิจัย
- วิเคราะห์ผลและข้อเสนอแนะ
- คำขอบคุณหรือกิตติกรรมประกาศ
- เอกสารอ้างอิง ให้เรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเรื่อง และมีเลขกำกับในวงเล็บ
บนไหล่บรรทัด

4. แผนภูมิภาพประกอบ ควรแยกจากเนื้อเรื่อง หน้าละ 1 รายการ ภาพถ่ายควรเป็นภาพ
ขาวดำ หรือภาพสี ขนาดโปสเตอร์ ที่มีความชัดเจน ถ้าเป็นภาพวาดควรเป็นสีดำมีลายเส้นชัดเจน

5. บทความที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบทุกเรื่อง บทความที่ไม่ได้รับ
พิจารณาจะตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

6. กองบรรณาธิการถือสิทธิ์ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

วรกร เกรียงไกรศักดิ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเปรียบเทียบคะแนนทักษะชีวิตทั้ง 3 ด้าน คือ พุทธพิสัย จิตพิสัย ทักษะพิสัยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่นนักเรียนหญิงและปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระยะที่ 2 ศึกษาองค์ความรู้เพื่อพัฒนาโปรแกรม ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรม และระยะที่ 4 การประเมินผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ชั้นปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ของวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามวัดพุทธพิสัย จิตพิสัยและทักษะพิสัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะชีวิต ด้านพุทธพิสัย จิตพิสัยและทักษะพิสัยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะชีวิต ด้านพุทธพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์กิจกรรมใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น นักเรียนชาย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มและการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่า

เหมาะสมหรือไม่ นำมาซึ่งการพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของที่สำคัญของชีวิต มีพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรร่างกาย เจริญเติบโตเข้าสู่สภาวะทางเพศ การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์และมีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์ และสามารถตั้งครรภ์ได้เป็นวัยที่อยากรู้อยากทดลองและเพื่อนมีอิทธิพลสูงต่อความคิดและพฤติกรรมของวัยรุ่น มีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ เช่น มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยเฉพาะที่นำห่วงใยที่สุด คือความคิดเห็นและคำนิยมของวัยรุ่นส่วนใหญ่ยอมรับว่า การมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น “ถือเป็นเรื่องธรรมดา” ขณะนี้พบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นวัยรุ่นเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 14-15 ปี เดิม 18-19 ปี ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจนก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562)

ในปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ประมาณ 9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.63 ของประชากรทั้งหมด สำหรับสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 อัตราการคลอดบุตรของหญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นจาก 12.01% ในปี พ.ศ.2558 เป็น 16.59% ในปี พ.ศ.2562 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ไม่เกินร้อยละ 10 โดยเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 354 คน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวของประเทศไทยเมื่อนำไปเทียบกับในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนของแม่วัยรุ่น เป็นอันดับ 2 ของกลุ่มประเทศอาเซียน นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจ

6 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิคจะเชิงเทรา วิทยาลัยอาชีวศึกษา
จะเชิงเทรา วิทยาลัยสารพัดช่างจะเชิงเทรา วิทยาลัยการอาชีพ
พนมสารคาม วิทยาลัยการอาชีพบางปะกงและวิทยาลัยเทคนิค
จุฬาภรณ์ ประกอบกับการกระจายตัวของสถานบันทั้งหลาย
แห่ง ผับ การาโอเกาะ อาบอบนวด รายรอบอยู่ตามสถานศึกษา
เป็นแหล่งยั่วยุกความอยากรู้อยากลองของวัยรุ่น จากสถิติการมี
เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นของจังหวัดจะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2562
พบว่า นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์
ร้อยละ 5.3 นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 เคยมี
เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.2 และนักเรียนหญิงระดับชั้น
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ
51.1 ส่วนสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า อัตราการ
คลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 16.5 และยังพบ
ว่าปัญหากลุ่มวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งในและนอกสถานศึกษา
ยังขาดความรู้ความเข้าใจขาดความตระหนักในการหลีกเลี่ยง
การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและขาดการมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งสาเหตุของปัญหามาจากตัวเด็กเอง
และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ปัญหาครอบครัวแตกแยก เด็กขาด
ความอบอุ่น ขาดวุฒิภาวะมีพฤติกรรมที่เลียนแบบและการ
เข้าถึงสื่อต่างๆที่สะดวก ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากในโลกออนไลน์
ปัจจุบัน (สำนักระบาดวิทยา,2562) ดังนั้นจึงควรตระหนักว่า
หากไม่เร่งหาแนวทางป้องกัน แก้ไขแล้วจะเกิดผลกระทบทาง
ด้านสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน
รวมถึงระดับประเทศ เนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นหญิงดังกล่าว
เป็นทรัพยากรที่เป็นกำลังสำคัญเพื่อพัฒนาประเทศ ซึ่งสอดคล้อง
กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในประเด็น
ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ
ทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคน
ในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ
โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการ
ที่ครอบคลุมและมีสุขภาพะที่ดีในทุกช่วงวัย และสอดคล้องกับ
แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขแผนงานที่ 1 เรื่อง
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
เรื่องอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี นอกจากนี้
ยังสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ 4 Excellence ของ
กระทรวงสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention
Promotion & Protection Excellence) เพื่อ 1) ส่งเสริม
สนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วม
ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อ
สร้างสุขภาพอย่างยั่งยืน ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี

2) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที

แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีหลายวิธี เช่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อสามารถเผชิญและจัดการกับเหตุการณ์คับขันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้รู้จักวิเคราะห์เผชิญกับภาวะเสี่ยงที่ล่อแหลมต่อการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ โดยรู้จักการปฏิเสธและการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์มีภูมิคุ้มกันทางสังคมในการคิดไตร่ตรองถึงผลกระทบที่จะตามมาได้ ซึ่งการเสริมสร้างทักษะชีวิต เป็นกระบวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์เพื่อให้ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในเรื่องเพศที่ถูกต้อง ตลอดจนสามารถปรับตัวตามพัฒนาการของชีวิตอย่างเหมาะสม การแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเพศ การให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ให้รู้จักวิธีป้องกันที่ถูกต้อง ทำให้วัยรุ่นมีความยับยั้งชั่งใจ มีเพศสัมพันธ์เมื่อมีความพร้อมของวุฒิภาวะเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหาต่างๆ รอบตัว เป็นความสามารถที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้และการฝึกอบรม สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต จากการศึกษารายงานของรณชฎาญจน์ ประกอบธัญญะศิริ (2559) ได้ศึกษาการทดลองใช้ยุทธศาสตร์การสร้างมาตรการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยเรียน พบว่า หลังจากการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ ทักษะและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังจากการทดลอง 6 เดือนมีการติดตามวัดผลครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 92.50 มีระบบคิดที่เหมาะสม มีความรู้ เจตคติ ทักษะ และสมรรถนะแห่งตนโดยแสดงออกด้านการมีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และเมื่อพิจารณาประชากรวัยรุ่นกลุ่มต่างๆ พบว่านักเรียนระดับอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มที่น่าสนใจเนื่องจากกำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยและเมื่อสำเร็จการศึกษา ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพและเริ่มมีครอบครัว และมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่การทำงานในเชิงเศรษฐกิจหลังจากสำเร็จการศึกษามากกว่าที่จะศึกษาต่อ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นก่อนขังสูง และวัยรุ่นหญิงนักเรียนอาชีวศึกษาเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว มีอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรง สนใจเพศตรงข้ามและแรงขับทางเพศสูง สภาพสังคมและระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนอาชีวศึกษา

มีความเป็นอิสระ ชั่วโมงการสอนส่วนใหญ่ เป็นภาคปฏิบัติ ความเคร่งเครียดในการเรียนจะน้อย หลังเลิกเรียนไม่จำเป็นต้องเรียนพิเศษทำให้มีเวลาว่างมีโอกาสนั่งสูบบุหรี่ตามแหล่งบันเทิงต่างๆ ได้ง่าย ซึ่งอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ได้ง่าย

การเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและพัฒนาให้เกิดการตระหนักรู้เห็นคุณค่าในตัวเองและสังคมการคิดวิเคราะห์ กระบวนการตัดสินใจและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่นและสังคม เพื่อพัฒนาด้านเองให้เกิดความสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และจากการศึกษาของ สุปรียา จรตะพา (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตทำให้นักเรียนมีความตระหนักและการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งทักษะชีวิตเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ ทักษะ และเจตคติเพื่อนำไปสู่ความสามารถที่แท้จริงที่จะนำไปสู่หนทางแห่งการมีสุขภาพที่ดีร่วมกับแนวคิดการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม คือกลุ่มย่อย ระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ เกมสถานการณ์ปริศนา โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นหรือความรู้ของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันโดยคาดหวังว่าทักษะชีวิตจะทำให้วัยรุ่นรู้จักและเข้าใจตนเอง รับผิดชอบและเข้าใจคนอื่น รับผิดชอบต่อความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดของแบนดูรา (1977) ได้แก่ ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์จากการตระหนักถึงการกระทำของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูดเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ ดังนั้น เมื่อกลุ่มวัยรุ่นหญิงนักเรียนอาชีวศึกษาได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแล้วจะเพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์แยกแยะผลเสีย ผลกระทบที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ รู้จักวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและปลอดภัย สามารถตระหนักรู้ในตนเองในการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ สามารถใช้คำพูด ท่าทาง เพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อเพศตรงข้ามในการป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการวิจัยนี้ส่งเสริมให้นักเรียนได้รับความรู้ที่ถูกต้อง

เกิดความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ และสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นอย่างไร
2. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะสามารถส่งเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลอง มีคะแนนพุทธรพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหรือไม่
4. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลอง มีคะแนนพุทธรพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สูงกว่าก่อนทดลอง หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพุทธรพิสัย จิตพิสัย ทักษะพิสัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพุทธรพิสัย จิตพิสัย ทักษะพิสัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนพุทธรพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับ

ความคิดสร้างสรรค์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตพิสัยด้านความตระหนักรู้ในตนเอง กับความเห็นใจผู้อื่นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารและด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนพุทธรพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตพิสัย ด้านความตระหนักรู้ในตนเอง กับความเห็นใจผู้อื่นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารและด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Two-group pretest posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพุทธรพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพุทธรพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีการดำเนินการ 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่นนักเรียนหญิง และปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา

ระยะที่ 2 ศึกษาองค์ความรู้เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ระยะที่ 4 การประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษาวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปี การศึกษา 2563 ของวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 478 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกวิทยาลัยสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการจับสลากใน 6 วิทยาลัย สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา หลังจากนั้นจับสลากนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 106 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติจำนวน 84 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) (Johnson, B., & Christensen, L., 2004) เป็นนักศึกษาหญิงกลุ่มทดลองมีจำนวน 42 คน นักศึกษาหญิงกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวน 42 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการได้แก่ เป็นนักเรียนหญิงที่มีอายุ ระหว่าง 16-18 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครออกจากโครงการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกเข้าร่วมการวิจัยย้ายถิ่นที่อยู่ขณะทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก 3 ด้าน คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เข้ามาใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตและนำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมโดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. แบบสอบทักษะชีวิตต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้าน พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยที่ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งได้ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 0.96

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตรียมการ โดยการติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการวิทยาลัยและกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ระยะดำเนินการวิจัยโดยใช้แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งนักเรียนหญิงในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรดังกล่าว โดยปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา 7 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ทุกวันศุกร์ระยะเวลา 2 เดือนแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 7 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองด้วยสถิติ Independent Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ 3 ประการคือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธและบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลของการวิจัยจะไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียน อาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2562 พบว่า นักเรียนหญิงระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เกือบมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 51.1 ส่วนสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 16.5 และยังพบว่าปัญหา กลุ่มวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ขาดความรู้ความเข้าใจจากความรู้ ทัศนคติในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ ปัญหาครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น ขาดวุฒิภาวะ มีพฤติกรรมที่เลียนแบบและอิทธิพลจากสื่อต่างๆ วัยรุ่นสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสารได้อย่างง่ายดาย ประกอบกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาในระบบโรงเรียน และจากบิดามารดา หรือผู้ปกครอง ยังขาดความชัดเจนและไม่ตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นของวัยรุ่น จึงทำให้วัยรุ่นค้นหาข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ การได้รับอิทธิพลจากเพื่อนตามพัฒนาการทางสังคม รวมทั้งการใช้สารเสพติด ยาเสพติดทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็น บุหรี่ เหล้า รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ทุกชนิด เฮโรอีน ยาบ้า เป็นต้น ฤทธิ์ของยาเสพติดเหล่านี้

ทำให้วัยรุ่นขาดสติ กล้าทำในสิ่งที่ไม่สมควรทำ ซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นยังไม่กล้าเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด ตลอดจนขาดทักษะชีวิต ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์หรือต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

2. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก 3 ด้าน คือพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเข้ามาใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลการจัดกิจกรรมโดยการเน้นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อน เพื่อดึงประสบการณ์ตัวเองออกมา การใช้ตัวแบบ แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน วิเคราะห์วิจารณ์การจัดกิจกรรมครั้งนี้จึงช่วยให้นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีทักษะที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมทั้ง 3 ด้าน คือพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยเพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้ทักษะชีวิต ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผ่านกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. ผลการประเมินโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

3.1 นักเรียนหญิงมีอายุเฉลี่ย 17.23 ปี ร้อยละ 38.1 ผลการเรียนในเทอมที่ผ่านมาเกรดเฉลี่ย 2.00-2.99 ร้อยละ 47.6 มีพี่น้องจำนวน 2 คน ร้อยละ 50.0 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 54.8 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 66.70 สถานภาพบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.4 สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบความรักและเอื้ออาทรกันเสมอ ร้อยละ 95.2 บิดามารดาอบรมเลี้ยงดูแบบ ใช้เหตุผล/มีความเข้าใจร้อยละ 69.0 มีค่าใช้จ่ายส่วนตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 บาทต่อวัน ร้อยละ 83.3 มีเงินค่าใช้จ่ายส่วนตัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 69.0 ใช้เวลาว่างด้วยการเล่น Face book กับเพื่อนร้อยละ 31.0 และมีวีรคติความเครียดด้วยการคุยโทรศัพท์กับเพื่อน ร้อยละ 40.5 เมื่อไม่สบายใจจะเลือกปรึกษากับเลือกที่จะปรึกษากับบิดามารดา ร้อยละ 52.4 ไม่เคยเที่ยวสถานบันเทิงร่วมกับเพื่อนต่างเพศในเวลากลางคืน ร้อยละ 50.0 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ บ้างเป็นครั้งคราวร้อยละ 61.9 มีแฟน (คู่รัก) ร้อยละ 54.8

และไม่เคยสัมผัสเนื้อตัวกันแฟน (คูรัก) หรือเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 35.7 จัดการกับอารมณ์ทางเพศโดยการฟังเพลง ร้อยละ 59.5 ปรึกษาเรื่องเพศกับกับเพื่อน ร้อยละ 52.4

3.2 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองดังนี้

3.2.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต คะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จำแนกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง (n=42)

ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พุทธพิสัย						
ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์	10.45	2.46	13.33	1.54	6.63	.000*
จิตพิสัย						
ด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่น	38.54	3.52	41.59	2.09	6.03	.000*
ทักษะพิสัย						
ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา	37.16	5.66	39.76	3.62	3.04	.004*
การสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสาร	41.88	6.27	43.45	4.74	2.88	.006*
ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	32.04	4.48	33.38	3.50	2.85	.007*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังนี้

3.4.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต คะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

3.2.2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต คะแนนจิตพิสัย ด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

3.3.3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต คะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสาร ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

3.4.2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต คะแนนจิตพิสัย ด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

3.4.3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต คะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารเพื่อป้องกันด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=84)

ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พุทธพิสัย						
ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์	13.33	1.54	11.73	1.56	4.71	.000*
จิตพิสัย						
ด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่น	41.59	2.09	39.61	3.88	2.90	.005*
ทักษะพิสัย						
ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา	39.76	3.62	31.19	3.56	8.68	.000*
ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสาร	43.45	4.74	40.02	7.74	2.45	.017*
ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	33.38	3.50	29.40	3.71	5.19	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา อภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ที่หลากหลายและทันสมัยเพื่อให้ตรงความต้องการของผู้เรียนทำให้ผู้ฟังเกิดความสนใจ ใส่ใจที่จะอยากเรียนรู้เกิดการรับรู้และเข้าใจ คิดคล้อยตาม ทำให้นักเรียนหญิงเกิดการเรียนรู้และเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นตัวช่วยให้เกิดกระบวนการคิด การปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ การใช้กระบวนการกลุ่มโดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นหรือความรู้ของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันส่งผลให้นักเรียนรู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้และเข้าใจคนอื่น รับรู้ความสามารถแห่งตน ทราบถึงประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์จากการตระหนักถึงการกระทำของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์หลักการสอน

ดังกล่าวสอดคล้องกับชบา พันธุ์ศักดิ์ (2558) ที่ได้สรุปว่า หลักการสอนที่สามารถนำมาใช้สอนเพื่อการพัฒนาทักษะชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีลักษณะร่วมกันคือ 1) เน้นการลงมือกระทำ 2) ประสบการณ์ตรงในการเรียนรู้ 3) เน้นการปฏิสัมพันธ์ที่ดีความร่วมมือระหว่างผู้เรียนด้วยกัน และผู้เรียนกับผู้สอน 4) เป็นการบูรณาการทั้งเนื้อหา และกระบวนการ 5) เน้นการวิเคราะห์ตัดสินใจ หาข้อสรุปที่เหมาะสมกับการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันจึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงทำให้หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นความสามารถของวัยรุ่นที่จะวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ สามารถปัญหาและสถานการณ์รอบตัว ได้อย่างกว้างขวาง ไม่ยึดติดกรอบเดิม คิดอย่างมีจินตนาการ เมื่อได้รับการกระตุ้นและพัฒนาพลังสร้างสรรค์จะทำให้วัยรุ่นมีอิสระทางความคิด ช่างจินตนาการ ค้นหาหนทางใหม่ๆ อยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ภูมิจันทร์ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การเล่นเกมส์ การฝึกทักษะการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพุทธพิสัย ด้านความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมี

วิจารณ์งานสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตพิสัยด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่น สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในครั้งนี้มีการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ครูเป็นสื่อที่หลากหลายโดยค้นหาค้นหาเอง รู้ข้อดีข้อเสียรู้ความต้องการ เข้าใจความแตกต่างของคนอื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น โดยการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ ยกตัวอย่างสถานการณ์เรื่องเล่าให้แง่คิดตระหนักถึงปัญหาผลกระทบที่ตามมาเมื่อตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้ค้นหาจุดดีและจุดด้อยของตนเองทำให้นักเรียนมีความเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลสามารถค้นหา รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดียิ่งขึ้น รู้ข้อดีข้อเสียของตนเองจากตนเอง เพื่อรู้ความต้องการว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร และสิ่งที่ต้องการของตนเองความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การเข้าใจผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจตนิพิฐ สมมาตย์ (2561) ได้ทำการศึกษาการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อ พฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนด้านตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่น ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารและด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยคะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในครั้งนี้ได้ให้นักเรียนฝึกรู้จักตัดสินใจในกรณีต่างๆ และการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธีโดยการเรียนรู้ แบบร่วมมือร่วมใจ บรรยาย อธิบายความรู้ความเข้าใจดังกรณีในวัยรุ่น การยกตัวอย่างสถานการณ์ร่วมกับความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา การหาทางเลือกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก การประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกปัญหาและลงมือ

แก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การใช้กระบวนการตัดสินใจที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ โดยมีทางเลือกที่เหมาะสม โดยการประสมประสานระหว่างความคิด การแก้ปัญหาและการตัดสินใจของแต่ละบุคคลซึ่งอาจนำไปสู่การประยุกต์เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับธิดารัตน์ ผลเต็ม(2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับคะแนนทักษะพิสัย ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตครั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสม โดยการบรรยาย อธิบายพร้อมยกตัวอย่างสถานการณ์ โดยให้นักเรียนได้เรียนรู้ หลักการปฏิเสธที่ดีและองค์ประกอบของการปฏิเสธ นอกจากทักษะปฏิเสธแล้วยังส่งเสริมให้นักเรียนได้เรียนรู้ถึงทักษะการพักผ่อนและทักษะการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองและความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญของทักษะการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งทักษะการสื่อสารโดยการเจรจาต่อรองอย่างละมุนละม่อมเพื่อรักษาน้ำใจและผลประโยชน์ของตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับเนตรพราย ปัญญะ (2559) ได้ทำการศึกษาการสร้างเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนักเรียนกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนทักษะพิสัยด้านการจัดการกับอารมณ์เพศและความเครียดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในครั้งนี้นักเรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์เมื่อมีความเครียดจากตัวอย่างและได้เรียนรู้แนวทางการจัดการอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้อง

โดยการเรียนรู้จากการคิดอย่างมีวิจารณญาณและวิเคราะห์อย่างสร้างสรรค์ร่วมกับทักษะชีวิตอื่นๆทำให้เมื่อมีปัญหาและความเครียดเข้ามาก็สามารถจัดการได้อย่างดีและอีกส่วนที่เกิดจากการเรียนรู้ เมื่อรู้ถึงแนวทางแก้ไขปัญหาก็ทำให้สามารถที่จะเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ เมื่อแก้ไขปัญหาได้โดยง่ายขึ้นทำให้ไม่เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับธีรรัตน์ ผลเต็ม(2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนทักษะชีวิตด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงกลุ่มทดลองมีคะแนนพุทธิพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงขาดความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและประสบการณ์ในการพัฒนาความสามารถเพื่อการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการใช้ชีวิตวัยรุ่น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธิพิสัย ด้านความคิดวิเคราะห์กับความคิดสร้างสรรค์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ภูมิจันทิก (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การเล่นเกมส์ การฝึกทักษะ การศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพุทธิพิสัย ด้านความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 5 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตพิสัย ด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงไม่ได้กำหนดเอง ไม่รู้ข้อดี

ข้อเสียไม่รู้ความต้องการ ไม่เข้าใจความแตกต่างของคนอื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่นไม่มีตัวอย่างสถานการณ์ หรือเรื่องเล่าที่ทำให้แง่คิดตระหนักถึงปัญหาผลกระทบที่ตามมาเมื่อตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ภูมิจันทิก (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การเล่นเกมส์ การฝึกทักษะ การศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนจิตพิสัยด้านความตระหนักรู้ในตนเองกับความเห็นใจผู้อื่นสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 6 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารและด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้โดยคะแนนทักษะพิสัย ด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นักเรียนไม่ได้ฝึกการตัดสินใจในกรณีต่างๆ และการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี ขาดประสบการณ์ในการรับรู้ปัญหา การค้นหาสาเหตุของปัญหา การหาทางเลือกการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก การประเมินทางเลือก ซึ่งสอดคล้องกับธีรรัตน์ ผลเต็ม(2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจกับการแก้ปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับคะแนนทักษะพิสัย ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงไม่ทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสมไม่ได้เรียนรู้หลักการ

ปฏิเสธที่ดี และองค์ประกอบของการปฏิเสธ อีกทั้งยังขาดการเรียนรู้ถึงทักษะการผัดผ่อนและทักษะการต่อรอง ความสามารถในการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองและความสามารถในการรับรู้ ความความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่ายซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญของทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารโดยการเจรจาต่อรองอย่างละมุนละม่อมเพื่อรักษาหัวใจและผลประโยชน์ของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับอัญชลี ภูมิจันทิก (2562) ได้ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การเสริมทักษะชีวิตกับแรงงานสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การเล่นเกมสื่การฝึกทักษะ การศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะพิสัยด้านการสร้างสัมพันธภาพกับการสื่อสารสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนคะแนนทักษะพิสัย ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์เมื่อมีความเครียดจากตัวอย่างและไม่ได้เรียนรู้ แนวทางการจัดการอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้อง จึงทำให้เมื่อมีปัญหาและความเครียดเข้ามาก็ไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ ผลเต็ม(2558) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกับแรงงานสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนทักษะชีวิตด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นหรือความรู้ของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน โดยคาดหวังว่าทักษะชีวิตจะทำให้วัยรุ่นรู้จักและเข้าใจตนเอง รับรู้และเข้าใจคนอื่น รับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อให้เกิด

ประสิทธิภาพ จะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ทีมผู้ดำเนินการจะต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการทำหน้าที่วิทยากรสถานที่ในการจัดกิจกรรม สื่อ เครื่องมือ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องมีความพร้อม และสามารถควบคุมจัดการได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม และการสร้างบรรยากาศในการทำกิจกรรมในการเรียนรู้และความสนใจของนักเรียน นอกจากนี้ กิจกรรมที่กำหนดไว้จะต้องมีความน่าสนใจและเหมาะสมกับวัยของผู้เรียน เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่ายและขาดความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไปประยุกต์กิจกรรมใช้กับกลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือตอนต้น เป็นต้น โดยปรับเนื้อหา วิธีการให้เหมาะสมกับวัยและสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก

2.2 ควรโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไปประยุกต์กิจกรรมใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น นักเรียนชายโดยการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม

2.3 สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตนี้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆ ของวัยรุ่นเช่น ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาเสพติด ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2.4 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เนื่องจากบางด้านยังไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อประเมินทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่าเหมาะสมหรือไม่ นำมาซึ่งการพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2.5 การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่หรือทำการทดลองในพื้นที่อื่นที่หลากหลายเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมที่อนุญาตให้ทำการวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบคุณนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทราที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

เจตนิพิฐ สมมาตย์. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชบา พันธุ์ศักดิ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ การสอนเชิงประสบการณ์และการเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยการร่วมงานอย่างร่วมความรู้สึกระหว่างผู้ปกครองและครูเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับเด็กปฐมวัย. (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดารัตน์ ผลเต็ม. (2558). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น . (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เนตรทราย ปัญญาชน. (2561). การเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

รณชกาญจน์ ประกอบธัญญะศิริ. (2559). ยุทธศาสตร์การสร้างมาตรการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร 15 :34-46.

สุปรียา จรทะผา. (2561). ผลโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยบูรพา : ชลบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ.(2562). แม่ข่ายเฝ้าระวังการทำแท้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : แอดวานซ์พรินต์ติ้ง เซอร์วิส.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.(2559).สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักกระบวนวิชา.(2562) .อนามัยเจริญพันธุ์. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.(2562).การคุมกำเนิด สำหรับวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

อัญชลี ภูมิจันทร์. (2562) .ประสิทธิผลโปรแกรม สุขศึกษาใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทาง สังคมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs. NewJersey: Prentice Hall.

Johnson, B., & Christensen, L.(2004) . Educationalresearch :quantitive , qualitative and mixed approaches.(2nded) :Boston.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสในเด็กเล็ก

นริศรา จินหลักร้อย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

ปอดอักเสบเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่สำคัญและพบได้บ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยพบอุบัติการณ์ของปอดอักเสบได้ 36-40 ครั้งต่อเด็กพันรายต่อปีในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และ 11-16 ครั้งต่อเด็กพันรายต่อปีในเด็กอายุ 5-14 ปี สำนักโรคบาวิทยาของไทรรายงานอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบเท่ากับ 205.63 ต่อแสนประชากร โดยกลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี พบอัตราป่วย 1,739.65 ต่อแสนประชากร ส่วนกลุ่มอายุระหว่าง 5-9 ปี พบได้ 181.80 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาอัตราตายพบว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี พบอัตราตาย 1.43 ต่อแสนประชากร

โรคปอดอักเสบ ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าประมาณร้อยละ 42-87 ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโดยเชื้อ Respiratory Syncytial Virus (RSV) เป็นเชื้อไวรัสที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด เชื้อไวรัสอื่นๆ ที่พบรองลงมา ได้แก่ Influenza virus type A และ B, Parainfluenza virus type 1-3 , Adenovirus และ Rhinovirus เป็นต้น

จากสถิติของโรงพยาบาลพุทธโสธร ปีงบประมาณ 2561-2563 มีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสจำนวน 44, 39, 20 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสูงเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำเป็นต้องมีศักยภาพและมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส อย่างใกล้ชิด ประเมินอาการ ให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และที่สำคัญต้องมีการทำงานเป็นทีม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้การบริการแบบองค์รวม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายของผู้ปกครอง และลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

ความหมาย

ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อในตำแหน่งของหลอดลมฝอยลูกกลามจนถึงถุงลมปอด เมื่อปอดติดเชื้อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะส่งเม็ดเลือดขาวมาที่เซลล์ปอดและเกิดเกิดปฏิกิริยาการอักเสบจากการทำลายเชื้อโรค เกิดหนองหรือของเหลวท่วมขังอยู่ในถุงลมปอด รวมทั้งทำให้เซลล์ปอดบวมใหญ่ขึ้น

พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยา

เชื้อไวรัสส่วนใหญ่มักทำลายบริเวณเยื่อบุทางเดินหายใจ (ciliated columnar epithelial) โดยเฉพาะที่หลอดลมขนาดกลางและขนาดเล็ก (medium and small airway), goblet cell, mucous gland ทำให้มีการหลุดของ debris สะสมในหลอดลม ส่งผลให้มีการอักเสบ ในระยะแรกจะเริ่มมีของเหลวคั่ง บวม และเม็ดเลือดขาวมากขึ้นโดยมี mononuclear cell infiltrate เข้าสู่ชั้น submucosa ร่วมกับการบวมของชั้น mucosa และ submucosa ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากปอดส่วนที่มีการอักเสบนั้นก็จะเริ่มแข็ง (consolidation) เป็นผลให้ความจุปอดและความยืดหยุ่นของปอดลดลง ซึ่งก็จะพบว่าเยื่อปอดบวม มีเสมหะจำนวนมากในถุงลมและทางเดินหายใจ เลือดที่ไหลผ่านปอดส่วนนั้นจะไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซซึ่งกันและกันกับถุงลมปอด ซึ่งก็จะทำให้เด็กได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งในเด็กเล็กเนื่องจาก collateral ventilation pathway ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ร่วมกับการที่มีหลอดลมขนาดเล็ก จึงทำให้เกิด complete obstruction และ atelectasis ได้ง่ายกว่าในเด็กโต ในกรณีของ partial obstruction มักทำให้เกิดภาวะ air-trapping ตามมา และในรายที่มีการติดเชื้อรุนแรงจะมีการลอกของ epithelium มากจนเกิด hemorrhagic exudate และ fibrosis ตามมาได้เช่นกัน และการที่เยื่อบุทางเดินหายใจถูกทำลายยังส่งผลให้มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อนได้ง่าย

อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกของเชื้อไวรัสแต่ละชนิดจะใกล้เคียงกัน คือ มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน (URI) นำมาก่อนได้แก่ มีอาการไข้ต่ำๆ ไอเล็กน้อย มีน้ำมูกใสประมาณ 2-3 วัน หลังจากนั้นอาการไอจะเป็นมากขึ้น ไอแบบมีเสมหะ หายใจเร็ว หอบ ตรวจร่างกายบางรายจะพบหายใจมูกบาน หายใจกระแทก (chest indrawing) ฟังเสียงปอดพบมี Fine crepitation มักพบ wheezing หรือ rhonchi ร่วมด้วย ในทารกและเด็กเล็กนั้น อาจมีอาการไม่จำเพาะ เช่น ซึมไม่ดูดนม กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย อาเจียน ถ่ายเหลว อาการรุนแรงจะตรวจพบเขียว ซึมได้

การวินิจฉัยโรค

อาศัยอาการทางคลินิกดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่พบลักษณะ interstitial infiltration ที่บริเวณ perihilar ทั้ง 2 ข้าง อาจพบมี hyperinflation ร่วมด้วย สำหรับการระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุนั้นสามารถส่ง nasal swab หรือ nasopharyngeal suction เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสเพื่อเติมโดยมีการตรวจได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจหา viral antigen ด้วยวิธี indirect immunofluorescence การตรวจ viral polymerase chain reaction (PCR) และการทำ viral culture

การดำเนินของโรค

ผู้ป่วยมักมีอาการหอบรุนแรงในช่วงวันที่ 3-5 ของโรค หลังจากนั้นอาการเริ่มดีขึ้น หอบลดลง หายใจช้าลง แต่ผู้ป่วยอาจมีไอต่อเนื่องได้ 1-2 สัปดาห์ มีส่วนน้อยที่อาการยาวนานเกิน 3 เดือน และอาจมีภาวะหลอดลมไวต่อเนื่องได้ ส่วนภาพรังสีทรวงอกนั้น เชื้อไวรัสแต่ละชนิดจะใช้เวลาในการกลับคืนสู่ปกติในระยะเวลาที่แตกต่างกันส่วนใหญ่จะกลับเป็นปกติได้ในเวลา 2-4 สัปดาห์ แต่เชื้อบางชนิดอาจใช้เวลาเป็นเดือน เช่น parainfluenza virus บางชนิดใช้เวลาเป็นปี เช่น adenovirus ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ atelectasis เนื่องจากในกลุ่มติดเชื้อไวรัสแล้ว จะมีเสมหะจำนวนมาก ซึ่งในเด็กเล็กการขับเสมหะยังไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับหลอดลมขนาดเล็ก จึงมีเสมหะอุดกั้นในหลอดลมได้บ่อย นอกจากนั้นภาวะติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติมที่พบได้บ่อย เนื่องจากไวรัสจะขัดขวางการกำจัดเชื้อ ทำให้แบคทีเรียประจำถิ่นเจริญเติบโตได้ รวมทั้งเชื้อไวรัสทำให้คุณสมบัติของสารที่ห่อหุ้มทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลง และอาจมีการทำลายเยื่อทางเดินหายใจ จึงเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติมได้ง่าย สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแต่พบได้ไม่บ่อย เช่น bronchiolitis

obliterans, bronchiectasis และ interstitial fibrosis นอกจากนี้เชื้อไวรัสบางตัวโดยเฉพาะ RSV อาจมีผลให้เกิดหลอดลมไวในระยะยาวได้

การรักษา

1. สำหรับการรักษาเฉพาะนั้น ปัจจุบันในประเทศไทยมีเพียงการติดเชื้อ influenza เท่านั้น ที่มียาต้านไวรัส oseltamivir หากเป็นไวรัสชนิดอื่น ให้การรักษาตามอาการ

2. การรักษาทั่วไป

2.1 ให้สารน้ำให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในรายที่หอบมาก ท้องอืด รับประทานอาหารไม่ได้ อาจพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและดื่มน้ำทางปาก

2.2 ให้ออกซิเจนในรายที่มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่ามาตรฐาน

2.3 ให้ออกซิเจนในรายที่มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่ามาตรฐาน

2.4 การใช้เครื่องพองการหายใจ (non-invasive mechanical ventilation) เครื่องปล่อยออกซิเจนอัตราไหลสูง (High flow nasal cannula) พิจารณาใช้ในกรณีที่มีความเสี่ยงจะเกิดระบบหายใจล้มเหลว รวมถึงการพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีหยุดหายใจหรือระบบหายใจล้มเหลวยับพลัน

2.5 ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอดและหลอดลมได้ดีขึ้น

2.6 การรักษาอื่นๆ ตามอาการได้แก่ การให้ยาลดไข้ ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ ในกรณีที่ให้สารน้ำเต็มที่แล้วเสมหะยังเหนียวอยู่

3. การป้องกันไม่ให้เกิดโรค

เชื้อไวรัสส่วนใหญ่ติดต่อจากการได้รับเชื้อก่อโรคทาง การสูดดมหายใจ การไอจามรดกัน จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้ นอกจากนี้ยังมีไวรัสบางตัว เช่น RSV และ adenovirus ติดต่อได้โดยการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ควรมีการฆ่าเชื้อทำความสะอาดของเล่น เครื่องใช้เป็นประจำ โดยเฉพาะแหล่งชุมชน สถานศึกษา นอกจากนี้ ควรใส่หน้ากากอนามัย และล้างมือเพื่อลดการแพร่เชื้อ ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงควรหลีกเลี่ยงไม่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรค สำหรับเชื้อก่อโรคบางตัวที่มีการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคแล้ว เช่น influenza ควรพิจารณาฉีดวัคซีนป้องกันโรคเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรค

การพยาบาล

บทบาทของพยาบาลต้องให้การดูแลและประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถประเมินอาการและตัดสินใจให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะที่ผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมให้ผ่านภาวะที่ผิดปกติไปได้อย่างปลอดภัย

1. การประเมินทางระบบหายใจและการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและเหมาะสม ได้แก่ การดูแลให้ช่วยหายใจด้วยการให้ออกซิเจนชนิดต่าง ๆ ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย การประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดด้วยการใช้เครื่องติดตามตลอดเวลา

2. การประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและการแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ดังนี้

2.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยระบายเสมหะด้วยการทำกายภาพบำบัดทรวงอก และดูดเสมหะ ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีเสมหะมาก

2.2 ลดการใช้ออกซิเจนโดยการวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ จัดกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติในคราวเดียวกัน จัดกิจกรรมที่เพิ่มการใช้ออกซิเจน เช่น เช็ดตัว การพลิกตัวตะแคงตัว เป็นต้น จนกว่าภาวะพร่องออกซิเจนจะดีขึ้น

3. ประเมินสภาพร่างกายก่อนและหลังทำกิจกรรมการพยาบาล

4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น การหายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก หายใจเข้ามีเสียง (inspiratory stridor) มีหายใจหน้าอกบุ๋มรุนแรงมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ร้องกวน ซึม ร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพทุก 1-4 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของผู้ป่วย เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รบกวนผู้ป่วยเมื่อจำเป็น และพยายามทำการพยาบาลให้เสร็จสิ้นในช่วงเวลาเดียวกัน

6. ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย โดยการเช็ดตัวลดไข้หรือดูแลให้ขาดไข้ตามแผนการรักษาเพื่อลดการเผาผลาญของร่างกายซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

7. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก universal precaution technique และ aseptic technique โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูดเสมหะ

8. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ ตามแผนการรักษา

9. อธิบายให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยทราบถึงโรคโรครักษา แผนการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังให้ข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือ และลดความวิตกกังวล

10. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและร่วมตัดสินใจ

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 1 เดือน เป็นบุตรคนที่สอง ในครอบครัว น้ำหนัก 4,120 กรัม ส่วนสูง 54 เซนติเมตร รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมวันที่ 7 ธันวาคม 2563 เวลา 21.00 น. ด้วยอาการ 1 วัน ก่อนมา มีไข้ ตัวร้อน ไอ มีเสมหะ มีน้ำมูกใส หายใจเร็ว ไม่มีท้องเสีย มารดาซื้อยาลดไข้จากร้านขายยา มาให้รับประทาน มีอาการซึมลง คุณนมได้น้อยลง โอนานาเจียน มีไข้ มีน้ำมูกมากขึ้น มารดาพาไปคลินิก ผลการตรวจพบการติดเชื้อ Respiratory syncytial virus (RSV) จึงมาโรงพยาบาล จากประวัติก่อนหน้านี้พี่ชายของผู้ป่วย มีอาการไข้ ไอมีน้ำมูก มีเสมหะอยู่ก่อนแล้ว แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัว มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจครืดคราด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/54 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation (SpO₂) 97 เปอร์เซ็นต์ Room air ตรวจฉายรังสีทรวงอกพบ right lower lobe infiltration ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง rhonchi ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค RSV Pneumonia and mild dehydration ได้รับการรักษาโดยพ่น normal saline 3 ซีซี Nebulizer ทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับการดูดเสมหะ Paracetamol 2.5 ซีซี รับประทานเวลามีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อลดไข้ M. Ammon carb (1/2 str.) 2.5 ซีซี รับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเพื่อลดอาการไอและให้ Normal saline หยอดจมูกเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง On IV fluid 5% DNSS/3 500 ซีซี vein drip 30 ซีซี/ชั่วโมง เพื่อชดเชยภาวะขาดน้ำ ผลการตรวจเลือดพบโพแทสเซียม (Potassium 5.5 mmol/L) ในเลือดสูง ดูแลให้ Kalimate 5 กรัม +10% D/W 50 ซีซี ส่วนทางทวารหนัก 1 ครั้ง และหลังตรวจเลือดซ้ำหลังให้ยา ผลโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Potassium 5.1 mmol/L) วันที่ 2 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตื่นร้องยังมีไข้ อุณหภูมิ 38.2-38.8 องศาเซลเซียส ดูแลให้เช็ดตัวลดไข้และให้ Paracetamol 2.5 ซีซี รับประทาน วัคซีนภูมิคุ้มกันไข้ลดลงเหลือ 38 องศาเซลเซียส โอนมากขึ้น มีเสมหะมากและเหนียว น้ำมูกลดลงไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที

ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง lung wheezing และ rhonchi ดูแลให้พ่น Ventolin 1 ซึ่ซี + Normal saline up to 4 ซึ่ซี Nebulizer ขยายหลอดลมทุก 6 ชั่วโมง ดูแลดูแลเสมหะทุก 6 ชั่วโมง ดูแลให้ยาลดอาการไอ ผู้ป่วยยังมีการไอบ่อย มีเสมหะ คุณนมได้ แหะนมบางครั้ง On IV fluid 5%DNSS/3 500 ซึ่ซี vein drip 20 ซึ่ซี /ชั่วโมง วันที่ 3 ของการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีไข้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้และเช็ดตัว ไอบ่อยมีเสมหะ มีเสียงครืดคราด หายใจเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 54 ครั้ง/นาที มี Subcostal retraction ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง lung wheezing rhonchi capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที ดูแลให้ออกซิเจนชนิดคาล่อง 10 ลิตร/นาที พ่น Ventolin 1 ซึ่ซี + 3% NaCl up to 4 ซึ่ซี Nebulizer ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อขยายหลอดลมและดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ยังมีการไอเล็กน้อย หายใจมีเสียงครืดคราดตลอด ค่า SpO₂ 90-95 เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปรักษาที่หอผู้ป่วย ไอ ซี ยู กุมาร เพื่อ On Heated Humidified High-flow nasal cannula (HHFNC) วันที่ 4-6 ของการรักษา ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยไอ ซี ยู กุมาร ผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อยหอบ มี Subcostal & Substernal notch retraction ปอดทั้ง 2 ข้างมี secretion sound และ crepitation อัตราการหายใจ 50-64 ครั้ง/นาที มีเสมหะเหนียว ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง HHFNC 8-6 LPM ได้รับยา Ventolin 1 NB + NSS up to 4 ซึ่ซี ทุก 4-6 ชั่วโมง ดูแลเสมหะได้จำนวนมากขึ้นจนนั่งลงก่อนเพื่อป้องกันการสำลัก ไม่มีไข้ ได้รับยาลดอาการไอละลายเสมหะ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถถอดเครื่อง HHFNC และเปลี่ยนมา on O₂ cannula 0.5-1 LPM ได้ให้แนวทางสายยางได้จำนวน 30-50 ซึ่ซี/มือน้ำไม่อาเจียนท้องไม่อืด ไม่มีไข้ วันที่ 13 ธันวาคม 2563 เวลา 13.20 น. ผู้ป่วยย้ายกลับมาพักรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Active ดี หายใจ mild subcostal อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที ดูแลให้พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB+NSS up to 4 ซึ่ซีทุก 8 ชั่วโมง และดูแลเสมหะได้จำนวนน้อย ลักษณะขาวใสเหนียวเล็กน้อย ค่า SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์ On O₂ cannula 0.5 LPM ไอเล็กน้อย มีเสมหะไม่มีน้ำมูก ดูแลให้ยาลดอาการไอละลายเสมหะและ Normal saline หยอดจมูก เพื่อลดอาการไอและเสมหะอ่อนตัว ผู้ป่วยคุณนมเองได้ ไม่มีอาเจียน ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ มีไข้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้และเช็ดตัว อุณหภูมิลดลง 37.8 องศาเซลเซียส วันที่ 8 ของการรักษา ผู้ป่วยยังมีไข้ อุณหภูมิ 37.8-38.4 องศาเซลเซียส

ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามอุณหภูมิที่ลดลง 38 องศาเซลเซียส ผลการตรวจเลือดพบภาวะเม็ดเลือดขาวมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ (WBC 28,800 cells/cumm.) อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงใน 1 ชั่วโมงสูงกว่าค่าปกติ (ESR 36 mm/hr.) บ่งบอกว่าการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกาย และผลการฉายรังสีทรวงอกพบ perihilar infiltration right lower lobe และ left lower lobe แพทย์วินิจฉัยมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (HAP) ร่วมด้วยพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ ceftazidime 140 mg. ทุก 8 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำและส่งเลือดเพาะเชื้อผลปกติ ผู้ป่วยยังไอมีเสมหะ ครืดคราดมากขึ้น ดูแลพ่นยาขยายหลอดลมและดูแลเสมหะทุก 4 ชั่วโมง ติดตามค่า SpO₂ น้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลเพิ่ม O₂ cannula เป็น 1 LPM อาการไม่ทุเลา จึงย้ายเข้าหอผู้ป่วย ไอ ซี ยู กุมาร อีกครั้ง เพื่อ On HHFNC วันที่ 8-12 ของการรักษา ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ไอ ซี ยู กุมาร ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดย On HHFNC พ่นยาขยายหลอดลม ทุก 4-6 ชั่วโมง ร่วมกับการดูแลเสมหะให้ยาปฏิชีวนะ มีการวินิจฉัยเพิ่มว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย (chlamydial pneumonia) แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะ Erythromycin 1.5 ซึ่ซี รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร อาการทุเลาสามารถถอดเครื่อง HHFNC ได้ พ่นยาขยายหลอดลมลดลงเป็นทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 19 ธันวาคม 2563 เวลา 11.40 น. ผู้ป่วยย้ายกลับมาพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึม ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย มี Mild subcostal retraction อัตราการหายใจ 34-46 ครั้ง/นาที On O₂ cannula 0.5 LPM ดูแล try wean off O₂ cannula ได้ติดตามค่า SpO₂ 97-100 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้พ่นยาขยายหลอดลมทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังการหายใจของผู้ป่วย ไม่มีอาการหอบเหนื่อยซ้ำ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาต่อเนื่อง ดูแลให้คุณนมมารดา รับประทานได้ ไม่อาเจียน ไม่มีท้องอืดขณะคุณนม วันที่ 14-17 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี active ดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.7-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 118-154 ครั้ง/นาที ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 36-42 ครั้ง/นาที ไม่มี retraction ไม่มีเสมหะ ไม่ไอ มีน้ำมูกใสเล็กน้อย กินนมได้ดี ท้องไม่อืด ดูแลพ่น Ventolin 1NB + NSS up to 4 ซึ่ซี ทุก 8 ชั่วโมง วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังจากให้ยาปฏิชีวนะ ceftazidime 140 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ครบ 10 วัน Erythromycin 1.5 ซึ่ซี รับประทาน 4 เวลาหลังอาหารครบ 7 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึม ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 42

ครั้ง/นาที่ SpO₂ 97-100 เปอร์เซ็นต์ room air แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัด Follow up 1 สัปดาห์ที่ OPD กุมารเวชกรรม แนะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กให้มารดาทราบเมื่อต้องกลับไปดูแลที่บ้าน ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติถ้ามีอาการไอ หายใจเหนื่อย หอบ ให้นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด ไม่นำผู้ป่วยไปสถานที่แออัดหรือที่มีคนจับป่วย ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย อยู่เสมอและห่มผ้าเมื่ออากาศเย็นหรืออากาศเปลี่ยนแปลง แนะนำเช็ดตัวลดไข้ รวมรับการรักษาในโรงพยาบาล 17 วัน ระยะเวลาที่อยู่ในการดูแล 7 วัน

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 1 ปี 5 เดือน เป็นบุตรคนที่หนึ่งในครอบครัว รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ไม่หอบ ท้องอืด หลังจากนั้น มีไข้สูง เกร็งทั้งตัว ตาค้าง ไม่กระตุก ให้ Valium 3 mg vein stat หยุดเกร็ง ตรวจฉายรังสีทรวงอก พบ bilateral patchy infiltration ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค Influenza pneumonia และส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธรในวันที่ 29 มกราคม 2563 เวลา 1.30 น. ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แรกเริ่มผู้ป่วยหายใจหอบลึก มี subcostal & suprasternal notch retraction ไอได้ต้องมีเสมหะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 44 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/69 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 12 กิโลกรัม สูง 82 เซนติเมตร ตรวจฉายรังสีทรวงอก พบ infiltration both lungs ดูแลให้ O₂ mask with bag 10 LPM พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB + NSS up to 4 ซีซี ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยา Oseltamivir 30 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร , M Ammon carb (½ str.) 5 ซีซี. รับประทานวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร , Syr. Paracetamol 5 ซีซี. รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาไม่มีไข้ และให้สารน้ำเป็น 5 % DNSS/2 vein drip 60 ซีซี/ชั่วโมง ผล CBC พบ WBC 14,200 cells/cumm, Neutrophil 86 เปอร์เซ็นต์ จึงให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 400 mg ทุก 6 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ให้ส่ง nasal/swab for influenza ผล Positive ค่า SpO₂ 90-92 เปอร์เซ็นต์ 1 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นค่า SpO₂ 80-90 เปอร์เซ็นต์ ไอมีเสียงเสมหะ ดูแลดูดเสมหะ และพ่นยาขยายหลอดลมให้อาการไม่ดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้ย้ายเข้าหอผู้ป่วย ไอ ซี ยู กุมาร เวลา 2.40 น. เพื่อใส่ Endotracheal

tube (ETT) และ on Ventilator ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Influenza pneumonia with acute respiratory failure วันที่ 2 - 4 ของการรักษา ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย ไอ ซี ยู กุมาร ผู้ป่วยตื่นดี ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย on ventilator และพ่นยาขยายหลอดลมทุก 4 ชั่วโมง อาการดีขึ้น ต่อมา on Oxygen flow rate ขนาดสูงโดย on Heated Humidified High-flow nasal cannula (HHHFNC) 20 LPM เป็นเวลา 3 วัน ฉายภาพรังสี ทรวงอกซ้ำ พบ infiltration both lungs พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB + NSS up to 4 ซีซี ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเสมหะเมื่อหายใจมีเสียงเสมหะให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาสามารถ wean off HHHFNC ได้ และให้ออกซิเจนแบบ cannula 3 LPM ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100% ไม่มีไข้ ตรวจเพาะเชื้อเสมหะ พบ Normal flora วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 11.30 น. ผู้ป่วยย้ายกลับมาพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมผู้ป่วยรู้สึกตื่นดี ไม่มีไข้ หายใจได้เอง ให้ออกซิเจนชนิด cannula 3 LPM ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่หอบเหนื่อย ปอดทั้ง 2 ข้าง ยังมี coarse crepitation ดูแลให้พ่นยาขยายหลอดลมทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเสมหะยังมีเสมหะจำนวนมาก ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา สังเกตและเฝ้าระวังภาวะการหายใจหอบเหนื่อย ต่อมาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะตัวเย็นเกิน (Hypothermia) อุณหภูมิร่างกาย 35-36 องศาเซลเซียสและมีถ่ายอุจจาระเหลวร่วมด้วย ไม่อาเจียน ท้องอืดเล็กน้อย ส่ง Stool Exam ผลปกติ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 750 mg. วันละ 1 ครั้ง ทางหลอดเลือดดำ ผลเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ ดูแลรักษาความอบอุ่นของร่างกาย โดยการห่มผ้าและสวมใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยและวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ยังพบภาวะตัวเย็นเกิน อุณหภูมิ 35.5-36 องศาเซลเซียส ดูแลให้สารน้ำ 5% DNSS/2 vein drip 40 ซีซี /ชั่วโมง ให้น้ำเกลือแร่ (ORS) จิบบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยถ่ายเหลว ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท เฝ้าระวังอาการตัวเย็นและถ่ายเหลวต่อเนื่อง และแนะนำมารดาเรื่องการรักษาความสะอาด การล้างมือ วันที่ 6 ของการรักษา ผู้ป่วยตื่นดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิปกติ 36.7-37.2 องศาเซลเซียส หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มี retraction ปอดทั้ง 2 ข้าง ยังมี coarse crepitation ไอมีเสมหะ ดูแลเสมหะได้จำนวนน้อยลง on oxygen cannula 2 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-100% ให้พ่นยาขยายหลอดลมทุก 6 ชั่วโมง มีแผลที่ลิ้น ดูแลให้ยา TA. oral paste ทาลิ้น วันละ 2 ครั้ง ให้รับประทานอาหารอ่อนๆได้ ถ่ายอุจจาระปกติ ดูแล off I.V. Fluid ให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา และ

สอนมารดาสังเกตอาการผู้ป่วย วิธีการเกาะบริเวณทรวงอกเพื่อให้เสมหะออกมา วันที่ 7 - 9 ของการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ยังไอเล็กน้อย มีเสมหะ น้ำมูกเล็กน้อย ไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ให้พ่น Ventolin 1NB + NSS up to 4 ซีซี ทุก 6 ชั่วโมง เกาะปอดดูดเสมหะ จำนวนเสมหะมีเล็กน้อย สามารถ off oxygen cannula ได้ วางแผนการจำหน่ายหลังจากให้ Ceftriaxone 750 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละหนึ่งครั้งครบ 7 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีหายใจเหนื่อย หอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

90/50 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ Room air แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัด Follow up 1 สัปดาห์ที่ OPD กุมารเวชกรรม แนะนำการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดูแลให้รับประทานยาต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการพาผู้ป่วยออกไปแหล่งชุมชน จัดสภาพบ้านให้มีการระบายอากาศที่เหมาะสม ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยการ รับผิดชอบ ให้ข้อมูลในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด รวมเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 9 วัน ระยะเวลาที่อยู่ในการดูแล 5 วัน

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นการศึกษาเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
1.สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	เด็กชายไทยอายุ 1 เดือน เป็นบุตรคนที่สองในครอบครัว ปฏิเสธโรคประจำตัว มีพี่ชายอายุ 8 ปี ไปโรงเรียนได้ประมาณ 1 อาทิตย์ ไม่สบาย มีไข้ ไอมีน้ำมูก มีเสมหะ	เด็กชายไทยอายุ 1 ปี 5 เดือน เป็นบุตรคนที่หนึ่งในครอบครัวปฏิเสธโรคประจำตัว 6 วัน ก่อนเป็นไข้หวัด ไม่มีบุคคลในบ้านป่วย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยเด็กเล็ก สำหรับกรณีศึกษา รายที่ 1 มีอายุเพียง 1 เดือน ภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ ยังต่ำอยู่ จึงมีการดำเนินโรคเร็ว ใช้เวลาเพียง 1 วัน และมีปัจจัยเสี่ยงคือมารดาไม่แยกพี่ชายที่ป่วยอยู่ด้วยกัน เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการป่วย ผู้ปกครองรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิก ผล RSV : positive และได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยเร็ว จึงสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ดี มีผลต่อการใช้นวัตกรรมของเครื่องช่วยหายใจ การฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย คือมีภาวะปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล(HAP) ร่วมด้วย มีเสมหะมาก เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้ต้องเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วย ไอ ซี ยู กุมาร ถึง 2 ครั้ง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการและความรุนแรงค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนรุนแรงมาก ใช้ระยะเวลา 6 วัน มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นเด็กเล็กที่อยู่ในวัยเดิน วิ่งคล่อง หยิบจับของเข้าปากได้ จึงมีโอกาสที่จะรับเชื้อได้ง่าย และเนื่องจากเป็นบุตรคนที่หนึ่งในครอบครัว มารดา ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลบุตร เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย จึงยังไม่มาพบแพทย์ จนเมื่ออาการรุนแรงขึ้นจึงมาพบแพทย์ จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงมีผลต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการฟื้นหายใช้ช้ากว่า แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอายุมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า คือมีภาวะตัวเย็นเกิน และถ่ายเหลว ระยะเวลาในการรักษาจึงน้อยกว่า

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
2.พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	แรกเริ่มรู้สึกตัวดี ซึม มีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูกมากขึ้น หายใจครืดคราด อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที ชีพจร 140 ครั้ง/นาที ความอึดตัวของ ออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ กิน ได้น้อยลง มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ปอดทั้ง 2 ข้าง : Wheeze and rhonchi	แรกเริ่ม ผู้ป่วย รู้สึกตัวดีหายใจ หอบเล็กน้อย Subcostal, Suprasternal notch retraction อัตราการหายใจ 44 ครั้ง/นาที ความอึดตัวของ ออกซิเจนในเลือด 80-90เปอร์เซ็นต์ มีไข้ ปอดทั้ง 2 ข้าง : Coarse crepitation	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะปอดอักเสบเหมือนกันแต่มี สาเหตุจากเชื้อก่อโรค ที่ต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะ ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ RSV ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิด พยาธิสภาพในส่วนของหลอดลมเล็ก (bronchiole) และถุงลม (alveoli) มีการสร้างสิ่งคัดหลั่งออกมาใน ปริมาณมาก ซึ่งในเด็กเล็กเนื่องจาก collateral ventilator pathway ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ร่วมกับ มีหลอดลมขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีเสมหะคั่ง หายใจมีเสียงครืดคราด และ มีการหดตัวของหลอดลม เนื่องจากการบวมของเยื่อ หลอดลมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ กรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะติดเชื้อที่ปอดจากเชื้อ Influenza พยาธิ สภาพเป็นแบบ interstitial pneumonia ลักษณะ การอักเสบเป็นแบบ Patchy infiltration ทั่วทั้งกลีบปอด มีการทำลายเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการ อุดกั้นทางเดินหายใจและส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซ บกพร่องผู้ป่วยจึงมีอาการหอบรุนแรง
3. การตรวจ วินิจฉัย	จากการซักประวัติ -ไอมีเสมหะ หายใจเร็ว -มีเสมหะมาก -ผล nasal swab RSV : Positive -ผลภาพรังสี ทรวงอก : Right lower lobe infiltration -มีไข้	จากการซักประวัติ -หายใจหอบเล็กน้อย -ไอ มีเสมหะ -ผล nasal swab for Influenza : Positive -ผลภาพรังสีทรวงอก : Infiltration both lungs - มีไข้	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย วินิจฉัยโรคปอดอักเสบได้ จากการซักประวัติการเจ็บป่วย อาการที่สำคัญได้แก่ ไข้ ไอ หอบ การตรวจร่างกาย ผล nasal swab และ ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถ วินิจฉัยโรคได้เร็ว เนื่องจากมีผลตรวจ RSV มาจากคลินิก กรณีศึกษารายที่ 2 เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว 1 วัน จึงส่ง nasal swab for influenza
4. การรักษา	-ให้ O ₂ cannula 0.5 - 1 LPM -ใส่เครื่องช่วยพอง หายใจ HHHFNC -ได้รับยาขยาย หลอดลมพ่นทุก 4-6 ชั่วโมง -ได้รับยาลดไข้ ยาแก้ไอละลายเสมหะ	-ใส่ Ventilator support -ใส่เครื่องช่วยพอง การหายใจ HHHFNC -ให้ O ₂ cannula 3 LPM -ได้รับยาขยาย หลอดลมพ่นทุก 4-6 ชั่วโมง	กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว on HHHFNC แล้วได้ผลการรักษาที่ดี ร่วมกับการรักษาตาม อาการ on O ₂ cannula 0.5 - 1 LPM เนื่องจากไม่มี การรักษาแบบเฉพาะ แต่มีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย จึงต้องได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษา และเข้ารักษาในหอ ผู้ป่วยไอซียูมารกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการที่รุนแรงกว่า ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและ on Ventilator support ก่อนแล้วจึง on HHHFNC ได้ผลการรักษาที่ดีเช่นกัน และยังได้รับการรักษาแบบเฉพาะคือ ไข้ยา Oseltamivir เพื่อรักษาเชื้อ Influenza ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
	- แก้ไขภาวะ โพแทสเซียม ในเลือดสูง - การให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ - ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftazidime 140 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง Erythromycin 1.5 ซีซี รับประทาน วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร	- ได้รับยาคลอไซ้ ยาแก้ไอละลายเสมหะ - การให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ - ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin 400 mg. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง Ceftriaxone 750mg. ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง Oseltamivir 30 mg. รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร	ตัวอื่น เนื่องจากผู้ป่วยภาวะชักจากไข้สูง และต่อมามีภาวะ ตัวเย็นเกินร่วมด้วย เมื่อแรกรับยังไม่มีผลnasal swab ยืนยันเชื้อ จึงให้การรักษาเพื่อครอบคลุมเชื้อ Bacteria ด้วย
5. ปัญหาและข้อ วินิจฉัยทางการ พยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล 1. มีภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจาก มีการอักเสบของ เนื้อเยื่อปอด 2. มีการติดเชื้อใน ระบบทางเดินหายใจ 3. ไม่สุขสบายเนื่องจาก มีไข้ 4. มารดาวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และกลัวการใส่เครื่อง HHHFNC - สร้างความสัมพันธ์ที่ ดีกับมารดาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ได้รับ ความรู้สึก วิตกกังวล สร้าง ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาผู้ป่วยโดยให้การ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล 1. มีภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจาก มีการอักเสบของ เนื้อเยื่อปอด 2. มีการติดเชื้อใน ระบบทางเดินหายใจ 3. ไม่สุขสบายและ มีโอกาสดึงจากไข้สูง 4. มารดาวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และกลัวการใส่เครื่อง ช่วยหายใจ, เครื่อง HHHFNC สร้าง ความสัมพันธ์ที่ดี กับมารดา ของผู้ป่วย เปิดโอกาส ให้ได้รับความรู้สึก วิตกกังวล สร้าง ความมั่นใจเกี่ยวกับการ ดูแลรักษาผู้ป่วย โดยให้การดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลที่เหมือนกัน คือการ พยาบาลขณะใช้เครื่องช่วยการหายใจ เครื่อง HHHFNC การให้ O₂ การให้ยาขยายหลอดลมและยาปฏิชีวนะ ในระหว่างที่พยาธิสภาพไม่เกิดพร่องออกซิเจนรวม ทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกรณี ศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนของโรคแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วยและเสี่ยง ต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะกักทำให้ต้อง เข้ารักษาในหอผู้ป่วยไอ ซี ยู กุมภาพันธ์สองครั้ง กรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะตัวเย็นเกินและถ่ายเหลวร่วมด้วย แต่ผล การตอบสนองต่อการรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยดี ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีไข้ มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ จึงได้รับการรักษาสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่ เหมือนกัน คือ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ การให้ O₂ เกาะ ปอดและดูดเสมหะ การเช็ดตัวลดไข้ กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 1 ปี 5 เดือน ต้องระวังการชักจากไข้สูงด้วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการที่รุนแรงกว่า จึงใส่เครื่อง ช่วยหายใจ ก่อนที่จะเปลี่ยนมาใส่เครื่อง HHHFNC มารดาที่มีความกังวลอยู่บ้าง แต่มีสัมพันธภาพที่ดีกับ เจ้าหน้าที่

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
	-อธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น การรักษาอย่างง่าย ๆ และให้โอกาสซักถาม -ให้พบแพทย์ตามความต้องการ -สนับสนุนให้มารดาอยู่ กับผู้ป่วยตลอดเวลาโดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาลและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ทำได้ อธิบายถึงวิธีการรักษาและแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม -ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์แผนกพยาบาลและพยาบาลควรให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอด้วยท่าที่ที่นุ่มนวล อ่อนโยนและสงบ -เจ้าหน้าที่ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตรงกัน	-ได้รับยาลดไข้ ยาแก้ไอละลายเสมหะ -การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ -ได้รับยาปฏิชีวนะ Ampicillin 400 mg. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง Ceftriaxone 750mg. ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง Oseltamivir 30 mg. รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร โอกาสซักถามให้พบแพทย์ตามความต้องการ -สนับสนุนให้มารดาอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาโดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาลและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ทำได้ อธิบายถึงวิธีการรักษาและแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม -ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์แผนกพยาบาลและพยาบาลควรให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอด้วยท่าที่ที่นุ่มนวล อ่อนโยนและสงบ-เจ้าหน้าที่ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตรงกัน	ตัวอื่น เนื่องจากผู้ป่วยภาวะชักจากไข้สูง และต่อมามีภาวะตัวเย็นเกินร่วมด้วย เมื่อแรกรับยังไม่มีผล nasal swab ยืนยันเชื้อ จึงให้การรักษาเพื่อครอบคลุมเชื้อ Bacteria ด้วย

ประเด็นการศึกษาเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1	กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
การวางแผนการจำหน่ายด้วยกา รเตรียมความพร้อม มารดาและผู้ดูแล	มารดาเป็นผู้ดูแล เป็นหลัก -ให้มารดามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล -ให้ข้อมูลการดูแล ผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไป ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน -การสังเกตและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย รวมถึงความผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์ -ให้ความรู้การให้นม แม่และโภชนาการ มารดา -การรับวัคซีน ตามช่วงอายุ -ให้ข้อมูลสถาน บริการสุขภาพ ใกล้บ้าน	มารดาเป็นผู้ดูแล เป็นหลัก -ให้มารดามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล -ให้ข้อมูลการดูแล ผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไป ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน -การสังเกตและส่งเสริมพัฒนาการ ตามวัยรวมถึงความ ผิดปกติที่ต้องมาพบ แพทย์ -ให้ความรู้การให้นม แม่และโภชนาการ มารดา -การรับวัคซีนตาม ช่วงอายุ -ให้ข้อมูลสถาน บริการสุขภาพ ใกล้บ้าน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักจึงมีความ วิตกกังวลเนื่องจากบุตรมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พยาบาล ต้องเตรียมความพร้อมมารดาอย่างต่อเนื่อง เช่น กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นบุตรคนที่ 2 อายุเพียง 1 เดือน มารดาต้องรู้ เข้าใจ และปฏิบัติได้ เมื่อสังเกต เห็นอาการผิดปกติ เช่น หายใจแรงมีเสียงดัง ซายโครง บวม ควรรีบพาเด็กมาพบแพทย์ทันที หรือเมื่อมีเสมหะ น้ำมูกต้องใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะ น้ำมูกได้ เป็นต้น กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นเด็กที่อยู่ในวัยวัย เดินคล่อง หยิบ จับสิ่งของเข้าปากได้ ต้องแนะนำมารดาถึงวิธีการล้างมือ เด็ก การทำ ความสะอาดของเล่น และภาชนะใส่อาหาร ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สำคัญและลด โอกาสในการสัมผัสโรคได้ ทั้ง 2 กรณี ได้รับการวางแผน เรื่องการมาตรวจตามนัด ที่ OPD กุมารเวชกรรม เหมือนกัน

วิจารณ์กรณีศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการ
และอาการแสดง พยาธิสภาพ ของโรคปอดอักเสบที่เกิดจาก
เชื้อไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
สอดคล้องกับทฤษฎีที่ได้ศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 อายุ
1 เดือน เกิดจากการติดเชื้อ RSV ทำให้มีพยาธิสภาพของปอด
บริเวณปอดส่วนล่าง มีเสมหะจำนวนมาก แต่เนื่องจากการ
วินิจฉัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็วส่งผลให้อาการไม่รุนแรง
มากนัก แต่ก็ต้องใช้เครื่อง HHHFNC ช่วยพองการหายใจ
ถึง 2 ครั้ง และผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก ไม่สามารถดูแลตนเองได้
ต้องมีผู้ปกครองในการดูแล จึงต้องเน้นให้ผู้ปกครองเห็นความ
สำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะหากเด็กป่วยด้วยโรค
ปอดอักเสบบ่อย ๆ อาจส่งผลกระทบต่อและเป็นผลเสียต่อชีวิต
ได้ กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 1 ปี 5 เดือน เกิดจากการติดเชื้อ
Influenza มีพยาธิสภาพของปอดทั้ง 2 ข้างและได้รับการรักษา
ที่ล่าช้ากว่า เกิดภาวะพร่องออกซิเจนที่รุนแรง จึงต้องใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ ช่วยพองการหายใจ เมื่ออาการทุเลาลง จึงใช้เครื่อง
HHHFNC ต่อ เมื่อผู้ป่วยหายเครื่องช่วยหายใจและ เครื่อง
HHHFNC แล้ว และย้ายมารักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ เนื่องจาก
ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กเช่นกัน การเข้าถึงในวันแรกทำได้ยาก ไม่คุ้น
เคยกับเจ้าหน้าที่และจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยต้องได้รับ
สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พ่นยาขยายหลอดลมและดูดเสมหะ
ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยร้องกวน งอแง
ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ต่อด้านการช่วยเหลือทาง
ด้านมารดาผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
และวิธีการรักษา ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก และไม่ให้ความ
ร่วมมือในการรักษาในวันแรก ๆ และมารดาไม่ตระหนักถึง
ความสำคัญในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก ทำให้ดูแลเด็ก
ไม่ถูกต้อง เช่น การแยกเด็กจากผู้ที่มีอาการป่วย การล้างมือ
ก่อนและหลังให้การดูแลเด็กเล็ก การทำความสะอาดของเล่น
ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลโรคระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งกายวิภาคศาสตร์ของทางเดินหายใจ กลไกการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการอาการแสดง การรักษา พยาบาล ทั้งระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู รวมทั้งวิทยาการใหม่ๆที่เกิดขึ้นมากมาย
2. ทีมพยาบาลควรได้รับการฝึกทักษะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง
3. พยาบาลต้องเห็นความสำคัญกับการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลควรได้รับการฝึกทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและโน้มน้าวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. พยาบาลควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจเพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

บทสรุป

ในการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสในเด็กเล็ก ซึ่งเป็น ภาวะเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบด้วยส่วนของหลอดลมฝอยส่วนปลายสุดและถุงลม ทำให้มีสิ่งคัดหลั่งเข้าไปอยู่ในถุงลม การอักเสบอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอดหรืออาจทั่วไปในเนื้อปอด ถ้าเกิดในระดับที่รุนแรงมากอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ เกิดภาวะหายใจล้มเหลว การวางแผนให้การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเกิดภาวะหายใจล้มเหลว จนถึงขั้นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำเป็นต้องมีทักษะใน

การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทั้งเรื่องของโรค การดำเนินของโรคการประเมินภาวะวิกฤติของผู้ป่วย การให้การพยาบาลที่ทันที่ที่ตัดสินใจได้รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เกิดความปลอดภัย ช่วยลดความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ อีกทั้งการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ได้อย่างครอบคลุมและเป็นแนวทางเดียวกับการรักษาของแพทย์ ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถรักษาหายได้ ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ คลายความวิตกกังวลลง และสามารถให้การดูแลต่อเนื่องได้

บรรณานุกรม

1. นวลจันทร์ ปราบผล. (2563). แนวทางการดูแลโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ชมรมโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย
2. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี. สถาบันพระบรมราชชนก. สำนักกระบวนวิชา. สถิติสาธารณสุข. (2558). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การการสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
3. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
4. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2563). ตำรากุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 2. ปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. รัชณี เบญจธนี และ พิมพ์จันทร์ กาญจนสินธุ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: ที.เอ.ลิฟวิ่ง.

รายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงงานเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

พ.ญ. วิพัชรินทร์ ทรงเดชพิพัฒน์
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งก่อโรคที่ระบบทางเดินหายใจ เริ่มระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวชาวจีน จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์⁽¹⁾

เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้รับรายงานทางโทรศัพท์จากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งว่าพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ราย ทีมสอบสวนโรคลงพื้นที่ เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาด หาปัจจัยเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วยรายอื่นๆ และ หามาตรการในการป้องกันควบคุมการระบาด

ผลการศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 35 ปี ทำงานอยู่ในแผนกสี บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ในนิคมอุตสาหกรรม อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา ช่วง 14 วันก่อนป่วย ส่วนมากผู้ป่วยอยู่ที่จังหวัดฉะเชิงเทราและสมุทรปราการ ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีมีการระบาดเป็นวงกว้างของโรค COVID-19 และผู้ป่วยไม่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคหรือผู้ป่วยชาวต่างชาติ ช่วง 5 วันก่อนเริ่มป่วยผู้ป่วยเดินทางเข้ากรุงเทพฯ และจังหวัดนนทบุรี จากการซักประวัติ ผู้ป่วยน่าจะรับเชื้อจากพื้นที่นอกจังหวัดฉะเชิงเทรา การติดตามผู้สัมผัส พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งสิ้น 94 คน ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทุกคนไม่มีอาการตามเกณฑ์ PUI และเก็บตัวอย่างจากผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 87 คน (อีก 7 คนไม่สามารถติดตามได้) ผลการตรวจทางปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมเชื้อ SARS-CoV 2 2 คน ติดตามผู้สัมผัส generation ที่ 2 ไม่พบผู้สัมผัสติดเชื้อเพิ่มเติม ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำประมาณ 155 คน สามารถติดตามเพื่อเฝ้าระวังได้ 30 คน

ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโดย ลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ให้ร้านอาหารเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดพื้นผิวด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม การให้บริการเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ การป้องกันการระบาดในโรงงาน โดยการวัดไข้ก่อนทำงานทุกวัน เพิ่มการทำความสะอาดในจุดเสี่ยง เช่น ลูกบิดประตูห้องน้ำ การกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง

สรุป การระบาดครั้งนี้พบผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย (index case และผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 2 ราย) ผู้ป่วยรายแรกมีอาการปอดอักเสบจึงได้รับไว้รักษาและกักตัวแยกโรคที่โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นระยะเวลา 29 วัน หลังออกจากโรงพยาบาลได้กักตัวต่อที่ที่พักเป็นเวลาอีก 14 วัน ผู้สัมผัสยืนยันติดเชื้อไม่มีอาการ 2 ราย ติดเชื้อจากผู้ป่วยรายแรกเนื่องจากไม่มีอาการป่วยจึงได้กักตัวแยกโรคที่หอพัก โดยอาศัยอยู่ห้องละ 1 คน จากการติดตามผู้สัมผัสรายอื่น ๆ ไม่พบการแพร่ระบาดเพิ่มเติม

คำสำคัญ : การสอบสวนและควบคุมโรค COVID-19, จังหวัดฉะเชิงเทรา

ความเป็นมา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ เริ่มระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวชาวจีน จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์⁽¹⁾

เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกของจังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งติดเชื้อจากสนามมวยลุมพินี กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการควบคุมโรคจังหวัดฉะเชิงเทราได้แต่งตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยหลายภาคส่วนในการค้นหาผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อ และวางมาตรการในการควบคุมการระบาดของโรค

ในวันที่ 17 มีนาคม 2563 เวลาประมาณ 19.00 น. กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับรายงานทางโทรศัพท์จากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดฉะเชิงเทรา ว่าพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 1 ราย เป็นชายไทยอายุ 35 ปี ทำงานอยู่ในแผนกสี บริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในนิคมอุตสาหกรรม อ.แปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรค COVID-19 ยืนยันรายที่ 3 ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้วิจัยได้รับการประสานจากคณะกรรมการควบคุมโรค จังหวัดฉะเชิงเทราให้ลงสอบสวนโรค COVID-19 ในผู้ป่วย รายนี้ และควบคุมโรคเพื่อป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 ไม่ให้แพร่กระจาย เนื่องจากผู้ป่วยทำงานอยู่ใน นิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ต้องติดต่อสื่อสารและสัมผัสกับ ผู้คนจำนวนมาก หากไม่ได้รับการสอบสวนและควบคุมโรค อย่างทันท่วงทีจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคเป็นวงกว้าง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา เพื่อหามาตรการ และแนวทางในการควบคุมและป้องกันการระบาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยยืนยันรายนี้
2. เพื่อค้นหาผู้สัมผัส และ ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ในชุมชน
3. เพื่อหามาตรการในการควบคุมการระบาดของโรคครั้งนี้ และป้องกันการระบาดในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ขั้นตอนการศึกษา

1. รวบรวมรายละเอียดของผู้ป่วยและผู้สัมผัสก่อนการสัมภาษณ์
2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้สัมผัส โดยใช้แบบสัมภาษณ์ Novelcorona 2 (รายละเอียดผู้ป่วย), Novelcorona 3 (รายละเอียดผู้สัมผัสใกล้ชิด), Novelcorona 4 (รายละเอียดผู้สัมผัสที่ไม่มีอาการ)
3. ศึกษาประวัติการรักษา โดย ทบทวนเวชระเบียน และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย
4. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และ ผู้สัมผัส
5. ศึกษาสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัย ที่ทำงาน และ ชุมชนที่ผู้ป่วยเดินทางไป เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายโรค

นิยามของผู้ป่วย

คือพนักงานทั้งหมดของบริษัทเอกชนที่ผู้ป่วยทำงาน คนที่อยู่หอพักเดียวกับผู้ป่วย ผู้คนในแหล่งชุมชนและ สนามกอล์ฟที่ผู้ป่วยไป ตั้งแต่วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2563 (14 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยไปจนถึง 14 วันหลังจากที่ผู้ป่วยถูกแยกตัวออกมา รักษาตัวในห้องแยกโรค) มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก

การแยกประเภทผู้ป่วย⁽²⁾

- ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patients under investigation : PUI) คือผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก ร่วมกับ มีประวัติในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- 1) มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยรายนี้ หรือ สัมผัสกับผู้เข้าข่ายหรือยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2) มีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรืออยู่อาศัย ในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดต่อเนื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 3) มีผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านเดินทางกลับมาจากพื้นที่ที่มี รายงานการระบาดต่อเนื่องของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการ 2 แห่ง หรือ Sequencing หรือเพาะเชื้อ

- ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ (Asymptomatic infection) ผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการ 2 แห่ง หรือ Sequencing หรือเพาะเชื้อ แต่ไม่มีอาการและอาการแสดง

นิยามผู้สัมผัส

- ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Closed contact)
 - ผู้อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 17 มีนาคม 2563
 - ผู้ที่ทำงานร่วมแผนก หรือ อยู่ในบริษัทเดียวกัน

กับผู้ป่วยระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 17 มีนาคม 2563

• **ผู้สัมผัสในชุมชน (Community contact)**

– ผู้ที่ร่วมรับประทานอาหารเครื่องดื่ม ร้านอาหาร สนามกอล์ฟ งานศพที่ผู้ป่วยไป

– ผู้ที่อาศัยในหอพักเดียวกับผู้ป่วย

– ผู้ที่ทำงานในโรงงานเดียวกับผู้ป่วยแต่คนละแผนก

– ผู้ที่อยู่ห้องประชุมร่วมกับผู้ป่วย

– แม่บ้านผู้ทำความสะอาดบริเวณที่ผู้ป่วยทำงาน และห้องนํ้ารวม

– บุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk)⁽²⁾ ได้แก่

1. ผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร นานกว่า 5 นาที หรือถูก ไอจามรดจากผู้ป่วยโดยไม่มีการป้องกัน เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัย

2. ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ในรถปรับอากาศ ห้องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วย และอยู่ห่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 1 เมตร นานกว่า 15 นาที โดยไม่มีการป้องกัน

กลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low Risk)⁽²⁾ ได้แก่ ผู้สัมผัสที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย ได้แก่ผู้สัมผัสที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

ผลการวิจัย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกายแข็งแรง ออกกำลังกายโดยการเล่นกอล์ฟประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง คีฬาเวลาสังสรรค์ไม่สูบบุหรี่ ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เรียนต่อปริญญาเอกที่โรงพยาบาลศิริราช (ไม่ได้ทำงานที่สัมผัสกับผู้ป่วย) ไม่มีบุตร บิดามารดาอาศัยอยู่จังหวัดเชียงใหม่ ที่อยู่ขณะป่วย หอพักแห่งหนึ่ง หมู่ที่ 9 ตำบลหัวสำโรง อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา(อาศัยอยู่ภายในห้องเพียงคนเดียว ไม่มีเพื่อนร่วมห้อง) ทำงานแผนกสี (ลักษณะการทำงานอยู่ภายใน office มีเพื่อนร่วมงานภายในแผนก 30 คน) บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ในนิคมอุตสาหกรรม อ.แปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา ผู้ป่วยเริ่มใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากห้องพักเมื่อ 1 มีนาคม 2563 เนื่องจากในประเทศไทยเริ่มมีรายงานผู้ป่วย COVID-19 มากขึ้น และเพื่อนร่วมงานเริ่มตื่นตัวในการใส่หน้ากากอนามัย

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

วันที่ 12 มีนาคม 2563 เริ่มมีอาการ ไข้ เจ็บคอ ไม่ได้รับประทานยา

วันที่ 13 มีนาคม 2563 อาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 1 เป็นผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจไข้วัดใหญ่ ไม่พบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ จึงได้ให้ยารักษาตามอาการที่ป่วย ผู้ป่วยเดินทางกลับที่พัก (ขับรถยนต์ส่วนตัว) ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือก่อนเข้า รพ. เจ้าหน้าที่และแพทย์สวมหน้ากากอนามัยและ face shield

วันที่ 16 มีนาคม 2563 อาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ไม่ดีขึ้น จึงเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 2 (ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือก่อนเข้ารพ. เจ้าหน้าที่และแพทย์สวมหน้ากากอนามัยและ face shield, ผู้ที่ทำ nasopharyngeal and throat swab สวมชุด PPE) ผู้ป่วยได้ขอตรวจหาโรค COVID-19 แพทย์จึงส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจาก nasopharyngeal and throat swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR โดยส่งตรวจที่หน่วย EID โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเมื่อตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ได้ส่งตรวจยืนยันแห่งที่ 2 คือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

วันที่ 17 มีนาคม 2563 อาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อไม่ดีขึ้น เวลาประมาณ 19.00 น. ทางโรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 2 โทรแจ้งทีมควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และแจ้งผู้ป่วยว่าตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 จากนั้นทางทีมควบคุมโรคจึงประสานโรงพยาบาลแปลงยาวให้ส่งรถไปรับผู้ป่วยที่หอพัก มารักษา ณ ห้องแยกโรค ในเวลา 21.29 น. (สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ = 38 องศาเซลเซียส, ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท) รายละเอียดของกิจกรรมและผู้สัมผัสกับผู้ป่วยดังแสดงตารางที่ 1

ผลตรวจร่างกาย Lung : Crepitation at right upper lung field, no retraction, no dyspnea, Abdomen : soft not tender, Oxygen saturation Room air 94-95% , Heart : normal S1S2 no murmur, Chest X ray พบ Right upper lobe infiltration (รูปที่ 1.) แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบจากเชื้อ COVID-19 รักษาโดยการให้ออกซิเจน ยารักษาตามอาการ ได้แก่ ยาลดไข้ ยาละลายเสมหะ ไม่ได้ให้ยาที่ส่งผลต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ไม่ได้เจาะเลือด

จากนั้นได้ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อ ที่ รพ.พุทธโสธร วันที่ 18 มีนาคม 2563 เวลา 14.00 น. โดยรพ.พุทธโสธรได้ยืนยันผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จาก nasopharyngeal and throat swab) พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการ 2 แห่ง (แห่งแรกคือ หน่วย EID โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แห่งที่สองคือ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี) ผลเลือดที่ตรวจที่ รพ.พุทธโสธร ได้ผลดังต่อไปนี้

CBC : WBC 2,900 cells/cu.mm., neutrophil 53%, lymphocyte 45%, Platelet 121,000 cell/cu.mm., Hemoglobin 15.1 g/dL, Hematocrit 44%

Chemistry : BUN 9 mg/dL, Creatinine 0.95 mg/L, eGFR 103.16 ml/min/1.73 m², AST 31 U/L, Sodium 141 mmol/L, Potassium 3.6 mmol/L, Chloride 103 mmol/L, Total CO₂ 24 mmol/L

Timeline ของผู้ป่วย 14 วัน ก่อนเริ่มป่วย แสดงในตารางที่ 1

รูปที่ 1. ภาพถ่ายรังสีปอด (Chest X-ray) วันที่ 18 มีนาคม 2563



ตารางที่ 1 : ประวัติการเดินทาง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

วัน/เดือน/ปี	สถานที่/กิจกรรม	ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง	ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ
พุธ 26 - สุกรี 28 ก.พ. 2563	ช่วงเช้าเดินทางไปทำงานโดยขับรถยนต์ส่วนตัว (สัมผัสกับเพื่อนร่วมงานที่อยู่แผนกเดียวกัน 30 คน), ช่วงกลางวันทานอาหารที่ห้องอาหารของโรงงาน มีผู้รับประทานอาหารในหอนั้นประมาณ 50 คน เป็นลักษณะอาหารบุฟเฟ่ต์ มีผู้รับประทานอาหารร่วมโต๊ะ 6 คน(ทำงานคนละแผนกกับผู้ป่วย), ช่วงเย็นแวะซื้ออาหารที่ร้านอาหารบริเวณหอพัก กลับเข้าห้องพัก	-เพื่อนร่วมงานในแผนก 30 คน -เพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร 6 คน	-เพื่อนร่วมห้องอาหาร -พนักงานร้านอาหาร 3 คน -คนในร้านอาหาร
เสาร์ 29 ก.พ. 2563	เช้า ซื้ออาหารที่ร้านอาหารบริเวณหอพัก, บ่ายขับรถยนต์ส่วนตัวไปไคร้ฟกอล์ฟ ที่สนามกอล์ฟแห่งหนึ่ง อ.แปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา (ไม่มีโปรกอล์ฟ ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ใด)	ไม่มี	-คนในร้านอาหารและคนในสนามกอล์ฟ
อาทิตย์ 1 มี.ค. 2563	-รับประทานข้าวเที่ยง (นั่งคนเดียว) ที่ร้านไก่ย่างแห่งหนึ่ง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา -ไปล้างรถที่คาร์แคร์แห่งหนึ่ง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา (เอารถไปจอดทิ้งไว้) จากนั้นไปนวดฝ่าเท้าที่ร้านใกล้ๆ คาร์แคร์ ใช้เวลาในการนวด 1 ชั่วโมง(พนักงานร้านนวด 8 คน) -เดินทางกลับที่พัก อ.แปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา	พนักงานที่นวดฝ่าเท้าให้ผู้ป่วย 1 คน	-คนในร้านไก่ย่างและคาร์แคร์ -พนักงานร้านนวด 8 คน

วัน/เดือน/ปี	สถานที่/กิจกรรม	ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง	ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ
จันทร์ 2 -ศุกร์ 6 มี.ค. 2563	ช่วงเช้าเดินทางไปทำงานโดยขับรถส่วนตัว, ช่วงกลางวันทานอาหารที่ห้องอาหารของโรงงาน เป็นลักษณะอาหารบุฟเฟ่ มีผู้รับประทานอาหารร่วมโต๊ะ 6 คน, ช่วงเย็นแวะซื้ออาหารที่ร้านอาหารและกลับหอพัก	-เพื่อนร่วมงานในแผนก 30 คน -เพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร 6 คน	-เพื่อนร่วมห้องอาหาร-คนในร้านอาหาร
เสาร์ 7 มี.ค. 2563	-ขับรถส่วนตัวไปรับภรรยาที่ หอพักแห่งหนึ่ง ถนนอรุณอมรินทร์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ - ไปงานศพที่วัดแถวเกาะเกร็ด วัดปรมัยยิกาวาสวรวิหาร (ไปกับภรรยา) มีคนร่วมงานประมาณ 100 คน คนที่นั่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกิน 15 นาทีมี 5 คน - ไปร้านอาหารดนตรีสดแห่งหนึ่ง อำเภอเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี (เป็นลักษณะร้านเหล้า มีผู้คนค่อนข้างหนาแน่นทั้งชาวไทยและต่างชาติ มีคนในร้านประมาณ 40 คน) ไปกับแฟนและเพื่อนที่ทำงาน 1 คน (เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ได้กักตัวอยู่บ้าน 14 วัน) นั่งดื่มกับเพื่อนและแฟนนานประมาณ 1 ชั่วโมง	-คนที่นั่งใกล้ผู้ป่วยในงานศพ 5 คน (เป็นคนที่ผู้ป่วยไม่รู้จักร่วมตัวได้) -เพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร (ภรรยาและเพื่อนร่วมงาน)	-คนที่ร่วมงานศพประมาณ 100 คน -คนในร้านอาหารดนตรีสด ประมาณ 40 คน
อาทิตย์ 8 มี.ค. 2563	- รับประทานอาหารเช้าแถววังหลัง ที่ร้านแห่งหนึ่งแล้วไปส่งภรรยาที่ที่พัก - ไปไคร้ฟกอล์ฟ ที่สนามกอล์ฟแห่งหนึ่ง ที่กทม. และเดินทางกลับที่พัก อ.แปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา(ขับรถส่วนตัว)	ภรรยา	-คนในร้านอาหาร (ไม่ทราบจำนวน) -คนในสนามกอล์ฟ
จันทร์ 9 มี.ค. 2563	-ทำงานในแผนก กลางวันรับประทานอาหารเช้าที่โรงงานมีเพื่อนร่วมโต๊ะ 6 คน - ตอนเย็น ไปตีกอล์ฟ ที่สนามไคร้ฟกอล์ฟแห่งหนึ่ง แถวสุวรรณภูมิ จ.สมุทรปราการ มีเพื่อนไปด้วย 1 คน (เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ได้กักตัวอยู่บ้าน 14 วัน) และโปรกอล์ฟ ชื่อคุมตาม (ไม่ทราบชื่อจริง ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์)	-เพื่อนร่วมงานในแผนก 30 คน -เพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร 6 คน -โปรกอล์ฟ 1 คน	-เพื่อนร่วมห้องอาหารประมาณ 50 คน -คนที่อยู่ในสนามกอล์ฟ
อังคาร 10 มี.ค. 2563	ทำงานในแผนก รับประทานอาหารเช้าที่โรงงาน กลับหอพัก ไม่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่	-เพื่อนร่วมงานและเพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร	-เพื่อนร่วมห้องอาหาร
พุธ 11 มี.ค. 2563	-ไปนำเสนองานที่บริษัท (อีกสาขาหนึ่ง) ศ.สำโรงได้ จ.สมุทรปราการ ผู้นำเสนองานท่านอื่น (สาขาสำโรงได้) อีก 6 คน มีผู้ร่วมรับฟังการนำเสนอ 12 คน โดยอยู่ในห้องปิดนาน 3 ชั่วโมง ทุกคนสวมหน้ากากอนามัย นั่งห่างกันน้อยกว่า 1 เมตร ผู้นำเสนอทุกคนมีการผลัดเปลี่ยนกันไปนั่งที่โต๊ะนำเสนอผลงานตัวเดียวกัน - ตีกอล์ฟแห่งหนึ่ง แถวแบร์ริงสมุทรปราการ ไปคนเดียว (ขับรถส่วนตัว) และเดินทางกลับที่พัก อ.แปลงยาว	-ผู้นำเสนองานที่นั่งโต๊ะนำเสนอผลงานตัวเดียวกัน 6 คน -ผู้รับฟังการนำเสนอ 12 คน	-คนที่อยู่ในสนามกอล์ฟ

วัน/เดือน/ปี	สถานที่/กิจกรรม	ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง	ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ
พฤษภาคม 12 มี.ค. 2563	อยู่ที่ทำงาน รับประทานอาหารในโรงอาหารของโรงงาน ไม่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่ เริ่มมีไข้ ระบายคอ ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน	-เพื่อนร่วมงานในแผนกและเพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร	-เพื่อนร่วมห้องอาหาร
ศุกร์ 13 มี.ค. 2563	-เข้าประชุมในห้องปรับอากาศนาน 3 ชั่วโมง กลางวัน รับประทานอาหารที่ห้องอาหารของโรงงาน บ่ายไปประชุมต่อที่โรงงาน (อีกห้องประชุมหนึ่ง) ผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 10 คน -ช่วงเย็น ยังมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ถ่ายเหลว ไป รพ.เอกชน แห่งที่ 1 ตรวจ Nasopharyngeal swab ส่งตรวจหาเชื้อพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ (แบบ rapid test) ผลตรวจไม่พบเชื้อได้ยาลดไข้และยาแก้ไอชนิดรับประทาน ตรวจเสร็จกลับที่พัก อ.แปลงยาว	-ผู้เข้าร่วมห้องประชุมเดียวกัน เช้า-บ่าย 20 คน -เพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร 6 คน -นักเทคนิคการแพทย์ผู้ทำ Nasopharyngeal swab 1 คน	-เพื่อนร่วมห้องอาหาร -แพทย์ผู้ตรวจ,พยาบาล -เจ้าหน้าที่ รพ.ท่านอื่น และผู้ที่รับบริการที่ รพ.
เสาร์ 14 มี.ค. 2563	- ทำงานนอกเวลา (OT) กลับหอพัก ไม่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่ - รับประทานอาหาร ร้านอาหารแห่งหนึ่งบริเวณหอพัก	-เพื่อนร่วมงานและเพื่อนร่วมโต๊ะอาหาร	-เพื่อนร่วมห้องอาหาร
อาทิตย์ 15 มี.ค. 2563	-ไปตีกอล์ฟอยู่ที่ 3 จ.สมุทรปราการ และเดินทางกลับที่พัก จ.ฉะเชิงเทรา - ชื่อของร้านสะดวกซื้อบริเวณหอพัก	ไม่มี	- คนในสนามกอล์ฟ, ร้านสะดวกซื้อ
จันทร์ 16 มี.ค. 2563	-หยุดงาน ไปตรวจที่รพ.เอกชนแห่งที่ 2 ยังมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และถ่ายเหลว ได้รับการตรวจ Nasopharyngeal and Throat swab ส่งตรวจสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR	ไม่มี	-แพทย์ และเจ้าหน้าที่รพ.
อังคาร 17 มี.ค. 2563	-หยุดงาน ระหว่างวันมีไปร้านสะดวกซื้อ ตอนเย็นรพ.เอกชนแห่งที่ 2 โทรมาแจ้งผลว่าตรวจพบโรคโควิด 19 จากนั้นรพ.แปลงยาวได้รับคนไข้ไว้พักรักษาตัวในห้องแยก	ไม่มี	คนในร้านสะดวกซื้อ
พุธ 18 มี.ค. 2563	Refer รพ. พุทธโสธร เวลา 14.00 น. โดยเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยสวมชุด PPE	ไม่มี	ไม่มี

การศึกษาสภาพแวดล้อม

- ที่ทำงาน : ผู้ป่วยทำงานในสำนักงาน ตำแหน่งหัวหน้าแผนก อยู่ภายในห้องปิดขนาด 10x10 เมตร สูง 3 เมตร เป็นห้องที่มีเครื่องปรับอากาศแบบฝังฝ้าเพดาน มีพัดลมดูดอากาศ มีผู้ร่วมงานอยู่ในห้องเดียวกัน 30 คน นั่งห่างกันประมาณ 1 เมตร มีห้องน้ำรวม แยกชาย-หญิง อยู่ใกล้ๆแผนก

- หอพัก : เป็นลักษณะอะพาร์ตเมนต์ ติดเครื่องปรับอากาศ มีห้องน้ำในตัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียว เดินทางไป

ทำงานและไปยังสถานที่ต่างๆโดยรถยนต์ส่วนตัว

- ห้องรับประทานอาหารของบริษัท : เป็นห้องปิดขนาดประมาณ 7x15 เมตร สูง 3 เมตร เป็นห้องที่มีเครื่องปรับอากาศแบบติดผนัง มีพัดลมดูดอากาศ ลักษณะอาหารเป็นบุฟเฟ่ต์นั่งแบ่งเป็นโต๊ะ โต๊ะละ 6 ที่นั่ง

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย (index case) เก็บตัวอย่างจาก Nasopharyngeal swab and Throat swab

ตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR โดยส่งตรวจที่หน่วย EID โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเมื่อตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ได้ส่งตรวจยืนยันครั้งที่ 2 ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูง ทุกคนจำนวน 87 คน เก็บตัวอย่างจาก Nasopharyngeal swab and Throat swab โดยวิธี RT-PCR เพื่อหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยแบ่งการเก็บตัวอย่างในกลุ่มเสี่ยงเป็น 3 วัน คือวันที่ 18 19 20 มีนาคม 2563 แบ่งส่งตรวจที่รพ.เอกชน 5 แห่ง(รพ.เกษมราษฎร์ ฉะเชิงเทรา, รพ.จุฬารัตน์ 11, รพ.รวมแพทย์, รพ.BGH, รพสมิติเวช ธนบุรี)

จากการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสโรค พบว่ามีผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High Risk) 94 คน สามารถติดตามมาตรวจเชื้อและกักตัวได้ จำนวน 87 คน ทุกคนไม่มีอาการป่วย (ไม่มีรายได้ที่เข้าเกณฑ์ PUI) รายละเอียดดังตารางที่ 2 และพบมีผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำประมาณ 155 คน สามารถติดตามและเฝ้าระวังได้ 30 คน ดังตารางที่ 3 ผู้สัมผัสผู้ป่วยที่อยู่ในสนามกอล์ฟ ร้านอาหาร และผู้คนในงานศพ ไม่สามารถติดตามได้ ส่วนที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราได้ประสานสาธารณสุขอำเภอให้ลงพื้นที่เพื่อให้คำแนะนำในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายโรคส่วนที่อยู่นอกพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราทางทีมได้แจ้งไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี เพื่อแจ้งไปยังกลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.สมุทรปราการ และ สสจ.นนทบุรี ต่อไป

ตารางที่ 2 รายละเอียดกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

กลุ่ม	จำนวน(ราย)	NT Swab ส่งPCR for SAR CoV-2	Response Rate	ผลตรวจพบ เชื้อ(ราย)	Attack Rate	Sum. Attack rate
1.บริษัทที่ผู้ป่วยทำงาน						
1.1) จ.ฉะเชิงเทรา	67	67	100%	1	1.49%	2.35%
1.2) จ.สมุทรปราการ	18	18	100%	1	5.55%	
2. สถานพยาบาล						
นักเทคนิคการแพทย์ รพ.เอกชนแห่งที่ 1	1	1	100%	0	0.00%	0.00%
3. ครอบครัว : ภรรยา	1	1	100%	0	0.00%	0.00%
4. ชุมชน						
4.1 คนร่วมงานศพ	5	0	0%	—	—	—
4.2 พนักงานนวดเท้า	1	0	0%	—	—	—
4.3 โปรกอล์ฟ	1	0	0%	—	—	—
รวม	94	87	92.55%	2	2.12%	

ตารางที่ 3 รายละเอียดกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ

กลุ่ม	จำนวน(ราย)	จำนวนที่สามารถติดตาม เฝ้าระวังได้ (ราย)	ร้อยละการติดตามเฝ้าระวัง
1.บริษัทที่ผู้ป่วยทำงาน			
1.1) จ.ฉะเชิงเทรา	50	23	46%
1.2) จ.สมุทรปราการ	N/A	0	–
2. สถานพยาบาล			
2.1 แพทย์	1	1	100%
2.2 พยาบาล	6	6	100%
2.3 ผู้รับบริการท่านอื่น	N/A	0	–
3. ครอบครัว	0	0	–
4.ชุมชน			
4.1 ร้านอาหาร	3	0	–
4.2 สนามกอล์ฟ	N/A	0	–
4.3 คาร์แคร์	N/A	0	–
4.4 พนักงานร้านนวด	8	0	–
4.5 คนร่วมงานศพ	100	0	–
4.6 ร้านอาหารดนตรีสด	40	0	–
รวม	155	30	19.35%

หมายเหตุ N/A หมายถึง ไม่ทราบจำนวน

มาตรการในการควบคุมโรค

ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ถูกกักตัวและวัดไข้ทุกวันเป็นเวลา 14 วัน และได้รับการตรวจหาสารพันธุกรรมของ SARS-CoV 2 ด้วยวิธี RT-PCR โดยเก็บวันที่ 5 เป็นต้นไป หลังจากสัมผัสผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำ ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน งดไปในที่ที่มีคนจำนวนมาก สังเกตอาการตนเอง (self monitoring) เป็นเวลา 14 วัน

ทางโรงงานได้ปรึกษากับทีมควบคุมโรคเพื่อวางแผนมาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มเติม ได้แก่

1) พนักงานในทุกแผนกปฏิบัติตามหลัก social distancing ได้แก่สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ที่ออกจากบ้าน หรือไปแหล่งชุมชน, เว้นระยะห่างจากกัน 1-2 เมตร, ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนทานอาหารหรือสัมผัสใบหน้า, งดการรับประทานอาหารร่วมกัน

2) ห้ามบุคคลที่เดินทางจากต่างประเทศเข้าโรงงาน (โดยทางโรงงานได้จำกัดช่องทางการเข้าออก และจัดเจ้าหน้าที่คัดกรองประวัติ วัดไข้ บริเวณทางเข้า) หากไม่มีประวัติเสี่ยง

และจำเป็นต้องเดินทางเข้าไปภายในบริเวณโรงงาน ให้สวมหน้ากากอนามัย และปฏิบัติตามหลัก social distancing

3) พนักงานที่ไปศึกษาดูงานหรือเดินทางต่างประเทศ ที่เป็นพื้นที่การระบาดตามประกาศของกรมควบคุมโรค เมื่อกลับมาให้กักตัวเป็นเวลา 14 วัน

4) ระบบคัดกรองพนักงานก่อนเข้าทำงานมีการตรวจวัดอุณหภูมิตอนเช้าทุกวันพร้อมทั้งล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกคนแม้แต่แขก

5) ห้องประชุม, จุดสัมผัสร่วม, ห้องน้ำ มีการเพิ่มตารางเวลาการทำความสะอาด โดยเน้นทำความสะอาดจุดสัมผัสร่วมเช่นลูกบิดประตู

6) แก้วน้ำดื่มใช้เป็นแก้วกระดาษ ส่วน ช้อน, ชาม, อุปกรณ์รับประทานอาหาร มีเครื่องล้างอัตโนมัติและอบฆ่าเชื้อ

7) ทางบริษัทจัดตารางให้พนักงานพักกลางวัน 2 ช่วง เวลา คือ 11.00-12.00 น. และ 12.00-13.00 น. และเน้นให้ซื้อกลับบ้านกินที่โต๊ะทำงาน ที่โรงอาหารมีการจัดเว้นระยะห่างระหว่างที่นั่ง

8) ระบบขนส่งคนงานรถรับ-ส่ง มีการทำความสะอาด

และฆ่าเชื้อโรคด้วยน้ำยาทำความสะอาดทุกวัน (โดยน้ำยาฆ่าเชื้อใช้ผลิตภัณฑ์ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค)

9) ทางโรงงานเปิดศูนย์บัญชาการเพื่อรับแจ้ง มีข่าวสารและอาการผิดปกติ รวมถึงการวัดอุณหภูมิ ของผู้ถูกกักกันในแต่ละวัน มีการดูแลการกักกันพนักงานเสี่ยงสูงจำนวน 85 คนโดย สนับสนุนอาหาร ตั้งกรู๊ปไลน์เพื่อเป็นช่องทางสื่อสาร และทำความเข้าใจแก่พนักงานที่ถูกกักตัว

10) ทำความสะอาดและปิดบริเวณปฏิบัติงานของผู้ติดเชื้อเช่น Office และแผนกสี

11) จุดสัมผัสร่วมบางส่วน ยังไม่สามารถแยกกลุ่มที่มาสัมผัสได้เช่นห้องน้ำหรือร่วมโต๊ะอาหาร ได้ดำเนินการขออนุญาต CCTV และประชาสัมพันธ์ให้พนักงานทุกคนใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ หากมีอาการป่วยให้ประสานไปยังศูนย์บัญชาการ

12) ทางโรงงาน จะจัดห้องพักเพิ่มเติมในกรณีที่ถูกกักกันอยู่เป็นครอบครัวและไม่สามารถจัดการได้

ทางทีมผู้สอบสวนโรคได้ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาและกักตัวที่ รพ.พุทธโสธร ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2563 ระหว่างการรักษาได้ยา Chloroquine, Lopinavir/ritonavir, Favipiravir ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติ ได้รับการตรวจหาสารพันธุกรรมของ SARS-CoV 2 ด้วยวิธี RT-PCR ก่อนออกจากโรงพยาบาลไม่พบเชื้อ หลังออกจากรพ.พุทธโสธร ได้กักตัวต่อที่ที่พักอีก 14 วัน

ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ติดตามได้ทั้ง 87 คน ไม่มีรายใดที่มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI และเก็บตัวอย่างตรวจหาสารพันธุกรรมของ SARS-CoV 2 ด้วยวิธี RT-PCR ทุกคน โดยเก็บวันที่ 5 เป็นต้นไป หลังจากสัมผัสผู้ป่วย โดยพบว่าผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 2 รายที่ตรวจพบเชื้อ SARS-CoV 2

สัมผัสเสี่ยงสูง 2 รายที่ตรวจพบเชื้อ SARS-CoV 2 ได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และทีมควบคุมโรคได้ประสานกับทางโรงงานค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วย 2 รายนี้พบว่าจำนวน 33 ราย ทุกรายถูกกักตัวและวัดไข้ทุกวันเป็นเวลา 14 วัน และได้รับการตรวจหาสารพันธุกรรมของ SARS-CoV 2 ด้วยวิธี RT-PCR ทุกคน โดยพบว่าทั้ง 33 คน ไม่มีรายใดที่ตรวจพบเชื้อ SARS-CoV 2

ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำที่ติดตามได้ ทั้ง 23 คนไม่มีรายใดที่มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI และจากการติดตามเป็นระยะเวลา 14 วัน ไม่มีรายใดมีอาการตามเกณฑ์ PUI

ณ ข้อมูลวันที่ 17 มิถุนายน 2563 ผู้ป่วยโรค

COVID-19 จะเชิงเทรมีจำนวนทั้งสิ้น 21 ราย รายที่ 21 ได้รับการรายงานเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2563 จากการสอบสวนโรคพบผู้ป่วยโรค COVID-19 จำนวน 2 ราย (ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง) ที่ติดเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย

ณ ข้อมูลวันที่ 17 มิถุนายน 2563 จากการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ติดเชื้อจากสนามกอล์ฟ ร้านอาหารดนตรีสดที่ผู้ป่วยไป

สรุป

ณ ข้อมูลวันที่ 17 มิถุนายน 2563 ผู้ป่วยโรค COVID-19 จะเชิงเทรมีจำนวนทั้งสิ้น 21 ราย ผู้ป่วยเป็นรายที่ 3 ของจังหวัดจะเชิงเทรา จากการสอบสวนโรคยังไม่ทราบแหล่งที่ผู้ป่วยติดเชื้อชัดเจน แต่คาดว่าน่าจะติดตามจากพื้นที่นอกจังหวัดจะเชิงเทรา การระบาดครั้งนี้มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 3 คน มี 1 คน (index case) ที่มีอาการป่วย คิดเป็นร้อยละ 33.33



ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งสิ้น 94 คน สามารถติดตามเพื่อกักตัวและทำ Nasopharyngeal and throat swab ส่ง PCR for SARS-CoV 2 ได้ 87 คน (Response rate 92.55%) มี 2 รายที่ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV 2 (Attack rate 2.12%) โดย 1 รายเป็นเพื่อนร่วมงานที่อยู่แผนกเดียวกับผู้ป่วย นั่งทำงานโต๊ะติดกับผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้ายหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการแล้วหนึ่งวัน (Attack rate ของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงสาขาจะเชิงเทรา = 1.49%) อีก 1 ราย เป็นพนักงานสาขาสมุทรปราการที่นำเสนอผลงานร่วมกับผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้ายหนึ่งวันก่อนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ (Attack rate ของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงสาขาสมุทรปราการ = 5.55%) เมื่อติดตามหาผู้สัมผัสของสองรายนี้จำนวน 33 รายไม่พบว่ามีผู้ใดตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV 2

ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำประมาณ 155 ราย สามารถติดตามเพื่อเฝ้าระวังได้ 30 ราย (Response rate 19.35%) ไม่มีผู้สัมผัสรายใดที่มีอาการเข้าเกณฑ์ PUI

อภิปรายผล

1. การระบาดในครั้งนี้มีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงติดเชื้อ 2 ราย คิด attack rate ได้ 2.12% ซึ่งเมื่อคิด attack rate ของเพื่อนร่วมงานได้เท่ากับ 2.35% เมื่อแยกสาขาจะเชิงเทราและสมุทรปราการ ได้ 1.49% และ 5.55% ตามลำดับ โดยไม่พบการติดเชื้อในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในครอบครัว สถานพยาบาล และในชุมชน (ทั้งเชิงเทรา, สมุทรปราการ, นนทบุรี) และเมื่อติดตามต่อ ไม่พบการแพร่กระจายเชื้อใน second generation เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ไม่ทำให้เกิดการระบาดในวงกว้าง ได้แก่

- ปัจจัยด้านบุคคล : ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในที่ทำงาน หรือไปในแหล่งชุมชน เนื่องจากตระหนักถึงความรุนแรงของโรคจากข้อมูลที่ได้รับจากสื่อ ผู้ติดเชื้อหนึ่งรายนั่งทำงานโต๊ะติดกับผู้ป่วยที่สาขาเชิงเทราเป็นลูกน้องสายตรงที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ติดเชื้ออีกรายเป็นผู้นำเสนอผลงานที่สาขาสมาชิกฯ นั่งโต๊ะนำเสนอผลงานตัวเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งผู้สัมผัสรายนี้มีโรคประจำตัวเป็นโรคภูมิแพ้ มีพฤติกรรมชอบเอามือจับจมูก

- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม : ห้องทำงานขนาด 10*10 เมตร เป็นห้องปิด ติดเครื่องปรับอากาศ มีเพื่อนร่วมงานอยู่ในห้องเดียวกัน 30 คน แต่ติดเชื้อเพียง 1 คน, ผู้ที่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะหรือร่วมห้องกับผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้อ (อาหารบุฟเฟต์) แสดงให้เห็นว่า หากอยู่ในห้องปิดร่วมกันเป็นระยะเวลานาน แต่หากสวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ ช่วยลดการติดเชื้อได้

- ปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถชะลอหรือหยุดการแพร่กระจายเชื้อ SARS-CoV 2 ได้แก่ การควบคุมโรคที่รัดกุมทันต่อเวลา, การร่วมมือของฝ่ายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายการปกครอง ฝ่ายโรงงาน และภาคประชาชน, การค้นหาและกักตัวผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการสัมผัสเชื้อ SARS-CoV 2 การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV 2 ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทุกราย (แม้ว่าจะไม่มีอาการ), การให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการติดเชื้อให้แก่ประชาชน, การปฏิบัติตามหลัก social distancing สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ อย่างเคร่งครัด และจากมาตรการในการควบคุมโรคทั้งระดับประเทศและของจังหวัดเชิงเทรา

2. จากการสอบสวนโรคพบว่าผู้ป่วยมาอาการไอ เจ็บคอ แต่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI (ตามนิยามในขณะนั้น) เนื่องจากไม่มีประวัติสัมผัสและไม่ได้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง) แต่เนื่องจากผู้ป่วยกังวลใจจึงชำระเงินเองเพื่อขอตรวจหาเชื้อ

SARS-CoV 2 ซึ่งอาจใช้เป็นข้อมูลหนึ่งในการปรับนิยามผู้ที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

3. ผู้สัมผัสส่วนมากที่สามารถแยกกัก ติดตามควบคุมโรคได้ ส่วนมากมาจากกลุ่มผู้ร่วมงาน ส่วนกลุ่มผู้สัมผัสในชุมชนสามารถติดตามได้น้อย ซึ่งอาจติดเชื้อและแพร่กระจายต่อได้ ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ประชาชนใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เพื่อเพิ่มความสามารถในการติดตามผู้สัมผัส

4. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ตรวจพบเชื้อรายแรกอาจเป็นผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการหนึ่งวัน อีกรายสัมผัสหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วยแล้วหนึ่งวัน และทั้งสองราย (ไม่มีอาการป่วย) นี้ไม่แพร่เชื้อต่อ เป็นการสนับสนุนข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่ว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือยังไม่แสดงอาการ มีโอกาสในการแพร่เชื้อต่ำกว่าผู้ป่วยที่แสดงอาการ⁽³⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชิงเทรา, กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชิงเทรา, คณะผู้บริหารและพนักงานโรงงานเอกชนที่ผู้ป่วยรายนี้ทำงาน, ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อำเภอลำลูกเกด, ทีมปกครอง อำเภอแปลงยาว จังหวัดเชิงเทรา, กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนและควบคุมโรค COVID-19 ในครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.//คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.//สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2563./จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.//แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ฉบับ 3 มีนาคม 2563.//สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2563./จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.

3. World health organization.// Transmission of COVID-19 by asymptomatic cases ./ สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2563./ จาก <http://www.emro.who.int/pdf/media/news/transmission-of-covid-19-by-asymptomatic-cases.pdf>.

ความชุกของผู้เข้ารับยาต้านไวรัส (รายใหม่) ในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง (Prevalence of New case Patients In Antiretroviral Clinic, Banglamung Hospital)

ธนากร อรุณงามวงศ์*
Thanakorn Arun-ngamwong*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลบางละมุง ในปีงบประมาณ 2562 ประชากร คือ ผู้เข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 201 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงใช้เกณฑ์การคัดเข้าจากผู้รับยาต้านไวรัสที่สมัครใจ และมีอายุ ≥ 15 ปี จำนวน 143 คน ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการรับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และไคสแควร์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปผลการวิจัย พบว่า ผู้เข้ารับบริการเป็นเพศชายร้อยละ 65 พบนัยสำคัญที่ระดับ .05 ของผลการรักษาของผู้เข้ารับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับอาชีพ รายได้ และการติดเชื้อฉวยโอกาส การมาตามนัดกับอาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาของบางละมุงการศึกษาในระดับมัธยมปลาย และการไม่แสดงของโรค PCP อาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับรายได้ ระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมปลายขึ้นไป ส่วนของปริมาณ CD4 พบนัยสำคัญทางสถิติของปริมาณ $CD4 < 100$ มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ถ้า $CD4 > 300$ ไม่แสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวี ช่วงหลังการเริ่มยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ที่เข้ารับยาต้านไวรัสมีปริมาณ CD4 เพิ่มขึ้น อาการแสดงของวัณโรคและ PCP พบเมื่อปริมาณ $CD4 < 100$ สรุปผลการศึกษา ผู้เข้ารับบริการที่ดูแลสุขภาพตามแผนการรักษามีโอกาสเกิดอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี และค่า CD4 อยู่ในเกณฑ์ที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้น้อย

Abstract

The purpose of this research was to study the basic information of the patients at the antiretroviral drug clinic of Banglamung Hospital in 2019. The

population was 201 people attending the antiretroviral drug clinic of Banglamung Hospital. Inclusion criteria for new case of drug recipients who were ≥ 15 years old, 143 people. The researcher created the record form, divided into general information and the information form on the visit to the antiretroviral drug clinic. The statistic used mean, percentage and chi-square analysis. The results showed 65 percent were male and treatment outcomes of antiretroviral drug patients were related to occupation, income and opportunistic infection. Regularly to appointment patients were related to occupation, universal health coverage of Banglamung, High school education and asymptomatic PCP patients. Asymptomatic HIV infection related to with high Income and high education level. The CD4 level was found that significant of HIV symptoms when the CD4 level < 100 and showed no symptoms of HIV if CD4 level > 300 infection. After an initiation period of antiretroviral therapy found CD4 level increases. When the CD4 level < 100 was found Symptoms of tuberculosis and PCP. Conclusion: patients who behave the treatment plan were less likely to develop symptoms of HIV infection and the CD4 level was less likely to have an opportunistic infection.

คำสำคัญ : ความชุก/ ผู้เข้ารับยาต้านไวรัส (รายใหม่)

Keywords : Prevalence/ New case Patients in Antiretroviral Clinic

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ (AIDS ; acquired immunodeficiency syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี แนวโน้มในการติดเชื้อรายใหม่จะลดลง ในปี พ.ศ.2546 Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) และ World Health Organization (WHO) ปัจจุบันโรคเอดส์ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีเพียงการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสไม่ให้มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว สูตรมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์ในปัจจุบัน คือ ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy ; HAART) เนื่องจากลดปริมาณไวรัสในเลือดลงจนไม่สามารถวัดได้เป็นระยะเวลานาน เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย⁽¹⁾ การได้รับการวินิจฉัยแต่เริ่มแรกและการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผลการรักษา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นระยะๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยป้องกันหรือแก้ไขการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ทันทั่วทั้งที่ กระทรวงสาธารณสุขของไทยจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่ (Access To Care ; ATC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และขยายโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (National Access to Antiretroviral Programs for people HIV AIDS; NAPHA) ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2545⁽²⁾ โดยมีจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจนถึงปัจจุบันจำนวนทั้งสิ้น 849 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาในปัจจุบันทั้งสิ้น 33,481 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี ⁽³⁾

โรงพยาบาลบางละมุงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 290 เตียง เข้าร่วมโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2561 เฉลี่ย 700 – 800 รายต่อวัน จำแนกในคลินิกยาต้านไวรัส 55-60 รายต่อสัปดาห์ มีอายุรแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาสําหรับคลินิกยาต้านไวรัสได้จัดพื้นที่แยกออกจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่ออำนวยความสะดวก สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยได้มีพื้นที่ที่สามารถพูดคุยกันได้อย่างเป็นอิสระจากผู้ป่วยอื่น ๆ พื้นที่ห้องเอกซเรย์อยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจ เขตอุตสาหกรรม และเขตท่องเที่ยว จึงเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีโอกาสพบกลุ่มเป้าหมายได้สูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของ

ผู้เข้ารับการยาด้านไวรัส (รายใหม่) ในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดการหรือปรับปรุงระบบการจัดการในคลินิกยาด้านของโรงพยาบาลบางละมุงต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้เข้ารับการยาด้านไวรัสในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุง
2. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการรักษายาของผู้เข้ารับการยาด้านไวรัสในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการรักษาของผู้เข้ารับการยาด้านไวรัสในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับบริการที่คลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลบางละมุง โดยผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลด้านการเข้ารับบริการที่คลินิกยาด้านไวรัส วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ และไคสแควร์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ประชากร คือ ผู้เข้ารับการยาด้านไวรัสที่ยังมาติดตามอาการในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุง ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้เข้ารับการยาด้านไวรัสรายใหม่ในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุงในปีงบประมาณ 2562 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี 2) ผู้รับยาด้านไวรัสรายใหม่ที่ยังไม่สมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้เข้ารับการยาด้านไวรัสรายใหม่ในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุงในปีงบประมาณ 2562 ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี 2) ผู้รับยาด้านไวรัสรายใหม่ที่ยังไม่ยินยอมเริ่มยา

ผลการศึกษา

ผู้เข้ารับบริการที่คลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลบางละมุง พบว่า ผู้เข้ารับบริการเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย 93 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และเพศหญิง 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31 – 40 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่วนอาชีพที่พบมากที่สุด คือ รับจ้าง จำนวน 122 คนคิดเป็นร้อยละ 85.3 ใช้สิทธิการรักษา

ด้วยบัตรทองในพื้นที่ รพ.บางละมุง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมปลาย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง พบว่า ร้อยละ 100 มีสาเหตุการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ ส่วนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าจำนวน 122 คนไม่ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 85.3 แต่พบจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ใช้น้ำยา และ จำนวน

6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ใช้น้ำยาไอซ์ การใช้สุรา พบว่า ไม่ดื่มสุราจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ ไม่สูบบุหรี่จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6

ด้านอาการแสดงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่าจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 ไม่แสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนของผู้ที่แสดงอาการพบอาการแสดงของวัณโรค จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 และอาการแสดงของปอดอักเสบจากเชื้อราจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

1. การศึกษาความสัมพันธ์กับผลการรักษาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

ตารางที่ 1 การมาตามนัดกับอาชีพของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

อาชีพ	การนัด							df	Asymp. Sig. (2-sided)
	มาตรง	ขาดบาง ครั้ง	ขาดบ่อย	ขาดการ ติดต่อ	ย้าย	เสียชีวิต	ไม่ตรงนัด		
รับจ้าง	100	10	0	3	7	0	2	24	.000*
นร/นศ	6	0	0	0	0	0	0		
งานบ้าน	0	0	1	0	0	0	1		
ค้าขาย	1	0	0	0	0	0	0		
อื่นๆ	10	0	0	0	0	1	0		
	117	10	1	3	7	1	3		

*p <.05

ตารางที่ 2 การมาตามนัดกับสิทธิการรักษาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

สิทธิการรักษา	การนัด							df	Asymp. Sig. (2-sided)
	มาตรง	ขาดบาง ครั้ง	ขาดบ่อย	ขาดการ ติดต่อ	ย้าย	เสียชีวิต	ไม่ตรงนัด		
UC บางละมุง	66	4	0	3	2	0	2	24	.027*
UC ในพื้นที่	26	4	1	0	1	1	0		
ปกส	22	1	0	0	4	0	0		
เบิกได้	2	0	0	0	0	0	1		
UC นอกพื้นที่	1	1	0	0	0	0	0		
	117	10	1	3	7	1	3		

*p <.05

ตารางที่ 3 การมาตามนัดกับการศึกษาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

การศึกษา	การนัด							df	Asymp. Sig. (2-sided)
	มาตรง	ขาด บางครั้ง	ขาดบ่อย	ขาด การติดต่อ	ย้าย	เสียชีวิต	ไม่ตรงนัด		
ประถม	18	2	0	0	0	0	1	24	.032*
ม.ต้น	30	4	1	1	1	1	0		
ม.ปลาย	41	3	0	2	0	0	0		
ปวช/ปวส	21	0	0	0	7	0	2		
ป.ตรี	4	0	0	0	0	0	0		

*p <.05

ตารางที่ 4 การมาตามนัดกับการเป็น PCP ของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

อาการ PCP	การนัด							df	Asymp. Sig. (2-sided)
	มาตรง	ขาด บางครั้ง	ขาดบ่อย	ขาด การติดต่อ	ย้าย	เสียชีวิต	ไม่ตรงนัด		
ไม่มีอาการ	108	9	1	3	8	0	3	6	.038*
มีอาการ	9	1	0	0	0	1	0		

*p <.05

ตารางที่ 5 การมาตามนัดกับการเป็น TB ของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

อาการ TB	การนัด							df	Asymp. Sig. (2-sided)
	มาตรง	ขาด บางครั้ง	ขาดบ่อย	ขาด การติดต่อ	ย้าย	เสียชีวิต	ไม่ตรงนัด		
ไม่มีอาการ	93	6	1	3	8	0	2	6	.151
มีอาการ	24	4	0	0	0	1	1		

จากตารางที่ 1-5 พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 การมาตรงตามนัด อาชีพ สิทธิการรักษา การศึกษา การไม่เกิดอาการ PCP และไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการวัณโรค

2. เมื่อศึกษาความสัมพันธ์กับอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า

ตารางที่ 6 อาการของการติดเชื้อกับการศึกษาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

การศึกษา	อาการของการติดเชื้อ		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
ประถม	9	12	4	.001*
ม.ต้น	16	22		
ม.ปลาย	35	11		
ปวช/ปวส	25	5		
ป.ตรี	3	1		

*p <.05

ตารางที่ 7 อาการของการติดเชื้อกับรายได้ของผู้รับยาต้านไวรัสในคลินิกของโรงพยาบาลบางละมุง

รายได้ (บาท)	อาการของการติดเชื้อ		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
2001-5000	7	2	6	.005*
5001-10000	34	12		
10001-15000	24	9		
15001-20000	3	1		
>20000	2	0		
ไม่ทำงาน	14	19		
พิเศษ	5	11		
	89	54		

*p <.05

จากตารางที่ 6-7 ระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมปลายขึ้นไป และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการไม่เกิดอาการของการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ผู้ที่มีอาการของการติดเชื้อมีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมปลาย และผู้ที่ไม่ได้ทำงาน พบอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด

3. การศึกษาปริมาณ CD4 ช่วงเริ่มยาต้านและหลังทานยาต้านไวรัส จำนวน ทั้งหมด 128 คน คิดเป็นร้อยละ 89.51 มีผล CD4 ครั้งเดียว จำนวน 15 คน จากการย้ายที่อยู่ เสียชีวิตและยังไม่ครบวันนัด

ตารางที่ 8 อาการของการติดเชื้อกับ CD4 ช่วงการเริ่มยาของผู้รับยาต้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

CD4	อาการของการติดเชื้อ		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
<100	4	24	3	.000*
101-200	17	8		
201-300	10	4		
>300	52	9		

*p <.05

ตารางที่ 9 อาการของการติดเชื้อกับ CD4 ช่วงหลังการเริ่มยาของผู้รับยาต้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

CD4	อาการของการติดเชื้อ		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
<100	1	8	3	.000*
101-200	2	12		
201-300	6	4		
>300	74	21		

*p <.05

จากตารางที่ 8-9 พบว่าค่า CD4 ช่วงการเริ่มยา และช่วงหลังการเริ่มยา มีความสัมพันธ์กับอาการของการติดเชื้อของผู้รับยาต้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง อย่าง

มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ช่วงหลังการเริ่มยาต้านไวรัส คิดตามปริมาณ CD4 พบว่า ผู้ที่เข้ารับยาต้านไวรัส มีปริมาณ CD4 ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4. ความสัมพันธ์ของปริมาณ CD4 กับอาการของวัณโรค และ PCP ช่วงการเริ่มยาและช่วงหลังการเริ่มยา

ตารางที่ 10 การเป็นวัณโรคกับ CD4 ช่วงการเริ่มยาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

CD4	อาการของวัณโรค		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
<100	16	12	3	.002*
101-200	19	6		
201-300	12	2		
>300	56	5		

*p <.05

จากตารางที่ 8-9 พบว่าค่า CD4 ช่วงการเริ่มยา และช่วงหลังการเริ่มยา มีความสัมพันธ์กับอาการของการติดเชื้อของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง อย่าง

มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ช่วงหลังการเริ่มยาด้านไวรัส คิดตามปริมาณ CD4 พบว่า ผู้ที่เข้ารับยาด้านไวรัส มีปริมาณ CD4 ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 11 การเป็นวัณโรคกับ CD4 ช่วงหลังการเริ่มยาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

CD4	อาการของวัณโรค		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
<100	4	5	3	.000*
101-200	7	7		
201-300	9	1		
>300	83	12		

*p <.05

จากตารางที่ 10-11 พบว่าค่า CD4 ช่วงการเริ่มยามีความสัมพันธ์กับการเป็นวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยผู้ที่ปริมาณ CD4 < 100 จะแสดงอาการของวัณโรค

มากกว่าช่วงอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับยาด้านไวรัส พบว่าผู้เข้ารับยาด้านไวรัส มีแนวโน้มปริมาณ CD4 ที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 12 การเป็น PCP กับ CD4 ช่วงการเริ่มยาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

CD4	อาการของ PCP		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ		
<100	20	8	3	.000*
101-200	25	0		
201-300	13	1		
>300	61	0		

*p <.05

ตารางที่ 13 การเป็น PCP กับ CD4 ช่วงหลังการเริ่มยาของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง

CD4	อาการของ PCP		df	Asymp. Sig. (2-sided)
	ไม่แสดงอาการ	แสดงอาการ PCP		
<100	7	2	3	.001*
101-200	10	4		
201-300	9	1		
>300	93	2		

*p <.05

จากตารางที่ 12-13 พบว่าค่า CD4 ช่วงการเริ่มยา และช่วงหลังการเริ่มยามีความสัมพันธ์กับการเป็น PCP ของผู้เข้ารับยาด้านไวรัสในคลินิกโรงพยาบาลบางละมุง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีปริมาณ CD4 < 100 มีอาการแสดงของโรค PCP มากกว่าช่วง CD4 อื่น ๆ หลังจากที่ได้รับยาด้านไวรัส พบว่า ผู้เข้ารับยาด้านไวรัสมีแนวโน้มปริมาณ CD4 ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้อภิปรายผล ตามสมมติฐาน ดังนี้

1. อาชีพที่เข้ารับการรักษามากที่สุดในคลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลบางละมุง คืออาชีพรับจ้าง เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนสูงที่สุดในพื้นที่อำเภอบางละมุง ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจ การโรงแรม การท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมของภาคตะวันออก สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ พุฒิกานนท์⁽⁴⁾ พบเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำนา) ร้อยละ 22 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 55 ส่วนข้อมูลของ The MATTER สืบราชข้อมูลและสถิติของผู้ป่วยโรคเอดส์ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2527-2561 พบว่ากลุ่มอาชีพที่มียอดผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดคือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็น 38.93%

2. สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือ สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลบางละมุงเนื่องจากนโยบายภาครัฐที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิได้เพื่อเพิ่มโอกาสเข้าถึงการรักษา ผู้ที่จะเข้ารับยาในพื้นที่ใดจึงต้องย้ายสิทธิไปตามพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทินารี คงยืน⁽⁵⁾ พบว่าการเข้าถึงยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันเข้าถึงยาสูตรพื้นฐานได้ทุกคนตามสิทธิการรักษา โดยมี 3 กองทุนหลัก คือ กองทุนประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ โดยใช้เกณฑ์การเริ่มให้ยา

อ้างอิงจากหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

3. ระดับการศึกษา ที่พบมากเป็นกลุ่มมัธยมปลาย ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มอาชีพรับจ้างตามลักษณะของภูมิเศรษฐกิจของพื้นที่อำเภอบางละมุง เป็นส่วนที่ทำให้ผู้เข้ารับยาด้านไวรัสมีความสามารถในการทำความเข้าใจกับอาการ คำแนะนำจากทีมสุขภาพ รวมถึงการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เผชิญ ซึ่ง ไชยวัฒน์ อุตะเกา นายแพทย์ชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ โรงพยาบาลสิรินธร กล่าวว่า “เมื่อผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานยาด้านไวรัส การรับประทานอาหาร การป้องกันและแพร่ กระจายเชื้อ การมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย จะมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์” สอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่วงวัฒนะ และคณะ กล่าวว่า “พฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์มีผลต่อการแพร่กระจาย และพัฒนาความรุนแรงของโรคเอดส์” และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์พบว่า เมื่อผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่ดี จะลดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และสามารถช่วยลดงบประมาณค่ารักษาได้⁽⁶⁾

4. ผู้เข้ารับยาด้านไวรัสที่มาตรงตามนัด ไม่มีความสัมพันธ์กับวันโรค อาจมีสาเหตุจากการที่วันโรคเป็นโรคที่สามารถเกิดจากปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัวอื่นๆ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยรบกวนในการมารับยาด้านไวรัส และโรคเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ยาที่ใช้รักษาก่อนผลข้างเคียงทำให้ร่างกายทนต่อผลข้างเคียงไม่ได้ ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยา หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัสได้มากขึ้น การศึกษาของ นพดล พิมพ์จันทร์ พรณา สุครเวทย์ศิริ นงลักษณ์ เทสนา และสุนิสา ชายเกลี้ยง⁽⁷⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสก่อนการรักษาวันโรคมีโอกาสน้อยที่จะเกิดผลการรักษาวันโรคไม่สำเร็จ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาด้านไวรัส และผู้ป่วยที่ได้รับ

ขาด้านไวรัสขณะรักษาวัณโรคก็เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ การศึกษาของกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และวิทยา สวัสดิ์ดุสิตพงศ์⁽⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 $\leq$ 350 เซลล์/ลบ.มม. และ วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 25.2 และการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจะลดลงมากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 $>$ 350 เซลล์/ลบ.มม. และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีระดับ CD4 $\leq$ 350 เซลล์/ลบ.มม. ถ้าได้รับยาต้านไวรัสสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้

5. CD4 กับอาการของโรค PCP เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง โรคปอดติดเชื้อ PCP เป็นการติดเชื้อฉวยโอกาสเมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า CD4 $<$ 100 พบอาการแสดงของ PCP มากกว่าในช่วง CD4 กลุ่มอื่นๆ เป็นไปตามแนวทางของสมาคมโรคติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยที่กำหนดเริ่มการให้ยาป้องกันโรค PCP เมื่อ CD4 $<$ 200 ดังนั้นการตรวจ CD4 ในช่วงติดตามการรักษาจะเป็นเครื่องมือช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเพื่อเริ่มการให้ยาต้านไวรัส ซึ่ง เพชรดา จำนัณ⁽⁸⁾ ศึกษาผลข้างเคียงของยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มยาต้านไวรัสในปีแรกของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลปี 2556 ถึง 2558 พบว่า ค่า CD4 ก่อนเริ่มยามีค่าไม่แตกต่างกันมากนักโดยกลุ่มที่ทานยาสม่ำเสมอ มีค่า CD4 เฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย ค่า CD4 ก่อนเริ่มยาในรายที่มีจำนวนมากที่สุด มากกว่า 500 ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 แต่ค่า Viral load หลังเริ่มยาของทั้งสองกลุ่มนั้นยังพบค่า Viral load ที่มากกว่า 1000 แปลว่ามีการรักษาล้มเหลว ในทั้งสองกลุ่มๆ ละ 1 ราย โดยในกลุ่ม adherence นั้น พบว่า น่าจะเป็นผู้ป่วยที่รับเชื้อตัวยามาตั้งแต่แรก ในกลุ่ม poor-adherence นั้น ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือ เบาหวาน มีประวัติ ดื่มสุรา ทานยาไม่สม่ำเสมอไม่มาตามนัด การติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ผู้ป่วยต้องทานยารักษามากขึ้นและอาจทำให้มีผลข้างเคียงนอกเหนือจากยาต้านไวรัสได้ โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ต้องรับประทานยาที่มีผลข้างเคียงมาก ระยะเวลา ยาวนาน มีโอกาสแพ้ยาสูง เช่น วัณโรค ปอดติดเชื้อ Pneumocystis jirovecii pneumonia และการติดเชื้อรา Cryptococcus

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ สามารถนำข้อมูลงานวิจัย มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการรับยาต้านไวรัส ในเรื่องของการติดตามการรักษา โดยอาศัยข้อมูลเรื่อง เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ปริมาณ CD4 อาการของโรค โอกาสที่ผู้ป่วยจะมาติดตามอาการตามนัด เพื่อเป็นแบบอย่างในการศึกษาข้อมูลต่อไป และมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณ CD4 กับอาการของวัณโรค และ PCP ผู้วิจัยพิจารณาว่าควรมีการติดตามอาการของวัณโรค หลังทานยาต้านไวรัส ว่าอาการของวัณโรค ดีขึ้น หรือ แย่ลง ในช่วงใดของปริมาณค่าไวรัสที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงปัจจัยด้านโรคประจำตัว และปัจจัยด้านสถานะผู้ต้องขังที่อยู่ในคลินิก ยาต้านไวรัส

สรุป

ผู้เข้ารับบริการที่ดูแลสุขภาพตามแผนการรักษามีโอกาสเกิดอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี และค่า CD4 อยู่ในเกณฑ์ที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. มัทนา หาญนิษฐ์. การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์. ใน : พรณพิศ สุวรรณกุล และ ชีระพงษ์ ตันทวีเชียร, บรรณาธิการ. Update in antimicrobial agent and vaccinations. กรุงเทพฯ : หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2544. หน้า 321-347.

2. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานตามโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (NAPHA) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2547 แหล่งที่มา : http://www.aidssthai.org/arrv03_1.html [2547, มิถุนายน 25]

3. งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์จังหวัดราชบุรี [online]. 2548 แหล่งที่มา : <http://rbpho.moph.go.th/webaids/AIDS460930.pdf> [2548, กันยายน 30]

4. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และวิทยา สวัสดิคุณพงศ์. (ม.ป.ป). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดตาก ปี 2554-2556. เข้าถึงได้จาก http://www.cqihiv.com/.%5CPoster1stQIForum%5C27_TB_รพ.แม่สอด.pdf .

5. นันทินารีกยีน. (2561). การเข้าถึงยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กรณีคาดการณ์การเข้าร่วมเขตการค้าเสรีภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายนธันวาคม 2561 : 349

6. อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาทูทา และ อารีชีวะเกษมสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิรินธร สังกัด

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2558

7. นพดล พิมพ์จันทร์, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ, นงลักษณ์ เทศนา และสุนิสา ชายเกลี้ยง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จในผู้ติดเชื้อร่วม เอชไอวี-วัณโรค จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 มิถุนายน - กันยายน 2554.

8. เพชรดา ถ้ามณี. (2560). ผลข้างเคียงของยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสในปีแรกของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลปี 2556 ถึง 2558. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) พ.ศ. 2560 (48-54).

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

โสภา เจ็นจัด พยม.* , อรณูх สดเล็ก พยบ*,
อมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์ ปรด**
* โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า **นักวิชาการอิสระ ,
อาจารย์พิเศษสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทนไตจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นแต่จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม ร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา ศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทั้งหมด 43 คน ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตฉบับย่อภาษาไทย และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 43 คน มีอายุเฉลี่ย 57.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.27 มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรคไตวายเรื้อรังเท่ากับ 71.94 โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมและให้กำลังใจของบุคลากรทางการแพทย์ ผลกระทบจากการเป็นโรคไตเรื้อรังการได้ปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม และการสนับสนุนและช่วยเหลือของสังคม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 85.47 83.79 84.03 และ 83.33 ตามลำดับ และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ย 69.66 คะแนน และคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 56.56 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้องอยู่ระดับดี โดยเฉพาะการเก็บรักษาชนิด การสนับสนุนของครอบครัว และการกำจัดถุงน้ำยา

ที่ใช้แล้ว

สรุปและข้อเสนอแนะ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะดีขึ้นหากได้รับการให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่การสนับสนุนทางสังคม และการได้ปฏิบัติสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในสังคม เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสถานภาพในการทำงานและความสามารถทางร่างกายต่ำกว่าคนทั่วไป ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการให้สังคมและชุมชนมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, โรคไตเรื้อรัง, ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

A Study of Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province Sopa Jenjud, Aoranuch Soodlek, and Amornrat Anuwatnonthakate

Abstract

BACKGROUND : Chronic kidney disease (CKD) is an important public health problem in Thailand. The incidence of CKD is rapidly increasing. Although Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) could maintain the extension of patient's life, the patients and family would have to encounter with physical, mental and socioeconomics problems which affected to their quality of lives.

OBJECTIVES : To study quality of life and evaluate practice of peritoneal dialysis at home in the patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis at Wiang Pa Pao district, Chiang Rai province.

METHODS : A cross-sectional study was conducted in 43 patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis at home. The quality of life was assessed by using the KDQOL-SFTM (Short form of the Kidney Disease Quality of Life Questionnaire). Descriptive statistics; frequency, percentage, mean, and standard deviation were applied to analyze general information, quality of life, and practice of CAPD at home.

RESULTS : Of 43 chronic CAPD patients ; mean age was $57.47 \pm SD 13.27$ years old. High mean score (71.94) was found in kidney disease component summary with mean scores of staff encouragement, effect of kidney disease, quality of social interaction, and social support at 85.47, 83.79, 84.03, and 83.33 respectively. The mean scores were found in mental component summary, and physical component summary at 69.66 and 56.56 respectively. Almost patients have good practical of dialysis at home especially of keeping dialysis fluid, family support, and discarding of dialysis bags.

CONCLUSION AND SUGGESTION : quality of life among chronic CAPD patients depended on staff encouragement, effect of kidney disease, quality of social interaction, and social support. Strengthening of staff knowledge and capacity to take care CAPD patients should be concerned. Social and community participants should be engaged into health system for improving quality of lives of CAPD patients.

Keywords : Quality of life, Chronic Kidney Disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พบมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 ของประชากร เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ผู้ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายพบว่าปี 2561 ถึง 2563 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 27,999, 26,638 และ 29,660 คน ตามลำดับ² โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า มีสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายปี 2561 ถึง 2563 จำนวน 133, 132

และ 131 คน คิดเป็นร้อยละ 2.23, 3.94, 7.52 ตามลำดับ ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 48, 56 และ 51 คน และพบว่ามีโรคติดเชื้อในช่องท้อง ร้อยละ 15.00, 18.60, 4.44 ตามลำดับ³

ผู้ป่วยไตวายเป็นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต¹ นอกจากนั้นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยใช้วิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายและค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีอื่น อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ล่าช้า ระยะของโรครุนแรงมากขึ้น มีความจำเป็นต้องติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา^{5,6} อาชีพ และความสามารถในการเปลี่ยนถ่ายน้ำด้วยตนเอง ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดล้างไตกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความแตกต่างกันเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังมีข้อมูลไม่มากนัก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน

ปัจจุบันระบบการให้บริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ตติยภูมิที่เริ่มต้นการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายด้วยการบำบัดทดแทนไตยังขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ซึ่งหากขาดการกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแล้ว อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ซึ่งจะได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้ได้ตาม

มาตรฐานและมีความปลอดภัย มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง และศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

ศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) ในประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 ถึง เดือนมกราคม 2564 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 43 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีความพิการที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร และมีความบกพร่องทางจิต เช่น โรคทางจิตเวช หรือการทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง เป็นต้น ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลทั้งหมด หรือตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังฉบับย่อภาษาไทย (Kidney Disease Quality of Life Short Form – KDQOL SF™ version 1.3)⁸ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป คือแบบสอบถาม Short Form 36 (SF-36) วัดคุณภาพชีวิตทั่วไป แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ (Physical component summary-PCS) และด้านจิตใจ (Mental component summary-MCS) คำตอบในแบบสอบถามแต่ละข้อจะถูกแปลงเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ 100 คะแนน หมายถึง

คุณภาพชีวิตดี แบบสอบถามได้รับการทดสอบการหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 40 คน มีผลที่ 0.842 (Noppawan Pukpobsuk et. al., 2012) และแบบสอบถามได้รับการทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SF) ฉบับภาษาไทย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของส่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคไต อยู่ในช่วง 0.49-0.86⁸

3). แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง^{9,10,11,12} ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและมาตรฐานการดำเนินการในการล้างไตทางช่องท้อง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนในการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง 13 หัวข้อ ดังนี้ สภาพแวดล้อมของที่พัก ห้องน้ำ/ที่ล้างมือ/สบู่ล้างมือ ห้องที่ผู้ป่วยพัก สถานที่เปลี่ยนน้ำยาสถานที่เก็บน้ำยาถุงใหม่ อุปกรณ์ในการเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย การเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย วิธีการจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว จัดบันทึกการล้างไต การเก็บรักษายาที่ใช้รับประทาน การเก็บรักษา ยาฉีด การประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วย การประเมินครอบครัวของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลปัญหาที่พบทางการล้างไตทางช่องท้อง และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยไตเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ใบลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ศึกษาและทำความเข้าใจแบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้องให้มีความเข้าใจตรงกันแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม

2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (กลุ่มตัวอย่าง) จะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการใช้คู่มือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและต้องการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างก็จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิต และการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ข้อมูลจะเป็นคนอ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบตาม

ความเป็นจริง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ยอมให้ข้อมูลที่มีความอ่อนไหว สามารถเว้นการให้ข้อมูลในข้อคำถามนั้นๆ ได้

4. ผู้วิจัยลงเก็บแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้องที่บ้านของผู้ป่วย

5. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมด จากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวมและบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ข้อพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หนังสือรับรองเลขที่ 63/2563 ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและสังคม (sociodemographic)

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 43 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.27 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.1 สถานภาพสมรสร้อยละ 74.4 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 72.1 ครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 72.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คนร้อยละ 67.4 อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทร้อยละ 79.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.5 ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลร้อยละ 100 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าสามพันบาท ร้อยละ 69.8 มีหนี้สินก่อนการฟอกไตร้อยละ 55.8 ระยะทางจากที่บ้านไปยังโรงพยาบาลที่ดูแลเรื่องฟอกไตเฉลี่ย 122.33 กิโลเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลตนเองในส่วนของการพึ่งพาในการดูแลสุขภาพร้อยละ 79.1 และมาฟอกไตด้วยตนเองร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยในเขตตำบลแม่เจดีย์ใหม่ ร้อยละ 23.3 ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
≤ 45	8 (18.6)
> 45	35 (81.4)
อายุเฉลี่ย (ปี)(± SD)	57.47 ± 13.27
เพศ	
ชาย	25 (58.1)
หญิง	18 (41.9)
สถานภาพ	
โสด	4 (9.3)
สมรส	32 (74.4)
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	7 (16.3)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (13.9)
ประถมศึกษา	31 (72.1)
มัธยมศึกษา	5 (11.7)
ปวช./ปวส.	1 (2.3)
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	31 (72.1)
ครอบครัวขยาย	9 (20.9)
อยู่ตัวคนเดียว	2 (4.7)
อื่นๆ	1 (2.3)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	
≤ 3	29 (67.4)
> 3	14 (32.6)
ที่อยู่อาศัย	
ชุมชนเมือง	9 (20.9)
ชุมชนชนบท	34 (79.1)
ศาสนา	
พุทธ	39 (90.7)
คริสต์	4 (9.3)
อาชีพหลัก	
ลูกจ้าง	6 (14.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	15 (34.9)
ธุรกิจส่วนตัว	2 (4.7)
เกษตรกร	20 (46.5)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง	43 (100.0)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
≤ 3,000	30 (69.8)
> 3,000	13 (30.2)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	3,227.91 ± 2904.21
เงินเหลือเก็บ	
เหลือเก็บ	7 (16.3)
ไม่เหลือเก็บ (พอดี)	19 (44.2)
ไม่พอใช้จ่าย (เป็นหนี้)	17 (39.5)
หนี้สินก่อนฟอกไต	
มี	24 (55.8)
ไม่มีหนี้สิน	19 (44.2)
ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลที่ดูแลเรื่องฟอกไต (กม.)	
≤ 90	1 (2.3)
>90	42 (97.7)
ระยะทางเฉลี่ย (กม.) (± SD)	122.33 ± 17.13
การพึ่งพาในการดูแลสุขภาพ	
ดูแลตนเอง	34 (79.1)
คู่ครองดูแล	4 (9.3)
แม่หรือพ่อ/พี่น้อง/ญาติ	5 (11.6)
การมาฟอกไต	
มาเอง	23 (53.5)
คู่ครองพามา	6 (14.0)
พ่อ-แม่พามา	1 (2.3)
บุตรพามา	13 (30.2)
ตำบลที่อยู่อาศัย	
สนธิ์	5 (11.6)
เวียง	6 (14.0)
บ้านโป่ง	3 (7.0)
ป่าจั่ว	8 (18.6)
เวียงกาหลง	7 (16.3)
แม่เจดีย์	4 (9.3)
แม่เจดีย์ใหม่	10 (23.3)

SD=standard deviation

2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (KDQOL-SF)

ผลของคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตวายเรื้อรัง (Kidney Disease Quality of Life Short Form-KDQOL-SF™) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรคไตวายเรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย 71.94) โดยเฉพาะด้านการให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ (Staff encouragement) ผลจากการเป็นโรคไตเรื้อรัง (Effect of kidney disease) การได้ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆในสังคม (Quality of social interaction) และการสนับสนุนทางสังคม

(Social support) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 85.47, 83.79, 84.03 และ 83.33 ตามลำดับ ในส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตต่ำในด้านสถานภาพในการทำงาน (Work status) และข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (Role physical) โดยพบคะแนนเฉลี่ย 30.23 และ 42.44 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ย 69.66 คะแนน และคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านร่างกาย พบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 56.56 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ลงไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ตามองค์ประกอบ (KDQOL-SF™)

Dimension	Quality of life	n	Mean	Standard Deviation	Min.	Max.	Mean score ≤ 50, n(%)
KDCS	1.Symptom and problem	43	76.41	14.31	31.25	100.00	2 (4.65)
	2. Effect of kidney disease	43	83.79	19.54	25.00	100.00	6 (13.95)
	3. Burden of kidney disease	43	50.29	26.93	0	100.00	25 (58.14)
	4. Work status	43	30.23	41.23	0	100.00	34 (79.07)
	5. Sexual function	9	72.22	30.48	12.50	100.00	2 (22.22)
	6. Cognitive function	43	81.40	21.99	26.67	100.00	6 (13.95)
	7. Quality of social interaction	43	84.03	17.94	33.33	100.00	3 (6.98)
	8. Patient satisfaction	43	74.42	18.67	33.33	100.00	5 (11.63)
	9. Staff encouragement	43	85.47	19.85	25.00	100.00	3 (6.98)
	10. sleep	43	70.06	21.61	17.50	100.00	6 (13.95)
	11. Social support	43	83.33	21.52	0	100.00	3 (6.98)
	Total	43	71.94	14.40	43.71.00	96.77	5 (11.63)
PCS	2.1 Physical functioning	43	58.60	30.24	5.00	100.00	17 (39.53)
	2.2 Role physical	43	42.44	42.45	0	100.00	28 (65.11)
	2.3 Pain	43	72.15	24.56	22.50	100.00	8 (18.60)
	2.4 General health	43	53.02	24.98	10.00	100.00	21 (48.84)
	Total	43	56.56	23.64	13.13	97.50	17 (39.53)
MCS	2.5 Role emotion	43	60.47	47.28	0	100.00	17 (39.53)
	2.6 Social function	43	81.69	22.72	25.00	100.00	7 (16.28)
	2.7 Energy/Fatigue	43	68.49	21.20	25.00	100.00	10 (23.26)
	2.8 Mental health	43	68.00	12.89	44.00	88.00	6 (13.95)
	Total	43	69.66	22.24	28.75	95.00	11 (25.58)

(KDCS=Kidney disease component summary; PCS= Physical component summary; MCS= Mental component summary)

3. การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง

3.1 การประเมินอาการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ พบอาการบวมปลายมือ เท้า ใบหน้า สูงสุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาเป็นอาการการขับถ่าย (ท้องผูก) ร้อยละ 37.2 น้อยที่สุด มีภาวะซีด ร้อยละ 7.0 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ อาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

หัวข้อ	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
วิงเวียน, คลื่นไส้, อาเจียน, เบื่ออาหาร	12 (27.9)	31 (72.1)
บวมปลายมือ, เท้า, ใบหน้า	17 (39.5)	26 (60.5)
หายใจหอบเหนื่อย	8 (18.6)	35 (81.4)
มีภาวะซีด	3 (7.0)	40 (93.0)
การนอนหลับ	13 (30.2)	30 (69.8)
การขับถ่าย (ท้องผูก)	16 (37.2)	27 (62.8)

3.2 การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง

ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตในช่องท้องอยู่ระดับดี โดยเฉพาะการเก็บรักษายาฉีด การสนับสนุนของครอบครัว และการกำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว ร้อยละ 95.3 93.0 และ 90.7 ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อยที่ให้ปรับปรุงในเรื่องการจดบันทึกการล้างไต ร้อยละ 14 สถานที่เก็บน้ำยา และสถานที่เปลี่ยนน้ำยาถุงใหม่ ร้อยละ 7.0 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ การปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง ของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

หัวข้อ	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สภาพแวดล้อมของที่พัก	27 (62.8)	14 (32.6)	2 (4.7)
ห้องน้ำ, ที่ล้างมือ, สบู่ล้างมือ	29 (67.4)	12 (27.9)	1 (2.3)
ห้องที่ผู้ป่วยพัก	29 (67.4)	12 (27.9)	2 (4.7)
สถานที่เปลี่ยนน้ำยา	31 (72.1)	9 (20.9)	3 (7.0)
สถานที่เก็บน้ำยาถุงใหม่	34 (79.1)	9 (20.9)	3 (7.0)
อุปกรณ์ในการเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย	32 (74.4)	11 (25.6)	0
การเปลี่ยนน้ำยาของผู้ป่วย	34 (79.1)	7 (16.3)	2 (4.7)
วิธีกำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว	39 (90.7)	3 (7.0)	1 (2.3)
จดบันทึกการล้างไต	33 (76.7)	4 (9.3)	6 (14.0)
การเก็บรักษาที่ใช้รับประทาน	24 (55.8)	18 (41.9)	1 (2.3)
การเก็บรักษายาฉีด	41 (95.3)	2 (4.7)	0
การประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วย	29 (67.4)	13 (30.2)	1 (2.3)
การประเมินครอบครัวของผู้ป่วย	40 (93.0)	3 (7.0)	0

วิจารณ์

ผลของคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตวายเรื้อรัง (Kidney Disease Quality of Life and its Short Form : KDQOL-SF) ฉบับภาษาไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตสูงในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ต่อโรคไตวายเรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย 71.94) โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมและให้กำลังใจของบุคลากรทางการแพทย์ (Staff encouragement) ผลจากการเป็นโรคไตเรื้อรัง (Effect of kidney disease) การได้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม (Quality of social interaction) และการสนับสนุนและช่วยเหลือของสังคม (Social Support) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 85.47, 83.79, 84.03 และ 83.33 ตามลำดับ ในส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตต่ำในด้านสถานภาพในการทำงาน (Work status) และข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (Role physical) โดยพบคะแนนเฉลี่ย 30.23 และ 42.44 ตามลำดับ และคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ย 69.66 คะแนน และคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านร่างกาย พบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 56.56 สอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย ผลดี และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์¹³ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย โดยใช้วิธีการศึกษากฎตัดขวาง (Cross-sectional study design) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีกลุ่มตัวอย่าง 97 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง พบว่าคุณภาพชีวิตด้านการเปลี่ยนแปลงจากโรคไตโดยตรง และคุณภาพชีวิตทั่วไปด้านจิตใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 64.7 และ 55.8 คะแนน ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตทั่วไปด้านกายภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ 46.6 คะแนน ทำนองเดียวกันในการศึกษาของรุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้วและคณะ¹⁴ ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดกรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 246.83$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าด้านอาการโรคไตเรื้อรัง ($\bar{X} = 71.40$) และด้านผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง ($\bar{X} = 60.07$) สูงกว่าด้านอื่นๆ แต่ด้านภาระจากโรคไต ($\bar{X} = 35.85$) และด้านสุขภาพร่างกาย ($\bar{X} = 34.86$) มีค่าคะแนนต่ำสุด ในการศึกษา Sandoval-Jurado L และคณะ¹⁵ ได้ทำการศึกษากฎตัดขวางของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อประเมินลักษณะต่างๆ ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่าง

ต่อเนื่องโดยใช้แบบสำรวจ SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Short Form Health Survey version 1.1) รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใน 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 48 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 52 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 45 ปี วิเคราะห์สุขภาพทั้ง 8 ด้าน ข้อจำกัดด้านบทบาทเนื่องจากสุขภาพร่างกายพบว่ามีความเครียด (คะแนนเฉลี่ย = 19.79; เพศชาย : 13, เพศหญิง : 27.1) ในขณะที่สุขภาพจิตพบว่าสูงกว่า (คะแนนเฉลี่ย = 61.66 ; เพศชาย : 59.68 เพศหญิง : 63.83) อย่างไรก็ตามการศึกษาลำดับใหญ่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่การศึกษาของ กุมลือพร ศรีสอน¹⁶ ที่ได้ทำการศึกษากฎตัดขวางของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ตำบลบ้านดงหวาย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และการศึกษาของ สมจิตร สกลกู, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันทน์, และ วราทิพย์ แก่นการ¹⁷

ทั้งนี้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยตรง เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น การทำงานการรับประทานอาหาร การบำบัดทดแทนไต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ถึงร้อยละ 34.9 ทำให้ด้านสถานภาพการทำงานมีคะแนนต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 30.23) และมีผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำกว่า 50 คะแนน สูงถึง ร้อยละ 79.07 ส่วนคุณภาพชีวิตทั่วไปด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากการได้รับการดูแลจากครอบครัว เจ้าหน้าที่และชุมชนเป็นสังคมชนบทซึ่งมีการดูแลใกล้ชิดกัน และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในอำเภอเวียงป่าเป้า ที่ผ่านมามีการติดตามโดยสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยทีมดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้น ส่งเสริม สร้างกำลังใจในการปฏิบัติตัว และมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ซึ่งอาจด้วยสภาวะทางกายเป็นข้อจำกัดของโรค ความก้าวหน้าของโรคที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นควรให้การสนับสนุนจุดแข็งที่มีอยู่ให้คงอยู่ต่อไป และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวต่อโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้องเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคให้สามารถดูแลตัวเองและทำงานได้ ดังการศึกษาของ สมจิตร สกลกู, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันทน์, และวราทิพย์ แก่นการ¹⁷ พบว่า

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ($p < .001$) พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 61.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองการมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม

สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดี เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรใส่ใจในการดูแลทางด้านร่างกายเพิ่มขึ้น เพื่อลด หรือกำจัดอาการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการ ได้แก่ บวมปลายมือ, เท้า, ใบหน้า การจับถ่าย (ท้องผูก) การนอนหลับ วิงเวียน, คลื่นไส้, อาเจียน, เบื่ออาหาร หายใจหอบเหนื่อย มีภาวะซึมเศร้า ให้ลดลงเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางร่างกายให้ดีขึ้น ควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้าควรพัฒนาระบบการดูแลที่ชัดเจน เช่น จัดทำทะเบียนผู้ป่วย เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ จัดให้มีการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์แอปพลิเคชัน เป็นต้น เพื่อเป็นช่องทางให้คำปรึกษาใส่ใจในการดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อลดหรือกำจัดอาการที่เกิดขึ้นต่อไป มีการประเมินคุณภาพชีวิต ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการล้างไตทางช่องท้อง และประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการเยี่ยมบ้านตามความประเด็นปัญหาที่วิเคราะห์ได้ นอกจากนี้ต้องส่งเสริมความรู้ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เกศกรวงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตโรคไต ฉบับย่อภาษาไทยในการเก็บข้อมูลบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้าที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. อนุตร จิตตินันทน์, สมชาย เข็มอ่อน, สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วรธรรม ชัยลิมปมนตรี. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. Available from : <http://www.nephrothai.org/image->

[es/10-11-2016/Final_คมจ_CKD_2015.pdf](http://www.nephrothai.org/image-es/10-11-2016/Final_คมจ_CKD_2015.pdf)

2. คลังข้อมูลสุขภาพ. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>

3. Health Data center. สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอำเภอเวียงป่าเป้า.อำเภอเวียงป่าเป้า ; 2561-2563.

4. ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล, ยศพล เหลืองโสมนา, รัชสุรีย์ จันทเพชร, ศศิโสภิต แพงศรี. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง ในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561 ; 29 : 17-28.

5. กิตติมา เศรษฐ์สร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559 ; 4 : 485-503.

6. ยุวดี ชีระศิลป์.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2547

7. นลิตา เหลาแหลม, พรหมินทร์ ไกรยสินธ์, วัชรียา ปาละกุล, อภิรดา นิยมพาลี, กัตติกา หาลือ และ วีระพล จันทร์ดีอิ่ง. ประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไตและล้างไตทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลพะเยา. วารสารนเรศวรพะเยา 2557 ; 2 : 172-177.

8. วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์, อรอนงค์ วลีจกรเลิศ, และ ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช. การทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SFTM) ฉบับภาษาไทย. Thai Journal of Pharmacy Practice 2010 ; 2 : 15-23.

9. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. การบำบัดทดแทนไต [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/การบำบัดทดแทนไต.pdf>

10. Siamhealth. การล้างไตผ่านทางท้อง [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/renal/capd.html

11. ไซยา เบญจพลากร, ประเสริฐ ธนกิจจารุ และ สกานต์ บุญนาค. คู่มือการล้างไตทางช่องท้องสำหรับประชาชน

[อินเทอร์เน็ต]. (2553) [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.32.43/patana/manual/AW%20Kidney%20Pg%201-80\[1\].pdf](http://203.157.32.43/patana/manual/AW%20Kidney%20Pg%201-80[1].pdf)

12. อาทิตยา อติวิชญานนท์, ภาวนา กิริติยดวงศ์, สุภาภรณ์ ค้วงแพง. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. Rama Nurs J 2015 ; 21 : 172-185

13. ชงชัย ผลดี และอมรรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์. การคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย : เชียงรายเวชสาร ; 2559.

14. รุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้วและคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดกรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. 2559 : วชิรสารการพยาบาล

15. Sandoval-Jurado L, Ceballos-Martínez ZI, Navarrete-Novelo C, González-Hernández F, Hernández-Colín V. Quality of life in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007 ; 45(2) : 105-9.

16. กุมาลีพร ศรีสอน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2018 ; 15(1) : 13-20

17. สมจิตร สกฤต, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชนนัท และ วราทิพย์ แก่นการ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง [อินเทอร์เน็ต]. (2563) [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/224155/163786>

ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

Knowledge and Prevention and Control Behaviors for Dengue Hemorrhagic Fever Among Public Health Volunteers Phanomsarakham District, Chachoengsao Province.

นางสาวเสาวรักษ์ บุญประเสริฐ (พย.บ)

นางดวงมณี วิยะทัศน์ (พย.ม.)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้ (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาความแตกต่างระหว่างลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอพนมสารคาม เป็นการศึกษาในช่วงเวลา (Cross – sectional analytics study) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง ธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 298 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test, ANOVA และ Pearson Correlation พบว่าความรู้โรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ลักษณะของประชากรที่แตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และความรู้โรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มตามลักษณะของประชากรเพื่อส่งเสริมการป้องกัน การแพร่กระจายโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever : DHF) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค (Carrier) ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในทุกพื้นที่จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย ภาวะช็อก สมออักเสบ หลอดลมอักเสบ และ ภาวะปอดบวมน้ำ และเป็นสาเหตุ สำคัญของการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิต นอกจากนี้การเจ็บป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออกยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงานรวมถึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการรักษาของภาครัฐ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นเป็น 30 เท่า ปัจจุบันมีการติดเชื้อประมาณ 50-100 ล้านคนใน 100 ประเทศ ซึ่งประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของ ประชากรโลกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยพบว่าการระบาดของอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบันประมาณ 60 ปี โรคไข้เลือดออกมีการระบาด และกระจายทั่วประเทศ การระบาดของโรคไข้เลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่ตลอดเวลา⁽²⁾ แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 ประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 63.25, 222.58, 96.76, 80.80 และ 129.96 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตาย เท่ากับ 0.10, 0.10, 0.10, 0.12 และ 0.13 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งอัตราป่วยตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการพยากรณ์โรคในปี พ.ศ.2562 โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2551-2561) คาดว่าจะพบผู้ป่วยไข้เลือดออกประมาณ 94,000-95,000⁽⁴⁾ ซึ่งจากรายงานนี้การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาของประเทศไทย และฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดหนึ่งในประเทศไทยที่พบรายงานในปี พ.ศ.2563

ว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 160 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 22.22 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ในปัจจุบันอำเภอพนมสารคามพบ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก สูงเป็นอันดับต้นๆของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยพบจำนวนผู้ป่วย 45 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 54.20⁽⁶⁾ ดังนั้นการแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยการสร้างเสริมสุขภาพ การปลูกฝัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การเสริมสร้างการรับรู้เจตคติ และความตั้งใจในพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จากรายงาน สถานการณ์โรคไข้เลือดออกพบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดโรค มักเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทิ้งขยะ ไม่ปิดฝา ภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ แจกัน โอ่งน้ำ การขาดความรู้ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักถึงโรคไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นต้องมีการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการ แพร่ระบาด การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ จากหน่วยงานทั้ง ภาครัฐ และภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรม การป้องกัน โรคไข้เลือดออกที่เหมาะสม และยั่งยืนจึงดำเนินการ ศึกษาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในอำเภอมโนรมสารคาม เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกพื้นที่ในการ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอมโนรมสารคาม
2. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอมโนรมสารคาม
3. ศึกษาความแตกต่างระหว่างลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับความรู้โรคไข้เลือด ออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอมโนรมสารคาม
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอมโนรมสารคาม

คำถามการวิจัย

1. ความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในอำเภอมโนรมสารคามเป็นอย่างไร
2. ความแตกต่างระหว่างลักษณะด้านประชากรของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอมโนรมสารคาม เป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคไข้เลือดออกกับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอย่างไร

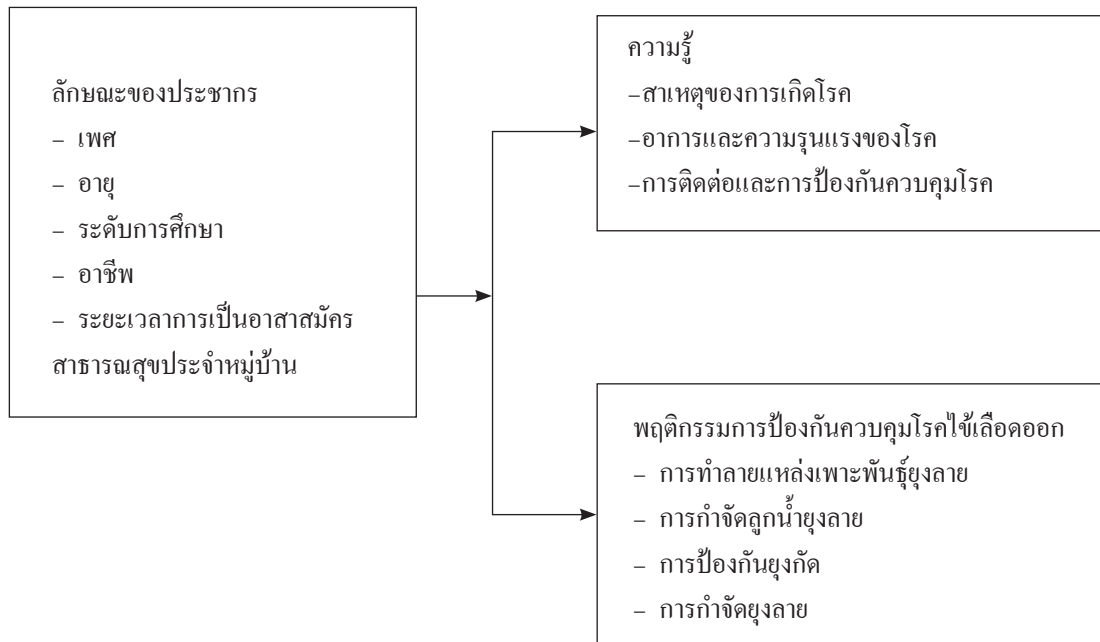
สมมุติฐานการวิจัย

1. ลักษณะด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการ ศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความ แตกต่างกัน
2. ความรู้โรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาในช่วงเวลา (Cross-sectional analytics study) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือน ธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ อำเภอนมสาร จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการออกป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในเขตอำเภอนมสาร 12 ตำบล 111 หมู่บ้าน จำนวน 1,174 คน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564

กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปี มีประสบการณ์ในการออกป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน 298 คน ได้จากการคำนวณจากสูตร ทาโร ยามาเน่ ($p < 0.05$)

ขั้นตอนการคัดเลือกดังนี้ การสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทุกตำบล ในอำเภอนมสารคามใช้วิธีการจับสลากได้ 1 ตำบลในเขตพื้นที่ อำเภอนมสารคามจับสลากเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแยกเป็นรายหมู่บ้านแล้วนำไปใส่กล่องที่จะจับสลากทีละ 1 หมู่บ้าน จนครบโดยจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without

replacement) จนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์ในการรับผู้ช่วยเข้าในการศึกษา

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราที่ปฏิบัติงานมาตั้งแต่ 1 ปี และมีประสบการณ์ในการออกป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการมองเห็นและสามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ได้รับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

เกณฑ์ในการคัดผู้ช่วยออกจากการศึกษา

1. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. ไม่สามารถอ่าน และ เขียนหนังสือภาษาไทยไม่ได้

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. ความรู้ หมายถึง การรับรู้ รับทราบ หรือความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อ พาหะนำโรค แหล่งพาหะ อาการของโรค การระบาด และการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การกระทำเพื่อการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การป้องกันยุงกัด และการกำจัดยุงลาย

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุขการแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในพื้นที่เขตอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี และเคยมีประสบการณ์ในการออกป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. เพศ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพศหญิง และเพศชาย

5. อายุ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป อ่าน และ เขียน ภาษาไทยได้

7. อาชีพ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ประกอบอาชีพในการทำกิจกรรม การทำงาน การประกอบอาชีพที่ไม่เป็นโทษแก่สังคม และมีรายได้ตอบแทน โดยอาศัยแรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการแตกต่างกันไป กลุ่มอาชีพตามลักษณะการประกอบอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขาย งานบ้าน

8. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หมายถึง การเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามจากการศึกษาที่ผ่านมาของ วินัย พันธอนันต์ นำมาประยุกต์ใช้⁽⁶⁾ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลลักษณะด้านประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่

เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ สาเหตุ อาการ การติดต่อโรค พาหะนำโรค และการป้องกันตนเอง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก

ตอนที่ 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้นกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้รับการพิจารณา เลขที่หนังสือรับรอง PH_CCO_REC018/2563

2. ขึ้นเตรียมการการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

3. ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้น จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์โดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย ณ ห้องประชุม อำเภอพนมสารคาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดย ตารางแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ความแตกต่างระหว่างลักษณะด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ t-test และ ANOVA

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

โรคลำไส้เลือดออก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน
(Pearson's Moment Correlation Coefficient)

4. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05

ผลการวิจัย

การศึกษาลักษณะด้านประชากร ความรู้โรคลำไส้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคลำไส้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างเดือนธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากจำนวน 297 ราย ผลการวิจัยเป็น ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามลักษณะของประชากร (n = 298)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	3.10
หญิง	259	86.90
อายุ		
20-29 ปี	2	0.60
30-39 ปี	30	10.10
40-49 ปี	39	13.10
50-59 ปี	117	39.30
60-69 ปี	110	36.90
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	74	24.83
มัธยมศึกษา	150	50.33
อนุปริญญา/สูงกว่า	74	24.84
อาชีพ		
รับจ้าง	65	21.82
เกษตรกรรม	12	4.02
ค้าขาย	122	40.94
งานบ้าน	99	33.22
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ		
1-5 ปี	118	39.60
6 - 10 ปี	42	14.10
11-15 ปี	53	17.80
16-20 ปี	21	7.00
21-30 ปี	64	21.50

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะด้านประชากรของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.90 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 39.30 รองลงมาคืออายุระหว่าง 50- 59 ปี ร้อยละ 36.90 ที่พบน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 0.60 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 50.33 รองลงมา คือ อนุปริญญาร้อยละ 24.84 และระดับ

ประถมศึกษาร้อยละ 24.83 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 40.94 รองลงมาคือทำงานบ้าน ร้อยละ 33.22 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 39.60 รองลงมาคือ 21-30 ปี ร้อยละ 21.50

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของความรู้โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 298)

ข้อคำถาม	ตอบ		ตอบ		คะแนน	
	ถูก	ร้อยละ	ผิด	ร้อยละ	เฉลี่ย	S.D
1. ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อเป็นแล้วมีโอกาส เป็นอีกได้	56	18.80	242	81.20	0.81	0.93
2. อาการของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปากแดง หน้าแดง	25	8.40	273	91.60	0.92	0.27
3. ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มักออกหากินเวลากลางคืน	148	49.70	150	50.30	0.50	0.50
4. การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอกใส่ลงในแหล่งเก็บน้ำไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้	124	41.60	174	58.40	0.58	0.49
5. การกำจัดลูกน้ำยุงลายควรทำทุก 7 วัน	46	15.40	252	84.60	0.85	0.36
6. การควบคุมไม่ให้ยุงลาย ควรทำในระยะที่มี ยุงลายบินให้เห็น	76	25.50	222	74.50	0.74	0.43
7. ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้	103	34.57	195	65.43	0.65	0.47
8. การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด	73	24.50	225	75.50	0.76	0.43
9. ยุงลายมี 2 ชนิด คือยุงลายบ้านและยุงลายป่า	82	27.50	216	72.50	0.72	0.44
10. เชื้อที่ทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คือ เชื้อไวรัสเด็งกี	104	34.90	194	65.10	0.65	0.47

คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกเท่ากับ 7.19 คะแนน (SD 1.59) คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ยเท่ากับ 7.19 คะแนน (SD) 1.59 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน ข้อคำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุด คือข้อที่ 3 ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มักออกหากินเวลากลางคืน จำนวน 148 ราย ร้อยละ 49.70 ข้อคำถามตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือข้อที่ 2 อาการของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปากแดง หน้าแดง จำนวน 25 ราย ร้อยละ 8.40

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ (n = 298)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (1-4 คะแนน)	9	3.00
ปานกลาง (5-7 คะแนน)	160	53.70
มาก (8-10 คะแนน)	129	43.30

จากตารางที่ 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้โรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง มากที่สุดจำนวน 160 ราย ร้อยละ 53.70 รองลงมา มีความรู้ระดับมากจำนวน 129 ราย ร้อยละ 43.30 ความรู้ในระดับน้อยจำนวน 9 ราย ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย รายข้อของพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 298)

ข้อความ	เป็น ประจำ	ร้อยละ	บาง ครั้ง	ร้อยละ	ไม่ ปฏิบัติ	ร้อยละ	คะแนน เฉลี่ย	(S.D.)
1. ช่วยชาวบ้านทำการตรวจสอบพื้นที่ๆ มีน้ำขังอย่างน้อย ทุกๆ 7 วันหรือหลังจากที่มีฝนตก	258	86.60	40	13.40	0	0.00	1.87	0.34
2. เข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออก อย่างต่อเนื่อง ทั้งการตัดหญ้าและ ป่ารกให้ในหมู่บ้านให้โล่งเตียน	184	61.70	103	34.60	11	3.70	1.58	0.56
3. แนะนำวิธีควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกให้กับชาวบ้าน ด้วยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การสาดวิธีการ ใส่เกลือในแหล่งเก็บน้ำ ขัดภาชนะ และเปลี่ยนน้ำ เป็นต้น	241	80.90	57	19.10	0	0.00	1.81	0.39
4. แนะนำชาวบ้านปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใส่น้ำดื่ม หรือน้ำใช้ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้ เพื่อป้องกันยุงลงวางไข่	284	95.30	14	4.70	0	0.00	1.95	0.21
5. เชิญชวนชาวบ้าน เปิดประตูบ้าน หน้าต่างผ้าม่าน ให้ลมพัด แสงแดดส่อง เพื่อระบายอากาศไม่ให้มีดัก ป้องกันยุงอาศัยอยู่ในบ้าน	261	87.60	37	12.40	0	0.00	1.88	0.33
6. แนะนำชาวบ้านป้องกันยุงกัดโดยใช้ไม้ตีหรือใช้ เครื่องไฟฟ้าช็อตยุงเมื่อยุงบินเข้าใกล้ หรือใช้ยาทา ป้องกันยุง	241	80.87	57	19.13	0	0.00	1.61	0.39
7. แนะนำชาวบ้านให้นอนในห้องที่มีมุ้งลวดหรือนอน กางมุ้งทั้งนอนกลางวันและกลางคืน	275	92.30	16	5.40	7	2.30	1.90	0.37
8. มีส่วนร่วมในการป้องกันการเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้วย การพ่นหมอกควันในพื้นที่เสี่ยง ทั้งแหล่งน้ำขัง ท่อ ระบายน้ำ อย่างน้อยปีละ2ครั้ง หรือมีการระบาดของ โรคไข้เลือดออก	265	88.90	28	9.40	5	1.70	1.87	0.38

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 12.78 คะแนน (SD) 1.70 คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 14 คะแนนคะแนนเต็ม 16 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 12.79 คะแนน (SD)1.70 คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ข้อคำถามที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ข้อที่ 3 แนะนำวิธีควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกให้กับชาวบ้านด้วยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การสาดวิธีการใส่เกลือในแหล่งเก็บน้ำ ขัดภาชนะ และเปลี่ยนน้ำ และเข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออก และข้อที่ 4 แนะนำชาวบ้านปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใส่น้ำดื่ม หรือ ใช้ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้

เพื่อป้องกันยุงลงวางไข่ จำนวน 284 ร้อยละ 95.30 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติบางครั้งมากที่สุดคือ ข้อที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตัดหญ้าและ ป่ารกให้ในหมู่บ้านให้โล่งเตียน จำนวน 103 ราย ร้อยละ 34.60 และปฏิบัติบางครั้งน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 4 แนะนำชาวบ้านปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใส่น้ำดื่มหรือน้ำใช้ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้ เพื่อป้องกันยุงลงวางไข่ จำนวน 14 ราย ร้อยละ 4.70 อาสาสมัครประจำหมู่บ้านไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตัดหญ้าและป่ารกให้ในหมู่บ้านให้โล่งเตียนจำนวน 11 ราย

ร้อยละ 3.70 และไม่พบจำนวนอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ไม่ปฏิบัติ ข้อที่ 1 ช่วยชาวบ้านทำการตรวจสอบพื้นที่ๆ มีน้ำขังอย่างน้อยทุกๆ 7 วันหรือหลังจากที่มีฝนตก ข้อที่ 3 แนะนำวิธีควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกให้กับชาวบ้านด้วยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การสาธิตวิธีการไล่เกลือในแหล่งเก็บน้ำขังภาชนะ และเปลี่ยนน้ำ ข้อที่ 4. แนะนำ

ชาวบ้านปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใส่น้ำดื่มหรือน้ำใช้ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้ เพื่อป้องกันยุงลงวางไข่ ข้อที่ 5. เชิญชวนชาวบ้าน เปิดประตูบ้าน หน้าต่างผ้าม่านให้ลมพัด แสงแดดส่อง เพื่อระบายอากาศไม่ให้มีดักยุง ป้องกันยุงอาศัยอยู่ในบ้าน และข้อที่ 6 แนะนำชาวบ้านป้องกันยุงกัดโดยใช้ไม้ดีหรือใช้เครื่องไฟฟ้าช็อตยุงเมื่อยุงบินเข้าใกล้ หรือใช้ยาทาป้องกันยุง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย (1-8 คะแนน)	13	4.40
ปานกลาง (9-12 คะแนน)	79	26.50
มาก (13-16 คะแนน)	206	69.10

จากตารางที่ 5 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับมาก จำนวน 206 รายร้อยละ 69.10 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 79 ราย ร้อยละ 26.50 และระดับน้อย จำนวน 13 ราย ร้อยละ 4.40

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะของประชากรกับค่าเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 298)

คุณลักษณะของประชากร	คะแนนเฉลี่ย(S.D.)	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	6.66(22.23)	t=4.92	0.06
หญิง	7.27 (1.46)		
อายุ			
20-29 ปี	8.00 (0.00)	F=6.55	0.00
30-39 ปี	6.30 (0.83)	40-49 ปี	7.76 (1.17)
50-59 ปี	7.50 (1.52)	60-69 ปี	6.87 (1.78)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	7.74 (1.45)	F=8.66	0.00
มัธยมศึกษา	7.38 (1.44)		
อนุปริญญา	6.54 (1.73)		
อาชีพ			
รับจ้าง	7.70 (1.35)	F=4.11	0.00
เกษตรกร	7.16 (1.02)		
ค้าขาย	6.86 (1.19)		
งานบ้าน	7.25 (2.07)		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
1 - 5 ปี	7.11 (1.32)	F=2.24	0.06
6 - 10 ปี	7.00 (2.25)		
11-15 ปี	7.62 (1.55)		
16-20 ปี	7.71 (1.38)		
21-30 ปี	6.92 (1.55)		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบลักษณะด้านประชากรกับค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 7 ผลความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับค่าเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายคู่ (n = 298)

อายุ	20-29 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี
20-29 ปี	–	1.70	0.20	0.49	1.12
30-39 ปี		–	-1.49*	-1.20*	-0.57
40-49 ปี			–	0.29	0.92*
50-59 ปี				–	0.63
60-69 ปี					–

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 7 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างกลุ่มอายุกับค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 3 คู่ ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีความรู้มากกว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความรู้มากกว่ากลุ่มอายุ 40-49 ปี

ตารางที่ 8 ผลความแตกต่างระหว่างการศึกษากับค่าเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกเป็นรายคู่ (n =298)

การศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา
ประถมศึกษา	–	0.05	0.90*
มัธยมศึกษา		–	0.84*
อนุปริญญา			–

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 8 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างการศึกษากับค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 2 คู่ ได้แก่ กลุ่มอนุปริญญา มีความรู้มากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มประถมศึกษา

ตารางที่ 9 ผลความแตกต่างระหว่างอาชีพ กับค่าเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายคู่ (n = 298)

อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	งานบ้าน
รับจ้าง	–	0.54	0.83*	0.45
เกษตรกร		–	0.29	-0.85
ค้าขาย			–	-0.38
งานบ้าน				–

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 9 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างกลุ่มอาชีพกับค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 1 กลุ่มได้แก่ กลุ่มค้าขาย มีความรู้มากกว่ากลุ่มรับจ้าง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะของประชากร กับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 298)

คุณลักษณะของประชากร	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	13.17(1.78)	t=2.36	0.12
หญิง	12.72(1.68)		
อายุ			
20-29 ปี	14.00(0.00)	F=7.35	0.00
30-39 ปี	12.03(2.77)		
40-49 ปี	12.74(1.22)		
50-59 ปี	12.40(1.82)		
60-69 ปี	13.40(1.03)		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	12.66(1.69)	F=0.27	0.76
มัธยมศึกษา	12.82(1.53)		
อนุปริญญา	12.83(2.02)		
อาชีพ			
รับจ้าง	13.03(0.98)	F=8.00	0.00
เกษตรกรกรรม	13.91(0.28)		
ค้าขาย	12.26(2.11)		
งานบ้าน	13.14(1.41)		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน			
1-5 ปี	12.39(1.63)	F=6.90	0.00
6 - 10 ปี	12.47(2.45)		
11-15 ปี	12.67(1.93)		
16-20 ปี	13.28(0.90)		
21-30 ปี	13.64(0.54)		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะด้านประชากร กับค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันได้แก่ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 11 ความแตกต่างระหว่างอายุกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออกเป็นรายคู่ (n = 298)

อายุ	20-29 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี
20-29 ปี	–	1.25	1.58	1.59	0.60
30-39 ปี		–	–0.71	–0.36	–1.36*
40-49 ปี			–	0.34	–0.65*
50-59 ปี				–	–0.99*
60-69 ปี					–

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 11 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างอายุกับค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 3 คู่ได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรคมากกว่ากลุ่ม 30-39 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี

ตารางที่ 12 ผลความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออก กับคุณลักษณะของประชากรด้านอาชีพเป็นรายคู่ (n =298)

อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	งานบ้าน
รับจ้าง	–	–0.88	0.76*	–0.11
เกษตรกร		–	1.65*	0.77
ค้าขาย			–	–0.87*
งานบ้าน				–

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 12 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างอาชีพกับค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 3 คู่ได้แก่กลุ่มค้าขายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มรับจ้าง และกลุ่มเกษตรกร กลุ่มทำงานบ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มค้าขาย

ตารางที่ 13 ผลความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออก เป็นรายคู่ (n =298)

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร	1-5 ปี	6 - 10 ปี	11-15 ปี	16-20 ปี	21-30 ปี
1 - 5 ปี	–	–0.07	–0.28	–0.88*	–1.24
6 - 10 ปี		–	–0.20	–0.80	–1.16*
11-15 ปี			–	–0.60	–0.96*
16-20 ปี				–	–0.35
21-30 ปี					–

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 13 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน กับค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 3 คู่ ได้แก่

กลุ่ม 16-20 ปีมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่ม 1-5 ปี และกลุ่ม 21-30 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโรคมมากกว่ากลุ่ม 6-10 ปี และกลุ่ม 11-15 ปี

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกกับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (n =298)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P -value
-ค่าเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออก	0.13	-0.08
-ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05		

ตารางที่ 14 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างความรู้โรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนนซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบคำถามถูกต้องจำนวนมากที่สุดได้แก่ ยุ้งลาย เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มักออกหากินเวลากลางคืน จำนวน 148 ราย ร้อยละ 49.70 รองลงมาได้แก่ การใช้ภาชนะน้ำดื่มสกปรก หรือผงซักฟอกใส่ลงในแหล่งเก็บน้ำไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ จำนวน 124 ราย ร้อยละ 41.60 อธิบายได้ว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้มากที่สุดในเรื่อง การป้องกันและควบคุมการแพร่พันธุ์ของยุงลายจึงควรส่งเสริมให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านดำเนินการเป็นแกนนำในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะด้านประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เมื่อจำแนก รายชื่อของลักษณะด้านประชากรกับค่าคะแนนความรู้โรคไข้เลือดออกพบว่า กลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่มอายุ 50-59 ปี มีความรู้มากกว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความรู้มากกว่ากลุ่มอายุ 40-49 ปี อธิบายได้ว่า กลุ่มอายุที่มากกว่าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้โรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากอายุที่มากกว่ามีความสนใจ และตระหนักถึงเรื่องโรคไข้เลือดออกมาก

ว่าด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มอนุปริญญา มีความรู้มากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษา และกลุ่มประถมศึกษา อธิบายได้ว่า กลุ่มที่มีการศึกษาที่สูงกว่าของอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้มีความรู้โรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีความรู้จะมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ได้มากกว่า และอาชีพ พบว่ากลุ่มค้าขายมีความรู้มากกว่ากลุ่มรับจ้าง อธิบายได้ว่าอาชีพค้าขายจะมีเวลาว่างบางช่วงระหว่างการค้าขายและว่างหลังการค้าขายซึ่งส่วนใหญ่เป็นเวลาช่วงเย็น หรือก่อนนอนจึงสามารถศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองมากกว่าอาชีพรับจ้างซึ่งมีเวลาไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับการทำงาน และลักษณะของงานที่รับจ้าง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอปราช จังหวัดแม่ฮ่องสอน⁽⁶⁾

2. พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.78 คะแนน คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนสูงสุด 14 คะแนนคะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน มีระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ แนะนำวิธีควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกให้กับชาวบ้านด้วยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การสาดวิธีกรใส่เกลือในแหล่งเก็บน้ำ ขวดพลาสติก และเปลี่ยนน้ำ และเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่ากับข้อการแนะนำชาวบ้าน ปิดฝาโอ่งน้ำหรือภาชนะใส่น้ำดื่ม หรือน้ำใช้ทันทีเมื่อไม่ได้ใช้ เพื่อป้องกันยุงลงวางไข่ จำนวน 284 ร้อยละ 95.30 ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้อันที่ต้องถูกต้องเป็นจำนวนมากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอนมสารคาม และเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะด้านประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ด้านอายุ อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เมื่อจำแนกรายคู่ของลักษณะด้านประชากรพบว่า กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่ม 30-39 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าอายุน้อย กลุ่มอาชีพพบว่ากลุ่มค้าขายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มรับจ้าง กลุ่มเกษตรกรกรรม และกลุ่มทำงานบ้าน อธิบายได้ว่า กลุ่มรับจ้าง กลุ่มเกษตรกรกรรม และกลุ่มทำงานบ้าน มีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปฏิบัติบ่อยครั้งกว่า อาชีพค้าขาย เนื่องจากลักษณะอาชีพค้าขายต้องประกอบอาชีพ ในเวลากลางวันเป็นส่วนใหญ่ซึ่งการออกปฏิบัติกิจวัตรป้องกันและ ควบคุมไข้เลือดออกนั้นดำเนินการในช่วงเวลากลางวัน ผู้ประกอบ อาชีพขายจึงไม่สามารถออกปฏิบัติกิจวัตรป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกได้อย่างเป็นประจำ กลุ่มระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร ประจำหมู่บ้าน กลุ่ม 16-20 ปีมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่ม 1-5 ปี และกลุ่ม 21-30 ปีมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่ม 6 - 10 ปี และกลุ่ม 11-15 ปี อธิบายได้ว่า จำนวนปีที่อาสาสมัครประจำ หมู่บ้านที่นานมากกว่า 1-5 ปีมีพฤติกรรมป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกโรครุนแรงกว่า เนื่องจากการมีประสบการณ์ ในการป้องกันและควบคุมโรครุนแรงกว่า สอดคล้องกับงานวิจัย ที่ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน⁽⁶⁾

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างความรู้โรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อธิบายได้ว่า ไม่ว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะมีความ รู้ระดับใดไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น เช่น ทักษะ หรือ เศรษฐฐานะ การเสียสละเวลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม

ตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอ พรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. ⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีความรู้ไม่ถูกต้องจำนวนมากในเรื่อง เช่น อาการของ โรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปากแดง หน้าแดง ดังนั้นจึงควรจัดอบรมเพิ่มความรู้ดังกล่าวให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องอาการของโรคไข้เลือดออกเพื่อให้ทันเวลาในการรักษา เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการแจ้ง ข้อมูล สถานการณ์ของโรคให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านทราบเป็นประจำ ควรแนะนำหรือจัดหาแหล่งข้อมูล ความรู้ที่สามารถค้นคว้า เพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เช่น คู่มือ วารสารต่าง ๆ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

2. ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดำเนินงานในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายความว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน หากมีการติดตามกำกับการทำงาน และการแนะนำที่ดี จะเป็นการเพิ่มทักษะให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและเป็นการสอนงานที่ได้จากเหตุการณ์จริง ดังนั้นเจ้า หน้าทีสาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรจัดกิจกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และควร ร่วมดำเนินงานกับชุมชนในพื้นที่ทุกครั้ง

3. ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะด้านประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันใน เรื่องความรู้โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงควรส่งเสริมในกลุ่มดังกล่าวให้มาก ขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มประถมศึกษา อาชีพ รับจ้าง และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 1-5 ปี

4. ควรมีนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งเสริมให้มีการติดตามกำกับ ประเมินผล อย่างสม่ำเสมอของ เจ้าหน้าที่ การจัดเวทีสรุป บทเรียนจากการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ค้นหา แนวทางการปฏิบัติงานที่ดี และ ปรับปรุง ข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน

5. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการมีส่วนร่วม ของภาคประชาชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การ

ดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกมีการดำเนินการอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอนมสามัคคี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนวมสามัคคีที่ให้ความสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สรุเกียรติ อาษาณภาพ.(2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ : โอเอสดีค พับลิชซิง.
2. World Health Organization.(2019) Dengue and severe dengue case management [online]. [Cited 2019 June 16]. Available from: 3.
3. กรมควบคุมโรค. *รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2562*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

4. นันทิตา กุณราช, และคณะ.(2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์ชาวอำเภอแม่จันท์ จังหวัดเชียงราย*. เชียงรายวารสาร. 2, 91-103.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.(2552). *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา*. เอกสาร อัดสำเนา.

6. วินัย พันอ้วน. (2560). *ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่า จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. แม่ฮ่องสอนการพิมพ์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

7. ประเทือง ฉ่ำน้อย. (2559). *การศึกษาระดับความรู้การรับรู้และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร*. *วารสารควบคุมโรค*. 2, 138-150.

**คุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตามแผนยุทธศาสตร์การเงินการคลัง จังหวัดสระแก้ว**
**The Quality of Working Capital Management Among Sa Kaeo
Health Promoting Hospitals
Follow by Financial Strategic Plan**

พณีย์ วัฒนาท (พว.)
จามจุรี สุภัทรกุล (รป.ม)
วารุณี วงษา (บพบ.)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) คุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแผนยุทธศาสตร์การเงินการคลัง จังหวัดสระแก้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารายรับเงินบำรุง และการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ ในจังหวัดสระแก้ว เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากแหล่งข้อมูลแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามยุทธศาสตร์การเงินการคลังระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ ในจังหวัดสระแก้ว ทั้งหมดจำนวน 107 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 ระดับ มีรายรับและรายจ่ายเกินดุล ได้รับเงินโอนจาก Contracting unit for primacy care : CUP มากที่สุด รองลงมาได้แก่ เงินค่าจ้างลูกจ้างได้รับเงินในหมวดเดียวกันทั้ง 3 ระดับเช่นเดียวกัน การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน ใช้ในหมวดค่าจ้างลูกจ้างมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ค่าตอบแทน (ณ5/ณ11/ พตส.) และค่ายา/เวชภัณฑ์ ทั้ง 3 ระดับเช่นเดียวกัน และพบว่า จำนวนแห่งของระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 ระดับ มีการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างมีคุณภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยใช้ Chi-Square Test fisher , s exact probability สรุป : การใช้จ่ายเงินบำรุงมีการเปลี่ยนแปลง และคลาดเคลื่อนจากที่ได้กำหนดตามแผนในทุกระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลถึงคุณภาพในการใช้จ่ายเงินบำรุงในทุกระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากข้อมูลพื้นฐานนี้อาจนำมาวางแผนจัดสรรงบประมาณเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เพื่อความถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : เงินบำรุงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care unit : PCU) คือ บริการสุขภาพด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข มีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ รวมถึง การคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครอบคลุม และสำคัญที่สุดคือ มีคุณภาพมาตรฐาน การจัดบริการปฐมภูมิในประเทศไทย มีรูปแบบเครือข่ายที่เรียกว่า หน่วยบริการคู่สัญญา เพื่อบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for primacy care : CUP) ซึ่งมีหน่วยบริการที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่ในอำเภอหนึ่งจะมีโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นแม่ข่าย และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นลูกข่าย บริการปฐมภูมิถือเป็นรากฐานในการดูแลสุขภาพประชาชนในระบบสาธารณสุข การบริการปฐมภูมิที่ดี มีคุณภาพ จะส่งผลดีแก่ประชาชน⁽¹⁾ ดังนั้น การควบคุมคุณภาพของการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพจากฐานสู่ยอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) มีเงินบำรุงของหน่วยบริการในการดำเนินงานต่าง ๆ มีแหล่งที่มาจากหลายแหล่ง เช่น จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อใช้ป็นรายจ่ายประจำ เช่น เงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ จากงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (P&P Area-based services : PPA) และเงินอุดหนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล⁽²⁾ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน

โรคตามนโยบายหรือปัญหาพื้นที่ งบประมาณตัวชี้วัดเกณฑ์ คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework : QOF) ที่มีเป้าหมายหลักคือ ต้องการให้คนไทย ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ พร้อมกับการพัฒนาการทำงานของหน่วยบริการไปด้วยกัน⁽³⁾ เป็นต้น โดยการใช้จ่ายเงินบำรุง เบิกจ่ายตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ซึ่งมีทั้งรายจ่าย ประจำ และค่าใช้จ่ายในการดำเนินแผนงานโครงการด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการศึกษาวิจัยค้นคว้าต่างๆ ตลอดจน การชันสูตรและวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การ คຸ້ມครองผู้บริโภคนด้านการสาธารณสุข

จังหวัดสระแก้ว มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศ ด้านการบริหารจัดการองค์กร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพสูงสุด (Governance Excellence) มีเป้าประสงค์ หลักคือระบบบริหารมีธรรมาภิบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และมั่นคงทางการเงิน การคลัง ระบบการกำกับ ติดตาม ผลการปฏิบัติงานทาง สาธารณสุขที่รวดเร็ว ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล และนำไปใช้ได้ทันเวลา รวมถึงระบบการประเมินที่มีมาตรฐาน โดยหน่วยบริการทุกระดับ จะมีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี 5 ปี และแผนปฏิบัติการประจำปี สนับสนุนนโยบายการบริหาร จัดการระดับปฐมภูมิเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัด สระแก้ว มีการจัดทำแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน ประกอบด้วย แผนรายรับและรายจ่าย โดยมุ่งเน้นให้เกิดมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการพัฒนาระบบการบริหารงบประมาณอย่างมี ประสิทธิภาพ คຸ້ມค่า เกิดประโยชน์ต่อทางราชการ และ ประชาชน รวมถึงการสร้างความรู้เข้าใจในแนวทางการพิจารณา งบประมาณ ให้สามารถดำเนินการขับเคลื่อน และบริหารจัดการ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรอย่างเป็นไปตามเป้าหมาย และกรอบ ระยะเวลาที่กำหนด ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล อย่างสูงสุด สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ข้อกำหนดด้านกฎหมาย และความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมถึงสอดคล้องกับนโยบาย Service Plan ของกระทรวง สาธารณสุขด้วย

จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้ตระหนักถึง ความสำคัญในการใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลให้ได้คุณภาพ ตามหมวดหมู่ซึ่งจะเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำข้อมูลทางการเงินและบัญชี ส่งผลต่อคุณภาพบัญชี มีความครบถ้วน ทันเวลา และถูกต้อง โดยนำแผนทางการเงิน (Plan fin) เพื่อเป็นเครื่องมือในการ

เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการ ทุกหน่วยบริการในจังหวัดสระแก้ว โดยมีการจัดทำแผนการเงิน การคลังตามแนวทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 7 แผน เพื่อใช้ในดำเนินงาน และมีการควบคุม กำกับ ติดตามผลการ ดำเนินงานทุกไตรมาส⁽⁵⁾ เพื่อการวางแผน งบประมาณหรือขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่ง งบประมาณอื่นๆอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารายรับเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาการใช้เงินบำรุงเงินบำรุงตามแผนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการใช้เงินบำรุงเงินบำรุงตาม แผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว

คำถามการวิจัย

1. รายรับเงินบำรุงเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว เป็นอย่างไร
2. การใช้เงินบำรุงเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว เป็นอย่างไร
3. คุณภาพการใช้เงินบำรุงเงินบำรุงตามแผนของโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้ว แตกต่างกันอย่างไรร

สมมติฐาน

คุณภาพการใช้เงินบำรุงเงินบำรุงตามแผนระดับปฐมภูมิของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งใน ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จังหวัดสระแก้วไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แผนเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบด้วย 1. แผนรายรับ มี 8 หมวดย่อย ได้แก่ 1.1 ค่าบริการทางการแพทย์ 1.2 เงินโอนจาก CUP 1.3 เงินโอนตามผลงาน 1.4 เงินประกันสังคม 1.5 เงินโอนจาก สสจ. 1.6 เงินกองทุน อุดหนุน บริจาค 1.7 งบค่าเสื่อม 1.8

ดอกเบี้ย 2. แผนรายจ่าย ประกอบด้วย 9 หมวดย่อย 2.1 ค่ายา/เวชภัณฑ์ 2.2 แผนงาน/โครงการ 2.3 ค่าจ้างลูกจ้าง 2.4 ค่าตอบแทน 2.5 ค่าใช้สอย 2.6 ค่าวัสดุ 2.7 ค่าสาธารณูปโภค 2.8 ค่าครุภัณฑ์ 2.9 สิ่งก่อสร้าง เพื่อประโยชน์ต่อการบริหารงาน การควบคุมกำกับและการติดตามผลการปฏิบัติงาน ประจำปี เป็นแนวทางและเครื่องมือ ในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ การบริหารจัดการการเงินการคลัง โดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

ระเบียบวิธีวิจัย

ศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) การใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากแหล่งข้อมูลแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงตามยุทธศาสตร์การเงินการคลังระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จำนวน 109 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 109 แห่ง ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว แบ่งระดับ เล็กจำนวน 66 แห่ง ระดับกลางจำนวน 27 แห่ง ระดับใหญ่จำนวน 16 แห่ง ร่วมดำเนินการตามแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงเพื่อพัฒนาคุณภาพของสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสระแก้ว จากความสมบูรณ์ของข้อมูลตามรายงานการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว ได้จำนวน 107 แห่ง ระดับ เล็กจำนวน 64 แห่ง ระดับกลางจำนวน 27 แห่ง ระดับใหญ่จำนวน 16 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เงินบำรุงกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง เงินที่หน่วยบริการได้รับไว้เป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากการดำเนินงานในกิจการของหน่วยบริการ นอกเหนือจากเงินงบประมาณรายจ่ายและเงินรายรับอื่นที่หน่วยบริการได้รับหรือจัดเก็บตามกฎหมาย^(๑)

2. แผนรายรับเงินบำรุง หมายถึง การวางแผนแหล่งที่มาของรายได้ทางการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละหมวด ได้แก่ 1.ค่าบริการทางการแพทย์

2.รับโอนจาก CUP 3.ยา/เวชภัณฑ์ 4.ค่าบริการจัดการ 5.แผนงาน/โครงการ 6.ค่าตอบแทน(ณ.11/พตส.) 7.ค่าจ้างลูกจ้าง 8.งบค่าเสื่อม 9.ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร 10.เงินโอนผลงาน 11.เงินค่าบริการประกันสังคม 12.เงินกองทุน 13.อื่นๆ (เงินบริจาค/กองทุนอื่นๆ) 14.อื่นๆ

3. แผนการใช้จ่ายเงินบำรุง หมายถึง การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โดยมีกรวางแผนในการใช้จ่ายเงินของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละหมวด ให้ครอบคลุม ในทุกด้าน ได้แก่ 1. ยา/เวชภัณฑ์ 2. แผนงาน/โครงการ 3.ค่าจ้างลูก 4.จ้างค่าตอบแทน (ณ.11/ พตส.) 5. ค่าใช้สอย 6. ค่าวัสดุ ค่าจ้างลูกจ้าง 7. ค่าสาธารณูปโภค 8. ครุภัณฑ์ 9.สิ่งก่อสร้าง

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง สถานบริการทางสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตั้งแต่เกิดจนตาย⁽⁷⁾

5. ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล หมายถึง ระดับเล็ก (S) คือจำนวนประชากร ในเขตรับผิดชอบ < 3,000 คน ระดับกลาง (M) จำนวนประชากร ในเขตรับผิดชอบ 3,000-8,000 คน ระดับใหญ่ (L) จำนวนประชากร ในเขตรับผิดชอบ > 8000 คน⁽⁸⁾

6. คุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุง หมายถึงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังโดยมีการวางแผนในการใช้จ่ายเงินของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละหมวด ให้ครอบคลุม ในทุกด้าน ได้แก่ 1. ยา/เวชภัณฑ์ 2. แผนงาน/โครงการ 3. ค่าจ้างลูก 4. จ้างค่าตอบแทน (ณ.11/พตส.) 5. ค่าใช้สอย 6. ค่าวัสดุ ค่าจ้างลูกจ้าง 7. ค่าสาธารณูปโภค 8. ครุภัณฑ์ 9. สิ่งก่อสร้าง ตามแผนที่กำหนดคลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 5^(๙)

วิธีการศึกษา

ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูลการใช้จ่ายเงินบำรุงที่ได้จากการรวบรวมรายงานของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดสระแก้วระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจ และวิเคราะห์สถานการณ์การใช้จ่ายเงินบำรุงภาพรวมในระดับจังหวัด การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก

กลาง และใหญ่

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การศึกษาที่เกี่ยวข้องและแนวคิดการใช้จ่ายเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข นำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างมีคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลการใช้จ่ายเงินบำรุงภาพรวมในระดับจังหวัด ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ และความเหมาะสมและคุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การจัดหาแหล่งข้อมูลการศึกษาการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลมาจากการส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทุกอำเภอ จังหวัดสระแก้ว จำนวนโรงพยาบาลสุขภาพส่งเสริมตำบล 109 แห่ง จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความสมบูรณ์ในการส่งแผนจำนวน 107 แห่ง แบ่งเป็นระดับเล็ก จำนวน 64 แห่ง ระดับ กลาง 27 แห่ง ระดับใหญ่ 16 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 รวบรวมข้อมูลจาก รายรับ แผนการรับเงิน ได้แก่ 1.ค่าบริการทางการแพทย์ 2.รับโอนจากCUP 3.ยา/เวชภัณฑ์ 4.ค่าบริการจัดการ 5.แผนงาน/โครงการ 6.ค่าตอบแทน(ณ.11/พตส.) 7.ค่าจ้างลูกจ้าง 8.งบค่าเสื่อม 9.ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร 10.เงินโอนผลงาน 11.เงินค่าบริการประกันสังคม 12.เงินกองทุน 13.อื่นๆ (เงินบริจาค/กองทุนอื่นๆ) 14.อื่นๆ และรายจ่าย ได้แก่ 1. ยา/เวชภัณฑ์ 2. แผนงาน/โครงการ 3.ค่าจ้างลูก 4.จ้างค่าตอบแทน (ณ5/ณ11/ พตส.) 5. ค่าใช้สอย 6. ค่าวัสดุ ค่าจ้างลูกจ้าง 7. ค่าสาธารณูปโภค 8. ครุภัณฑ์ 9.สิ่งก่อสร้าง

2. ดำเนินการขอการรับรอง จริยธรรมวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วโดยได้รับการพิจารณาเลขที่หนังสือรับรองเลขที่ SKPHO 2/2564

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล
4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
5. นำเสนอผลการวิจัยแบบพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) รายรับ และการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ นำเสนอโดยตารางแจกแจง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ

3. วิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ ด้วยสถิติ Chi-Square Test fisher , s exact probability

4. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลมาจากรายงานแผนเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ในทุกอำเภอ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 107 แห่ง แบ่งเป็นระดับเล็ก 64 แห่ง ระดับกลาง 27 แห่ง ระดับใหญ่ 16 แห่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 ซึ่งจำแนกตามแผนการรับเงิน และใช้จ่ายเงินบำรุง ได้แก่ รายรับด้าน 1.ค่าบริการทางการแพทย์ 2. รับโอนจาก CUP 3. ยา/เวชภัณฑ์ 4. ค่าบริหารจัดการ 5. แผนงาน/โครงการ 6. ค่าตอบแทน(ณ.11/พตส.) 7. ค่าจ้างลูกจ้าง 8. งบค่าเสื่อม 9. ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร 10. เงินโอนผลงาน 11. เงินค่าบริการประกันสังคม 12. เงินกองทุน 13. อื่นๆ (เงินบริจาค/กองทุน อื่นๆ) 14. อื่นๆ รายจ่ายด้าน 1. ยา/เวชภัณฑ์ 2. แผนงาน/โครงการ 3. ค่าจ้างลูก 4. จ้างค่าตอบแทน (ณ5/ณ11/ พตส.) 5. ค่าใช้สอย 6. ค่าวัสดุ 7. ค่าสาธารณูปโภค 8. ครุภัณฑ์ 9. สิ่งก่อสร้าง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับเล็ก กลาง ใหญ่ ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยรายรับเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระดับ เล็ก กลาง และใหญ่ จำนวน 107 แห่ง

ลำดับแผนรายรับ	ระดับเล็ก ค่าเฉลี่ย (บาท) (SD)	ระดับกลาง ค่าเฉลี่ย (บาท) (SD)	ระดับใหญ่ ค่าเฉลี่ย (บาท) (SD)
1.ค่าบริการทางการแพทย์	7,878.54(11,174.59)	15,022.42(18,768.51)	31,704.50(40,600.92)
2.รับโอนจากCUP	991,720.08(417,876.50)	1,331,794.09(4,111,540.00)	1,571,764.60(692,875.63)
3.ยา/เวชภัณฑ์	172,087.13(107,372.83)	199,331.56(98,571.99)	255,860.30(138,894.80)
4.ค่าบริการจัดการ	308,952.00(192,993.10)	343,247.38(226,062.03)	315,649.71(158,119.74)
5.แผนงาน/โครงการ	170,833.29(224,958.02)	234,310.46(270,512.90)	204,207.15(137,325.78)
6.ค่าตอบแทน(จ.11/พตส.)	167,615.03(86,110.87)	227,960.00(125,204.46)	198,060.10(798,981.67)
7.ค่าจ้างลูกจ้าง	279,029.40(214,927.27)	468,927.60(270,715.49)	730,068.76(458,129.52)
8.งบค่าเสื่อม	151,486.87(102,054.44)	173,200.00(79,939.97)	181,984(47,860.40)
9.ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	2,912.85(5,971.48)	2,458.57(4,789.35)	1,556.84(1,022.25)
10.เงินโอนผลงาน	91,944.13(95,766.41)	147,513.87(133,471.86)	186,576.27(191,693.60)
11.เงินค่าบริการประกันสังคม	69,990.64(54,908.61)	80,058.54(63,149.65)	48,233.54(1,189.99)
12.เงินกองทุนตำบล	111,549.66(90,232.11)	174,553.60(105,862.65)	178,305.00(15,023.63)
13.อื่นๆ(เงินบริจาค/กองทุนอื่นๆ)	33,391.50(55,793.42)	54,370.77(108,555.52)	62,922.35(140,350.59)
14.อื่นๆ	14,301.30(4,076.76)	1,1430.28(6,845.93)	15,432.00(0.00)

ค่าเฉลี่ยรายรับเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับ เล็ก กลาง และใหญ่ พบว่ารายรับเงินบำรุงในระดับเล็กได้รับเงินโอนจาก CUP มากที่สุดเท่ากับ 991,720.08 (SD 417,876.50) ค่าบริหารจัดการเท่ากับ 308,952.00 (SD 192,993.10) และค่าจ้างลูกจ้างเท่ากับ 279,029.40 (SD 214,927.27) ตามลำดับ ระดับกลางได้รับเงินโอนจาก CUP มากที่สุดเท่ากับ 1,331,794.09 (SD 4,111,540.00) ค่าจ้างลูกจ้าง 468,927.60 (SD 270,715.49) และค่าบริหารจัดการ 343,247.38 (SD 226,062.03) ตามลำดับ ส่วนระดับใหญ่ได้รับเงิน

โอนจาก CUP 1,571,764.60 (SD 692,875.63) มากที่สุด ค่าจ้างลูกจ้าง 730,068.76 (SD 458,129.52) และค่าบริหารจัดการ 315,649.71 (SD 158,119.74) ตามลำดับ และได้รับเงินจากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร น้อยที่สุดทั้งในระดับเล็ก กลาง และใหญ่ เท่ากับ 2,912.85 (SD 5,971.48), 2,458.57 (SD 4,789.35) ,1,556.84 (SD 1,022.25) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ารายรับตามแผนแต่ละหมวดในระดับใหญ่ได้รับเงินมากกว่าระดับกลาง และมากกว่าระดับเล็ก ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ จำนวน 107 แห่ง

ลำดับแผนรายจ่าย	ระดับเล็ก ค่าเฉลี่ย(บาท) (SD)	ระดับกลาง ค่าเฉลี่ย(บาท) (SD)	ระดับใหญ่ ค่าเฉลี่ย(บาท) (SD)
1. ยา/เวชภัณฑ์	160,328.30(SD241,513.792)	175,309.93(SD68,455.43)	238,466.06(SD130,834.3)
2. แผนงาน/โครงการ	108,511.67(SD 96,059.129)	260,827.19(SD277,318.1)	174,591.94(SD167,542.6)
3.ค่าจ้างลูกจ้าง	344,953.19(SD237,051.550)	416,831.70(SD197,638.4)	690,067.62(SD420,660.8)
4.ค่าตอบแทน(น5/น11/ พตส.)	202,247.585(SD82,508.230)	247,063.37(SD89,593.54)	298,403.56(SD134,944.4)
5. ค่าใช้สอย	160,244.12(SD101,671.759)	168,099.85(SD114,815.2)	232,624.75(SD230,144.6)
6. ค่าวัสดุ	101,671.759(SD50,940.319)	74,379.30(SD 47,886.275)	46,671.75 (SD32,199.808)
7. ค่าสาธารณูปโภค	37,166.59(SD18,390.668)	56,743.26 (SD30,894.787)	62,474.37 (SD25,906.519)
8. ครุภัณฑ์	44,373.09(SD 53,818.320)	60,172.74(SD 54,944.171)	73,306.75(SD 78,151.709)
9.สิ่งก่อสร้าง	25,499.95(SD 67,777.737)	33,654.07(SD 69,605.267)	28,459.50(SD 81,363.555)

ค่าเฉลี่ยการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับ เล็ก กลาง และใหญ่ การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนพบว่า

1) ยา/เวชภัณฑ์เท่ากับ 160,328.30 (SD 241,513.792), 175,309.93 (SD 68,455.439) และ 238,466.06 (SD 130,834.313) ตามลำดับ

2) แผนงาน/โครงการเท่ากับ 10,8511.67 (SD 96,059.129), 260,827.19 (SD 277,318.191) และ 174,591.94 (SD 167,542.647) ตามลำดับ

3) ค่าจ้างลูกจ้างเท่ากับ 344,953.19 (SD 237,051.550) ,416,831.70 (SD 197,638.438) และ 690,067.62 (SD 420,660.898) ตามลำดับ

4) ค่าตอบแทน (น5/น11/ พตส.) เท่ากับ 202,247.585 (SD 82,508.230), 247,063.37 (SD 89,593.545) และ 298,403.56 (SD 134,944.401) ตามลำดับ

5) ค่าใช้สอยเท่ากับ 160,244.12 (SD 101,671.759), 168,099.85 (SD 114,815.259) และ 232,624.75 (SD 230,144.688) ตามลำดับ

6) ค่าวัสดุเท่ากับ 101,671.75 (SD 50940.319),

743,79.30 (SD 47,886.275) และ 46,671.75 (SD 32199.808) ตามลำดับ

7) ค่าสาธารณูปโภคเท่ากับ 37,166.59 (SD 18,390.668), 56,743.26 (SD 30,894.787) และ 62,474.37 (SD 25,906.519) ตามลำดับ

8) ครุภัณฑ์เท่ากับ 44,373.09 (SD 53,818.320), 60,172.74 (SD 54,944.171) และ 73,306.75 (SD 78,151.709) ตามลำดับ

9) สิ่งก่อสร้างเท่ากับ 25,499.95 (SD 67,777.737), 33,654.07 (SD 69,605.267) และ 28,459.50 (SD 81,363.555)

ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนในระดับ เล็ก กลาง และใหญ่พบว่าค่าใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนในแผนหมวดค่าจ้างลูกจ้างมากที่สุด รองลงมาได้แก่ค่าตอบแทน (น5/น11/พตส.) และค่ายา/เวชภัณฑ์ เช่นเดียวกันทั้ง 3 ระดับ การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนในระดับเล็ก กลาง และใหญ่ ใช้จ่ายตามแผนหมวดสิ่งก่อสร้างน้อยที่สุดทั้ง 3 ระดับ เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยรายรับรวม และค่าเฉลี่ยรายจ่ายรวมเงินบำรุงตามแผนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ เล็ก กลาง และใหญ่ จำนวน 107 แห่ง

ระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	ค่าเฉลี่ยรายรับรวม(SD)	ค่าเฉลี่ยรายจ่ายรวม(SD)	ค่าเฉลี่ยคงเหลือ
เล็ก	2,211,009.17(881,795.91)	1,133,454.42(174,506.31)	1,077,554.75
กลาง	2,916,478.25(848,231.62)	1,493,081.40(437,336.68)	1,423,396.85
ใหญ่	3,488,907.71(15,441.07)	1,845,066.31(719,179.16)	1,643,841.40

ค่าเฉลี่ยรายรับรวม และค่าเฉลี่ยรายจ่ายรวมเงินบำรุงตามแผนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าระดับใหญ่ได้รับเงินบำรุงมากที่สุดเท่ากับ 3,488,907.71 (15,441.07) รองลงมาได้แก่ระดับกลางเท่ากับ 2,916,478.25 (848,231.62) และระดับเล็กเท่ากับ 2,211,009.17 (881,795.91) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยรายจ่ายรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ

ใหญ่จ่ายมากที่สุดเท่ากับ 1,845,066.31 (719,179.16) รองลงมาได้แก่ระดับกลางเท่ากับ 1,493,081.40 (437,336.68) และระดับเล็กเท่ากับ 1,133,454.42 (174,506.31) ตามลำดับ ซึ่งทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ เล็ก กลาง และใหญ่ มีรายรับมากกว่ารายจ่าย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ เล็ก ระดับกลาง ระดับใหญ่ ในแต่ละแห่ง จำนวน 107 แห่ง

ลำดับแผน /ระดับ(รพสต)	มีคุณภาพ(แห่ง) จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีคุณภาพ(แห่ง) จำนวน(ร้อยละ)	df	p
1. ยา/เวชภัณฑ์				
ระดับเล็ก	15 (23.40)	49 (76.60)	2	0.96
ระดับกลาง	7 (25.90)	20 (74.10)		
ระดับใหญ่	4 (25.00)	12 (75.00)		
2. แผนงาน/โครงการ				
ระดับเล็ก	17 (26.60)	47 (73.40)	2	0.190
ระดับกลาง	5 (18.50)	22 (81.50)		
ระดับใหญ่	1 (6.30)	15 (93.70)		
3. ค่าจ้างลูก				
ระดับเล็ก	22 (34.40)	42 (65.60)	2	0.972
ระดับกลาง	9 (33.30)	18 (66.70)		
ระดับใหญ่	5 (31.30)	11 (68.70)		
4. จ้างค่าตอบแทน(ฉ5/ฉ11/ พตส.)				
ระดับเล็ก	14 (21.90)	50 (78.10)	2	0.687
ระดับกลาง	6 (22.20)	21 (77.80)		
ระดับใหญ่	2 (12.50)	14 (87.50)		
5. ค่าใช้สอย				
ระดับเล็ก	8 (12.50)	56 (87.50)	2	0.805
ระดับกลาง	4 (14.80)	23 (85.20)		
ระดับใหญ่	3 (18.80)	13 (81.20)		
6. ค่าวัสดุ				
ระดับเล็ก	11(17.20) 2	53 (82.80)	2	0.939
ระดับกลาง	4 (14.80)	23 (85.20)		
ระดับใหญ่	3 (18.80)	13 (81.20)		

ต่อตารางที่ 4

ลำดับแผน /ระดับ(รพสต)	มีคุณภาพ(แห่ง) จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีคุณภาพ(แห่ง) จำนวน(ร้อยละ)	df	p
7. ค่าสาธารณูปโภค				
ระดับเล็ก	24 (37.50)	40 (62.50)	2	0.087
ระดับกลาง	4 (14.80)	23 (85.20)		
ระดับใหญ่	4 (25.00)	12 (75.00)		
8. ครุภัณฑ์				
ระดับเล็ก	11 (17.20)	53 (82.80)	2	0.462
ระดับกลาง	2 (7.40)	25 (92.60)		
ระดับใหญ่	2 (15.30)	14 (84.70)		
9. สิ่งก่อสร้างเท่ากับ				
ระดับเล็ก	52 (81.30)	12 (18.70)	2	0.346
ระดับกลาง	19 (70.40)	8 (29.60)		
ระดับใหญ่	14 (87.50)	2 (12.50)		

P<0.05

คุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับเล็ก กลาง และใหญ่ ซึ่งจำแนกตามแหล่งที่พบการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน พบว่า หมวด 1) ยา/เวชภัณฑ์ ในระดับเล็กใช้แผนได้คุณภาพจำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.40 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 49 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.60 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.90 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.10 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้ตามคุณภาพจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.00 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.00 2) แผนงาน/โครงการระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.60 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 47 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 73.40 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.50 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 22 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.50 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.30 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.70 3) ค่าจ้างลูก ระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน

ได้คุณภาพจำนวน 22 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.40 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 42 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 65.60 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.30 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 66.70 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 31.30 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.70 4) ค่าตอบ (ฉ5/ฉ11/ พตส.) ระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.90 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 50 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.10 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.20 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 21 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.80 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.50 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.40 5) ค่าใช้สอย ระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.50 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 58 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.80 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 23 แห่ง คิดเป็น

ร้อยละ 85.20 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.80 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.30 6) ค่าวัสดุ ระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงได้คุณภาพจำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.20 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 53 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 82.80 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.80 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.20 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.80 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.30 7) ค่าสาธารณูปโภคระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 24 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.50 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 40 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.80 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.20 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.00 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.00 8) ครุภัณฑ์ ระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.20 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 53 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.80 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 7.40 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.60 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.30 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.70 9) สิ่งก่อสร้าง ระดับเล็กใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 52 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.20 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.70 ระดับกลางใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.40 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29.60 ระดับใหญ่ใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนได้คุณภาพจำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 ไม่ได้คุณภาพจำนวน 2 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 12.50

ผลการวิเคราะห์จำนวนแห่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการใช้จ่ายตามแผนอย่างมีคุณภาพ พบว่า 1) ยา/เวชภัณฑ์ พบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับกลางจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 23.40) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับเล็ก (ร้อยละ 76.60) 2) แผนงาน/โครงการ พบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับเล็กจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 26.60) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับใหญ่ (ร้อยละ 93.80) 3) ค่าลูกจ้างพบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับเล็กจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 34.40) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับใหญ่ (ร้อยละ 68.80) 4) ค่าตอบแทน (ฉส/ฉน1/ พตส.) พบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับกลางจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 22.20) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับใหญ่ (ร้อยละ 87.50) 5)

ค่าใช้สอย พบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับใหญ่จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 18.80) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับเล็ก (ร้อยละ 87.50) 6) ค่าวัสดุพบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับใหญ่จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 18.80) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับกลาง (ร้อยละ 85.20) 7) ค่าสาธารณูปโภคพบจำนวนแห่ง การใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับเล็กจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 37.50) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับกลาง (ร้อยละ 85.20) 8) ครุภัณฑ์การพบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับเล็กจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 17.20) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับใหญ่ (ร้อยละ 92.60) 9) สิ่งก่อสร้างพบจำนวนแห่งการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพในระดับใหญ่จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 87.50) และไม่มีคุณภาพมากที่สุดในระดับกลาง (ร้อยละ 29.60)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพระหว่างการใช้จ่ายแผนเงินบำรุงตามแผนที่กำหนดในแต่ละหมวดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งระดับ เล็ก กลาง และใหญ่ พบว่า จำนวนแห่งในการใช้จ่ายเงินบำรุงได้ตามคุณภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ตารางที่ 2

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า การใช้จ่ายเงินบำรุงในระดับเล็ก กลาง และใหญ่นั้น มีรายรับจากการโอนเงิน CUP มากที่สุด รองลงมาได้แก่ เงินค่าจ้างลูกจ้าง เช่นกันทั้ง 3 ระดับ ในส่วนการใช้นั้นใช้จ่ายในค่าลูกจ้างมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ค่าตอบแทน (ฉส/ฉน1/ พตส.) และค่ายา/เวชภัณฑ์ เช่นเดียวกันทั้ง 3 ระดับ การใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน พบว่าในระดับเล็ก กลาง และใหญ่ใช้จ่ายในสิ่งก่อสร้างน้อยที่สุดทั้ง 3 ระดับ จากข้อมูลพบรายรับเงินบำรุงมากกว่ารายจ่ายตามแผนเงินบำรุงในทุกระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายได้ว่า ทุกระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีความจำเป็นในการใช้จ่ายเงินบำรุงในแผนหมวดเดียวกัน ซึ่งเป็นการจ่ายค่าจ้างค่าตอบแทนบุคคลากรเป็นส่วนใหญ่ และค่ายา/เวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลโดยทั่วไปเช่นกัน จึงเป็นการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างสมเหตุสมผล และมีการใช้จ่ายเงินบำรุงเกินดุลทุกระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องมาจากมีการทำแผนกำหนดและควบคุมการใช้จ่าย และการขอปรับเปลี่ยนแผนตามความเหมาะสม การติดตามตรวจสอบความถูกต้องอย่างต่อเนื่องตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และจากผลการวิเคราะห์คุณภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่งในระดับ เล็ก กลาง ใหญ่ นั้น

พบว่า การบริหารจัดการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างมีคุณภาพในแต่ละระดับมีคุณภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากความคลาดเคลื่อนแต่ละแผนที่กำหนดในการใช้จ่ายนั้น อาจเป็นการจัดการและบริหารการจ่ายเงินบำรุงตามสถานการณ์ และเหตุผลความจำเป็น หรือความเหมาะสม จึงต้องเปลี่ยนแปลงแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงส่งผลให้การใช้จ่ายเงินบำรุงไม่เป็นไปตามแผน ดังนั้น การเสนอแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงที่มีความเหมาะสม และตามขั้นตอนทันเวลานั้นจะส่งผลให้การใช้จ่ายเงินบำรุงมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
 - 1.1 นำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อความเหมาะสม ในแต่ละระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 1.2 นำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพและวางแผนการใช้จ่ายในแต่ละหมวด และแต่ละระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ศึกษาวิเคราะห์ความเหมาะสมในการวางแผนใช้จ่ายเงินบำรุงในแต่ละหมวดของแต่ละระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 2.2 ศึกษาผลลัพธ์และประสิทธิผลการใช้จ่ายเงินบำรุงในแต่ละแผนที่กำหนดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว ที่ให้ความร่วมมือในการส่งข้อมูลแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอที่ช่วยสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ลลิตยา กองคำ.(2560). *การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. ชูชัย สุภวงส์ และคณะ.(2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิว จำกัด.
3. กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการดำเนินงาน.(2559).Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ*. <http://bps.moph.go.th>. ค้นเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564.
4. อภิศักดิ์ ต้นติววงศ์.(2562). *ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง*. <http://www.finance.rmuti.ac.th/finance>. วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการจัดทำแผนทางการเงิน (PLANFIN) สำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
6. ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2562). *เงินบำรุงในหน่วยงานสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://www.dmsfinance.go.th/dmsfinance_new.
7. สมหมาย จันทรเรือง.(2558). *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2015/07/10346>.
8. สำนักสนับสนุนระดับปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562).*แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลดีด้าว*. (2562). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

จำนวนครั้งที่ใช้รักษาและภาวะแทรกซ้อนจากคลื่นกระแทกในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดในโรงพยาบาลพุทธโสธร

วรกานต์ เทียรกุล, พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลพุทธโสธร

ความเป็นมา : กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง มักมีสาเหตุจากการใช้กล้ามเนื้อมากเกินไปหรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการหดเกร็งและปวดกล้ามเนื้อตามมา หากมีอาการเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน การรักษาในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด การใช้เครื่องมือกายภาพ การฝังเข็ม การฉีดยา เป็นต้น การใช้คลื่นกระแทกรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดเป็นอีกวิธีที่ได้รับการยอมรับและให้ผลดี โรงพยาบาลพุทธโสธรได้มีการนำคลื่นกระแทกมาใช้รักษาผู้ป่วยในระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลจำนวนครั้งที่เหมาะสมสำหรับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง
สถานที่ทำการวิจัย : ณ แผนกผู้ป่วยนอกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มประชากร : ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดจำนวน 55 ราย

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลจากบันทึกในระบบ HOSxP โดยบันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับอาการปวดโดย numeric rating scale for pain ทั้งก่อนและหลังการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2562 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563

ผลการศึกษา : พบว่าจากการศึกษามีผู้ป่วย จำนวน 55 คน เป็นเพศชายจำนวน 13 ราย เพศหญิงจำนวน 42 ราย อายุระหว่าง 21-80 ปี กล้ามเนื้อที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกมีทั้งหมด 7 มัด จำนวน 126 ครั้ง พบว่าจำนวนครั้งในการรักษาเฉลี่ย 1 ครั้ง และมากที่สุด 5 ครั้ง คิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 3 ครั้ง มีภาวะแทรกซ้อน 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.76

ของจำนวนครั้งในการรักษา

สรุป : การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก เป็นวิธีที่ลดปวดได้ดีตั้งแต่ครั้งแรกและภาวะแทรกซ้อนน้อย

คำสำคัญ : คลื่นกระแทก, ปวดกล้ามเนื้อและพังผืด

บทนำ

อาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome, MPS) เป็นกลุ่มอาการที่พบเป็นส่วนใหญ่ของโรคในระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง มักมีอาการเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน⁽¹⁾ สาเหตุที่พบส่วนมากเกิดจากการใช้งานกล้ามเนื้อมากเกินไปจนได้รับบาดเจ็บหรือฉีกขาด โดยอาการปวดบริเวณต้นคอและบ่า พบได้บ่อยที่สุด 5.9-38.7%⁽²⁾ มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน⁽³⁾ ผู้ป่วยมีอาการเด่นคือปวดร้าวเฉพาะส่วนตามจุด trigger point (TrPs) ของกล้ามเนื้อแต่ละมัด มีบริเวณที่ไวต่อความรู้สึกบนตำแหน่งกล้ามเนื้อนั้นๆ และอาจมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic effect) ร่วมด้วย⁽³⁾ อาการปวดกล้ามเนื้อเกิดจากการที่กล้ามเนื้อทำงานมากเกินไป ก่อให้เกิดความผิดปกติของ motor end plate มีการกักของแคลเซียม (Ca^{2+}) ในเส้นใยกล้ามเนื้อ และหลัง Acetylcholine ที่ motor end plate ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งตัว เกิด contraction knot ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ลดลง⁽³⁾ หากปล่อยไว้ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณนั้น และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการใช้งาน อันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

แนวทางการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome) แม้ไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง แต่เป้าหมายเบื้องต้นของการรักษาคือการลดปวดและลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถทำได้ด้วยวิธีต่างๆ และใช้เครื่องมือกายภาพเข้ามามีส่วนร่วมรักษาได้⁽²⁾ การรักษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ invasive เช่น การฉีดยา (injection) การฝังเข็ม (dry needling) และ non-invasive เช่น การนวด การยืดกล้ามเนื้อ การทำอัลตราซาวด์ และการใช้เครื่อง short

wave diathermy⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือให้ความร้อนลึก ถือเป็นการรักษาแบบอนุรักษ์ที่ให้ผลเทียบเท่าการรักษาด้วยวิธีฉีดยาที่ใช้กันมาเป็นเวลานาน⁽³⁾

คลื่นกระแทก (shock wave) เป็นคลื่นเสียงที่มีพลังงานสูง ในช่วงแรกถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้สลายนิ่ว และต่อมาถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมานานกว่า 20 ปี โดยเฉพาะการอักเสบของเนื้อเยื่อ เช่น ข้อไหล่อักเสบ เอ็นฝ่าเท้าอักเสบ เป็นต้น⁽⁵⁾ ต่อมามีการศึกษาการใช้คลื่นกระแทก (ESWT : extracorporeal shock wave therapy) รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกเชื่อมติดซ้ำ และภาวะกระดูกไม่เชื่อมติด โดยพบว่าคลื่นกระแทกนี้สามารถกระตุ้นการสร้างกระดูกใหม่ได้ (osteogenesis) และยังสามารถนำไปใช้ในการรักษาภาวะเอ็นยึดลูกสะบ้าอักเสบ (patellar tendinopathy หรือ jumper's knee) ภาวะจุดเกาะเอ็นข้อศอกด้านนอกอักเสบเรื้อรัง (lateral epicondylitis) และในปี 2543 องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับรองการรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบเรื้อรังด้วยการใช้คลื่นกระแทกนี้⁽⁶⁾ และเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับในยุโรป อเมริกาเหนือและเอเชีย ปัจจุบันจึงมีความสนใจในการใช้คลื่นกระแทกรักษาผู้ป่วยทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัดกันอย่างแพร่หลาย⁽⁵⁾

การทำงานของคลื่นกระแทก (shock wave) อาศัยคุณสมบัติของคลื่นเสียงที่ถูกอัดกระแทกด้วยแรงดันสูงมากจนมีความเร็วเหนือเสียง ทำให้สามารถทะลุผ่านตัวกลางชนิดต่างๆ ได้มากกว่าคลื่นเสียงทั่วไป มีการหักเหและสะท้อนกลับบางส่วนในบริเวณรอยต่อผิวสัมผัสของตัวกลาง คุณสมบัติพื้นฐานของคลื่นกระแทกมีลักษณะเป็นไบเฟส (biphasic pressure wave) ที่มีแรงดันบวกขนาดปริมาณสูงอย่างรวดเร็วและตามด้วยแรงดันลบขนาดต่ำ และเนื่องจากคลื่นกระแทก (shock wave) เป็นคลื่นเสียงจึงจำเป็นต้องอาศัยเจลเป็นตัวกลางแทรกระหว่างหัวส่งคลื่นและผิวหนังในการส่งถ่ายพลังงานเข้าร่างกาย เพื่อลดการสะท้อนและหักเหของคลื่น⁽⁵⁾

ผลของการใช้คลื่นกระแทก จากการศึกษาในต่างประเทศระยะแรกพบว่ามีการกระตุ้นการสร้างหลอดเลือดใหม่ (neovascularization) ทำให้เกิดการฟื้นฟูและสร้างเซลล์ใหม่ รวมถึงซ่อมแซมเนื้อเยื่อและเส้นเอ็น ตั้งแต่สัปดาห์แรกที่รักษาและคงอยู่ไปถึง 12 สัปดาห์ หรือนานกว่านั้นขึ้นกับจำนวนครั้งที่รักษาและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยซึ่งยังต้องการการศึกษาต่อไป⁽⁶⁾ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยคลื่นกระแทกที่อาจพบได้ ได้แก่ การเกิดรอยช้ำ petechiae, ecchymosis และ hematoma⁽³⁾ การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ radial shock wave

therapy : RSWT เป็นประเภทหนึ่งของคลื่นกระแทก ซึ่งมีคลื่นช็อกขนาดต่ำถึงปานกลาง และเป็น low peak pressure longer rise time มีพลังงานที่จุด focal ต่อ 1 impulse เรียก energy reflux density (ERFD) น้อยกว่า 0.1 mJ/mm² ทำให้เกิดกระบวนการซ่อมแซม (reactivate healing process) และการสร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) เพิ่มการไหลเวียนเลือดในบริเวณเนื้อเยื่อที่รักษา ลดสารนำความปวดลดการอักเสบและเร่งกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออีกด้วย⁽³⁾

จากการศึกษาของ Ali GUR และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าการให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทกเพียงหนึ่งครั้งเทียบกับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 ครั้ง สามารถลดอาการปวดลงได้ทั้งคู่ แต่ในกลุ่มที่ได้รับการรักษา 3 ครั้ง สามารถลดอาการปวดได้มีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งไม่พบผลข้างเคียงที่ร้ายแรง มีเพียงอาการเจ็บเล็กน้อยในบริเวณที่ทำการรักษาด้วยคลื่นกระแทกเท่านั้น ดังนั้นการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทกจึงเป็นแนวทางการรักษาที่น่าสนใจ ใช้เวลา รักษาต่อครั้งไม่นาน เกิดผลข้างเคียงน้อย สามารถลดอาการปวดลงได้ดีและเป็นไปตามมาตรฐานของการรักษา แต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลผลการลดปวดและระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษาด้วยคลื่นกระแทกนี้ ในแผนกผู้ป่วยนอกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธโสธร จึงเป็นที่มาของงานวิจัยฉบับนี้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาผลของการลดปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก (radial shock wave therapy : RSWT)
2. ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากกล้ามเนื้อและพังผืด แผนกผู้ป่วยนอกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธโสธร

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและ

พังผืด

3. มีระดับอาการปวดตั้งแต่ 5 ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีประวัติปวดจากมะเร็ง
2. มีอาการปวดจากความผิดปกติจากเส้นประสาท เช่น เส้นประสาทถูกกดทับบริเวณกระดูกสันคอ
3. มีการติดเชื้อบริเวณที่ให้การรักษ
4. มีประวัติความแข็งแรงตัวของเลือดผิดปกติ หรือเลือดออกง่าย

นิยามศัพท์

ปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome)

หมายถึง กลุ่มโรคของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการหดเกร็งจนทำให้มีอาการปวด

คลื่นกระแทก (shock wave) หมายถึง คลื่นเสียงพลังงานสูงที่ถูกอัดกระแทกด้วยแรงดันจนมีความเร็วเหนือเสียงใช้ในการบำบัดรักษา

ระดับอาการปวด (numeric rating scale for pain)

คือการประเมินความรุนแรงอาการปวดโดยมีช่วงคะแนน ดังนี้

- คะแนน 0 คือ ไม่มีอาการปวด
 คะแนน 1-3 คือ มีอาการปวดเล็กน้อย
 คะแนน 4-6 คือ มีอาการปวดปานกลาง
 คะแนน 7-10 คือ มีอาการปวดมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลแผนกผู้ป่วยนอกเวชกรรมฟื้นฟูจากระบบปฏิบัติการโปรแกรม HOSxP โรงพยาบาลพุทธโสธรตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2562 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563 บันทึกทางการแพทย์ในหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวด ประเมินระดับอาการปวด (numeric rating scale for pain, NRS) ก่อนและหลังการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยคลื่นกระแทก

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดจำนวน 55 ราย เป็นเพศชายจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.63 เพศหญิงจำนวน 42 รายคิดเป็นร้อยละ 76.36 อายุระหว่าง 21-80 ปี ช่วงอายุที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.9 กลุ่มอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยสุด คือช่วงอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.64 ดังแสดงตารางที่ 1 โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมีระดับอาการปวด (numeric rating scale for pain, NRS) ก่อนได้รับการรักษามากกว่า 5 และภายหลังได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก มีระดับความปวดลดลงมากกว่า 3 ระดับทุกราย

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศและช่วงอายุกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก (radial shock wave therapy : RSWT) เพื่อรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด

อายุ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
21-30	3	4	7
31-40	2	3	5
41-50	2	15	17
51-60	3	11	14
61-70	3	7	10
71-80	-	2	2
รวม	13	42	55

จากการศึกษานี้พบว่าตำแหน่งที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมากที่สุดคือกล้ามเนื้อ upper trapezius คิดเป็นร้อยละ 45.45 และกล้ามเนื้อที่พบน้อยที่สุดคือกล้ามเนื้อ quadriceps คิดเป็นร้อยละ 1.82 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดกับจำนวนผู้ป่วย

กล้ามเนื้อที่มีอาการปวด	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
Upper trapezius	25	45.45
Infraspinatus	3	5.45
Quadratus lumborum	5	9.09
Gluteus	7	12.73
Quadriceps	1	1.82
Peroneus	7	12.73
Gastrocnemius	7	12.73
รวม	55	100

กล้ามเนื้อที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกมีทั้งหมด 7 มัด ได้รับการรักษาทั้งหมด 126 ครั้ง กล้ามเนื้อ upper trapezius มีจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกมากที่สุดคือ 51 ครั้ง กล้ามเนื้อ quadriceps มีจำนวนครั้งของการรักษา น้อยที่สุดคือ 2 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งกล้ามเนื้อที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกและจำนวนครั้งที่รักษา

ตำแหน่งกล้ามเนื้อ	จำนวนครั้งที่รักษาด้วยคลื่นกระแทก
Upper trapezius	51
Infraspinatus	8
Quadratus lumborum	10
Gluteus	21
Quadriceps	2
Peroneus	20
gastrocnemius	14
รวม	126

การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก ที่ใช้จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 2 ครั้ง ได้แก่ กล้ามเนื้อ quadratus lumborum, quadriceps และ gastrocnemius (จำนวนครั้งน้อยสุดในการรักษา คือ 1 ครั้ง

และมากที่สุดคือ 3 ครั้ง) กล้ามเนื้อที่ใช้จำนวนครั้งโดยเฉลี่ย ในการรักษาด้วยคลื่นกระแทกที่มากที่สุดคือ 3 ครั้ง ได้แก่ กล้ามเนื้อ gluteus (จำนวนครั้งในการรักษามากที่สุดคือ 5 ครั้ง และ น้อยสุด คือ 1 ครั้ง) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกกับจำนวนครั้ง ของการรักษา เพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด

กล้ามเนื้อ	จำนวนครั้งน้อยที่สุด ที่ทำการรักษาด้วย คลื่นกระแทก (ครั้ง)	จำนวนครั้งมากที่สุด ที่ทำการรักษาด้วย คลื่นกระแทก (ครั้ง)	จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อคน (ครั้ง)
Upper trapezius	1	4	2.04
Infraspinatus	2	4	2.66
Quadratus lumborum	1	3	2
Gluteus	1	5	3
Quadriceps	2	2	2
Peroneus	1	4	2.8
Gastrocnemius	1	3	2

จากการศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ และพังผืดด้วยคลื่นกระแทก จำนวน 55 ราย มีกล้ามเนื้อ ที่มีอาการทั้งหมด 7 มัด ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก ทั้งหมด 126 ครั้ง พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วย 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.76 ของจำนวนครั้งที่ทำการรักษา โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบคือรอยช้ำหลังได้รับการรักษาด้วยคลื่น กระแทกบริเวณกล้ามเนื้อ gluteus จำนวน 1 ราย ได้แนะนำ

ให้ผู้ป่วยประคบเย็นบริเวณรอยช้ำและไม่ได้รับยาเพิ่มเติม อาการดีขึ้นหลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบ อาการปวดระบมหลังได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก จำนวน 5 ราย ทุกรายมีอาการเฉพาะครั้งแรกที่ได้รับการรักษา และ อาการปวดระบมหายไปเองใน 1-2 วัน ดังแสดงในตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก

ภาวะแทรกซ้อนที่พบ	จำนวนครั้ง
รอยช้ำ	1
ปวดระบมประมาณ 1-2 วัน	5

บทวิจารณ์

จากการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและ พังผืดจำนวน 55 ราย พบที่ตำแหน่งกล้ามเนื้อ upper trapezius มากที่สุด 25 ราย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี รองมาคือช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 17 รายและ 14 ราย ตามลำดับ

ผลของการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วย คลื่นกระแทก ที่ใช้จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 2 ครั้ง ได้แก่ กล้ามเนื้อ quadratus lumborum, quadriceps และ gastrocnemius (จำนวนครั้งน้อยสุดในการรักษา คือ 1 ครั้ง และมากที่สุดคือ 3 ครั้ง) กล้ามเนื้อที่ใช้จำนวนครั้งโดยเฉลี่ย ในการรักษาด้วยคลื่นกระแทกที่มากที่สุดคือ 3 ครั้ง ได้แก่ กล้ามเนื้อ gluteus (จำนวนครั้งในการรักษามากที่สุดคือ 5 ครั้ง และน้อยสุด คือ 1 ครั้ง) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ ได้แก่ Ali GUR⁽⁷⁾ และคณะได้ทำการศึกษารักษาอาการ ปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก โดยแบ่งผู้ป่วย

เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกเพียง ครั้งเดียว กลุ่มที่สองได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และประเมินพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีอาการปวดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้นและความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษา 3 ครั้งติดต่อกัน มีคะแนนความปวดลดลงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเหนือกว่าอีก กลุ่ม พบภาวะแทรกซ้อนเพียงเจ็บระบมบริเวณที่รักษาเพียง เล็กน้อย Hye Min Ji⁽⁴⁾ และคณะ ได้ทำการรักษาผู้ป่วย ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดบริเวณกล้ามเนื้อ upper trapezius พบว่าสามารถลดอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ หลังจากรักษาด้วยคลื่นกระแทก 4 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ และจากการศึกษาของขวัญยุพา สุคนธมาน⁽⁸⁾ และพรพิมล สุขสันต์ไพศาล ในการเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ ปวดกล้ามเนื้อและพังผืดบริเวณสะบักด้วยคลื่นกระแทกกับการ ใช้คลื่นความถี่สูง พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอาการปวดลดลง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 หลังการรักษาและหายปวดที่ 3-4 สัปดาห์

หลังการรักษา แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทก มีความพึงพอใจมากกว่า ในแง่ของความสะดวกและจำนวนครั้งที่รับการรักษาน้อยกว่า

ผลของการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก ที่ใช้จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยมากที่สุดคือ 3 ครั้ง (จำนวนครั้งมากที่สุดคือ 5 ครั้ง) ได้แก่ กล้ามเนื้อ gluteus ซึ่งในการศึกษานี้มีเพียง 2 รายเท่านั้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะลักษณะทางกายวิภาคของกล้ามเนื้อ gluteus เป็นกล้ามเนื้อบริเวณสะโพกที่มีขนาดใหญ่ และมีการเรียงตัวซ้อนทับกันของกล้ามเนื้อหลายชั้น การรักษาด้วยคลื่นกระแทกจึงต้องใช้จำนวนครั้งในการรักษามากกว่าบริเวณอื่น และมีอาจมีสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดบริเวณสะโพกที่พบนั้นอาจเป็นผลจากพยาธิสภาพบริเวณกระดูกหลัง กระดูกข้อสะโพกเสื่อมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด จึงใช้เวลาในการรักษานานและทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อสะโพกเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้จำนวนครั้งที่แตกต่างกันในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก ในกล้ามเนื้อแต่ละตำแหน่งนั้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตั้งค่าเครื่องกำเนิดคลื่นกระแทกในการให้การรักษาแต่ละครั้ง (ความแรง ความถี่ จำนวนช็อต) การรักษาอื่นร่วม เช่น การรับประทานยาลดอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อ การฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด ความสม่ำเสมอในการเหยียดยืดกล้ามเนื้อด้วยตัวเองต่อเนื่อง ตลอดจนการปรับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น

แม้ว่าการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดด้วยคลื่นกระแทกจะยังไม่สามารถอธิบายกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาได้ชัดเจน อาจเป็นไปได้ว่าคลื่นกระแทกนี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดในบริเวณกล้ามเนื้อที่หดเกร็งตัว ลดการหลั่งสารเคมีที่ทำให้ปวด และลดการกระตุ้นตัวรับรู้ความรู้สึกปวดในกล้ามเนื้อ⁽⁹⁾ โดยทำให้หลอดเลือดฝอยขยายตัว กระตุ้นสารเคมีสร้างหลอดเลือดใหม่ ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นได้รับการฟื้นฟู⁽²⁾

ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.76 ของจำนวนครั้งในการรักษาด้วยคลื่นกระแทก โดยพบรอยช้ำหลังได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกบริเวณกล้ามเนื้อ gluteus จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.79 ของจำนวนครั้งในการรักษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ประคบเย็นบริเวณที่มีรอยช้ำและอาการดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ พบมีอาการปวดระบบหลังการรักษา 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.96 ของจำนวนครั้งในการรักษา บริเวณกล้ามเนื้อ upper trapezius 3 ราย กล้ามเนื้อ peroneus

1 ราย และกล้ามเนื้อ gastrocnemius 1 ราย โดยทุกรายพบอาการปวดระบบเฉพาะครั้งแรกที่ได้รับการรักษา และอาการดีขึ้นภายใน 1-2 วัน ดังนั้นจึงเป็นข้อควรระวังและแนะนำให้มีการประคบเย็นหลังได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกทุกครั้ง เพื่อลดอาการปวดระบบและรอยช้ำที่อาจเกิดขึ้น

สรุป

การรักษาอาการปวดและพังผืดด้วยคลื่นกระแทก สามารถลดอาการปวดได้ดีในกล้ามเนื้อหลายตำแหน่ง กล้ามเนื้อ upper trapezius, infraspinatus, quadratus lumborum, gluteus, quadriceps, peroneus และ gastrocnemius โดยจำนวนครั้งเฉลี่ยที่ทำการรักษา คือ 2.4, 2.66, 2, 3, 2, 2.8 และ 2 ครั้ง ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือรอยช้ำและอาการปวดระบบในบริเวณที่ได้รับการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงพิจิทร อนุราชเสนา ให้คำแนะนำ การทำวิจัย ฝ่ายงานกายภาพบำบัดและคลินิกลดปวดที่ให้การ รักษาผู้ป่วยด้วยการทำกายภาพบำบัดและฝังเข็ม

เอกสารอ้างอิง

1. Jeon JH, Jung YJ, Lee JY, Choi JS, Mun JH, Park WY, et al. The effect of extracorporeal shock wave therapy on myofascial pain syndrome. *Ann Rehabil Med* 2012;36(5):665-674.
2. Kiraly M, Bender T, Hodosi K. Comparative study of shock wave therapy and low level laser therapy effects in patients with myofascial pain syndrome of the upper trapezius. *Rheumatology International* 2018;38:2045-2052.
3. กัตติกา ภูมิพิทักษ์กุล, อุทัยวรรณ เล็กยิ่งยง, กิตติ ทะประสพ, เพ็ญทิพา เลหาดีรานนท์, พัชร จันทวงศ์. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาระหว่างการบำบัดด้วยคลื่น ช็อกชนิดเรเดียลกับคลื่นเสียงความถี่สูงในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ ปวดกล้ามเนื้อและพังผืดของกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน. *J Thai Rehabil Med* 2014;24(2):49-54.
4. Ji HM, Ki m HJ, Han SJ. Extracorporeal shock wave therapy in myofascial pain syndrome of upper trapezius. *Ann Rehabil Med* 2012;36(5):675-680.
5. ปริญา เลิศสินไทย. การรักษาด้วยคลื่นช็อก ในความผิดปกติระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ. *J Med*

Tech Phy Ther 2015;27(2):107-24.

6. Wang CJ. An overview of shock wave therapy in musculoskeletal disorder. *Chang Gung Med J* 2003;26:220-32.

7. Gur A, Koca I, Karagullu H, Altindag O, Madenci E, Tutoglu A, et al. Comparison of the effectiveness of two different extracorporeal shock wave therapy regimens in the treatment of patients with myofascial pain syndrome. *Arch Rheumatol* 2014;29(3):186-193.

8. ขวัญยุพา สุคนธมาน, พรพิมล สุขสันต์ไพศาล. การเปรียบเทียบผลการรักษาของการใช้คลื่นกระแทกและการใช้คลื่นความถี่สูงในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดระยะเรื้อรังบริเวณกล้ามเนื้อสะบัก. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2561;62(2):141-54.

9. Manafnezhad J, Salahzadeh Z, Salimi M, Ghadevi F, Ghojzadeh M. The effects of shock wave and dry needling on active trigger points of upper trapezius muscle in patients with non-specific neck pain : A randomized clinical trial. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2009:811-818.

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

นางสาวปราณทิพย์ ทศรัตน์ปรียากุล
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลเกาะกูด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

การพัฒนาคุณภาพ หมายถึง ประสิทธิภาพโดยรวมของกระบวนการดำเนินงานตามมาตรฐานและที่ีมีความสม่ำเสมอ ในการตอบสนองความจำเป็นและความคาดหวังของผู้บริหาร ผู้รับบริการ การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในอนาคต หรือการกระทำใดๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และอาจส่งผลกระทบต่อในด้านลบหรือสร้างความเสียหายต่อการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร หรือโอกาสที่องค์กรจะเกิดจากการดำเนินการผิดพลาดเสียหายไม่ประสบผลสำเร็จตามแผนงานหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือความเป็นไปได้อันที่จะเกิดความสูญเสียขึ้นหรืออุปสรรคที่กระทบต่อองค์กร จำแนกออกเป็น 4 ลักษณะ ประกอบด้วย ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ความเสี่ยงด้านการเงิน ความเสี่ยงด้านกฎหมาย

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการบริหารจัดการให้โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงลดลง หรือผลกระทบของความเสียหายจากเหตุการณ์ความเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ซึ่งการจัดการความเสี่ยงอาจแบ่งได้เป็น 4 แนวทางหลัก ได้แก่ การยอมรับ การลด หรือการควบคุม การยกเลิกหรือการหลีกเลี่ยงและการโอนย้าย

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเพื่อการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาการบริหารจัดการความเสี่ยง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงด้านการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน 100 คน โดยมีขั้นตอนหรือกระบวนการในการพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวินิจฉัยเบื้องต้นและ

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ขั้นตอนการวางแผนหรือขึ้นการออกแบบ ขั้นตอนการพัฒนา และขึ้นการประเมินผลการพัฒนา ใช้เวลาในการดำเนินการพัฒนา 1 ปี คือตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การจดบันทึก การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และสรุปผลการเรียนรู้จากกระบวนการประชุมถอดบทเรียน แบบประเมินการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ ผลการศึกษานำเสนอรูปแบบหรือแนวทางหรือกระบวนการพัฒนาใช้กลยุทธ์การพัฒนา 3 ประการ คือ การเพิ่มความสามารถ การจูงใจ และการใกล้ชิด เพื่อให้มองเห็นประโยชน์ในการพัฒนาร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า คณะทำงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ที่มีความตั้งใจในการมีส่วนร่วมและมีความเสียสละ และมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้เป็นการรวมพลังเพื่อตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการขององค์กรซึ่งเป็นระบบคุณค่าของสังคม ทำให้คณะทำงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถรวมตัวกันทำงานเป็นทีมเพื่อทำกิจกรรมการแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างการพัฒนาการดำเนินงานขององค์กร เป็นการเรียนรู้ที่ละขั้นทีละตอนเป็นลำดับ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคณะทำงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยบริการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด ด้านผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาผลการศึกษา พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานบริหารจัดการ ความเสี่ยงของหน่วยงานด้านการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบต่างๆ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดด้านการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือกฎระเบียบต่างๆ มีผลการดำเนินงานดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

คือ การกำหนดกลยุทธ์ของการพัฒนาองค์กร การกำหนดเป้าหมายและ วางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของทีมงานและการถ่ายทอดแนวทางสู่การปฏิบัติให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง มีการมอบหมายหน้าที่แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง บุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถก่อนนำไปปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายงานรับผิดชอบ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และมีการจูงใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญในการพัฒนา

สรุป : การกำหนดเป้าหมายและ วางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน และการเตรียมความพร้อมของทีมงาน การจูงใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญในการพัฒนา และการถ่ายทอดแนวทางสู่การปฏิบัติให้แก่ผู้เกี่ยวข้องก่อนนำไปปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้นำนโยบายดังกล่าวมาปฏิบัติ และจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ(ก.พ.ร.) และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา แต่ผลจากการติดตามประเมินการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดพบว่ายังมีการดำเนินงานบางเรื่องบางประเด็นที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม สาเหตุเนื่องจากมีการเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบ่อย บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ

ในแนวทางการปฏิบัติ ขาดความรู้ด้านกฎหมายและระเบียบ ขาดการวิเคราะห์ข้อมูล และขาดทักษะในการวางแผนการดำเนินงานและการควบคุมการดำเนินงาน ส่งผลให้การดำเนินงานบริหารความเสี่ยงขององค์กรยังขาดประสิทธิภาพ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงปัจจัยความเสี่ยง และความเสี่ยงในด้านการเงิน/การคลัง และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือกฎระเบียบต่างๆ ที่น่าจะมีผลกระทบกับการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

2.2 เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด สามารถลดมูลเหตุของโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง และลดขนาดของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ให้อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้

2.3 เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด มีผลการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงบรรลุตามเป้าหมาย ภารกิจหลัก เป้าประสงค์และเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D) เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยง ด้านการเงิน/การคลัง และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน 100 คน

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.1 ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนการสร้างทีมงาน ลักษณะทีมงานเป็นทีมงานชั่วคราวที่ดัดขึ้นมาเพื่อปฏิบัติงานเฉพาะกิจ เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ด้านการเงินและด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ

2) จัดประชุมทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินการพัฒนาระบบการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง โดยนำแนวคิดในการพัฒนาองค์กรหรือหน่วยงานของเดวิส และนิวสโตมมาประยุกต์ใช้

3) วางแผนงาน/โครงการ โดยเริ่มจากการศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility study) ประกอบด้วย ขั้นตอนการพัฒนาระบบงาน วางแผน กำหนด การรวบรวมและวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ กำหนดขอบเขตการดำเนินการ

1.2 ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนา ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ ดังนี้

1) กระบวนการเรียนรู้ที่ 1 : ขั้นศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานที่ผ่านมา โดยการประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) เพื่อให้ทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ทบทวนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในอดีต โดยดำเนินการ

รวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการ (requirement collection and analysis) และกำหนดปัญหาและเงื่อนไขของผู้ใช้งาน เพื่อให้ทราบปัญหาของระบบงานเดิม และความต้องการการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง

2) กระบวนการเรียนรู้ที่ 2 : ชี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ เพื่อเปิดโอกาสให้ทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด แสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความถูกต้องและร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

3) กระบวนการเรียนรู้ที่ 3 : ชี้นำการออกแบบ (design) เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน มีปัจจัยสำคัญเพื่อหาความสามารถในการสรรหาวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาในระบบงานเดิมอย่างมีประสิทธิภาพ

4) กระบวนการเรียนรู้ที่ 4 : ชี้นำดำเนินการพัฒนา โดยการจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่ทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน รูปแบบการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การแบ่งกลุ่มฝึกทักษะในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) และกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC)

5) กระบวนการเรียนรู้ที่ 5 : นำเสนอแผนโดยตัวแทนกลุ่ม และมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อดำเนินการควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติการตามขั้นตอนหรือกระบวนการที่กำหนดไว้

6) กระบวนการเรียนรู้ที่ 6 : การสรุปบทเรียน และการวัดผลการเรียนรู้หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ : ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแบบประเมินความรู้ ของทีมงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในด้านการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงแบบวัดความรู้เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ ชนิด 2 ตัวเลือก คือใช่/ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

2.2 แบบประเมินคุณภาพการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง โดยใช้แนวทางการประเมินระบบควบคุมภายใน (ปค.4/ปค.5) ของกระทรวงสาธารณสุข มาใช้เป็นแบบในการประเมินผลการพัฒนา

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D) กำหนดขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน 2) ชี้นำการออกแบบ (design) กระบวนการดำเนินงาน 3) ชี้นำวางแผนการพัฒนาระบบงาน และกำหนดขอบเขตการดำเนินงาน 4) ชี้นำดำเนินการพัฒนา และ 5) ชี้นำประเมินผลการพัฒนา ผลการศึกษานำเสนอ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมาของหน่วยงาน โดยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) เพื่อร่วมกันขั้นศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงในอดีตที่ผ่านมา ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พบสภาพปัญหาดังนี้

1. ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

จากการศึกษาการดำเนินงานระบบควบคุมภายในการบริหารความเสี่ยง (ปค.4 และ ปค.5) พบปัญหาการบริหารความเสี่ยงด้านการเงิน ได้แก่ การดำเนินงานด้านการเงินที่เสี่ยงต่อการผิดระเบียบการบริหารการเงิน/การคลัง ส่งผลต่อการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการดำเนินงานด้านกฎหมายและกฎระเบียบ (ด้านพัสดุ) ที่ขาดการวางระบบ ขาดมาตรการการควบคุมกำกับ และการติดตามผลการดำเนินงาน ส่งผลให้การดำเนินงานบางเรื่องบางประเด็นไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์หรือกฎระเบียบที่กำหนดไว้ (รายละเอียดตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ความเสี่ยง	ผลกระทบ/ ความเสียหาย ที่อาจเกิดขึ้น	ปัจจัย/สาเหตุ	ระดับความรุนแรง
มิตินี้ 1 ด้านการจัดเก็บรายได้ : พบว่าการรับรู้รายได้/ลูกหนี้การค้ายังไม่เป็นปัจจุบัน	-งบการเงินขาดคุณภาพ ขาดความน่าเชื่อถือ หากนำไปใช้ในการวางแผนอาจเกิดความผิดพลาดในเชิงบริหาร -เกิดสภาพหนี้ค้างชำระ	ปัจจัยภายใน -ขาดการวางแผนระบบการดำเนินงาน -ขาดการสื่อสาร การให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว -ขาดมาตรการควบคุมกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน	สูงมาก
มิตินี้ 2 ด้านการเงิน พบการส่งเงินยืมคืนแก่ส่วนราชการเกิน 30 วันนับจากที่ได้รับเงินยืม -ขาดการจัดทำแผนแผนค่าสาธารณูปโภคและรายงานการชำระค่าสาธารณูปโภคล่าช้า -ขาดการนำเสนอหัวหน้าส่วนราชการเพื่อรับทราบปัญหาการดำเนินงาน	-ผิดระเบียบการบริหารการเงิน -การเบิกจ่ายเงินงบประมาณไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ -สิ้นเปลืองเงินงบประมาณ ทำให้การวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนและขาดประสิทธิภาพ	ปัจจัยภายใน -ขาดมาตรการการควบคุมกำกับ และการติดตามผลการดำเนินงาน -ขาดมาตรการการควบคุมกำกับ และการติดตามผลการดำเนินงาน	ปานกลาง ปานกลาง
มิตินี้ 3 ด้านการบริหารพัสดุสิ่งของที่พบได้แก่ 2.1 ขอดวัสดุคงเหลือไม่ตรงตามบัญชีวัสดุ 2.2 ขาดการดำเนินการจำหน่ายพัสดุประจำปี 2.3 ขาดหลักฐานการยืมวัสดุที่เป็นลายลักษณ์อักษร	-วัสดุอาจหายไปจากคลังหรือทะเบียนคุมทำให้ราชการอาจเกิดความเสียหาย -เกิดการสูญหาย ของครุภัณฑ์ที่หายไปจากทะเบียนคุม ค้นหาพัสดุไม่พบ ระบบงานและราชการอาจเกิดความเสียหาย -เกิดการสูญหาย วัสดุไม่มีไม่ตรงกับทะเบียนคุม ระบบการรายงานทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับระบบบัญชีคลาดเคลื่อน อาจทำให้ราชการเกิดความเสียหาย	ปัจจัยภายใน -ขาดการวางแผนการดำเนินงาน -ขาดมาตรการการควบคุมกำกับ และการติดตามผลการดำเนินงาน -เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยเนื่องจากย้ายและลาออก ปัจจัยภายใน -ขาดมาตรการการควบคุมกำกับ และการติดตามผลการดำเนินงาน -เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยเนื่องจากลาออก ย้าย	ปานกลาง ปานกลาง ต่ำ

ตารางที่ 1 ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด (ต่อ)

ความเสี่ยง	ผลกระทบ/ ความเสียหาย ที่อาจเกิดขึ้น	ปัจจัย/สาเหตุ	ระดับความรุนแรง
มิติที่ 5 ระบบควบคุมภายในบริหารความเสี่ยง -ขาดรายงาน ปค.4 และ ปค.5 ตามโครงสร้างภารกิจขององค์กรและ -ขาดการนำเสนอหัวหน้าส่วนราชการเพื่อรับทราบปัญหาการดำเนินงาน	-ขาดการค้นหาความเสี่ยงในกระบวนการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินงานมีปัญหาจนไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	ปัจจัยภายใน -ขาดการสื่อสารชี้แจงแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน -ขาดการวางแผนหรือจัดระบบการดำเนินงาน -ขาดมาตรการการควบคุมกำกับ และการติดตามผลการดำเนินงาน	ปานกลาง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการออกแบบ (design) กระบวนการดำเนินงาน โดยการสัมมนาทีมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง กับระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน 100 คน เพื่อให้ทีมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง ทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาในอดีต เชื่อมโยงกับปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาสู่ภาพที่ภาพกระบวนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง ที่ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง พึงปรารถนา โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย การเพิ่มความสามารถ (Enabling) การชี้แนะ (Advocacy) และการไกล่เกลี่ย (Mediating) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การระบุความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงและการวิเคราะห์ความเสี่ยงการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนวางแผนการพัฒนาระบบงาน และกำหนดขอบเขตการดำเนินงานเพื่อการพัฒนา ผลการศึกษาพบดังนี้

1. มาตรฐานการติดตามควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของหน่วยงานให้ยึดตามแนวทางเดิมคือทุกเดือน และสรุปรายงานทุก 3 เดือน

2. ทีมงานระดับจังหวัดสุมประเมินการดำเนินงาน

หน่วยงานในสังกัดปีละ 1 ครั้งแล้วสรุปผลการดำเนินงานตามแบบ ปค.4/ปค.5 เสนอผู้บริหารเพื่อรับทราบ

3. ประชุมทีมงานเพื่อติดตามการดำเนินงาน ปีละ 3 ครั้ง

4. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ปีละครั้ง

5. นำผลที่ได้จากการถอดบทเรียนมาพัฒนากระบวนการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

6. จัดทำสรุปรายงานส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมแผนการพัฒนาในปีต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนา โดยกำหนดให้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง กับระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง จำนวน 100 คน ให้มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง เนื้อหาการประชุมประกอบด้วยแนวทางการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงและประเภทความเสี่ยง การระบุความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงและการวิเคราะห์ ความเสี่ยง การจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง และการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

4.1 โดยคณะทำงานและวิทยากรกระบวนการทดสอบความรู้ (pre-test) ผู้เข้าร่วมประชุมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมประชุมมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย มากกว่าร้อยละ 50 (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 7 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง ของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ของจังหวัดตราด

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ต่ำ(น้อยกว่า 10 คะแนน)	55	55.0
มีความรู้ปานกลาง(10-16 คะแนน)	30	30.0
มีความรู้มาก(มากกว่า 16 คะแนน)	15	15.0
รวมทั้งหมด	100	100.0
ค่าเฉลี่ย=8.8 / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 3.9		

4.2 กิจกรรมจัดทำแผนการพัฒนางานบริหารจัดการความเสี่ยงโดยให้ทีมงานและเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องระดมความคิดและนำเสนอ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในที่ประชุม โดยใช้วิธีการ mind mapping จากนั้นทีมวิทยากรกระบวนการสรุปเป็นภาพรวม

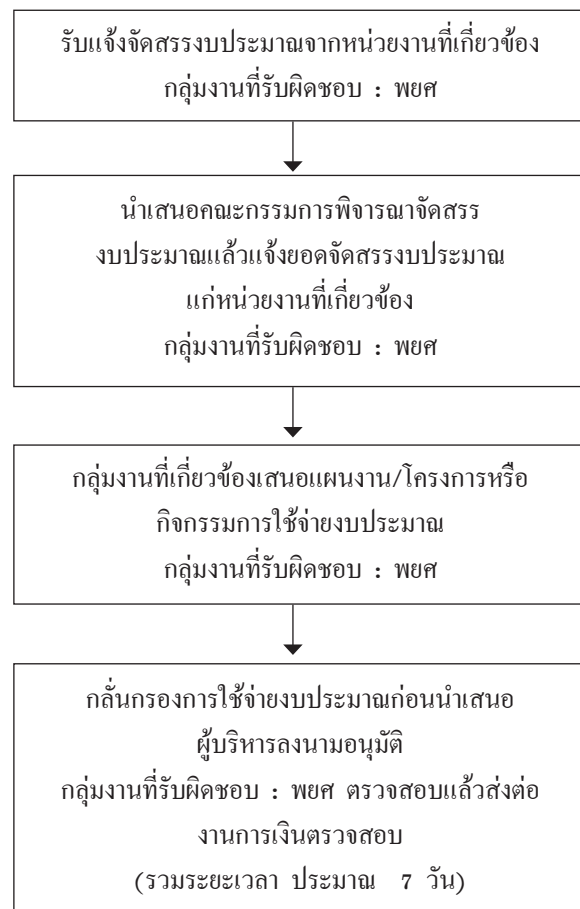
4.3 ทีมวิทยากรกระบวนการ แบ่งกลุ่มทำงาน เพื่อวางแผนปฏิบัติการและจัดทำโครงการที่กำหนดไว้ โดยวิทยากรกระบวนการเขียนชื่อกิจกรรมที่จะพัฒนาบนกระดาษ A4 ข้อละ 1 แผ่น ติดไว้ข้างผนังหรือวางบนโต๊ะ

แล้วให้สมาชิกแต่ละกลุ่มเลือกแล้วแยกไปจัดทำรายละเอียดของโครงการ

ผลการศึกษา พบดังนี้

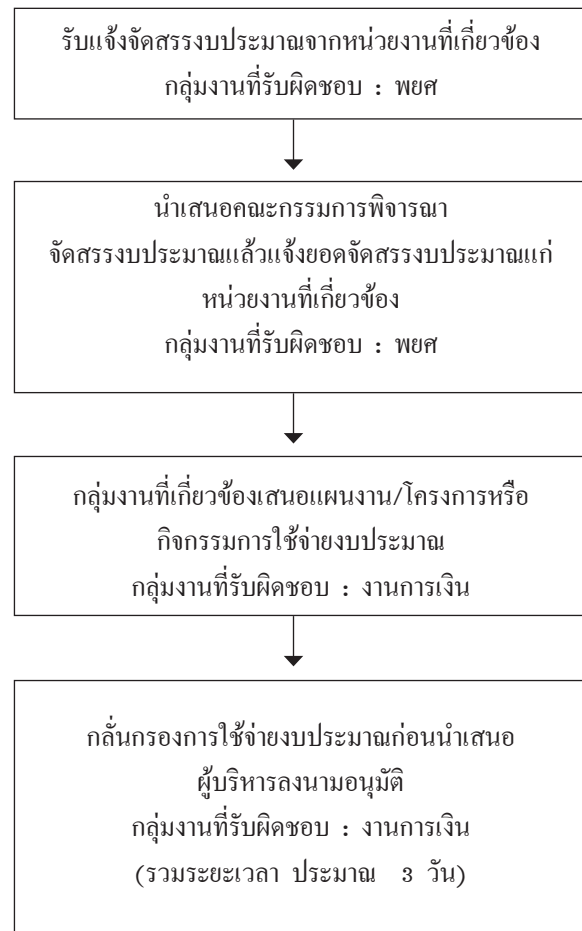
1) ปรับปรุงระบบงาน เพื่อลดขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยงานและลดความเสี่ยงต่อการดำเนินงานที่ขัดต่อระเบียบการบริหารแผนงาน/โครงการ การบริหารงบประมาณ และการปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (ดังแผนภูมิ 1)

1.1 ระบบงานเดิม



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินและด้านการปฏิบัติตามกฎหมายหรือ ข้อระเบียบต่างๆ(ระบบงานเดิม)

1.2 ระบบงานใหม่



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินและด้านการปฏิบัติตามกฎหมายหรือข้อระเบียบต่างๆ (ระบบงานใหม่)

2) กิจกรรมการพัฒนาระบบงานและการติดตามควบคุมกำกับ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง จังหวัดตราด

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง จังหวัดตราด

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบงาน
1. อบรมเรื่องการพัฒนาคุณภาพกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	- สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนตุลาคม	สสจ.ตราด
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมงานระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ	ทุก 3 เดือน	สสจ.ตราด
3. จัดทำแผนติดตาม/ตรวจสอบการดำเนินงานควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงาน	ทุก 3 เดือน	หน่วยงานฯ
4. ติดตามนิเทศตรวจสอบการดำเนินงานควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง แก่หน่วยงานในสังกัด	ปีละ 2 ครั้ง	ทีมงานระดับจังหวัด
5. จัดเวที เพื่อฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์การวางแผนการดำเนินงาน	ปีละ 1 ครั้ง	สสจ.ตราด
6. จัดเวที สรุปผลการพัฒนาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน และแผนการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง	ปีละ 1 ครั้ง	สสจ.ตราด

4.4 ทีมวิทยากรกระบวนการได้มีการทดสอบความรู้ (post – test) ผู้เข้าร่วมประชุมหลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา

ศักยภาพผู้เข้าร่วมประชุมฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากกว่าร้อยละ 60 (ตามตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง ของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการของจังหวัดตราด หลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ น้อย (น้อยกว่า 10 คะแนน)	15	15.0
มีความรู้ ปานกลาง (10-16 คะแนน)	20	20.0
มีความรู้ มาก (มากกว่า 16 คะแนน)	65	65.0
รวมทั้งหมด	100	100.0
ค่าเฉลี่ย = 16.5 / ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.9		

ขั้นตอนที่ 5 ขึ้นประเมินผลการพัฒนา ผลการศึกษา นำเสนอ ดังนี้

ทีมวิทยากรกระบวนการสรุปบทเรียนการเรียนรู้หลังการประชุมปฏิบัติการเพื่อให้ผู้เข้าประชุมสรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้เพื่อนำผลการสรุปบทเรียนไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ต่อไป นำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

5.1 ผลการประเมินคุณภาพงานบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด พบว่าภายหลังการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงาน หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง ตามแผนที่กำหนด (รายละเอียดตามตารางที่ 10)

ตารางที่ 5 ผลการติดตามตรวจสอบการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด

กิจกรรม	ผลการตรวจสอบ
1. มีการจัดทำแผนการดำเนินงานควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน	มี
2. มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานตามกิจกรรมควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานทุกเดือน	มี
3. มีการจัดทำสรุปรายงานผลการตรวจสอบเสนอผู้บริหารทราบทุกครั้ง	มี
4. มีการจัดทำรายงาน ปค.4/ปค.5 หน่วยงานตามไตรมาสและรอบปี	มี
5. มีบันทึกการได้รับการตรวจสอบการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงจากหน่วยงานในระดับสูงกว่า	มี
6. มีการนำข้อมูลที่ตรวจพบจากการตรวจสอบการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนางานฯ	มี

5.2 ผลการประเมินคุณภาพงานบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานพบมีการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการเงินและการปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบได้อย่างถูกต้อง พบว่าปัญหาการ

ดำเนินงานที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายหรือการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือระเบียบได้รับการแก้ไข มีการติดตามประเมินตนเองและแก้ไขปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน อย่างทันทั่วทั้งที่ (รายละเอียดตามตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็นการบริหารจัดการความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยงก่อน	ระดับความเสี่ยงหลังการพัฒนา
1. ด้านการเงิน	การพัฒนา	ต่ำ
2. การปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบ	ปานกลาง	ต่ำ
3. ความทันเวลาในการจัดทำรายงาน (ปค.4/ปค.5)	ปานกลาง ล่าช้า	จัดทำรายงานได้ตามกำหนดเวลา
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูล(data exchange)	น้อยมาก	มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และเรียนรู้ร่วมกัน

5.3 ผลการประเมินการนำข้อมูลด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง ไปใช้ประโยชน์ ภายหลังได้รับการพัฒนา กระบวนการบริหารความเสี่ยง พบว่ามีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ มากขึ้น ทั้งในด้านจัดทำตัวชี้วัดหรือการประเมินผล

การปฏิบัติราชการ (KPI) ประจำปี การจัดทำแผนพัฒนางานขององค์กรหรือหน่วยงานและการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพ (ตามตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ผลการนำข้อมูลด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง ไปใช้ประโยชน์หลังจากที่ได้รับการพัฒนา จำแนกตามรายด้าน

ประเด็นการประเมิน	ก่อนการพัฒนา (คะแนน)	หลังการพัฒนา (คะแนน)
1.ด้านการประเมินผลการปฏิบัติราชการ(KPI) ประจำปี (คะแนน 30 คะแนน)	10	30
2.ด้านการจัดทำแผนพัฒนางานขององค์กรหรือหน่วยงาน (คะแนน 30 คะแนน)	8	20
3.ด้านการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงาน (คะแนน 40 คะแนน)	15	30
คะแนนรวม (100 คะแนน)	33	80

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ

1) การที่หน่วยงานต่างๆ ของรัฐ จะดำเนินการพัฒนางานขององค์กรหรือของหน่วยงาน ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้เข้มแข็งก่อน เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียจะได้มีศักยภาพในการนำกระบวนการไปปฏิบัติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ควรนำเสนอผลการศึกษาแก่ผู้บริหารระดับต่างๆ ตั้งแต่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อทราบและให้การสนับสนุนทางนโยบายจะทำให้เกิดผลทางการปฏิบัติ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) การเตรียมสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงาน เป็นเรื่องที่สำคัญและควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2) ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมขึ้นอยู่กับองค์การที่รับผิดชอบ ในการนำนโยบายว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับทิศทางหรือแนวทางการขับเคลื่อนเพียงใด การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยโครงสร้างขององค์กรและบุคลากรที่อยู่ในองค์กรจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคอย่างเพียงพอ

3) ประสิทธิภาพ การนำนโยบายไปขับเคลื่อนให้บังเกิดความสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยเรื่องของการจูงใจ การใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างความผูกพันโดยวิธีการให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการยอมรับ จึงจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีศึกษาการบริหารจัดการความเสี่ยงให้ครอบคลุม 4 ด้าน คือความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน ความเสี่ยงด้านการเงิน และความเสี่ยงด้านกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2560) สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ, 2560.
2. นรินทร์ แจ่มจำรัส. (2551) การพัฒนาองค์กร : ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง (The development pattern of operation to reduce service waiting times in the outpatient department, Pluak Daeng Hospital, Rayong province)

นางกุศมัลย์ บริสุทธิ์ (พยบ.)
โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง และประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง ในระหว่างเดือนมีนาคม-พฤศจิกายน 2563 จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดำเนินการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอยการรับบริการของผู้ป่วยนอก และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ป่วยนอก ที่มีค่าความเชื่อมั่น .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent-t test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังการพัฒนาสามารถลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการและสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจในการให้บริการได้ ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.35, p < .01$) และอยู่ในระดับมาตรฐานระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.30, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล และนโยบายของหน่วยงานให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มความพึงพอใจในการบริการ

Abstract

This action research aims to develop working pattern to reduce the waiting time for service in the Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital, Rayong Province, and assessment of satisfaction in receiving the services of the Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital, Rayong Province. The sample group was 400 patients in the Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital between March and November 2020. The tool in this research was the working pattern to reduce waiting time for service in the Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital, Rayong Province record form and satisfaction in receiving the services assessment form with a significant at 0.97. The data was analyzed by descriptive statistics and compared with the independent t-test.

The results showed that after develop the operating pattern can reduce the waiting time for service in the Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital, Rayong Province and increase the service satisfaction level of the patient in the services of Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital, Rayong Province statistical significance ($t = 2.35, p < .01$) higher than before the development at a high level. After the development, the waiting times for services in the Outpatient Department, Pluak Daeng Hospital, Rayong Province was significantly lower than before development ($t = 18.30, p < .001$) The operating model was.

This research results can be used to develop the quality of the outpatient nursing services and policy according to the nursing standards of the organization and associate with the requirements of recipients to reduce the waiting times and increase the service satisfaction.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลภาครัฐเป็นสถานบริการที่ได้รับการยอมรับว่ามีมาตรฐานในการรักษาพยาบาล และเป็นสถานบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านสาธารณสุขของประชาชนที่ครอบคลุมทุกด้าน งานบริการผู้ป่วยนอกถือเป็นด่านหน้าในการให้บริการของโรงพยาบาล โดยให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ร่วมกับการให้บริการคลินิกพิเศษอื่น ๆ ได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกทันตกรรม คลินิกผิวหนัง เป็นต้น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เข้ามาขอรับการรักษาด้วยตนเอง บางรายได้รับการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลในเครือข่ายหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย บางรายมารับการรักษาตามสิทธิ อีกทั้งโรงพยาบาลยังให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา ส่งผลให้มีจำนวนผู้รับบริการเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก การบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ถูกคน ถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วย เพราะผู้รับบริการที่มาใช้บริการส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยทางกาย การรอคอยนานอาจทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลงหากไม่ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว อย่างมีคุณภาพจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยการรับบริการจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และอยู่ในเขตอุตสาหกรรมใหม่ มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2560-2562 เป็นจำนวน 153,096 และ 162,017 และ 172,777 ครั้งตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ในปี 2560 - 2562 มีระดับความพึงพอใจในการบริการอยู่ที่ร้อยละ 79.08 , 81.05 และ 81.64 ตามลำดับ และมีระยะเวลาในการรับบริการ 92,99,149.33 นาทีต่อราย (โรงพยาบาลปลวกแดง, 2562) เพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้มีข้อเสนอแนะและข้อร้องเรียนในเรื่องระยะเวลาที่ให้บริการในโรงพยาบาลนาน ตั้งแต่ขั้นตอนเมื่อมาถึงโรงพยาบาลจนถึงรับยากลับบ้าน ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการจะลดระยะเวลาการรอคอยและลดการแออัดในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลจะต้องพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ลดระยะเวลาการรอคอยและสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชน

จากการทบทวนระบบงานและการบริการเดิมพบว่ากระบวนการจัดลำดับการรักษาและจัดบัตรคิวมีจุดบริการเดียวไม่มีการแยกประเภทผู้ป่วย ขั้นตอนมีความซับซ้อน ผู้รับบริการต้องเดินไปตรวจสอบสิทธิ์แล้วกลับมาพบพยาบาลคัดกรอง แล้วจึงพบพยาบาลซักประวัติ ใช้เวลาเฉลี่ย 37.65 นาที และพบว่าส่วนหนึ่งมาจากจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้น ปัญหาและภัยสุขภาพมากขึ้น ทั้งปัญหาอุบัติเหตุการจราจร ปัญหาโรคจากการทำงานและโรคประจำถิ่น ในขณะที่สถานที่ให้บริการและจำนวนผู้ให้บริการ ตลอดจนเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ได้เพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของชุมชน ระบบงานมีความซ้ำซ้อน เกิดความล่าช้าในการให้บริการ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษามีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการให้บริการ จึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้มีคุณภาพ โดยเน้นความรวดเร็วในการให้บริการ เพิ่มการเข้าถึงและลดความแออัดในการรอรับบริการ เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและลดข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ จึงได้ทำการศึกษาครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกใช้ระยะเวลารอคอยการรับบริการน้อยกว่าก่อนการพัฒนาฯ
2. หลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่าก่อนการพัฒนาฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง
2. กระบวนการลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอยแต่ละจุดบริการ
3. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
 - 3.1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาลดระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก
 - 3.2 ประชุมวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคและประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข
 - 3.3 ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานรูปแบบการลดระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก
 - 3.4 ติดตามและประเมินผล

- ระยะเวลาคอยการรับบริการ
ในแผนกผู้ป่วยนอก

- ระดับความพึงพอใจในการรับ
บริการในแผนกผู้ป่วยนอก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง อนุมัติเลขที่ 22/2563 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นประชาชนในพื้นที่อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง จำนวน 80,000 คน (ทะเบียนราษฎร, 2562) ขนาคกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane (1973) ที่กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 398 คน ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลจำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระดับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ใช้บริการที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ผู้ใช้บริการที่อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ใช้บริการที่เข้ารับบริการครบทุกจุดบริการที่กำหนด ได้แก่ งานบริการทำบัตร งานคัดกรองผู้ป่วย งานตรวจโรคทั่วไป และงานเภสัชกรรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะเวลารอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยองครั้งนี้ ผู้ศึกษาสุ่มอย่างมีระบบ จากบัตรคิวทุกใบที่ 5 จากโปรแกรม Him.pro

โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง จำนวน 200 คน ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2563 และกลุ่มตัวอย่างภายหลังดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง จำนวน 200 คน ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การดำเนินงานในการมารับบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 200 คน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยจากผู้ปฏิบัติงานจากระบบ Him.pro และประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ในเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2563 (เป็นการประเมินตามรอบปกติ)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ปลวกแดง จังหวัดระยอง ดังนี้

2.1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาลดระยะเวลารอคอยของ โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ งานเวชระเบียน งานเภสัชกรรม งานห้องชันสูตร โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง จำนวน 7 คน

2.2 คณะกรรมการประชุมและวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ตั้งแต่ขั้นตอนการยื่นบัตรจนถึงการรับยา ก่อนกลับบ้าน และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ค้นหาปัญหา/อุปสรรคและประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข นำแนวทางการลดระยะเวลารอคอย จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ งานวิจัยจากสถาบันการศึกษา ที่เกี่ยวข้องและแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา จากการวิเคราะห์ พบว่า ในกระบวนการจัดลำดับการรักษาหรือจัดบัตรคิว ผู้มารับบริการ มารับบัตรคิวที่จุดบริการเดียว ไม่ได้มีการแยกผู้ป่วยรายเก่า ผู้ป่วยนัดหมายและผู้ป่วยใหม่ ขั้นตอนที่ใช้ระยะเวลาในการรอรับบริการนาน และซ้ำซ้อน ย้อนกลับไปมากคือ ขั้นตอนการคัดกรองบริเวณจุดคัดกรองหลังรับบัตรคิว ต่อมาผู้รับบริการ ไปตรวจสอบสิทธิและกลับมาที่จุดบริการพบพยาบาลซักประวัติ ทำให้เกิดการรอคอยที่ไม่จำเป็น ในกระบวนการนี้ใช้ระยะเวลา เฉลี่ย 149 นาที

2.3 ดำเนินการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ปลวกแดง จังหวัดระยอง ครั้งที่ 1 และและร่วมกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่สอดคล้องกับผลการดำเนินการก่อนการพัฒนา คือ ระยะเวลาในการรอคอย และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อนำมาวัดผลการปฏิบัติงาน โดยขั้นตอนการมารับบริการโรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ที่ปรับปรุงครั้งที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 แยกประเภทผู้มารับบริการ โดยผู้มารับบริการรายใหม่/ผู้ป่วยรายเก่า จัดบัตรคิวเฉพาะ ผู้ป่วยมีใบนัดทั่วไปยื่นลงทะเบียนที่จุดลงทะเบียนพร้อมบัตรคิวที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และผู้ป่วยมีนัดเฉพาะทางอายุรกรรมและนัดไทรอยด์ ยื่นใบนัด บัตรประชาชนและใบแสดงผลความดันโลหิต รับบัตรคิวที่พยาบาลพร้อมลงทะเบียน

2.3.2 เจ้าหน้าที่ห้องบัตรเรียกผู้ป่วยมาลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิ ตามลำดับคิว แยกจุดบริการเป็นจุดที่ 1 ลงทะเบียนผู้ป่วยนัด ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยล้างแผล และจุดที่ 2 ลงทะเบียนผู้ป่วยทั่วไป

2.3.3 พยาบาลจุดคัดกรอง จำนวน 2 คน ตรวจวัดสัญญาณชีพ คัดกรองเบื้องต้น ซักประวัติผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปพร้อมลงประวัติผู้ป่วยในระบบ Him.pro รอพบแพทย์

2.3.4 พยาบาลจุดซักประวัติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ซักประวัติผู้ป่วยมีนัดทั่วไป ผู้ป่วยนัดตรวจเลือด และผู้ป่วยมีนัดเฉพาะทางอายุรกรรม

2.3.5 ผู้มารับบริการพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา ตรวจร่างกาย แพทย์สั่งยาหรือส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจถ่ายภาพรังสี และกลับมาพบแพทย์ เพื่อสั่งยา

2.3.6 ผู้มารับบริการพบพยาบาลบริเวณหน้าห้องตรวจ เพื่อรับการให้คำแนะนำ , รับใบนัด , รับเอกสารส่งต่อ หรือไปทำหัตถการการรักษารักษาอื่น ๆ ได้แก่ ฉีดยา , ล้างแผล , พันยา หรือทำกายภาพบำบัด

2.3.7 ผู้มารับบริการไปรับยา / ชำระเงิน และกลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นดำเนินการปฏิบัติ โดยคณะกรรมการฯ และผู้ศึกษาชี้แจงรายละเอียดในการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน การให้บริการ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน ให้กับเจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ของงานผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง และให้ดำเนินการปฏิบัติตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการบันทึกระยะเวลาในการให้บริการแต่ละขั้นตอน ประเมินความพึงพอใจในการมารับบริการของผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ครั้งที่ 1 คณะกรรมการนำข้อมูลระยะเวลาในการรอรับบริการ กับอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ และกระบวนการให้บริการมาวิเคราะห์เพื่อค้นหาประเด็นที่ทำให้กระบวนการไม่ประสบความสำเร็จ ด้านการบริการพบว่า ระยะเวลาในระยะตั้งแต่รับบัตรคิวจนกระทั่งพบแพทย์ตรวจไม่ลดลง เมื่อวิเคราะห์เชิงกระบวนการพบว่า มีปัญหาและสับสนในเรื่องการรับบัตรคิว มีการเปิดบริการคลินิกพิเศษให้บริการในช่วงเวลา 8.00 – 12.00 น. ทำให้มีจำนวนผู้รับบริการมากในช่วงเวลาดังกล่าว (ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 653 คน/วัน) ทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการน้อย จากการสังเกตและนิเทศหน้างาน และ และจากจำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการทางคณะกรรมการได้ระดมสมองร่วมกันดำเนินการแก้ไขและพัฒนา รูปแบบการดำเนินการครั้งที่ 2 โดยมีการปรับปรุงระบบนัดและจัดบุคลากรคัดกรองเพิ่ม โดยมีขั้นตอนการมารับบริการ โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ดังนี้

1. แยกประเภทผู้มารับบริการ

1.1 กรณีผู้ป่วยรายใหม่/ผู้ป่วยรายเก่าที่มารับการรักษาทั่วไป จะไปรับบัตรคิวและไปพบพยาบาลคัดกรอง (จัดพยาบาลห้องฉุกเฉินมาเพิ่ม 1 คน) ทำการคัดแยกผู้ป่วยส่งไปแผนกต่างๆ

1.2 กรณีผู้ป่วยมีใบนัดทั่วไปยื่นลงทะเบียนที่จุดลงทะเบียนพร้อมรับบัตรคิวที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร (บัตรคิวสีชมพู)

1.3 กรณีผู้ป่วยมีนัดเฉพาะทางอายุรกรรม (บัตรคิวสีม่วง) และนัดไทรอยด์(บัตรคิวสีเขียว) ยื่นใบนัดบัตรประชาชน และใบแสดงผลความดันโลหิต รับบัตรคิวที่พยาบาลคัดกรองพร้อมลงทะเบียน

2. การตรวจสอบสิทธิและจับบัตรคิว แบ่งเป็น 2 จุดบริการ คือ จุดบริการที่ 1 ลงทะเบียน และตรวจสอบสิทธิในผู้ป่วยนัด, นิติยา, ล้างแผล จุดบริการที่ 2 ลงทะเบียนผู้ป่วยทั่วไปทั้งรายเก่าและใหม่

3. พยาบาลจุดคัดกรอง จำนวน 2 คน ตรวจวัดสัญญาณชีพ คัดกรองเบื้องต้น ชักประวัติผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป พร้อมลงประวัติผู้ป่วยในระบบ Him.pro รอพบแพทย์

4. พยาบาลจุดซักประวัติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติผู้ป่วยมีนัดทั่วไป ผู้ป่วยนัดตรวจเลือด และ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติผู้ป่วยมีนัดเฉพาะทางอายุรกรรม

5. ผู้มารับบริการพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา ตรวจร่างกาย แพทย์สั่งยาหรือส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจถ่ายภาพรังสี และกลับมาพบแพทย์เพื่อสั่งยา

6. ผู้มารับบริการพบพยาบาลบริเวณหน้าห้องตรวจ เพื่อรับการให้คำแนะนำ, รับใบนัด, รับเอกสารส่งต่อ หรือไปทำหัตถการการรักษารักษาอื่นๆ ได้แก่ นิติยา, ล้างแผล, พ่นยา หรือ ทำกายภาพบำบัด

7. ผู้มารับบริการไปรับยา / ชำระเงิน และกลับบ้าน
ขั้นตอนที่ 5 ขึ้นดำเนินการปฏิบัติ โดยคณะกรรมการ และผู้ศึกษาชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ ของงานผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 6 ขึ้นติดตามประเมินผลการปฏิบัติครั้งที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง หลังเริ่มดำเนินการ 3 เดือน โดยรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยการรับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง จำนวน 200 คน จากโปรแกรม Him.pro ของโรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง และประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังดำเนินการตั้งแต่เดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2563

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอยการรับบริการของผู้ป่วยนอกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยใช้หน่วยของระยะเวลาเป็นนาที ตั้งแต่ขั้นตอนการจับบัตรคิวจนถึงขั้นตอนการรับยากลับบ้าน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล รับบัตรคิว คัดกรอง ลงทะเบียน ชักประวัติ เรียกตรวจ พบแพทย์ ตรวจ Lab, X-Ray ส่งรับยาและกลับบ้าน

2. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของสำนักงานการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อความ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลในครั้งนี้

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมาโรงพยาบาล มีข้อความ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ได้แก่ ท่านเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาล รายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็น และวิธีการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ระยะเวลารอคอยตรวจเลือด ปัสสาวะและอื่นๆ ระยะเวลารอเอ็กซเรย์ การแนะนำให้มาโรงพยาบาล และกลับมาโรงพยาบาลนี้อีก

ตอนที่ 3 ความรู้สึกต่อการบริการพยาบาล มีข้อความ 15 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ประเมินไม่ได้ ไม่พอใจ พอใจปานกลาง พอใจมาก พอใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มา และมากที่สุด

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของท่านต่อการบริการของโรงพยาบาล มีข้อความ 5 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด 2 ข้อคือ ถ้าญาติหรือเพื่อนของท่านป่วยต้องมารับการตรวจรักษาตัวในโรงพยาบาลท่านจะแนะนำหรือกลับมารักษาซ้ำหรือไม่ และมีคำถามปลายเปิด 3 ข้อ คือ ควรมีการปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่ดีที่สุดในครั้งนี้ และระยะเวลาที่มารับการตรวจ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาปรับเปลี่ยนข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และ

นำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 ชุด ที่คำนวณหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ .97

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษามอบให้พยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงาน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง เป็นผู้ช่วย นักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความพึงพอใจ หลังจากนั้น ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลและนำแบบสอบถามที่ได้ ตรวจสอบ ความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สติการรักษาระยะและเหตุผลที่เลือกมารับการรักษา

ปัจจัยส่วนบุคคล	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)		หลังการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	94	47.0	105	52.5
หญิง	106	53.0	95	47.5
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า- 20 ปี	7	3.5	18	9.0
21-30 ปี	40	20.0	54	27.0
31-40 ปี	58	29.0	56	28.0
41-50 ปี	30	15.0	30	15.0
51-60 ปี	37	18.5	29	14.5
มากกว่า 60 ปี	28	14.0	13	6.5
	mean 43.07, SD 14.62		mean 37.68, SD 14.08	

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงเปรียบเทียบ

1. แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ความถี่และร้อยละ
2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)		หลังการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	73	36.5	46	23.0
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญา	120	60.0	127	63.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	3.5	27	13.5
สิทธิการรักษาพยาบาล				
ชำระเงินเอง	15	7.5	47	23.5
สวัสดิการข้าราชการ	2	1.0	17	8.5
ประกันสังคม	101	50.5	57	28.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	82	41.0	79	39.5
เหตุผลที่เลือกมารับการรักษา				
เดินทางสะดวก	170	85.0	183	91.5
มีเครื่องมือทันสมัย	71	35.5	10	5.0
มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	107	53.5	23	11.5
ค่ารักษาไม่แพง	86	43.0	60	30.0
บริการรวดเร็วทันใจ	39	19.5	13	6.5
สถานที่สะอาดสบาย	37	18.5	62	31.0
เคยเป็นผู้ป่วยเก่า รพ. นี้	78	39.0	53	26.5
ส่งต่อมา	34	17.0	2	1.0
อยู่ในพื้นที่บริการบัตรทอง	57	28.5	75	37.5

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ก่อนเริ่มการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.0 อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 29.0 (อายุเฉลี่ย 43.07 ปี SD 14.62) ส่วนใหญ่จบการศึกษา มัธยมศึกษาหรืออนุปริญา ร้อยละ 60.0 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 50.5 และเหตุผล ที่เลือกมารับการรักษามากที่สุด คือ เดินทางสะดวกร้อยละ

85.0 ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง หลังเริ่มการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลด ระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.5 อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 28.0 (อายุเฉลี่ย 37.68 ปี SD 14.08) ส่วนใหญ่จบการศึกษา มัธยมศึกษาหรืออนุปริญา ร้อยละ 63.5 สิทธิการรักษา ส่วน ใหญ่เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 39.5 และเหตุผล ที่เลือกมารับการรักษามากที่สุด คือ เดินทางสะดวกร้อยละ 91.5

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการบริการ และระยะเวลารอคอยบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)		หลังการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด	62	31.0	101	50.5
ระดับความพึงพอใจในระดับมาก	110	55.0	78	39.0
ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง	27	13.5	21	10.5
ระดับพึงพอใจในระดับน้อย	1	0.5	0	0
ระดับพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด	0	0	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า
ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง มีระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมาคือมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 31.0 และ ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลางจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง มีระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาคือมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 และ ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลางจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

ระยะเวลาารอรับบริการ	ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)		หลังการพัฒนารูปแบบฯ (n = 200)	
	Mean (นาที)	SD	Mean (นาที)	SD
รับบัตรคิวถึงคัดกรอง	15.20	1.16	2.03	0.61
ซักประวัติ	27.75	1.22	3.27	1.14
รอพบแพทย์	68.85	24.15	57.69	21.83
พบแพทย์	4.38	1.84	12.42	1.90
รับยา-กลับบ้าน	33.15	4.57	23.03	4.58
รวม	149.33	27.09	98.45	28.46

จากตารางที่ 3 พบว่า
1. ระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ

ในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อรายรวม 98.45 นาที น้อยกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่เฉลี่ยต่อรายรวม 149.33 นาที
2. ระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรวม 149.33 นาที โดยมีระยะเวลาการรอคอยหลังจากซักประวัติจนถึงพบแพทย์ใช้เวลา 68.85 นาที และระยะเวลาที่พบแพทย์ตรวจใช้เวลา 4.38 นาที รวมระยะเวลาการรอคอยตั้งแต่ซักประวัติจนถึงพบแพทย์เสร็จเฉลี่ยต่อราย 73.23 นาที รองลงมาคือจุดบริการรอรับยาและกลับบ้านเฉลี่ยต่อราย 33.15 นาที จุดบริการซักประวัติเฉลี่ยต่อราย 27.75 นาที และจุดบริการรับบัตรคิวถึงคัดกรองเฉลี่ยต่อราย 15.20 นาที

3. ระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรวม 98.45 นาที โดยมีระยะเวลาการรอคอยหลังจากซักประวัติจนถึงพบแพทย์ใช้เวลา 57.69 นาที และระยะเวลาที่พบแพทย์ตรวจใช้เวลา 12.42 นาที (ซึ่งนานกว่าเดิมเนื่องจากเป็นแพทย์จบใหม่และหมุนเวียนมาทุก 2 เดือน) รวมระยะเวลาการรอคอยตั้งแต่ซักประวัติจนถึงพบแพทย์

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการบริการ และระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

ตัวชี้วัด	Mean	SD	t	p
ความพึงพอใจ				
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	4.17	.59	2.35	.01
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	4.31	.63		
ระยะเวลารอคอยการรับบริการ				
ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ	149.33	27.09	18.30	.001
หลังการพัฒนารูปแบบฯ	98.45	28.46		

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ผู้รับบริการใช้ระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการน้อยกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยรับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ (สายชล คตวงศ์, 2560) ผลการศึกษารูปแบบการ

ตรวจเสร็จ 70.11 นาที รองลงมาคือจุดบริการรอรับยาและกลับบ้านเฉลี่ยต่อราย 23.03 นาที จุดบริการซักประวัติเฉลี่ยต่อราย 3.27 นาที และจุดบริการรับบัตรคิวถึงคัดกรองเฉลี่ยต่อราย 2.03 นาที

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการและระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการและระยะเวลาการรอคอยของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ (ชุนดิโร อุทิศ และพัชรพร บุญลือลักษณ์, 2560) และผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี (จนิษฐา กวีฉิมพันธ์, 2553) ที่พบว่าสามารถลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการได้

เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสามารถลดระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการได้ทุกขั้นตอน คือ ขั้นตอนการรับบัตรคิวถึงคัดกรอง ขั้นตอนการรอซักประวัติ ขั้นตอนการรอพบแพทย์ตรวจ และขั้นตอนการรอรับยาและกลับบ้าน อธิบายได้ว่า ขั้นตอนการพัฒนาเริ่มจากร่วมระดมสมองของทีมผู้ให้บริการ จัดการวิเคราะห์ปัญหา มุ่งเน้นการ

ตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง นุ่มนวลของผู้รับบริการ เป็นหลัก จัดการกับขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดคุณค่ากับผู้รับบริการ จัดกิจกรรมรูปแบบเดียวกันไว้ด้วยกัน มีการกระจายจุดบริการ และมีการประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ จัดเจ้าหน้าที่ให้เข้าถึงกลุ่มผู้ป่วย กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพงานให้สอดคล้องและตรงประเด็นปัญหา และนำข้อมูลผลการพัฒนามาทบทวน วิเคราะห์หาจุดอ่อน ขอบกพร่องและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจรคุณภาพ โดยยังคำนึงถึงมาตรฐานและคุณภาพการบริการเป็นสำคัญ ทำให้สามารถลดระยะเวลาในการรอคอย และผู้รับบริการใช้เวลาภายในโรงพยาบาลลดลง โดยที่หัวใจของการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบริการที่รวดเร็ว ถูกต้องและไม่ซ้ำซ้อน และการตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการด้วย (Donabedian, 1988 อ้างถึงใน ขนิษฐากวีวุฒิพันธ์, 2553) จากผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินการพบว่า ขั้นตอนที่สามารถลดระยะเวลาการรอคอยได้มากที่สุดคือ ขั้นตอนการรอซักประวัติ และขั้นตอนการรับบัตรคิวถึงคัดกรอง โดยมีการจัดการรวมขั้นตอนการรับบัตรคิว ขั้นตอนการคัดกรอง ขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียน และขั้นตอนการซักประวัติ แยกกลุ่มผู้รับบริการให้ชัดเจนตามประเภทการมารับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยนัด ผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยคลินิกพิเศษ เพิ่มบุคลากรพยาบาลในจุดคัดกรองและซักประวัติ เพิ่มการประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการที่ยังไม่เข้าใจระบบ ทำให้การบริการมีความคล่องตัว ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างรวดเร็วและเกิดความพึงพอใจในบริการ ส่วนขั้นตอนที่ยังลดระยะเวลาได้น้อย คือ ขั้นตอนการรอพบแพทย์ตรวจ ที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีที่มีระยะเวลาในการรอผลการตรวจที่ชัดเจนร่วมด้วย ส่วนขั้นตอนการรอรับยา พบข้อจำกัดด้านจำนวนจุดบริการ จำนวนบุคลากร และจำนวนรายการยาที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการลดระยะเวลารอขั้นตอนแรกๆ ทำให้มีการกระจายผู้รับบริการมายังงานเภสัชกรรมรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้การสะสมผู้รับบริการในช่วงเวลาเร่งด่วนลดลง ระยะเวลาในการรอรับยาจึงลดลง

2. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง พบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากและมากกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่ารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะ

เวลาการรอคอยการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ (สายชล คดวงศ์, 2560) ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลวงพ้อ ทวีศักดิ์ ชูดิษฐ์โร อุทิศ (พัชรพร บุญลือลักษณ์, 2560) และผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี (ขนิษฐากวีวุฒิพันธ์, 2553) เนื่องจากงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นงานบริการที่มีกระบวนการและขั้นตอนที่ชัดเจน มีการจัดบริการแยกแต่ละแผนกหรือคลินิกพิเศษมีการจัดลำดับคิวในแต่ละแผนก และพยาบาลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการให้บริการ ดังนั้นการรวมขั้นตอนการบริการของการคัดกรองและซักประวัติอยู่ด้วยกัน เพิ่มบุคลากรพยาบาล และแยกคลินิกชัดเจน ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้รวดเร็ว และระยะเวลาการรอคอยเป็นปัจจัยหนึ่งในการมารับบริการ และเป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจ ดังนั้น การบริการที่รวดเร็วโดยทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภายหลังจากพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลและคำแนะนำโดยพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือการซักประวัติการเจ็บป่วย และการตอบสนองอย่างรวดเร็วของพยาบาล เมื่อผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ และการดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยความมีน้ำใจ การบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง และสามารถรับฟังปัญหาและความต้องการเบื้องต้นก่อนพบแพทย์ทำให้ผู้รับบริการพอใจ เนื่องจากความพึงพอใจสะท้อนคุณภาพการบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องพึงเพราะความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานของสถานบริการในระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มงานการพยาบาลควรมีการนำระบบการนัดหมายการรับบริการหรือการแจ้งเตือนคิวหรือ Smart Queue มาใช้เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ลดระยะเวลาการรอคอย และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. กลุ่มงานการพยาบาลควรมีการศึกษารูปแบบการลดระยะเวลารอคอยโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ได้แก่ แนวคิดลีน (LEAN) หรือแนวคิดโครงสร้างเชิงตรรกะโดยละเอียดรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรอคอยร่วมด้วย เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการ

3. กลุ่มงานการพยาบาลควรส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพัฒนาพฤติกรรมบริการ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ ในการให้บริการอย่างเพียงพอ และพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม กับสถานการณ์โรค

4. กลุ่มงานการพยาบาลควรติดตาม กำกับและนิเทศ การบริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยอย่างต่อเนื่อง และกำหนด ให้เป็นตัวชี้วัดการบริการของหน่วยบริการ

5. ควรมีการพัฒนาการลดระยะเวลาการรอคอยในงานบริการ ผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ การบริการ ด้านเภสัชกรรม การบริการด้านทันตกรรมหรือในงานบริการ ผู้ป่วยนอกเวลาราชการ เพื่อยกระดับการบริการทั้งโรงพยาบาล

6. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วม ในการพัฒนางาน เสริมสร้างวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร เพื่อให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีและพัฒนางานให้มีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง นายแพทย์ทัศนเทพ อัมรัมย์ ที่อนุญาตให้ดำเนินการ ศึกษาในโรงพยาบาลปลวกแดง ขอขอบคุณท่านผู้ทรง คุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้คำแนะนำ ที่มีประโยชน์ ขอขอบคุณอาจารย์สุภาวดี โกมลกาญจนกุล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ที่ตรวจสอบให้คำแนะนำ งานสำเร็จจุล่งด้วยดี ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลปลวกแดง ทุกท่าน ขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการ ศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล. (2563). แนวทางการจัดเก็บ ตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: สือตะวันตก.

ขนิษฐา กวีวุฒิพันธ์. (2553). การพัฒนารูปแบบ บริการพยาบาลที่มีคุณภาพในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กัทธยา วสุธาดา. (2560). การพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานเพื่อลดระยะ เวลาการรอคอยการรับบริการในผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28(1):80-9.

ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). ความพึงพอใจ ของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี. สารนิพนธ์ การศึกษารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขา รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.

บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีวิจัย ทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.

พัชรพร บุญลืออักษร. (2560). ผลการศึกษาการ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ. เอกสารผลงานประกอบการพิจารณาประเมิน บุคคล เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลทั่วไป) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ. กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์. (อัครา).

เพชรณี วงศ์มากและสมชาติ โตรักษา (2562). การพัฒนางานรับผู้ป่วยใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สงฆ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 30(1) : 138-51.

โรงพยาบาลปลวกแดง. (2562). รายงานการพัฒนา คุณภาพประจำปีงบประมาณ 2562. ระยอง : โรงพยาบาล ปลวกแดง.

สายชล คตวงศ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการให้ บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลโนนสุวรรณ อำเภอโนน สุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2563, เข้าถึงได้จาก : http://www.sangkhahospital.com/sangkha/administrator/modules/mod_download/img/8_265_12_08_2017_10_44_59_SaicholKotawong.pdf

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข . (2551) . มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Taro Yamane . (1973). Statistics : An introductory Analysis. NEW YORK: Harper and Rows.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สุนีย์ มะเล็ก

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 9 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส
3. ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง ขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี ค.ศ. 1950 เป็นร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2009 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22 ตามลำดับ (United Nation, 2009) ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลกเพิ่มขึ้นจาก 66 ปี ในปีค.ศ. 2000-2005 เป็น 69 ปี ในปี ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 72.4 ปี ในปี ค.ศ. 2025-2030 องค์การสหประชาชาติยังคงคาดคะเนว่าแนวโน้มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.1 ในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.1 ในปี ค.ศ. 2050 อีกทั้งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นจาก 61.4 ปี ในปีค.ศ. 1975-1980 เป็น 70.8 ปี ในปีค.ศ. 2000 - 2005 และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 76.8 ปี ในปีค.ศ. 2025-2030 แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอายุขัยของประชากรที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้นทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้นทั้งการพึ่งพาทางด้านการเศรษฐกิจซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คน และร้อยละ 13.7 มีรายได้ไม่พอเพียงรายจ่าย (Chayovan, 2005) และยังพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต่อการรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาทางด้านสุขภาพสูง โดยพบว่าร้อยละ 50.0 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 42.66 โรคระบบต่อมไร้ท่อ พบร้อยละ 24.34 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 20.85 และยังมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาด้านสุขภาพสูงมากขึ้น (The national commission on the elderly, 2006) ปัญหาการพึ่งพาทางสุขภาพ ก่อให้เกิดภาระในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันยังมีโครงสร้างประชากรที่มีประชากรวัยสูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับในระดับโลก ส่วนในระดับภูมิภาคเอเชีย พบว่า ประเทศไทยมีส่วนของประชากรสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง แต่ถ้าพิจารณาปัจจัยภายในประเทศไม่ว่าจะเป็นอัตราเจริญพันธุ์รวมของหญิง 1 คน พบว่า เป็นอัตราที่ต่ำกว่าระดับทดแทน (1.7 คน) โดยมีแนวโน้มลดลงจากอดีตและคาดว่าจะลดลงอีกในอนาคต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ทั้งนี้เนื่องจากสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาทางการแพทย์ ด้านสุขภาพในปัจจุบันกำลังเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้คนไทยมีอัตราการตายที่มีแนวโน้มต่ำลง และมีอายุยืนยาวขึ้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้โครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society)

จากโครงสร้างทางประชากรของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา เช่น ปัญหาเกี่ยวกับปริมาณและอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาที่อยู่อาศัยเพราะเมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงจากเกษตรไปสู่ภาคอุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายแรงงานคนหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ปัญหาเรื่องรายได้ที่ลดลงและเมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ไม่มีรายได้ หากการเกื้อหนุนจากบุตรหลานที่ไม่เพียงพอ ใครจะเป็นผู้ดูแล ปัญหาสวัสดิการด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับในฐานะที่เคยเป็นผู้เสียภาษีหรือผู้ให้แก่สังคม (ในขณะที่ยังหนุ่มสาว) ปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตที่เสื่อมโทรมลงตามวันเวลา เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2555) สาเหตุของปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อกลายเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือความเสี่ยงทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้พฤติกรรมแย่ลง เช่นการบริโภคไขมันสูง การพักผ่อนและการออกกำลังกายน้อยลง ส่วนด้านสุขภาพจิตที่มีความเครียดสูงขึ้นเนื่องจากวิถีชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความรุนแรงจนไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ ด้านสุขภาพทางสังคม เช่น ความเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีผลให้ชีวิตที่เคยแวดล้อมด้วยความอบอุ่นของครอบครัวต้องลดลง สมาชิกในครอบครัวขาดที่พึ่ง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น มลพิษทางอากาศ ฝุ่นละออง ก๊าซพิษ มลพิษทางน้ำและทางเสียง การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะมีการศึกษาพบว่า สุขภาพนับเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยมากกว่าหนึ่งโรค องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคหัวใจและ

หลอดเลือด มะเร็งและเบาหวาน รวมทั้งอาจพบโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น สมอเสื่อม โรคกระดูกและข้อ ทั้งนี้พบว่าโรคหัวใจ มะเร็งและเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายใน 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2560) จากการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพคือ 1) โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโรคที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว และมีลำดับความสำคัญสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า/เข่าอักเสบ อุบัติเหตุ ตาบอด และสั่นหลังโก่ง 2) ปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น โรคความดัน ซึ่งเป็นโรคที่มีลักษณะสัมพันธ์กับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเมือง จะเป็นโรคนี้สูงกว่าในชนบท กลุ่มอาการสมอเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมเป็นอย่างมาก

จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกของประเทศไทยที่ยังคงมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยจากการสำรวจข้อมูลประชากร จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปี 2560 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2560) มีประชากรทั้งสิ้น 664,365 คน มีประชากรสูงอายุ จำนวน 35,566 คน คิดเป็นร้อยละ 9.76 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุ 26,706 คน คิดเป็นร้อยละ 8.19 ซึ่งจากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับตำบลคลองฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปี 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,914 คน คิดเป็นร้อยละ 14.22 ปี 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,933 คน คิดเป็นร้อยละ 14.24 และปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,069 คน คิดเป็นร้อยละ 14.84. ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้ตำบลคลองฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังในการเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความผาสุกและเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรให้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไป และจากการทบทวนงานวิจัย พบว่ายังไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุตำบลคลองฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคลองฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร และมีอะไรที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ข้อมูล

ที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2564-เดือนมีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,050 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเกรซี และมอร์แกน (1973, อ้างถึงใน ธีรวิมล เอกะกุล, 2546) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 363 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 เปอร์เซนต์ (ธีรวิมล เอกะกุล, 2546) เป็นจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว การวิเคราะห์หาปัจจัยสนับสนุนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson (Pearson Product Moment Correlation Coefficient))

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.50 มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 49.80 อายุมากที่สุด 95 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 70.23 ปี ส่วนใหญ่ สถานภาพส่วนใหญ่ เป็นคู่ จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 52.80 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.00 และรายได้ต่อปีเฉลี่ย 17,760 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 5,000 บาทต่อปี และรายได้สูงสุด 240,000 บาทต่อปี

2. ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 32.00 ระดับสูง ร้อยละ 61.75 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.25

2.1 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อยู่ในระดับ สูงมาก จำนวน 4 ข้อ มีข้อที่อยู่ใน

ระดับสูง 6 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจท่านเสมอ รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวท่านให้ความสนใจผลการตรวจสุขภาพของท่าน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านมีเพื่อนที่ช่วยให้กำลังใจและช่วยคิด เมื่อท่านต้องตัดสินใจในสิ่งที่มีความสำคัญ

2.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว และเพื่อน ภาพรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน อยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 2 ข้อ มีข้อที่อยู่ในระดับสูง 8 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว รองลงมา คือท่านได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากครอบครัว และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายจากเพื่อน

2.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงินและแรงงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงินและแรงงาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 3 ข้อ มีข้อที่อยู่ในระดับสูง 8 ข้อ และมีข้อที่อยู่ในระดับต่ำ 1 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวและญาติ พี่น้องคอยช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เพื่อนช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงิน

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ด้าน อยู่ในระดับดี 8 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพัฒนาการการรู้จักตนเอง รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 6 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ใน 1 วัน รองลงมาคือ ท่านรับประทานอาหารเช้าตรงเวลา และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ที่ติดมัน หรือ เนย กะทิ

3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี จำนวน 6 ข้อ ที่เหลืออีก 3 ข้อ มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ หลังจากออกกำลังกาย ท่านไม่รับประทานอาหารทันที รองลงมาคือ ถ้ารู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันที และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นเร็วและรู้สึกเหนื่อย

3.3 พฤติกรรมการพักผ่อนของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการพักผ่อนของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ข้อ อยู่ในระดับดี 4 ข้อ ที่เหลืออีก 3 ข้อ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง รองลงมาเมื่อมีเวลาว่าง ท่านเข้าวัด ฟังธรรม และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านใช้เวลาในการพักผ่อนด้วยการร้องเพลงหรือเล่นดนตรี

3.4 พฤติกรรมการพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาการการรู้จักตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก 3 ข้อ อยู่ในระดับดี 3 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เมื่อท่านรู้สึกว่าร่างกายมีอาการผิดปกติ ท่านจะรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา รองลงมาคือ ท่านตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความคิดผิดปกติ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อเกิดความเครียดท่านจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3.5 พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 7 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ขณะพูดคุยกับบุคคลอื่นท่านจะรักษามารยาทในการสนทนา เช่น การเป็นผู้ฟังที่ดี ไม่พูดคำหยาบคำทอไม่กล่าวร้ายใคร ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในครอบครัว เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีและข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านและครอบครัวมีการพูดคุย ทำให้เกิดความเข้าใจในครอบครัว

3.6 พฤติกรรมการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ข้อ อยู่ในระดับดี 6 ข้อ ที่เหลืออีก 3 ข้อ มีพฤติกรรมการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวทุกครั้งเมื่อมีโอกาส รองลงมาคือ ท่านสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เป็นประจำ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านจะดูแลสุขภาพที่พอกาฬให้สะอาดเมื่อมีเวลาว่าง

3.7 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก 1 ข้อ อยู่ในระดับดี 7 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านใช้จ่ายเงิน อย่างประหยัดโดยใช้จ่ายเฉพาะสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น เช่น ค่าอาหารดูแลสุขภาพ การพักผ่อน ทำบุญ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มที่จำเป็น เป็นต้น รองลงมาคือท่านมีบุคคลที่ช่วยให้กำลังใจและช่วยคิด และตัดสินใจในสิ่งที่มีความสำคัญ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ในแต่ละเดือนท่านสามารถเก็บเงินได้มาก เพราะท่านประหยัดในการใช้เงิน โดยยอมอดทั้งๆ ที่มีเงิน

3.8 พฤติกรรมการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 7 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านไปร่วมงานประเพณี หรืองานพิธีต่างๆ เช่น งานบวชงานสมรส เมื่อได้รับเชิญ รองลงมาคือ ท่านจะแสดงสีหน้ายิ้มแย้ม ทำจิตใจให้แจ่มใสทุกเวลาเห็นก็อยากพูดคุยทักทายท่าน และท่านเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านมักจะเดินทางไปเยี่ยมเยียนบุตรหลาน/ญาติพี่น้องที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกัน

3.9 พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 4 ข้อ อยู่ในระดับดี 3 ข้อ ที่เหลือ 1 ข้ออยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านยึดหลักการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว รองลงมาคือ ท่านยึดหลักธรรมทางศาสนาในการดำรงชีวิต และ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านไม่เคยร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนาเลย

3.10 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ด้าน อยู่ในระดับดี 8 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพัฒนาการการรู้จักตนเองรองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการพักผ่อน

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Analysis) ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศชาย เพศหญิง สถานภาพสมรส สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ระดับการศึกษา รายได้ มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ จากครอบครัวและเพื่อน (A1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน (A2) และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์การเงินและแรงงาน จากครอบครัวและเพื่อน (A3) กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Y) ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 13 ตัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.02-1.000 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส ($r = 0.175$), การสนับสนุนทางอารมณ์ จากครอบครัวและเพื่อน (A1) ($r = .515$) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน (A2) ($r = .586$) และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน จากครอบครัวและเพื่อน (A3) ($r = .505$) เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของตัวแปรอิสระ พบว่า มี 2 คู่ ที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงสุด ($r = -1.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ เพศชาย เพศหญิงและมีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามของผู้สูงอายุตามคุณลักษณะส่วนบุคคล จังหวัดฉะเชิงเทรา

อายุ	เพศชาย	เพศหญิง	โสด	สมรส	หม้าย/หย่า/แยก	ระดับการศึกษา	รายได้	โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	A1	A2	A3	Y
อายุ	1.000	-0.065	0.065	-0.078	0.338**	-0.165**	-0.162**	0.031	-0.031	0.118**	-0.185**	0.005	-0.245**
เพศชาย		1.000	-1.000**	0.330**	-0.316**	0.161**	0.091*	-0.142**	0.142**	-0.071	0.002	-0.066	-0.002
เพศหญิง			1.000	-0.330**	0.316**	-0.161**	-0.091*	0.142**	-0.142**	0.071	-0.002	0.066	0.002
โสด				1.000	-0.244**	-0.026	0.021	-0.162**	0.162**	0.080	0.057	0.058	0.039
สมรส					1.000	0.134**	0.131**	-0.097*	0.097*	0.098*	0.144**	0.068	0.175**
หม้าย/หย่า/แยก						1.000	-0.145**	0.190**	-0.190**	-0.145**	-0.180**	-0.102*	-0.201**
ระดับการศึกษา							-0.207**	0.003	-0.003	0.020	0.039	0.104*	-0.029
รายได้							1.000	-0.050	0.050	0.029	0.031	0.043	0.024
โรคประจำตัว								1.000	-1.000**	-0.042	-0.035	-0.023	0.005
ไม่มีโรคประจำตัว									1.000	0.042	0.035	0.023	-0.005
A1										1.000	0.716**	0.667**	0.515**
A2											1.000	0.677**	0.586**
A3												1.000	0.505**
Y													1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบและร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจและเป็นตัวกำหนดความต้องการ ในการดูแลสุขภาพทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลของบุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย และสอดคล้องกับแนวคิดของ Honlon and Pickett (2011) ที่กล่าวว่า พฤติกรรม การดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สนองพร ขาวบาง นิภาพรณ สุขศิริ และ นริศกุลสรราช (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Frey and Denyes (2011) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวัยรุ่นที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน คือ อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมบางอย่างจึงมีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จากการศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่เป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่าในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท ซึ่งผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่านิยม วัฒนธรรมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรคริน ลังกาพินธุ์ (2558) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับปิยะพรรณ เทียนทอง (2559) ได้ศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครปฐม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางครอบครัว ได้แก่ เพศ การศึกษาโดยที่เพศชาย จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า

1.3 สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจมีความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนรวมของผู้สูงอายุ กล่าวคือทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นได้ร่าเริงใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์เกิดความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลในบั้นปลาย คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งสอดคล้องกับ สนองพร ขาวบาง นิภาพรณ สุขศิริ และ นริศกุลสรราช (2561) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับอรุณ ออบเชย (2557) ได้ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี

1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้ผู้สูงอายุมีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาจึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลสุขภาพได้มากความพร้อมในการดูแลตนเองจึงน้อยลง และ การศึกษาสูงยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้

รายได้ของครอบครัวดีขึ้น มีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีกว่า จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าในการวิจัยในครั้งนี้ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 96.20) ซึ่งทำให้ไม่มีความแตกต่างกัน ด้วยการศึกษาก็ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับประภัสสร สุธรรมวิจิตร (2558) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างศึกษาเฉพาะกรณีแรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสนองพร ขาวบาง นิภาพรรณ สุขศิริ และนริศากุลสรารุข (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุขัยเฉลี่ยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.5 รายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากความสูงอายุทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงสุขภาพร่างกายด้วยกล่าวคือผู้ที่มีความวิตกกังวลอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ, 2558) ในปัจจุบันรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆรวมทั้งเป็นแหล่งปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรกรีน ลังกาพินธุ์ (2558) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ไพรรัตน์ (2558) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัววิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

1.6 โรคประจำตัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาด ถ้าในผู้ป่วยที่ละเลยต่อการดูแลสุขภาพ และปล่อยไว้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย เกิดการทำลายสุขภาพที่ละเอียด และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีอันตรายร้ายแรง

พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ไม่ได้ระบุแยกโรคประจำตัวที่ชัดเจนและผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคต่างๆใกล้เคียงกันเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินาด คำใจหนัก (2561) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติถูกต้องโดยรวมทั้ง 6 ด้าน

2. ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า

2.1 การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (2010) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นปัจจัยด้านความรักใคร่ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การยอมรับ เอาใจใส่ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักใคร่และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา โอพาทกิจวานิช (2561) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักเรียนที่มี 1) ลักษณะพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม 2) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ครูและเพื่อน 3) การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความรู้ข้อมูลข่าวสาร

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (2010) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์ระวีวงศ์ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนร่วมงาน เพื่อน/ญาติ ในด้าน

ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงิน และแรงงานจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา สอดคล้องกับแนวคิด ของ Tiden (2010) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงินและแรงงานเป็นปัจจัยด้านการให้ความช่วยเหลือ โดยตรงด้วยให้สิ่งของ เงินทอง เวลา หรือบริการ สอดคล้อง กับการศึกษาของศิริพร พงษ์ระวีวงศ์ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับจากหัวหน้า หอผู้ป่วย เพื่อร่วมงาน เพื่อน/ญาติ ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน ด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาในตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา การวิจัยครั้งต่อไปควรมี การศึกษาในระดับจังหวัด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาปัจจัยในด้านอื่นเพิ่มเติมที่ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น
3. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ ประโยชน์มากยิ่งขึ้น
4. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์หา รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สาธารณสุขอำเภอ บางน้ำเปรี้ยว ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องนี้ ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้สูงอายุในตำบลคอนนิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความร่วมมือกับ

เจ้าหน้าที่ในการตอบแบบสอบถาม ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กษกร ไพรัตน์ .(2558). พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผน ครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเรียง คุ้มะสุวรรณ (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรวิทย์ เอกะกุล.(2546). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555). รายงานการวิจัยชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. นนทบุรี : วิญญาน.
- ประภัสสร สุธรรมวิจิตร.(2558). การดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง : ศึกษาเฉพาะกรณี แรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยะพรหม เทียนทอง.(2559). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรคริน ลังกาพันธ์.(2558). การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ศึกษาเฉพาะกรณี : ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร พงษ์ระวีวงศ์.(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สนองพร ขาวบาง นิภาพรณ สุขศิริ และนริศากุลสรารุ.(2561). การผลิตสื่อวีดิทัศน์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน จังหวัดนนทบุรี, วารสาร สุขศึกษาและสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล. 22 (ตุลาคม-ธันวาคม 2558) : 120.
- สิรินาถ คำใจหนัก.(2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบ

ของโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุจิตรา โอพารกิจวานิช. (2561). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.(2560). ข้อมูลประชากร.ออนไลน์ www.cco.moph.go.th.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2560). ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรุณ อบเชย. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ่ง อำเภอบางแพ่ง จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

Chayovan N .(2005). vulnerable elderly in Thailand. *Journal of Demography*. 21: 1-23.

Frey, M. A. and Denyes, M.J. (2011). Health and illness self care in adolescents with IDDM : A test of Orem's theory, *Advance nursing science*. 12 (January 1999) : 67-75.

Honlon, K.H., and G.E. Pickett. (2011). *Public Health Administration and Practice*. 8th ed. St. Louis : Times Mirrow/Mosby College Publishing, 2011.

Orem, E.D..(1985). *Nursing : Concepts of Practice*. 1st ed. New York : Mc Graw Hill.

Tiden, V.P. (2010). Issues of conceptualization and measurement of social support in the Construction of nursing theory, *Research in Nursing and Health*. (January 1998) : 199-206.

United Nation .(2009). *World Population Ageing 2009*. New York : Department of Economic and Social Affairs Population Division.

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร Clinical Nursing Practice Guideline for the Prevent Early Postpartum Hemorrhage in Normal Delivery, Choaphraya Abhaibhubejhr Hospital.

ชนิตา กิตติวิราพัชร* จิราภรณ์ เลิศเจริญฤทธิ์** นฤมล แพงหาญ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 11 คน และหญิงที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอดจำนวน 2,202 คน ดำเนินการศึกษา ณ ห้องคลอด ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2563 การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .93 แบบบันทึกข้อมูลภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า : 1. สถานการณ์การพบว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน มีการประเมินความเสี่ยงแรกเริ่มไม่ครอบคลุม การประเมินการสูญเสียเลือดและการทำ Active management of the third stage of labor ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะก่อนคลอด มีการประเมินความเสี่ยงและบันทึกด้วยตัวอักษรสีแดงในใบประเมินแรกเริ่ม และเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจ CBC 2) ระยะคลอดใช้ถุงตรวจเลือดทุกราย ทำ Active management of the third stage of labor โดยดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 3) ระยะหลังคลอด นวดมดลูกทุก 15 นาทีจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งน้ำหนักผิวน้ำมียังครบ 24 ชั่วโมงและส่งต่อ

ข้อมูล 4 BP (BP, Bleeding, Bladder, Breast feeding และ Perineum) 3. ผลการใช้แนวปฏิบัติ ด้านพยาบาลพบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ถูกต้องหลังใช้แนวปฏิบัติ ปี 2562 ร้อยละ 92.50 และปี 2563 ร้อยละ 91.31 ตามลำดับ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.53$, $SD = .58$) ด้านผู้รับบริการหลังพัฒนาแล้ว พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกลดลงจาก ร้อยละ 4.44 เป็นร้อยละ 2.58 และ 2.33 ตามลำดับ และอัตราการเกิดภาวะช็อกจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 9.09 และ 0.0 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ขอเสนอแนะว่า แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก สามารถลดภาวะตกเลือดและภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกนี้ อาจนำมาพัฒนาเพื่อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, แนวปฏิบัติตกเลือดหลังคลอด, ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การสูญเสียเลือดผ่านทางช่องคลอด ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไปภายหลังทารกคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย และการเจ็บป่วยของมารดา ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่ามีรายงานข้อมูลมารดาเสียชีวิตทั่วโลกในปี 2556 เท่ากับ 26 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย สำหรับประเทศไทยในปี 2559-2561 มีรายงานการเสียชีวิตของมารดาอยู่ที่ 26.6, 21.8 และ 19.9 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 รายตามลำดับ โดยสาเหตุการตายจากการตกเลือดหลังคลอดพบถึงร้อยละ 25¹ การตกเลือดต่อการเกิดมีชีพ 100,000 รายตามลำดับ โดยสาเหตุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสูติรีเวชกรรม, ** สูติแพทย์ แผนกสูติรีเวชกรรม

การตายจากการตกเลือดหลังคลอดพบถึงร้อยละ 25¹ การตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น 2 ชนิด โดยแบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือด คือ 1) การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Early Postpartum Hemorrhage) 2) การตกเลือดหลังจาก 24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด (Late Postpartum Hemorrhage)² ซึ่งสาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมีสาเหตุสำคัญได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี นอกจากนั้นเป็นการฉีกขาดของช่องทางคลอด การมีรกค้าง และการมีปัญหเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด³

หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาคลอดในปี 2559-2561 ทั้งหมด 3,262 , 3,331 และ 3,319 ราย ตามลำดับ และพบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.92, 1.47 และ 1.69 ตามลำดับ โดยมีการตัดมดลูกจากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย, 2 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ⁴ แม้ว่าสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลนั้นยังไม่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุการตกเลือดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี รองลงมาเป็นรกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง การฉีกขาดของช่องทางคลอด และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติตามลำดับ การป้องกันการตกเลือดในระยะแรกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำ Active management of the third stage มีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยป้องกันและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึงช่วยลดระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด³ ซึ่งได้แก่ การให้ยา Oxytocin 10 units ทันทีหลังไหลน้ำคอด การทำ delayed cord clamping และการทำคลอดรกโดยวิธี Control cord นอกจากนี้ในปัจจุบันได้มีการนำถุงดองเลือดมาใช้ในการประเมินการสูญเสียเลือดทันทีก่อนการทำคลอดรก การนวดมดลูกหลังคลอดทันทีโดยเน้นการนวดทุก 15 นาที จนมดลูกแข็งตัวดี นาน 5 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก และสอนให้มารดาหลังคลอดและญาติช่วยนวดมดลูกเองได้ โดยการนวดผ่านทางหน้าท้อง ซึ่งแผนกสูติรีเวชกรรมมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดยังไม่ครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ การคาดคะเนการสูญเสียเลือดยังไม่ได้มาตรฐาน โดยพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียไม่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิก ทำให้อัตราภาวะ

ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกต่ำกว่าความเป็นจริง และพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่วางไว้อย่างครบถ้วนซึ่งการค้นหาลักษณะเสี่ยงและการประเมินอาการการวินิจฉัยได้เร็ว จะสามารถป้องกันและช่วยลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดได้

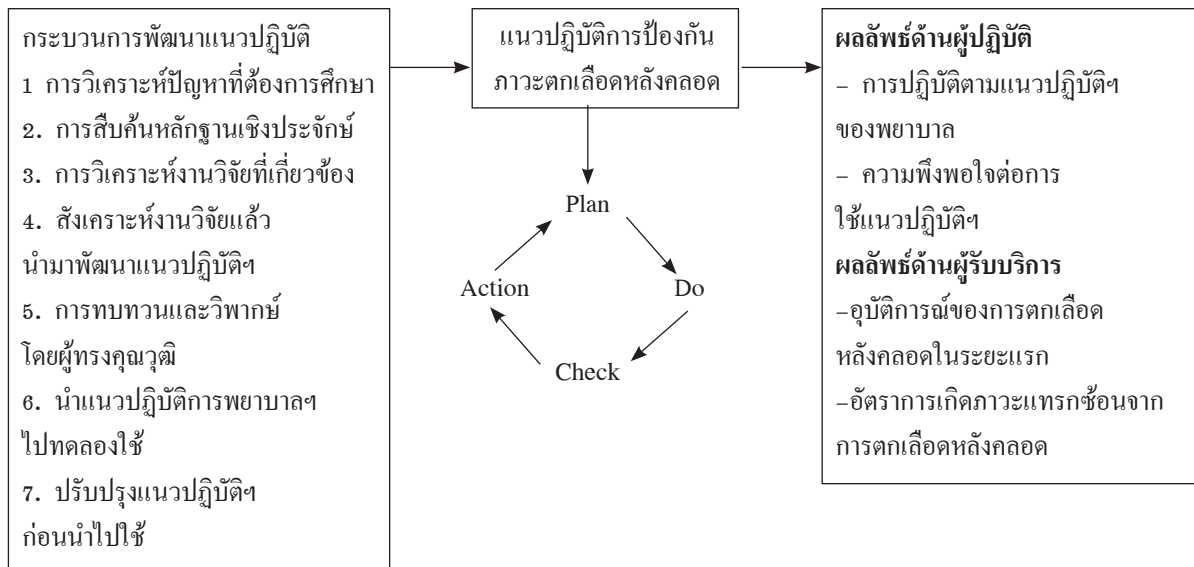
แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline : CNPG) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้รับบริการให้เป็นมาตรฐานและเป็นไปในทางเดียวกัน จะลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและชัดเจนขึ้น⁵ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัยทางการพยาบาล งานวิจัยอื่น ๆ และประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้รับบริการจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน ดังนั้นแผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการจัดทำพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด เพื่อลดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนของการตกเลือดหลังคลอด รวมถึงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด
2. เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด ไปใช้ในทางปฏิบัติ

กรอบแนวคิดวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติ เรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผู้วิจัยใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model⁶ ร่วมกับวงจรเดมมิง (Deming Cycle) นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2563 จำนวน 12 คน
2. หญิงที่คลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน ปฏิบัติงานตลอดการวิจัยนี้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 11 คน
 2. หญิงที่คลอดทางช่องคลอดโดยพยาบาลเป็นผู้ทำคลอด ที่มีคุณสมบัติดังนี้
 - หญิงที่มีความสูง 145 เซนติเมตรขึ้นไป
 - เป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว
 - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ
 - สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
- เกณฑ์คัดออก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน

ไม่สามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้ จำนวน 2,202 คน เป็นกลุ่มก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 450 คน กลุ่มหลังพัฒนา จำนวน 1,752 คน แบ่งเป็นหลังพัฒนาระยะที่ 1 จำนวน 852 คน หลังพัฒนาระยะที่ 2 จำนวน 900 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .93

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2.2 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด
- 2.3 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .93 และทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของการสังเกต โดยแยกกันสังเกตในกิจกรรมเดียวกัน จนค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตได้ค่า ได้ค่า IOC เท่ากับ 1
- 2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับการวิจัย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รหัสโครงการ IRB BHUBEJHR-103 ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) ได้ประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้ผลการวิจัย (research utilization) ของ IOWA Model of Research in Practice ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยดำเนินการดังนี้

1. กำหนดทีมพัฒนา
2. วิเคราะห์ปัญหาโดยทีมพัฒนา ร่วมประชุมกลุ่มระดมสมองประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง 3 เดือนย้อนหลัง เดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน 2561 โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง ซึ่งแบ่งความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ และระดับความรุนแรงความเสี่ยง 9 ระดับ (A-I) ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ปัญหาการตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาสำคัญที่สุด ที่ทีมพัฒนาสรุปว่าต้องดำเนินการพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอดระหว่างเดือนกรกฎาคม - เดือนกันยายน 2561 โดยดำเนินการดังนี้

1. ทีมพัฒนาศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ สืบค้น โดยกำหนดคำสำคัญของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของ PICO7 จำนวน 25 ฉบับ

2. ทีมพัฒนานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาทำเป็นแนวปฏิบัติ โดยศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียด ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ทำการคัดสรรหลักฐานเชิง

ประจักษ์ตามเกณฑ์การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Joanna Briggs Institute⁸ 5 ระดับ

3. ทีมพัฒนานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำการคัดสรรแล้ว จำนวน 9 ฉบับ มาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

4. ทีมพัฒนานำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความชำนาญทางด้านสูติกรรม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลทางด้านสูติกรรม 2 ท่าน ประเมินเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญของแนวปฏิบัติเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่

5. ทีมพัฒนานำ ยกร่างแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับหญิงที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

6. ทีมพัฒนานำผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก มาวิเคราะห์ ผลทั้งด้านผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติ นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติฯ ก่อนที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริง

ระยะที่ 3 ส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2561 โดยดำเนินการดังนี้

1. ขั้นตอนวางแผน (Plan) เป็นการวางแผนให้พยาบาลทุกคนนำแนวปฏิบัติไปใช้

- 1) ผู้วิจัยแจ้งหัวหน้าตึกคลอด พยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอดทุกคน รับทราบ

- 2) ผู้วิจัยประชุมชี้แจงเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรก

- 3) หัวหน้าห้องคลอดมีบทบาทในการนิเทศ กำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) ทีมพัฒนานำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกไปใช้กับหญิงกลุ่มเป้าหมาย นำความรู้สู่การปฏิบัติโดย

- 1) ทบทวนความรู้และวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรก

- 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรก กับหญิงที่มาคลอดทางช่องคลอด

3) นิเทศ กำกับติดตาม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ ที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) ตรวจสอบการ นำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกไปใช้โดย ทีมพัฒนาฯ โดยการซักถามและให้ข้อมูลย้อนกลับ

4. ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Action) โดยทีม พัฒนาฯ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต จากการซักถาม ข้อมูล ย้อนกลับ ทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ระยะที่ 4 การประเมินผล โดยประเมินผลหลังการ พัฒนา 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2561 ถึง เดือน กันยายน 2562 ระยะที่ 2 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 ซึ่งเป็นการประเมิน ผลลัพธ์อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง ความยั่งยืน การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มีรายละเอียด ดังนี้

1. สังเกตการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรก ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้อง คลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวนทั้งสิ้น 11 คน

2. สอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการ ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

3. เฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อกจาก การตกเลือดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การใช้แนว ปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ความ พึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ข้อมูลภาวะ ตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อกจากการตกเลือด โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่คลอดทาง ช่องคลอด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรครั้งนี้ มีผลการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2561 พบภาวะตกเลือดทั้งหมดเท่ากับ 18 ราย มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 ราย สาเหตุเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีจำนวน 13 ราย มีรกค้าง 4 ราย และการฉีกขาดของช่องทางคลอด 1 ราย ผลการ ทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีการ ประเมินความเสี่ยงแรกรับไม่ครอบคลุม การประเมินการ สูญเสียเลือดและการทำ Active management of the third stage of labor ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากการปฏิบัติขึ้นกับสหวิชาชีพที่ให้การดูแล

2. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วย การ ดูแล 3 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติระหว่างก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ระยะการดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระยะก่อนคลอด	- ประเมินความเสี่ยง เจาะ CBC ในรายที่มีความเสี่ยงสูง - ใช้ Partograph ฝ้าคลอด - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อเข้า Active phase	- ประเมินความเสี่ยง , เจาะ CBC ทุกรายบันทึก ความเสี่ยงในใบแรกรับ ตัวอักษรสีแดง - เตรียมเลือดในรายที่มีความเสี่ยงสูง - ใช้ Partograph ฝ้าคลอด - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อเข้า Active phase
ระยะคลอด	- สวนปัสสาวะ - คัดฝึเย็บ - ประเมินปริมาณเลือดโดยใช้สายตาส่วนใหญ่ - Synto 10 unit ทางหลอดเลือดดำ เมื่อให้หลั่น้ำคลอด รายงานแพทย์เมื่อเลือด ออก 500 cc	- สวนปัสสาวะ - คัดฝึเย็บเท่าที่จำเป็น - ใช้ถุงรองเลือดทุกราย ประเมินปริมาณเลือด⁹ - Active management of the third stage of labour - Synto 10 unit ทางหลอดเลือดดำเมื่อให้หลั่น้ำ คลอด และ add synto 20 unit ในสารน้ำทาง

ระยะการดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	- Controlled cord traction - นวดมดลูก	หลอดเลือดดำ ^{3,10,11} ในรายที่มีเลือดออก 300 cc ให้ Methergin 1 amp ทางหลอดเลือดดำ - Delayed cord clamp¹² - Controlled cord traction^{3,10,11} ระยะคลอดรก
ระยะหลังคลอด	- Check vital signs ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง - ประเมิน Bleeding per vagina ด้วยสายตา - กระตุ้น breast feeding - สังเกตอาการสำคัญไม่ครอบคลุม - ตีกลหลังคลอดประเมิน Bleeding per vagina โดยประเมินเป็นจำนวนผ้าอนามัย	- นวดมดลูก^{13,14,15} - Check vital signs ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง - ใส่ Pad หลังเย็บแผลเสร็จ - นวดมดลูกทุก 15 นาที^{14,15} - ประเมิน Bleeding per vagina โดยชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย - กระตุ้น breast feeding - สังเกต 4 BP (BP, Bleeding, Bladder, Breast feeding, Perineum) - ตีกลหลังคลอด ประเมิน Bleeding per vagina โดยชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย จนครบ 24 ชั่วโมง

3. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ

3.1 ด้านพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	การปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล			
	ปี 2562 (n=30)		ปี 2563 (n=30)	
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1.ระยะก่อนคลอด				
- ประเมินความเสี่ยงของมารดา บันทึก RISK for PPH ในรายที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง	26	4	26	4
- เจาะ CBCทุกราย จ้องเลือด 2 unit ในรายที่มีความเสี่ยงสูง	30	0	28	2
- นำ partograph มาใช้ในการดูแลมารดา	30	0	30	0
- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อเข้า Active phase	28	2	28	2
รวม	114 (95.00)	6 (5.00)	58 (93.33)	8 (6.67)
2. ระยะคลอด				
- สอนปัสสาวะลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก	25	5	25	5
- วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ฟังหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 15 นาที	25	5	25	5
- ตัดฝีเย็บเมื่อศีรษะทารกมาตุง ตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น safe perineum และ Flex ศีรษะทารกให้ค่อยๆ เหย	28	2	27	3

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	การปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล			
	ปี 2562 (n=30)		ปี 2563 (n=30)	
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
- Oxytocin 10 unit เข้าหลอดเลือดดำหลังไหล่หน้าคลอดทันที	30	0	30	0
- Delayed cord clamping ตัดสายสะดือหลังทารกคลอดประมาณ 1-3 นาที	22	8	22	8
- ใส่ถุงรองเลือดหลังทารกคลอดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด	29	1	29	1
- ทำคลอดรกโดยวิธี Controlled Cord Traction	30	0	30	0
- การนวดคลึงมดลูกหลังรกคลอดทันทีและนวดคลึงมดลูกต่อทุก 15 นาที	30	0	30	0
- ตรวจรกคลอดครบหรือไม่ ตรวจดูช่องคลอดและปากมดลูก	30	0	30	0
- ประเมินการสูญเสียเลือดในถุงรองเลือดก่อนซ่อมแซมฝีเย็บ ถ้า blood loss ออก 300 cc ขึ้นไป ร่วมกับมดลูกไม่ค่อแข็งตัว ให้ยา Methergin 1 amp vein	30	0	30	0
- ประเมินการเสียเลือดในถุงรองเลือดอีกครั้ง และใส่ผ้าอนามัยเมื่อเย็บแผลเสร็จ	25	5	25	5
รวม	304 (92.12)	26 (7.88)	303 (91.81)	27 (8.18)
3.ระยะหลังคลอด				
3.1 ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง	22	8	22	8
- คลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด				
- วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุกครั้งชั่วโมง 2 ครั้ง	30	0	30	0
- กระตุ้น Breast feeding ภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด	28	2	28	2
- ประเมินลักษณะของฝีเย็บ	30	0	30	0
- ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยโดยทำการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย ก่อนย้ายไปหลังคลอด	24	6	22	8
- ส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยหลังคลอดโดยใช้หลัก 4 BP	23	7	22	8
รวม	157 (87.22)	23 (12.77)	154 (85.56)	26 (14.44)
3.2 ระยะหลังคลอดห่อผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด	30	0	30	0
- ประเมินการแข็งตัวของมดลูกและประเมินแผลฝีเย็บ				
- ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่าง	29	1	27	3
- วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	27	3	25	5
- กระตุ้น Breast feeding ทุก 2-3 ชั่วโมง	30	0	28	2
- ประเมินการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยโดยทำการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัย จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด	26	4	26	4
- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	30	0	30	0
- ลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ถูกต้องครบถ้วน	30	0	30	0
รวม	202 (96.19)	8 (3.81)	198 (94.29)	12 (5.71)
รวมทั้งหมด	777 (92.5)	63 (7.5)	767 (91.31)	73 (8.69)

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการพัฒนา พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติถูกต้องหลังใช้แนวปฏิบัติ ปี 2562 ร้อยละ 92.50 และ ปี 2563 ร้อยละ 91.31

พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.53$, $SD = .58$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจด้านเห็นด้วยกับการใช้นโยบายการพยาบาล ($M = 4.55$, $SD = .52$) มากที่สุด

3.2 ด้านผู้รับบริการ

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

อุบัติการณ์	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนาระยะที่ 1	หลังพัฒนาระยะที่ 2
	เม.ย-ก.ย .2561 (N =450)	ปี 2562 (N = 852)	ปี 2563 (N = 900)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
มารดาตกเลือดหลังคลอด	20/450 (4.44)	22/852 (2.58)	21/900 (2.33)
มารดาตกเลือดที่มี			
ภาวะช็อก	3/20 (15.00)	2/22 (9.09)	0/28 (0.0)

จากตารางที่ 3 หลังการพัฒนาผลการใช้นโยบายด้านผู้รับบริการ พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกลดลงจาก ร้อยละ 4.44 เป็นร้อยละ 2.58 และ 2.33 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะช็อกลดลงจากร้อยละ 15.00 เป็นร้อยละ 9.09 และ 0.00 ตามลำดับ

วิจารณ์ผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของหญิงที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่พัฒนาตามกระบวนการใช้ผลการวิจัย โดยการวิเคราะห์ปัญหาที่ต้องการศึกษา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตั้งกระทรวางานวิจัยแล้วนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ ทบทวนและวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ และนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ ก่อนนำไปใช้จริง ประเมินผลก่อนที่จะประกาศใช้แนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลมารดาที่คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็นแนวทางเดียวกันทั้ง 3 ระยะของการคลอดคือระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดาหลังคลอดเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดลดลงอย่างชัดเจนไม่เกิดภาวะช็อก อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก เพื่อใช้ในการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกันต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย ดังจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นโยบายการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.55$, $SD=.52$) รวมถึงการนิเทศ กำกับติดตามการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จาก

การที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 92.50 และ 91.31 ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้น

2. ด้านผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า หลังการพัฒนาผลการใช้นโยบายด้านผู้รับบริการ พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกลดลงจาก ร้อยละ 4.44 เป็นร้อยละ 2.58 และ 2.33 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะช็อกลดลงจากร้อยละ 15.00 เป็นร้อยละ 9.09 และ 0.00 ตามลำดับ การใช้นโยบายทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง ไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่มีมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ์ สุชาติ วิภาวณต์ และ อารี กิ่งเล็ก16 ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ที่พบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง ไม่พบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลที่เป็นไปในทางเดียวกัน ดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งย้ายไปหลังคลอด ส่งผลให้มารดาคลอดได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหญิงที่คลอดทางช่องคลอด ผู้บริหารสามารถสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัตินำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาการให้บริการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการดำเนินงานควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา และสามารถออกแบบการทำงานที่เหมาะสม ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติจริง มีความยั่งยืน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ด้านการบริหารสามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นตัวขับเคลื่อนในการพัฒนาองค์กร พยาบาลมีการสนับสนุน นิเทศ ติดตาม ก็เป็นแรงผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่ต่อเนื่องมีมาตรฐาน เกิด ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ

3. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติและมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

4. จากผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมการนวดมดลูกทุก 15 นาที จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลทำกิจกรรมได้น้อยเนื่องจากมีภาระงานมาก จึงเสนอแนะให้ทำนวดมดลูกเดือนมกราคมมดลูกทุก 15 นาที

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการขยายผลการศึกษาไปในเครือข่ายระดับจังหวัดเพื่อพัฒนางานห้องคลอดระดับจังหวัดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.นำพล แคนพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร คุณประกายดาว จิตต์ประเสริฐ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหญิงที่มาคลอดทุกราย ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562). สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/>

ckeditor/files/5_1_170862.pdf

2. ถวัลย์ วงศ์รัตนศิริ, จุติมา สุนทรสัง และ สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิ. (2553). สถิติศาสตร์ฉุกเฉิน.กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

3. World Health Organization. (2012). Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. Geneva.

4. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (2561). สถิติห้องคลอด.

5. อนุชนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์ พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักบุญจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2): 37-46.

6. Titler MG, Kleber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. (2001) The IOWA model of evidencebased practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am, 13: 497-509.

7. Craig, J.V., and Smith, R.I. (2002) The evidence-based practice manual for nurses. London : Churchill livingstone. อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549) การปฏิบัติการ พยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร : พริวัน.

8. Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing and health care: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

9. รสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2558). ประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มวัดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 30(3): 270-275

10. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB. (2009). Active management of the third stage of labour : prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can, 31(10) : 980-993. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19941729/>

11. Cynthia Stanton, Deborah Armbruster, Rod Knight, Iwan Ariawan, Sourou Gbangbade, Ashebir Getachew, et al. (2009). Use of active management of the third stage of labour in seven developing countries. Bull World Health Organ, 87(3) : 207-215.

Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654655/>

12. Hang-lin Wu, corresponding author Xiao-wen Chen, Pei Wang, and Qiu-meng Wang (2017) Effects of placental cord drainage in the third stage of labour: A meta-analysis. *Sci Rep*, 7(1): 7067.

13. Dr. Rozina Yasir, Dr. Mumtu Bai Lakhwani, Dr. Shaista Naz, and Dr Zain Ali. (2016). Primary Postpartum Hemorrhage; the Effectiveness of Uterine Massage With Active Management as Compared to Active Management Alone, in the Prevention at a Tertiary Care Hospital in Karachi Pakistan. *The Professional Med Journal*, 23(10): 1178-1182.

14. สุพรรณิ ศรีภักษ์. (2558). ผลของการใช้นวัตกรรมตุ้กดาวน์เต้านมคลุกต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในมารดาสองชั่วโมงแรกหลังคลอด. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

15. พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. (2560). ผลลัพธ์ของการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีร่วมกับการคลึงมดลูกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอดปกติ. เข้าถึงได้จาก [http:// conference.nu.ac.th/nrc13/downloadPro.php?PID=83&file=83.pdf](http://conference.nu.ac.th/nrc13/downloadPro.php?PID=83&file=83.pdf)

16. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ สุชาดา วิภาภานต์ และ อารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3): 127-141

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

นางเบญจมาศ หรัยเจริญ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น (กรมการแพทย์, 2561) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากน้ำหนักตัวที่มากขึ้น ใช้เข่ามากกว่าปกติหรือผิดท่า ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เจ็บปวด เข่าผิดรูป ทำกิจวัตรประจำวันไม่สะดวก ส่งผลให้ทรมาณร่างกายจิตใจ ทำให้คุณภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

จากสถิติของโรงพยาบาลพุทธโสธร มีจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 117, 148 และ 132 ราย ได้รับการผ่าตัด 79, 122 และ 115 รายตามลำดับ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศโรงพยาบาลพุทธโสธร, 2563) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระยะรุนแรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาและวิธีประคับประคองแล้วไม่ได้ผล การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Knee Replacement Surgery or Arthroplasty) จึงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการปวดเข่า ช่วยให้ผู้ป่วยเดินและเคลื่อนไหวอย่างคล่องตัว เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

พยาบาลเป็นผู้มีส่วนสำคัญอย่างมาก ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายจากความเสื่อมตามวัยและโรคประจำตัว ดังนั้นพยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะ ความชำนาญในการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พื้นฟูสภาพร่างกาย และสามารถเตรียมพร้อมวางแผนจำหน่าย ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

ภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม

เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อและกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมที่รุนแรงขึ้น

แบ่งเป็น 2 ชนิดตามลักษณะการเกิด

1. ความเสื่อมแบบปฐมภูมิ หรือ ไม่ทราบสาเหตุ เป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของผิวกระดูกอ่อนตามวัย ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น น้ำหนักตัว เพศหญิง และกรรมพันธุ์

2. ความเสื่อมแบบทุติยภูมิ เป็นความเสื่อมที่ทราบสาเหตุ เช่น เคยประสบอุบัติเหตุ มีการบาดเจ็บที่ข้อและเส้นเอ็น การบาดเจ็บเรื้อรังที่บริเวณข้อเข่าจากการทำงานหรือเล่นกีฬา โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เก๊าต์ ข้ออักเสบติดเชื้อ โรคของต่อมไร้ท่อ

พยาธิสภาพ

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ของข้อเข่า ได้แก่ ภาวะผิดรูปของข้อเข่าหรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะความผิดรูปของข้อเข่าทั้งแบบขาโก่ง (varus deformity) หรือ ขาหนีง (valgus deformity) นั้นทำให้การกระจายแรงที่มากระทำต่อข้อเข่าเสียสมดุล ส่งผลให้มีแรงกระทำต่อข้อเข่าด้านใดด้านหนึ่งมากเกินไป จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ส่วนการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ Quadriceps ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยรักษาสมดุลการกระจายแรงที่ส่งผ่านข้อเข่า และยังช่วยลดแรงกระทำต่อกระดูกอ่อนข้อต่ออีกด้วย ฉะนั้นหากการทำงานของกล้ามเนื้อหรือระบบประสาทบริเวณข้อเข่าผิดปกติไป จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้

- การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาขององค์ประกอบของข้อเข่า ได้แก่ อายุและพันธุกรรม อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างมาก กล่าวคือ อายุที่มากขึ้นมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อภายในข้อเข่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ เป็นผลมาจากการลดลงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การเปลี่ยนท่วงท่าเดิน (gait) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัส การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยา (proprioception) ของข้อต่อและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ โครงสร้างและองค์ประกอบของกระดูกอ่อนข้อต่อยังเปลี่ยนไป

เมื่ออายุมากขึ้น กล่าวคือ มีการสูญเสียคุณสมบัติความยืดหยุ่นของกระดูกอ่อน ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการที่มีการสะสมของสารจากกระบวนการไกลเคชัน (advanced glycation end products) ภายในกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กระดูกอ่อนเปราะบางลง เสี่ยงต่อการสึกหรอของกระดูกอ่อนข้อต่อได้ง่ายขึ้น นำไปสู่โรคข้อเข่าเสื่อมในที่สุด

- ด้านพันธุกรรม (genetics) มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสารพันธุกรรมกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมาก โดยพบว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมที่ควบคุมโครงสร้างของเนื้อเยื่อชนิดต่างๆภายในข้อเข่า จะเป็สาเหตุทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมตามมาได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมที่ควบคุมการสร้างเนื้อเยื่อคอลลาเจนชนิดที่ 2 คือสารพันธุกรรม COL 2A1 บนโครโมโซมคู่ที่ 12 จะทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างและองค์ประกอบของกระดูกอ่อนและนำไปสู่การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมตามมาได้นอกจากนี้ หากพบว่าผู้ป่วยมีการขาดสารพันธุกรรม PRG 4 ที่ควบคุมการสร้างสารลูบริซิน จะทำให้กระบวนการหล่อลื่นของข้อเข่าผิดปกติและเกิดภาวะข้อเสื่อมเร็วมาตั้งแต่เกิด เรียกโรคนี้อา Comptodacty-Arthropathy-Coxa Vara-Pericarditis (CACP) ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีข้อเสื่อมหลายข้อ มีมุมคอข้อสะโพกแคบ (Coxa Vara) และเกิดมีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคนี้อาจเสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อย

2. ความผิดปกติของแรงที่มากกระทำต่อข้อเข่า แม้องค์ประกอบทางชีวกลศาสตร์และชีววิทยาของข้อเข่าจะปกติ แต่หากแรงที่มากกระทำต่อกระดูกอ่อนข้อเข่ามากเกินไป สามารถส่งผลให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ตัวอย่างของสาเหตุนี้ ได้แก่ โรคอ้วน และการบาดเจ็บของข้อเข่า จากการศึกษาพบดังนี้ ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) มากกว่าปกติ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักตัวที่มากจะเพิ่มแรงกดต่อข้อเข่า ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนและผู้ป่วยที่น้ำหนักเกินส่วนใหญ่จะพบการเสียแนว (malalignment) ของกระดูกและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าลดลง

- การบาดเจ็บของข้อเข่า อาจเกิดจากการบาดเจ็บของข้อกระดูกอ่อนข้อต่อโดยตรง หรือเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อ เช่น เมื่อมีการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้า (Anterior cruciate ligament) มีผลทำให้ข้อเข่าสูญเสียความมั่นคง เกิดความเสียหายต่อกระดูกข้อต่อมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป การบาดเจ็บอาจเป็นผลจากการทำงานด้วยท่าซ้ำๆ เช่น การนั่งยองๆ โดยการนั่งยองๆ ในแต่ละครั้งจะมีแรง

ที่ส่งผ่านข้อเข่าเพิ่มขึ้น 10 เท่าของน้ำหนักตัว เมื่อเกิดแรงกระทำที่มากขึ้นบ่อยๆ กระดูกอ่อนข้อต่อจะไม่สามารถคงโครงสร้างภายในเอาไว้ได้ และจะกดดันให้เกิดการทำลายกระดูกอ่อนที่สุด

อาการของข้อเข่าเสื่อม

1. ปวด อาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อม มักมีลักษณะปวดตื้อๆ ทั่วๆ ไปบริเวณข้อกระดูกตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน มักเป็นเรื้อรังและปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในท่าข้อเข่า การขึ้นลงบันไดหรือลงน้ำหนักบนข้อเข่า และทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน บางรายมีอาการปวดตรงบริเวณพับเข่าด้วย
2. ข้อฝืดตัว (stiffness) พบได้บ่อยในช่วงเช้า (morning stiffness) แต่มักไม่นานเกินกว่า 30 นาที อาการฝืดตัวอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหว หลังจากพักเป็นเวลานาน เรียกปรากฏการณ์ข้อหนีด
3. ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement) พบมีข้อบวมใหญ่เกิดจากกระดูกที่พองไปบริเวณข้อ และเป็นโรครุนแรงอาจพบขาโก่ง (bow leg)
4. มีเสียงกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว
5. มีความลำบากในการเคลื่อนไหว เช่น นั่ง ลุก เดิน หรือขึ้นลงบันไดอย่างมาก รบกวนการทำงานทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง
6. ข้อเคลื่อนไหวได้จำกัด (restricted movement) เขยื้อนตรงได้ลำบาก และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ข้อเข่าลดลง

การรักษาภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม

1. การรักษาแบบอนุรักษ์ (Conservative treatment) ควรเป็นวิธีแรกที่ใช้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีนี้ ไม่ควรใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง ควรใช้หลายแบบร่วมกัน
 - 1.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้งานของข้อเข่า
 - 1.2 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าขา (quadriceps)
 - 1.3 การให้ยาแก้ปวด จำพวดยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug)
 - 1.4 การใช้ยาบำรุงข้อเข่า (glucosamine sulfate และ chondroitin sulfate)
 - 1.5 การฉีดยาเข้าข้อเข่า อาจใช้สเตียรอยด์ หรือ hyaluronic acid แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วย
 - 1.6 การใช้อุปกรณ์ประคองเข่า (Knee support)

แต่การใช้เป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อขาลีบได้

2. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (surgical treatment) การผ่าตัดควรเลือกใช้ในกรณีที่วิธีที่ไม่ประสบความสำเร็จ หลังจากการรักษาด้วยวิธีอื่นเรียบร้อยแล้ว การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total knee arthroplasty) โดยตัดเอาผิวข้อส่วนบนทั้งหมดของกระดูกต้นขา และผิวข้อส่วนล่างทั้งหมด ข้อกระดูกหน้าแข้ง เพื่อเอาส่วนของกระดูกที่มีพยาธิสภาพออกไป แล้วแทนที่ด้วยข้อเทียม

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แพทย์จะเป็นผู้ประเมินว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหรือไม่ โดยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดังนี้

1. เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) ทั้งชนิดปฐมภูมิ (primary osteoarthritis) และทุติยภูมิ (secondary osteoarthritis) ระยะท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (98%)

2. ปวดเข่ารุนแรง ข้อเข่าหัก และบวม

3. ข้อเข่าไม่สามารถงอและเหยียดได้ เคลื่อนไหวไม่สะดวก

4. ข้อเข่าผิดรูปมาก เช่น ข้อเข่าติดในท่างอ ข้อเข่าโก่ง หรือขาเกอย่างมา

5. ผิวข้อกระดูกมากอาจเกิดจากกระดูกหักกั้มแทงเข้าข้อผิวข้อ ข้อขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้มีการตายเกิดขึ้น (avascular necrosis)

6. ได้รับการรักษา โดยวิธีการรับประทาน ยาแก้ปวด (analgesic) กลุ่มยาแก้การอักเสบ (nonsteroidal anti-inflammatory drug: NSAID) ร่วมกับการควบคุมอาหาร การฉีดเข้าข้อ และการทำกายภาพบำบัดแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผู้ป่วยบางรายแม้ว่าจะมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แต่เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ถือเป็นข้อห้ามในการผ่าตัด

1. มีการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)

2. ภาวะกระดูกพรุนอย่างรุนแรง (severe osteoporosis) ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดกระดูกแตก ระหว่างการใส่ข้อเทียมขณะทำการผ่าตัด

3. มีภาวะข้ออักเสบติดเชื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด

1. ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า ให้ข้อแข็งแรง เพื่อช่วยให้ผลของการผ่าตัดดี และสามารถเดินได้เป็นปกติโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การเตรียมเลือด การเตรียมความพร้อมของร่างกาย ถอดฟันปลอมและของมีค่า การฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และอุปกรณ์ที่อาจติดมาจากห้องผ่าตัด แนะนำโดยครอบครัวรวมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม

2. หลังผ่าตัด (post-operative care) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุกครั้ง ชั่วโมง 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ ตรวจสอบเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และจากขวาระบายเลือดพร้อมทั้งบันทึกปริมาณเลือดที่ออก ถ้าออกมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์ ดูแลระบบการหายใจและได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ระวังสารน้ำเกินเพราะอาจทำให้ปอดบวมและบันทึกจำนวนปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ ดูแลจัดทำผู้ป่วยนอนยกขาสูงใช้หมอนรองขา ประเมินการไหลเวียนของเลือดบริเวณขา กระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มบริหาร กระดกข้อเท้าขึ้นลง ฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตรวจสอบบาดแผล และทำความสะอาดแผล โดยเทคนิคปราศจากเชื้อ กระตุ้นให้ดื่มน้ำเพื่อลดการคั่งค้างของปัสสาวะ

3. ระยะฟื้นฟูเตรียมวางแผนจำหน่ายตั้งแต่สัปดาห์แรกถึง 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พยาบาลควรให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ใ้ครอบครัวดูแลทั้งร่างกายจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม สอนฝึกบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่า ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่ามากเกินไป เช่น การนั่งยอง ๆ กู้เข่า ขัดสมาธิ จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แนะนำให้รับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อและการหายของแผล และมารับการตรวจตามนัด สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการอักเสบ ปวดบวมบริเวณข้อเข่ามาพบแพทย์ก่อนนัด

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงอายุ 74 ปี น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย

สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับบุตร สหิการรักษาบัตร ประกันสุขภาพ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธร หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 12.00 น

อาการสำคัญ ปวดเข่าซ้าย เข่าโก่ง เดินเองไม่ได้ เดินเองแล้วปวดต้องใช้ Walker ช่วยเดิน 1 เดือน ก่อนมา โรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดเข่าซ้าย เดินแล้วปวด 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ปวดเข่าซ้ายมากขึ้น เดินได้ไม่ไกล เข่าโก่ง เดินต้องหยุดพัก รักษาแบบอนุรักษ์ อาการไม่ดีขึ้น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 10 ปี ก่อนเคยอุบัติเหตุ จากรถมอเตอร์ไซด์

โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีภาวะไตเสื่อมระดับ 2 รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ยานี้ที่ได้รับ Amlodipine (5mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง Simvastatin (20mg) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ผู้ป่วย มีอาการนอนไม่หลับ ประสาทหลอน รับประทานยาจากคลินิกแพทย์ จิตเวช Quetiapine (25 mg) ¼ เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน การวินิจฉัยโรค ข้อเข่าซ้ายเสื่อม (Osteoarthritis left knee)

การทำผ่าตัด ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซ้ายเทียม (Total knee arthroplasty left knee)

สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/83 มิลลิเมตรปรอท อาการแรกพบ ปวดเข่าซ้าย เข่าบวม โต ขาซ้ายโก่ง งอเข่าได้น้อย ประเมิน pain score 3 คะแนน ลูกเดินโดยใช้ walker ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก แพทย์ set ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซ้ายเทียมข้างซ้าย (Total knee left arthroplasty) ดูแลเจาะเลือด ส่งตรวจผลการตรวจเลือด มีภาวะ โพแทสเซียมต่ำ 3.3 mmol/L ดูแลให้ยา 10% elixir K⁺ 30 มิลลิตร ทางปาก 1 dose Chest x-ray ปกติ ผล EKG sinus tachycardia Rate 101 bpm Nonspecific T wave abnormality No chest pain ได้รับการปรึกษาอายุรแพทย์ ก่อนผ่าตัด ประเมิน intermediate risk ประสานธนาคารเลือด ของ Pack red cell 1 unit สำหรับผ่าตัด ประเมินความพร้อม ก่อนผ่าตัด พบมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่ทราบแผนการรักษาและ ปฏิบัติตน หลังได้รับคำอธิบายกับแฉกคู่มือโรคข้อเข่าเสื่อมการ ปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดและคู่มือความรู้ประกอบ ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวลลง

วันที่ 2 ของการรักษา

ปวดเข่าซ้าย เข่าโก่ง มีความพร้อมในการผ่าตัด แนะนำ การทำความสะอาดร่างกาย และการดื่มน้ำและอาหาร วิทยาลัย พยาบาลเยี่ยมก่อนผ่าตัดประเมินการไยาระงับความรู้สึกแบบ เฉพาะที่ฉีดเข้าช่องไขสันหลังและปรึกษากับวิสัญญีแพทย์ สามารถผ่าตัดได้

วันที่ 3 ของการรักษา

ปวดเข่าซ้าย เข่าโก่งพร้อมในการทำผ่าตัด วัดสัญญาณ ชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/75 มิลลิเมตร ปรอท ดูแลให้สารน้ำ 5/D/N/2 1000 มิลลิตร อัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง เข้าทางหลอดเลือดดำใส่สายสวนปัสสาวะ คา ให้ยา Amlodipine (5mg) 1 เม็ดคั้นน้ำตาม 30 มิลลิตร ให้ยา Zinacef 1.5 กรัมเข้าเส้นเลือดดำ ก่อนผ่าตัดครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total knee left arthroplasty) โดยใช้การระงับความรู้สึกชนิดฉีดเข้าช่องน้ำ ไขสันหลัง (Spinal block) เสียเลือดขณะผ่าตัด 10 มิลลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 35 นาที หลังผ่าตัดมีเครื่องควบคุม ความปวดด้วยตนเอง (Patient controlled Analgesia : pca) โดยใช้ Morphine 1 มิลลิกรัม ต่อ Normal Saline 1 มิลลิตร ใส่ใน syringe pump กลับจากผ่าตัดรู้สึกตัวดี ขา 2 ข้างหาย ชา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันต่ำ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ จากยาที่ฉีดเข้าช่องน้ำไขสันหลังขณะทำผ่าตัด ดูแล ให้สารน้ำ Ringer lactate 1,000 มิลลิตรอัตรา 80 มิลลิตร ต่อชั่วโมง Zinacef 750 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 106/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 99% แผลผ่าตัดบริเวณเข่าซ้ายแผลปิด Sealed และพันทับด้วย Elastic bandage กระดกข้อเท้าได้ ขาบวมเล็กน้อย คลำชีพจร บริเวณ dorsalis pedis ชัดเจน จัดทำผู้ป่วยโดยวางขาสูงบน หมอน 1 ใบมีสายระบายเลือดจากแผลผ่าตัดต่อลงในขวด Vacuum drain 1 ขวดปิดสายระบายเลือดรอเวลาเปิด 3 ชั่วโมง หลังผ่าตัดขณะปิดสายระบายเลือดไว้ 1 ชั่วโมง พบว่ามีเลือดซึมบริเวณแผลผ่าตัด ชุ่มก๊อส ดูแลเปลี่ยน Dressing ยังมีเลือดซึมออกมาเรื่อยๆ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หน้าซีด บ่นเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 88/57 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที เริ่มมีอาการง่วง หาวบ่อยความเข้มข้น

ออกซิเจนในเลือดได้ 95% ความเข้มข้นของเลือดได้ 34% รายงานแพทย์ให้ปิดสายระบายเลือดก่อนเวลา load Ringer lactate 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที หลังปิดสายระบายเลือดจำนวนเลือดที่ออกมาในขวด vacuum drain มีเลือดออกในขวด Vacuum drain 300 มิลลิลิตรในครึ่งชั่วโมง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมรายงานแพทย์ให้ปิดสายระบายเลือดไว้ก่อน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/57 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ 89-90% ดูแลให้ oxygen cannula 5 ลิตร/นาที่ หลังให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 90% จึงเปลี่ยนเป็น oxygen mask with bag ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดเพิ่มเป็น 95% ดูแลให้ transamin 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที และ 250 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมงอาการเวียนศีรษะน้อยลง ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง ดูแลให้ยา Metoclopramide 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยา ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แพทย์พิจารณาเปิดสายระบายเลือด มีเลือดออกในขวด vacuum drain เพิ่ม 40 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย น้ำเข้า 2650 มิลลิลิตร น้ำออก 2310 มิลลิลิตรต่อวัน ประเมิน pain score และอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคันการหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง ขณะใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง Pain score 3-5 คะแนน มีคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีอาการคันและการหายใจต่ำกว่า 12 ครั้ง ผู้ป่วยยังมีการอ่อนเพลียรับประทานได้น้อย ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับบริหารขาข้างที่ทำผ่าตัดโดยกระดกข้อเท้าขึ้นลง เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา(deep vein thrombosis)

วันที่ 4-5 ของการรักษา

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับ oxygen mask with bag ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98% หายใจไม่เหนื่อย อัตราหายใจ 22 ครั้งต่อนาที พิจารณานำ oxygen mask with bag ออก ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95% บันทึกเลือดในขวด Vacuum drain เพิ่มอีก 120 มิลลิลิตร อ่อนเพลียเล็กน้อย มีเปลือกตาช้ำ ยังขยับลุกนั่งไม่ไหว ขาเตียงสูงลุกนั่งได้ไม่นาน บ่นเวียนศีรษะ ตรวจวัดความเข้มข้นของเลือด 26% ดูแลให้ Pack red cell group B Rh Positive 1 unit พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ขณะให้เลือด และแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารบำรุงเลือด เช่น ไข่ ผัก ดับ เนื้อสัตว์ประเภทปลา

ยังรับประทานได้น้อย หลังให้เลือดความเข้มข้นในเลือด 28% มีเลือดออกเพิ่มในขวด vacuum drain 130 มิลลิลิตร สัญญาณชีพความดันโลหิต 130/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้ง ต่อนาทีดูแลให้ Pack red cell group B เพิ่มอีก 1 unit ไม่มีอาการแพ้เลือด หลังให้เลือด ความเข้มข้นของเลือด 33 % อาการเวียนศีรษะดีขึ้น เปลือกตาไม่ช้ำ ผู้ป่วยนอนหงายทำเดิยตลอดทั้งคืนไม่อยากจะขยับ เนื่องจากกลัวสายระบายเลือดหลุด และญาติไม่มั่นใจในการพลิกตะแคงตัว ดูแลปรับเปลี่ยนท่านอน พบบริเวณก้นกบเริ่มมีแผลกดทับระดับ 1 แนะนำและสาธิตการพลิกตะแคงตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจ ให้ความร่วมมือ อธิบายผลเสียของการเกิดแผลกดทับผู้ป่วย และญาติมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการพลิกตะแคงตัวไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น สัญญาณชีพความดันโลหิต 133/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยยังรับประทานได้น้อย อ่อนเพลีย เปิดแผลผ่าตัด Dressing แผลเย็บด้วย staple มีเลือดซึมติดก๊อสน้อย ขาบวมตั้งแต่ปลายเท้าถึงต้นขาข้างผ่าตัดจากพันผ้ากระชับห้ามเลือด หลังทำแผลนำผ้าพันแผลออกปิด sealed ด้วย fixomull แนะนำให้ผู้ป่วยทำ Ankle pump วันละ 3-4 เวลา ได้แก่ เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน วันละ 100-200 ครั้ง โดยให้ทำทั้งสองข้าง ยกขาข้างซ้ายสูงตลอดเวลา กระตุ้นให้ขาเตียงลุกขึ้นนั่งบ่อยๆ pain score 3-4 คะแนน ยังใช้เครื่องควบคุมความเจ็บปวดต่อเนื่อง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคันและหายใจต่ำกว่า 12 ครั้งต่อนาทีวันที่ 6-9 ของการรักษา

ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ลุกนั่งเองยังไม่ไหว ยังปวดแผลผ่าตัด ขาซ้ายขยับบวม แผลผ่าตัดแห้งดี ดูแลลดสายระบายเลือด สายสวนปัสสาวะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเครื่องควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเองออก ปรับยาปฏิชีวนะเป็น Cephalixin (500 mg) 1 เม็ดรับประทานก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอนและปรับยาแก้ปวดเป็น morphine 5 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำเวลาปวด pain score 1-2 คะแนน กระตุ้นให้คนไข้นั่งข้างเตียงสอนบริหารองศา ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ต้องช่วยประคองนั่ง ทรงตัวเองยังไม่ไหว จึงกระตุ้นให้บริหารบนเตียง ปรึกษานักกายภาพบำบัดเรื่อง ambulate training for full weight bearing พบว่า สภาพผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับหัดเดิน จึงสอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อบนเตียง โดยญาติช่วยเหลือ และคอยกระตุ้น ประเมินสาเหตุการอ่อนเพลีย พบรับประทานได้น้อย มีอาการนอนไม่หลับ หลังลิ้มเวลา เนื่องจากยังไม่ได้รับประทานยาเดิม ดูแลให้ Quetiapine ¼ เม็ด รับประทาน 1 ครั้งก่อนนอน หลังได้รับยาผู้ป่วยหลับได้ อาการ

หลังล้มดีขึ้น จากการประเมินสาเหตุความไม่พร้อมของการฝึกหัดเดิน พบว่าผู้ป่วยบวมทั้ง 2 ข้าง ขาขวาเริ่มยุบบวม ขาซ้ายบวมกดไม่ยุบ จากการซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีอาการบวม 2 ขามาก่อนแล้วเป็นมาตลอด ตั้งแต่รับประทาน Amlodipine 5 มิลลิกรัม/วัน จากโรงพยาบาลแปลงยาวตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ปรีกษาเภสัชกรมาเยี่ยมอาการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริม glucosamine sulfate ประมาณ 1 เดือน เบื้องต้น สงสัยเป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Amlodipine เภสัชกรแนะนำให้หยุดใช้ยา Amlodipine แพทย์จึงปรับยาเป็น Manidipine (20mg) 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง (ยานี้เป็นยาควบคุมความดันสูงและสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องร่วมด้วย)

วันที่ 10-13 ของการรักษา

แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีอีกเสบวมแดง ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย ดื่มน้ำน้อย 700 มิลลิลิตรต่อวัน เนื่องจากมีแผลในปาก (Apthous ulcers) ดูแลให้ยา Kenalog (triamcinolone acetonide) ทาบริเวณที่เป็นดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน แนะนำให้เลี่ยงอาหารรสจัด และดื่มน้ำมากๆ หลังจากแผลในปากดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น มีอาการปวดบวมบริเวณข้อเท้าซ้าย คลำอุ่นเล็กน้อย ประวัติเคยเป็นโรคเก๊าท์ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ วัดอุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส สังเกตเลือด CBC มี white blood cell count 10,430 cells/cumm neutrophil 68% uric acid 5% mg/dl แพทย์พิจารณาปรับยาเพิ่ม ดูแลให้ได้รับยา Naproxen 1 เม็ดรับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น colchicine 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เช้า เย็น หลังได้ยาผู้ป่วยทุเลาอาการปวดข้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกนั่งห้อยขาข้างเดียว ฝึกงอเข่าและเหยียดเข่าออก ผู้ป่วยทำได้มากขึ้นแต่ยังมีอาการบวมที่ขา ลูกเขยยังไม่ไหว ครบ 10 วัน หลังผ่าตัด ตดไหมหมด แผลดีดี ยังลุกเดินไม่ไหวแต่ฝึกนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ งอเข่า 70 องศา เหยียดเข่าได้ 0 องศา ประเมินผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัดพบว่า ผู้ป่วยอายุมาก และมีปัจจัยร่วม ได้แก่ เสียเลือดมากหลังผ่าตัด ปวดบริเวณข้อเท้าจากโรคเก๊าท์ และขาบวม ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง นั่งห้อยขาข้างเดียวได้ฝึกบริหารงอเข่า ต้องใช้เวลาในการฝึกนานกว่าปกติ แนะนำญาติเรื่อง การฝึกบริหารกล้ามเนื้อขา งอเข่า วิธีการเดินเพื่อไม่ให้เกิดภาวะข้อติดแข็ง โดยให้ญาติช่วยฝึกผู้ป่วยต่อที่บ้าน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วันที่ 8 มีนาคม 2563 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 13 วัน

นัดพบแพทย์อีก 2 สัปดาห์ (วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2563) กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร สถานะภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร สิทธิการรักษาข้าราชการบำนาญ เบิกกรมบัญชีกลาง รับไว้ในโรงพยาบาลพุทธโสธร หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 เวลา 13.20 น.

อาการสำคัญ ปวดเข่าซ้าย เข่าโก่ง เดินแล้วปวดมาก 5 เดือน

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดเข่า 2 ข้าง เข่าโก่ง 2 ข้าง รักษาโดยรับประทานยา อาการไม่ดีขึ้น 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างขวา เข่าข้างขวาใช้งานได้ดี เดินแข็งแรง แพทย์นัดมาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซ้าย

โรคประจำตัว หลอดเลือดสมองตีบ ความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ยาที่ได้รับ Amlodipine (5mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้าวันละ 1 ครั้ง Enalapril (5mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Aspirin (81mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า (หยุดยา 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ตามการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด)

การวินิจฉัยโรค ข้อเข่าซ้ายเสื่อม (Osteoarthritis left knee)

การทำผ่าตัด ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซ้ายเทียม (Total knee arthroplasty left)

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท

อาการแรกรับ ปวดเข่าซ้าย เข่าบวมโตขาซ้ายโก่ง งอเข่าได้น้อย เดินได้แต่เดินตัวเอียง โยกไปด้านซ้าย ประเมิน pain score 2 คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก แพทย์ set ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้าย (Total knee arthroplasty left) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและ chest x-ray ผลปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography) พบ sinus rhythm occasional ventricular premature complex, minimal ST depress, rate 73 BPM Borderline EKG No chest pain ได้รับการปรึกษาอายุรแพทย์ (ก่อนเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล) เพื่อประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด ผลการประเมิน intermediate risk ให้หยุดยา Aspirin 7 วัน ก่อนผ่าตัด เตรียมเลือด pack red cell 2 unit สำหรับผ่าตัด ประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด พบว่า ยังมีความวิตกกังวลอยู่

เล็กน้อยเรื่องความปลอดภัยในการทำผ่าตัดและดมยา แต่มีความเชื่อมั่นจากเคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างขวา มา 5 เดือน และเข้าขางสามารถใช้งานได้ดี ดูแลทบทวนความรู้เรื่องข้อเข่าและการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัดพร้อมทั้งคู่มือความรู้ประกอบ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

วันที่ 2 ของการรักษา

ปวดเข้าซ้าย เข้าขวาโต เข้าโก่ง มีความพร้อมในการทำผ่าตัด แนะนำเรื่องดูแลความสะอาดร่างกาย และการดื่มน้ำและอาหาร วิทยาลัยพยาบาลมาเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และร่วมปรึกษากับวิทยาลัยแพทย์ พบผู้ป่วยมีจุดเลือดออกบริเวณผิวหนังก่อนงด Aspirin พิจารณาใช้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีดมยาสลบ และแนะนำผู้ป่วยเรื่องการฝึกการหายใจและให้ทางเลือกผู้ป่วย ในการใช้ยาระงับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเลือกการใช้ยาระงับปวดชนิดควบคุมระดับยาด้วยตนเอง (Patient Control Analgesia : PCA) เนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์ใช้เครื่องควบคุมความปวด ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างขวา และมีความพึงพอใจ

วันที่ 3-4 ของการรักษา

ปวดเข้าซ้าย เข้าขวาโต เข้าซ้ายโก่ง พร้อมในการทำผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/94 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยา Amlodipine (5mg) 1 เม็ด เช้าวันผ่าตัดดื่มน้ำตาม 30 มิลลิตร ก่อนผ่าตัดให้ยา Zinacef 1.5 กรัมทางหลอดเลือดดำ ½ ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะคา และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% normal saline 1,000 มิลลิตร อัตรา 80 ซีซีต่อชั่วโมง ขณะผ่าตัดใช้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีดมยาสลบ (General anesthesia) มีภาวะความดันโลหิตต่ำ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจลดลง 50 ครั้งต่อนาที ได้รับยา Atropine ทั้งหมด 0.6 มิลลิกรัม หลังจากนั้นความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจปกติ เสียเลือดขณะผ่าตัด 10 มิลลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 35 นาที ขณะอยู่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยได้รับยา Morphine อัตราส่วน 1 มิลลิกรัม ต่อ normal saline 1 มิลลิตร ใน Syringe pump แบบ patient control analgesia กลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีมีอาการอ่อนเพลีย ได้รับ oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดขณะ room air 90% เหนื่อยเล็กน้อย หายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที จัดทำนอน

ศีรษะสูงเล็กน้อย สังเกตการหายใจและการอุดกั้นทางเดินหายใจ แผลผ่าตัดบริเวณเข้าซ้ายพันกระชับด้วย Elastic bandage แผลไม่มีเลือดซึม ประเมินระบบไหลเวียนโลหิตขาข้างที่ทำผ่าตัด คลำ pulse dorsalispedis ชัดเจน กระตุ้นทำ ankle pump มีสายระบายเลือดลงขวดแบบสุญญากาศ (vacuum drain) 1 ขวด ปิดสายระบายเลือดไว้ 3 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Zinacef 750 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง หลังเปิดสายระบายเลือดใน 8 ชั่วโมงแรก ได้เลือด 200 มิลลิตร ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 96% ดูแลนำ oxygen mask with bag ออกบันทึกน้ำเข้าออกใน 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบมีภาวะน้ำเกินปริมาณน้ำเข้า 1900 ซีซี ปริมาณน้ำออก 290 ซีซี เปลือกตาบวม ไม่มีอาการเหนื่อย หอบ ฟังเสียงปอดไม่มี crepitation ปวดแผลผ่าตัดมาก pain score 8-10 ใช้ยาแก้ปวด PCA โดยกดปุ่มปล่อยยาด้วยตนเอง แล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น ประเมินความเข้าใจในการใช้เครื่องของผู้ป่วย พบผู้ป่วยไม่เข้าใจการใช้เครื่อง ว่ายาได้ครั้งละน้อยแต่กดได้บ่อยต้องหยุดพักกดในครั้งต่อไปประมาณนาทีที่ระหว่าง 5 นาทีกดต่อเนื่องจะไม่ได้รับยา แต่ผู้ป่วยใช้วิธีกดตลอดต่อเนื่องกันขณะปวดจึงไม่ได้รับยาแก้ปวดทุกครั้ง หลังจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยสามารถกดยาถูกต้อง pain score ลดลงเหลือ 2-3 ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคันและหายใจต่ำกว่า 12 ครั้งต่อนาที จากการใช้ PCA หลังผ่าตัด 1 วันเปิดแผล พบว่ามีเลือดซึมแห้งติดก๊อส เลือดซึมตามรอยเย็บเล็กน้อยเลือดออกในขาในระดับเลือดเพิ่ม 120 มิลลิตร มีรอยช้ำม่วงรอบแผลและบริเวณหน้าแข้ง ปลายเท้าบวมดูแลทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อหลังทำแผลปิดด้วย fixomull และพัน elastic bandage ตั้งแต่ปลายเท้าถึงต้นขาเพื่อลดอาการบวม ดูแลประเมินระบบไหลเวียนโลหิตบริเวณขา ปลายเท้าคลำอุ่น ชีพจรหลังเท้าชัดเจนดี กระตุ้นให้ทำ ankle pump ยกขาสูงดูแลประคบเย็นด้วย Cryo cuff บริเวณเข้า และหน้าแข้งที่เป็นรอยช้ำสีม่วงใช้ยาแก้ปวดแบบกดต่อเนื่อง มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ หลังเช็ดตัวลดไข้ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้สารน้ำต่อเนื่อง 0.9% normal saline 1,000 มิลลิตรอัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง

วันที่ 5-7 ของการรักษา

แผลผ่าตัดแห้ง ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดแดงเล็กน้อย คลำอุ่น รอยช้ำสีม่วงบริเวณหน้าแข้งสีจางลง ดูแลประคบเย็นต่อเนื่อง เลือดออกในขา Vacuum drain 380 มิลลิตร ตรวจความเข้มข้นของเลือด 25% ดูแลให้ pack red cell หมู่โลหิต O Rh positive 1 unit หลังให้เลือดความเข้มข้น

ของเลือด 25% มีเลือดออกในขูด Vacuumdrain เพิ่ม 110 มิลลิลิตร ต่อ 24 ชั่วโมง ดูแลให้ Pack red cell เพิ่ม 1 unit ขณะให้เลือดสังเกตอาการแพ้เลือด หลังให้เลือดความเข้มข้นของเลือด 32% แพทย์พิจารณาถอดสายระบายเลือดสายสวนปัสสาวะ cryo cuff สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาแก้ปวดชนิดผู้ป่วยกดเองออก ในวันที่ 6 ของการรักษา แผลผ่าตัดแห้งผิวน้ำรอบแผลผ่าตัดแดงลดลง ปรับยาปฏิชีวนะเป็นชนิดรับประทาน Cephalexin (500mg) 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน เริ่มให้ผู้ป่วยฝึกนั่งห้อยขาข้างเดียว ฝึกงอเข่าได้ 45 องศา เขยี่ยขาได้ไม่สุด ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่อง ambulate training full weight bearing แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ขาข้างดีช่วยกดขาข้างที่ผ่าตัดให้งอเข่าอย่างค่อยเป็นค่อยไป และใช้ขาข้างดีช้อนขาข้างที่ผ่าตัดให้เข้าเหยียดให้ตรง ผู้ป่วยทำได้ดี ขาข้างซ้ายเริ่มยุบวมจากเดิมเทียบกับหลังผ่าตัด และสอนเดินโดยใช้ walker สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้ ญาติดูแลช่วยเหลือเล็กน้อย

วันที่ 8-12 ของการรักษา

แผลผ่าตัดเข้าซ้ายแห้งดี ไม่พบอาการแดงรอบแผล บริเวณหน้าแข้งซ้ายพบมีการอักเสบของผิวหนัง (cellulitis) หน้าแข้งซ้ายบวม แดง คลำอุ่น ไม่มีไข้ ดูแลเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจากการรับประทาน เป็นฉีดเข้าหลอดเลือดดำ Cefazolin 1 กรัมทุก 6 ชั่วโมง Gentamycin 240 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง เจาะเลือดตรวจหาภาวะ การติดเชื้อ และการทำงานของไต พบ white Blood cell count 7,300 cells/cumm, Neutrophil 66% BUN 11mg/di Creatinine 0.91 mg/di glomerular filtration rate 89.38 ml/min 1.73 m² ไม่มี

ไข้ กันบริเวณแผลผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด และให้ยาลดอาการคัน chlorpheniramine maleate 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น หลังได้รับยาอาการคันทุเลาลง กระตุ้นบริหารข้อเข่าและขาซ้าย ยกขาสูงขณะนอนพักบนเตียงงอเข่าได้ 90 องศา ขาซ้ายอาการบวมลดลงรอยแดงบริเวณหน้าแข้งซ้ายลดลง ไม่มีไข้

วันที่ 13 ของการรักษา

แผลผ่าตัดเข้าซ้ายแห้งดีรอบแผลไม่มีรอยแดง บริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าซ้ายบวมแดงไม่มีไข้ ปวดบริเวณข้อนิ้วหัวแม่เท้าซ้าย ส่งตรวจเลือด Uric acid เท่ากับ 5.1 mg/di ผลปกติ แพทย์วินิจฉัยเป็นข้ออักเสบ Arthritis ให้สังเกตอาการ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง หลีกเลี่ยงการเดินเพื่อลดการใช้ข้อให้บริหารขาเบาๆได้บนเตียง

วันที่ 14 ของการรักษา

ตัดไหมบริเวณเข้าซ้ายแผลดีดี ไม่พบอาการอักเสบ บริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าซ้าย และหน้าแข้ง อาการบวมลดลง ร่วมประคบกับนักกายภาพบำบัด และทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อก่อนกลับบ้าน จำหน่ายแพทย์อนุญาต ให้ยาปฏิชีวนะ Cephalexin (500mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน Clindamycin (150mg) 2 เม็ด หลังอาหาร เช้า - กลางวัน - เย็น รับประทานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 14 วัน นัดตรวจ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
1.สาเหตุและ ปัจจัยเสี่ยง	หญิงไทยอายุ 74 ปี น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI: Body Mass Index 26.95 Kg/m โรคประจำตัว -ความดันโลหิตสูง -ไขมันในเลือดสูง -นอนไม่หลับ รับประทานยา สม่ำเสมอ -โรคเก๊าท์รับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง โรคไทรอยด์ที่ 2	ชายไทยอายุ 63 ปี น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร BMI: BodyMass Index 29.36 Kg/m โรคประจำตัว -หลอดเลือดสมองตีบ -ความดันโลหิตสูง -ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ข้างขวา 5 เดือน	กรณีศึกษาทั้งสองราย สาเหตุจากภาวะ การเสื่อมสภาพของข้อกระดูกอ่อนตามวัย ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นน้ำหนักตัวมาก BMI (Body Mass Index) ทั้งสองราย จัดอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริม ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม และกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคเก๊าท์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิด ข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคอ้วน BMI (Body Mass Index) สูงกว่า กรณีศึกษาที่ 1 น่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด ข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้าง สอดคล้องกับ ทฤษฎีทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยที่อายุของกรณี ศึกษาที่ 2 น้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1
2.พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง	ปวดเข่าซ้าย เข่าโก่ง ข้อใหญ่ผิดรูปขยับข้องอ ได้น้อยกระดูกเข่าโต เดินใช้ walker	ปวดเข่าซ้าย ข้อใหญ่ ผิดรูป เข่าโก่ง งอเข่าซ้าย ได้น้อย เดินได้เองแต่เดิน เอียงตัวโยกไปทางด้าน ซ้ายมาก (เข่าขวา ได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า มา 5 เดือน)	ทั้ง 2 กรณีศึกษามีปัจจัยที่มากกระทำต่อ กระดูกอ่อนข้อมากเกินไป น้ำหนักตัว ที่มากเป็นแรงกดต่อข้อทำให้เกิดการ ทำลายของ เนื้อเยื่อกระดูกอ่อน พบการ เสียนวของกระดูกและความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าลดลงเกิดภาวะ ความผิดรูปของข้อเข่าแบบโก่ง สอดคล้อง กับทฤษฎีทั้ง 2 กรณีศึกษา
3.การวินิจฉัยโรค	จากผล x-ray ข้อเข่าซ้าย มี Varus deformity ของข้อเข่ามี narrowing joint space การตรวจร่างกาย -มีความไม่มั่นคงของข้อ โก่ง งอขณะยืน เดิน -ข้อฝืด ติดแข็งข้อกระดูก เข่าโต -มีเสียงกรอบแกรบ ขณะเคลื่อนไหว	จากผล x-ray ข้อเข่าซ้าย มี Varus deformity ของข้อเข่า มี narrowing joint space การตรวจร่างกาย -ข้อฝืด แข็ง -เข่าโก่ง -กระดูกเข่าโต -ข้อเข่าฝืดติดแข็งมีเสียง กรอบแกรบขณะ เคลื่อนไหว	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี เป็นการวินิจฉัย จากผลการตรวจทาง x-ray และการตรวจ ทางร่างกายพบเป็นข้อเข่าเสื่อมขั้นรุนแรง มีอาการปวดมาก รบกวนการใช้ชีวิตประจำ วันและการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ ไม่ได้ผล จึงต้องใช้วิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สอดคล้องกับทฤษฎีทั้ง 2 กรณี

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
4.การรักษา	1.การรักษาแบบอนุรักษ์ -รับประทานยา -บริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า -ลดน้ำหนัก -หลีกเลี่ยงการใช้ข้อเข่าที่ ต้อง งอ บ่อย ๆ 2.การรักษาแบบผ่าตัด Total knee arthroplasty leftได้รับการผ่าตัดวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 9.30 น ได้รับ การให้ยาระงับความรู้สึก แบบฉีดเข้าไขสันหลัง	1.การรักษาแบบอนุรักษ์ -รับประทานยา -บริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า -ลดน้ำหนัก -หลีกเลี่ยงการใช้ข้อเข่าที่ ต้อง งอ บ่อย ๆ 2.การรักษาแบบผ่าตัด Total knee arthroplasty leftได้รับการผ่าตัดวันที่ 8 พฤศจิกายน 2561 เวลา 9.00 น ได้รับยาระงับ ความรู้สึกแบบดมยาสลบ	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษา ได้รับการ รักษาแบบอนุรักษ์ เป็นระบบผู้ป่วยนอก แต่อาการไม่ดีขึ้นก่อนผ่าตัดได้รับการ ปรึกษาอายุรแพทย์ประเมินความเสี่ยง ในการผ่าตัดทั้ง 2 กรณีศึกษา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการผ่าตัด เปลี่ยนผิวข้อเข่าทั้งหมด ทั้งกระดูกต้นขา กระดูกขาและรวมถึงกระดูกสะบ้าด้วย โดย อาศัยการนำข้อเทียมเข้าไปครอบกระดูกที่ เสื่อมไว้ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเข่า เสื่อมรุนแรงจนไม่สามารถใช้การรักษาวิธี อื่นได้ สอดคล้องกับทฤษฎีที่ 2 กรณี
5.ปัญหาและข้อ วินิจฉัย การ พยาบาล 5.1การพยาบาล ระยะแรกรับและ รอผ่าตัด	1.มีความวิตกกังวลเกี่ยว โรคและแผนการรักษา ก่อนและหลังผ่าตัด 2.ไม่สุขสบายจากการปวด เข่าซ้าย 3.เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มเนื่องจากการเดิน ไม่มั่นคงจากภาวะข้อเข่า เสื่อม 4.มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia)	1.มีความวิตกกังวล การรักษาก่อนและ หลังการผ่าตัด 2.ไม่สุขสบายจากการปวด เข่าซ้าย 3.เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มเนื่องจากการเดิน ไม่มั่นคงจากภาวะ เข่าเสื่อม	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษา มีความวิตก กังวลในการผ่าตัดทั้ง 2 กรณีศึกษา แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีความวิตกกังวลน้อย กว่าเนื่องจากเคยผ่านประสบการณ์ ในการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าข้างขวามา 5 เดือน กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะโพแทสเซียม ในเลือดต่ำอาจมาจากโรคประจำตัวและ การรับประทานยาได้น้อยลงจากภาวะ ปวดเข่า ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทน ไม่ได้ติดตามผลเลือดก่อนผ่าตัดเนื่องจาก ค่าโพแทสเซียมต่ำไม่มาก
	5.ประเมินก่อนผ่าตัดความ เรื่องเหมาะสมการใช้ยา ระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยเป็น หมอนรองกระดูกสันหลัง เคลื่อนแต่ทำงานได้ตาม ปกติ วิสัญญีพิจารณาใช้ แบบ Regional Anes- thesia การให้ยาระงับ ความรู้สึกเฉพาะส่วน	4.ประเมินก่อนผ่าตัดเรื่อง ความเหมาะสมการใช้ยา ระงับความรู้สึก พบผู้ป่วย มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง ก่อนหยุดยา Aspirin วิสัญญีพิจารณาใช้แบบ General Anesthesia การให้ยาระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกาย	การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยปกติจะใช้ แบบ Regional Anesthesia โดยการฉีดยา ชาเข้าช่องไขสันหลังผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอด การผ่าตัดจะชาบริเวณที่ทำผ่าตัดซึ่ง จะมี ความปลอดภัยมากกว่า General Anesthesia แต่ถ้ามีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถทำได้เช่นกรณี ศึกษาที่ 2 พบจุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง ซึ่งการฉีดยาอาจจะทำให้เป็นรอยช้ำหรือมี เลือดออกได้ แพทย์จึงใช้วิธี General Anesthesia

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
5.2 ระยะการดูแล ต่อเนื่อง	1. มีภาวะช็อค/ช็อก จากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด -เลือดออกชุ่มแผลผ่าตัด และลงในขวด vacuum drain 300 มิลลิลิตร ในเวลา 1 ชั่วโมง และมีเลือดออกอีก 390 มิลลิลิตร รวมเป็น 690 มิลลิลิตร - ความเข้มข้นของเลือด ลดลงจาก 36% เหลือ 28% - ความดันโลหิต 88/57 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับ ยาระงับความรู้สึกแบบ ชนิดฉีดเข้าทางไขสันหลัง Spinal block ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นช้า ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขา 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับ ยา PCA ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน คัน หายใจต่ำ กว่า 12 ครั้งต่อนาที 4. มีโอกาสติดเชื้อแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันขาซ้ายหลังผ่าตัด - ขาบวม 6. มีโอกาสติดเชื้อข้อเข่าเทียม จากมีปัจจัยเสริม ให้เชื้อโรคมีโอกาสดำรงชีพ	1. มีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด -เลือดออกจากแผลผ่าตัด ลงขวด vacuum drain 380 มิลลิลิตร ในเวลา 16 ชั่วโมงและออกเพิ่ม 470 มิลลิลิตรในเวลา 48 ชั่วโมง รวม 830 มิลลิลิตร -ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 41% เหลือ 25% 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กลืนลำบาก อาเจียน ออกซิเจนในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า ภาวะแทรกซ้อนที่ปอด จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย General Anesthesia 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับ ยา PCA ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน คัน หายใจต่ำกว่า 12 ครั้งต่อนาที 4. ขาดความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง ขณะปวดมาก 5. มีโอกาสติดเชื้อแผลผ่าตัด 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันขาซ้ายหลังผ่าตัด - ขาบวม 7. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ 8. มีโอกาสติดเชื้อข้อเข่า	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษามีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด หลังได้รับเลือดทดแทนคนละ 2 unit ภาวะช็อคดีขึ้น ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 เสียเลือดในเวลารวดเร็วทำให้มีภาวะช็อคและภาวะพร่องออกซิเจนร่วมด้วย พยาบาลควรมีการประเมินอาการและแก้ไขปัญหอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม หลังแก้ปัญหาที่สาเหตุจากการเสียเลือดโดยให้เลือดทดแทน ภาวะช็อคและพร่องออกซิเจนจึงดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก Spinal block กรณีศึกษาที่ 2 ระหว่างผ่าตัดมีความดันโลหิตต่ำและมีอัตราการเต้นของหัวใจช้า 50 ครั้งต่อนาที ได้รับการแก้ไขจนความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจปกติ เสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อทางเดินหายใจได้ แต่มีภาวะพร่องออกซิเจนหลังถอดท่อทางเดินหายใจให้ออกซิเจนกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยและสามารถถอดออกได้ และมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำตามข้อวินิจฉัยที่ 7 ที่เกิดขึ้นชั่วคราวใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ตรงตามทฤษฎีสามารถเกิดขึ้น หลังดมยาสลบ ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีความพึงพอใจในการใช้ยาระงับปวดกรณีศึกษาที่ 1 มี คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง หลังจากได้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน อาการดีขึ้นไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น กรณีศึกษาที่ 2 ใช้ยาแก้ปวดชนิดกดไม่ถูกวิธี แม้มีประสบการณ์การใช้มาแล้ว เนื่องจากการใช้ครั้งก่อนกดยาน้อยปวดไม่มากแต่ครั้งนี้ปวดมาก หลังได้รับการแนะนำเพิ่มผู้ป่วยใช้ได้ถูกต้อง อาการปวดลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับปวด

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
	ข้อเข้าเทียม - มีแผลในปาก - ข้อเท้าอักเสบจากภาวะโรคเก๊าท์ 7. เสี่ยงการเกิดแผลกดทับ - เสียเลือดหลังผ่าตัด อ่อนเพลีย, น้ำหนักตัวมาก, ขาดความรู้ 8. ไม่ได้รับยาคลายเครียดเดิม - นอนไม่หลับ, หลงเวลา 9. มีปัจจัยทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า - อายุมาก, ซีด, ปวดข้อเท้าและขาบวม	เทียบจากมีปัจจัยเสริมให้เชื้อโรคมียโอกาสเข้าสู่ข้อเข้าเทียม - มีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณหน้าแข้งซ้าย (Cellulitis) - ขอน้ำนมแม่เท้าซ้ายอักเสบ 9. เสี่ยงการเกิดแผลกดทับ - เสียเลือดหลังผ่าตัด อ่อนเพลีย, น้ำหนักตัวมาก, ขาดความรู้ 10. มีปัจจัยทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า - ซีด, หน้าแข้งและนิ้วเท้าอักเสบ, ขาบวม	กรณีศึกษาทั้ง 2 ไม่เกิดแผลกดทับมีกรณีศึกษาที่ 1 มีรอยแดงเล็กน้อยบริเวณก้นกบหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก หลังได้รับการดูแลพลิกตะแคงตัวรอยแดงหาย ไม่พบอีกกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษาขาบวมทั้ง 2 กรณีศึกษา ที่เกิดจากผ้าพันรัดห้ามเลือดกรณีที่ศึกษา 1 มีขาบวมที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากยา Amlodipine ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการบวมจากการอักเสบของหน้าแข้งร่วมด้วย ไม่พบอาการร่วมจากภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีปัจจัยส่งเสริมทำให้มีโอกาสที่จะทำการติดเชื้อเข้าไปที่ข้อเข้าเทียม (เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รักษายาก สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย) ได้รับการประเมินพบดูแลรักษาอย่างรวดเร็วจนอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัดและข้อเข้าเทียม กรณีศึกษาทั้ง 2 มีการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดล่าช้าตามทฤษฎีหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง แพทย์พิจารณาถอดสายต่าง ๆ ออกจากร่างกาย จะเริ่มให้ผู้ป่วยลุกลงจากเตียงแต่จากมีปัจจัยร่วมในการทำให้การฟื้นตัวช้าได้รับการปรึกษานักกายภาพบำบัดมาช่วยฟื้นฟูทั้ง 2 กรณีศึกษา กรณีศึกษาที่มีเรื่องขาบวมจากอาการข้างเคียงของยา อาการปวดตามข้อจากโรคเก๊าท์เดิมภาวะหลังลิ้นนอนไม่หลับและอายุที่มาก การฟื้นตัวช้า ผู้ป่วยลุกนั่งห้อยขาได้บนเตียงยังไม่สามารถลุกเดินได้ กรณีศึกษาที่ 2 ลุกเดินได้วันที่ 7 หลังผ่าตัด แต่ยังข้อเข้าได้น้อย เขยิบเข้าไม่เต็มที่จากมีปัจจัยเรื่องการอักเสบของผิวหนังบริเวณหน้าแข้งขาบวม แต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์จากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าครั้งแรกและจากอายุที่น้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ทำให้การฟื้นตัวลุกเดินได้เร็วกว่า

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
5.3 ระยะเวลาแผน จำหน่าย	สอนและให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพดังนี้ 1.การรับประทานยา ตามแผนการรักษา 2.การดูแลบริเวณแผล ผ่าตัดหลังตัดไหม 3.การควบคุมน้ำหนักและ ลดน้ำหนักไม่ให้ข้อเข่ารับ น้ำหนักมากขึ้น 4.สอนออกกำลังกาย กล้ามเนื้อขา เพื่อเพิ่ม ความแข็งแรงของข้อเข่า 5.ให้ความรู้เรื่องข้อเข่า เทียมมีโอกาสติดเชื้อ ให้สังเกตอาการปวดบวม คลำร้อนบริเวณข้อเข่าให้ รีบมาพบแพทย์ 6.มาตรวจตามแพทย์นัด หมายอย่างสม่ำเสมอ 7.รับประทานยา ให้ครบทุกหมู่ 8.การเตรียมสิ่งแวดล้อม ที่บ้าน	สอนและให้คำแนะนำการ ดูแลสุขภาพดังนี้ 1.การรับประทานยาตาม แผนการรักษา 2.การดูแลบริเวณแผล ผ่าตัดหลังตัดไหม 3.การควบคุมน้ำหนักและ ลดน้ำหนักไม่ให้ข้อเข่ารับ น้ำหนักมากขึ้น 4.สอนออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ขาเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ของข้อเข่า 5.ให้ความรู้เรื่องข้อเข่า เทียมมีโอกาสติดเชื้อให้ สังเกตอาการปวดบวมคลำ ร้อนบริเวณข้อเข่าให้รีบ มาพบแพทย์ 6.มาตรวจตามแพทย์นัด หมายอย่างสม่ำเสมอ 7.รับประทานยา ให้ครบทุกหมู่ 8.การเตรียมสิ่งแวดล้อม ที่บ้าน	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการ ตัดไหมก่อนจำหน่าย แต่กรณีศึกษาที่ 1 ยังไม่สามารถเดินได้ต้องรอระยะเวลาในการ ฟื้นตัวผู้ป่วยสามารถนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ ร่วมปรึกษานักกายภาพบำบัดแนะนำญาติ ดูแลผู้ป่วยหลังเดินและบริหารข้อเข่า ให้ญาติช่วยดูแลที่บ้าน ส่วนกรณีศึกษา ที่ 2 เดินได้โดย Walker แต่ยังมีปัญหา เรื่องการงอเข่าได้ 80 องศา แนะนำให้ไป ฝึกบริหารต่อที่บ้านแนะนำการดูแลตนเอง ทั้งสองกรณีเหมือนกัน

วิจารณ์กรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีน้ำหนักตัวมาก ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ โรคอ้วน เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้กระดูกข้อเข่าเสื่อม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้าง ซึ่งอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ปัจจัยเรื่องน้ำหนักตัวมีส่วนอย่างมากทำให้ข้อเข่า 2 ข้างรับน้ำหนักมากทำให้เสื่อมเร็วขึ้น การวางแผนจำหน่ายมีส่วนสำคัญ การให้ข้อมูลเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น หรือการลดน้ำหนักเพื่อให้ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยลดความเสี่ยงของข้อเข่า รวมทั้งลดการสึกของข้อเข่าเทียม

กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total knee arthroplasty) เหมือนกัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาแล้ว

5 เดือน ความเครียดและความวิตกกังวลจึงน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 การเสริมข้อมูลให้ผู้ป่วย เรื่องการให้ความรู้โดยเปิดวิดีโอ สอนการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ และแจกเอกสารความรู้เรื่องการผ่าตัดข้อเข่าเทียม มีส่วนทำให้ความวิตกกังวลลดลง

กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีพบว่า พยาธิสภาพ ปัญหา สอดคล้อง กับทฤษฎีที่ได้ศึกษา ทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะประเมินอาการเปลี่ยนแปลง วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มผู้ป่วย ดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่สังคม

กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี การฟื้นตัวหลังผ่าตัดซ้ำ กล้ามเนื้อข้อเข่าไม่แข็งแรง และจากปัจจัยร่วมทำให้ไม่สามารถเดิน

ได้โดยเร็ว จากทฤษฎี หลังผ่าตัด 3- 4 วันให้เริ่มฝึกเดิน การปรึกษานักกายภาพบำบัดร่วมฟื้นฟู และฝึกสอนผู้ป่วยมีส่วนสำคัญช่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีทักษะความชำนาญในการประเมินสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาภาวะของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านไปในแนวทางเดียวกัน

2. ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตั้งแต่มีก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แจกเอกสารให้ความรู้เรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ รวมทั้งควรได้รับการประเมินเรื่องความรู้ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่าก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ผลของการผ่าตัดดี และสามารถเดินได้โดยเร็วหลังการผ่าตัด และช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

สรุป

กระดูกข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้ผลการรักษาที่ดี ช่วยลดอาการปวด ที่เกิดจากเสื่อมของข้อเข่า แต่อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการให้การพยาบาล และสามารถแก้ปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านไปในแนวทางเดียวกัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประเมินอาการข้างเคียงจากการผ่าตัด การบริหารจัดการความปวด การออกกำลังการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่าที่ทำผ่าตัด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะฟื้นตัวเมื่ออยู่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการสถิติผู้สูงอายุ.สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563. (อินเทอร์เน็ต) 2564. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2564) . เข้าถึงได้จาก <http://www.dop.go.th/th/ Know/side/1/1/275>.

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2563). รายงานสถิติประจำปี 2563 โรงพยาบาลพุทธโสธร. ฉะเชิงเทรา : โรงพยาบาลพุทธโสธร.

กิริติ เจริญชลวานิช. (2559) ศัลยศาสตร์บูรณะสภาพข้อเข่าเสื่อม . กรุงเทพฯ : พี.เอส.ลิฟวิ่ง .

ขวัญสุรีย์ อภิจันทร์เมธากุล และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 29 (1): มกราคม – มิถุนายน 2561. สืบค้น 13 มีนาคม 2564, จาก <https://thaidj.org/index.php/JPTVC/article/download/4030/3705> .

ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ลานันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม. (2555) การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิศจิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พิพัฒน์ เพิ่มพูล. คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. (2557).เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2564.[https://www2.Si.Mohidol.Ac.th/division/nursing/sins/ attachments/article/213/osteoarthritis.pdf](https://www2.Si.Mohidol.Ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/213/osteoarthritis.pdf)

ภัณฑิลา รุจิโรจน์.การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกและข้อ.พิมพ์ครั้งที่1กรุงเทพฯ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ 2557.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย . แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2 (2562) เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2564 .<https://www.anesthai.org/public/rcat/Documents/1559269929-หนังสือ-แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน ๑ .pdf>.

วราห์ ยืนยงวิวัฒน์ .(2560) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ ฯ : คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ .

สมาคมรูมาติซึมแห่งประเทศไทย .(2549) แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ.2553 . (Guideline for the treatment of osteoarthritis of knee) แหล่งข้อมูล <https://www.thaivheumatology.org/wp-content/uploads/2016/8 Guideline-for Management-of-OA-Knee. pdf> เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 15 มีนาคม 2564

อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : เอ็นพีเทรศ 2559. หน้า 159-169 .

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค

ดารณี บุญเกิด
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธรจังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ เกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย จากสถิติพบว่ามากกว่าร้อยละ 85 เกิดที่ปอดเรียกวัณโรคปอด ส่วนที่เกิดอวัยวะอื่นๆ ของร่างกายเรียกว่าวัณโรคนอกปอดเชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายทางอากาศจากผู้ที่เป็นวัณโรคปอด และกล่องเสียงโดยการ ไอ จาม หรือพูดเมื่อหายใจรับละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปทำให้เกิดการติดเชื้อได้การไอหรือจามหนึ่งครั้งสามารถสร้างละอองฝอยได้ถึงล้านละอองฝอย

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2560 ภูมิภาคที่เป็นวัณโรคมากที่สุดคือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญคนไทยป่วยเป็นวัณโรครายใหม่ปีละ 1.2 แสนคนตาย 1.4 หมื่นคนต่อปี การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเพื่อการรักษาและติดตามผลจนหายจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก หากไม่ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาและแพร่กระจายเชื้อซึ่งมีผลต่อคำรักษาพยาบาล และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น วัณโรครักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับยาเหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยใช้สูตรยามาตรฐานระยะสั้น ในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีผลเสมหะเป็นบวก ได้แก่ ยา Isoniazid (I หรือ H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E)) ซึ่งสูตรยา IRZE นี้มีประสิทธิภาพดีในการรักษา แต่การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ทำให้มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์สูงขึ้น อาการที่ไม่รุนแรงเช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ปวดข้อ ชาปลายมือปลายเท้า คันโดยไม่มีผื่นสามารถแก้ไขได้โดยการปรับวิธีรับประทานยา หรือให้ยารักษาเพื่อบรรเทาอาการนั้นไม่จำเป็นต้องหยุดยาส่วนอาการไม่พึงประสงค์ชนิด

รุนแรง ได้แก่ หน้าบวม ผื่นคัน ตับอักเสบ ตามัวจำเป็นต้องหยุดยาหรือเปลี่ยนสูตรยาที่เหมาะสม โดยเฉพาะภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากอาการทางผิวหนัง และยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 4-9 การทำงานของตับผิดปกติ (abnormal liver function tests) มีอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้นภายใน 5-90 วันหลังรับประทานยารักษาวัณโรคซึ่งเป็นระยะเข้มข้นช่วง 2 เดือนแรกของการรักษาดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคและได้รับการจัดการที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ได้ยารักษาไม่สม่ำเสมอ เป็นผลให้การรักษาไม่สำเร็จ และเกิดภาวะเชื้อดื้อยาได้

โรงพยาบาลพุทธโสธร เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดฉะเชิงเทรา สถิติผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ผลตรวจเสมหะเป็นบวกและรับยาในปี 2561 - 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 239, 273 และ 342 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในปี 2561-2563 มีดังนี้ 97, 149 และ 141 ราย จำนวนนี้มีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรค จากสถิติผู้ป่วยวัณโรค ดิถีปร.ในปี 2561-2563 มีจำนวน 5, 8, และ 4 ราย ตามลำดับที่เกิดอาการตับอักเสบในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา ดังนั้นถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล และให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เช่น บางรายหยุดยาเอง บางรายใช้ยาต่อจนอาการทรุดหนักถึงขั้นตัววูบเฉียบพลัน และเสียชีวิต พยาบาลจึงต้องมีความรู้สามารถประเมินอาการที่ถูกต้องรวดเร็ว มีทักษะในการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับแพทย์ผู้รักษา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องไม่ขาดยาจนการรักษาสำเร็จ ลดการเกิดเชื้อดื้อยาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

พยาธิสภาพ

ตับอักเสบเป็นภาวะที่มีการอักเสบที่เกิดขึ้นในเนื้อตับ (Hepatic parenchyma) ยารักษาวัณโรคทำให้เซลล์ตับเกิดการอักเสบ บวมและมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นและถูกทำลาย (Hepatic necrosis) เส้นเลือดตับ (Portal vein) เกิดการ

อักเสบ (Portal inflammation) ยารักษาวัณโรคสูตรมาตรฐาน 4 ตัวคือ Isoniazid(I), Rifampicin(R), Ethambutol(E) และ Pyrazinamide(Z) ซึ่งยา I,R,Z 3 รายการนี้ทำให้เกิดตับ และอาการการตับอักเสบจะสูงขึ้นเมื่อนำยามาใช้ร่วมกัน ซึ่งเป็นผลมาจากยา Rifampicin เป็นตัวกระตุ้น ให้เกิดการ metabolite ของ INH มากขึ้น ซึ่งการ metabolite INH นั้น จัดเป็น toxic metabolite ที่ทำให้ตับอักเสบ

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะพิษต่อตับจากยารักษาวัณโรคได้แก่

1. อายุเกิน 35 ปี
2. ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ
3. มีภาวะทุพโภชนาการ
4. มีความผิดปกติอยู่ก่อน ได้แก่ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โรคตับจากแอลกอฮอล์ตับแข็ง
5. ผู้ป่วย ที่ติดเชื้อ เอชไอวี และได้รับยาต้านมีลักษณะทางพันธุกรรมที่เอื้อต่อการเกิดภาวะตับอักเสบ
6. การประกอบกิจวัตรประจำวันที่ทำให้น้อยลงทำให้ร่างกายขับยา Rifampicin ได้ช้าเกิดภาวะตีตัน

อาการอาการแสดง

อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ตัวตาเหลือง ปวดท้อง ท้องเสียบางรายมีไข้ ส่วนใหญ่มักเกิดช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังได้รับยา

การวินิจฉัย

ระดับการทำหน้าที่ของตับผิดปกติ (abnormal LFT) มักเกิดขึ้นในช่วง 2 - 8 สัปดาห์แรกของการรับประทานยา ความผิดปกติของ LFT ดังนี้

1. LFT ผลเลือดพบระดับค่า AST หรือ ALT สูงเด่นกว่าค่า Alkaline phosphatase (ALP)
2. มีระดับค่า AST หรือ ALT สูงเกิน 2 - 3 เท่าจากระดับปกติ (Upper limit of normal, ULN) หรือมีอาการ อาการแสดงของตับอักเสบ
3. หากหยุดยาต้นเหตุแล้วระดับ AST, ALT ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน 8 วัน
4. หาก LFT ไม่ดีขึ้นและผู้ป่วยได้รับการเจาะตับจะพบลักษณะ hepatitis pattern เป็นลักษณะเด่นและอาจพบ eosinophil หรือ granuloma ด้วย แต่หากเป็นรุนแรงจะพบลักษณะ hepatic necrosis, apoptosis, lobular disarray,

rosette formation และ hepatic hemorrhage ร่วมด้วย

การรักษา

1. การจัดการเบื้องต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดพิษต่อตับจากยารักษาวัณโรคให้หยุดยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุทันที เพื่อให้การทำงานของตับกลับสู่ภาวะปกติ ต้องพิจารณาหยุดยาที่เป็นสาเหตุ

2. การให้ยาทางเลือก (alternative regimens) ระหว่างหยุดยา ผู้ป่วยควรได้รับยาชนิดอื่นที่มีอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อตับต่ำโดยเฉพาะช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวยังสามารถแพร่เชื้อได้ และหากผู้ป่วยไม่ได้รับยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยา สำหรับยาที่มีอุบัติการณ์ การเกิดพิษต่อตับต่ำหรือไม่มีรายงานการเกิดพิษต่อตับได้แก่ Ethambutol, Streptomycin ยากลุ่ม Fluoroquinilone และกลุ่ม Aminoglycoside

3. การให้ยารักษาวัณโรคกลับเข้าไปใหม่ (Re-challenge) เนื่องจากยาสูตรมาตรฐานมีประสิทธิภาพในการรักษา ได้ผลดีคือ การนำยากลับเข้าไปใหม่จึงมีความจำเป็น ซึ่งพิจารณาจาก AST, ALT มีค่าสูงไม่เกิน 2 เท่าของค่าปกติ

4. การนำยากลับเข้าไปใช้ใหม่ให้เริ่มที่ละชนิด จนครบสูตรยา

5. รายที่เกิดพิษต่อตับรุนแรงก็เกิดตีตันร่วมกับ Encephalopathy หรือมีค่า Prothrombintime ผิดปกติมากกว่าร้อยละ 50 ของค่าปกติ การเลือกสูตรที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการรักษาวัณโรคต้องต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้ลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา

การพยาบาล

บทบาทของพยาบาล ต้องดูแลประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขภาวะผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยที่เกิดพิษต่อตับจากยารักษาวัณโรคโดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะตับวายและอวัยวะภายในล้มเหลวการพยาบาล
 1. หยุดยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ ดูแลให้ยาสูตรใหม่ และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาชนิดใหม่
 2. เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดทุกด้าน ทั้งระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติด้านสมอง การติดตามผลการเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบหน้าที่ของตับหน้าที่ของไต และการแข็งตัวของเลือด
 3. บันทึกสัญญาณชีพ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก สังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ

โดยเฉพาะช่องท้อง อาการปวดท้อง ระยะเวลาของการปวดท้องเพื่อประเมินความรุนแรง ติดตามผลการตรวจเลือดของตับ ความเข้มข้นของเลือด และระดับการแข็งตัวของเลือด ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและระวังอุบัติเหตุ

2. เลี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน 2 สัปดาห์แรกของการรักษา เนื่องจากเชื้อไวรัสยังไม่ถูกทำลายสามารถแพร่กระจายได้

การพยาบาล

1. อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วย สวมหน้ากากอนามัย ปิดปากปิดจมูก ที่ถูกต้องตลอดเวลาระหว่างพักในห้องแยกโรคในโรงพยาบาล

2. จัดให้พักห้องแยกโรค แนะนำการปฏิบัติตนขณะอยู่ในโรงพยาบาล เช่น แยกขยะติดเชื้อ ระวังใส่เสมหะ มีฝาปิดมิดชิด

3. ใส่หน้ากากชนิด N95 ทุกครั้งที่ให้การพยาบาลหรือสื่อสารกับผู้ป่วย

4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา โดยรับประทานยาสม่ำเสมอ และตรงเวลา

5. จำกัดผู้เข้าเยี่ยม เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว กำหนดเวลาเยี่ยม และแนะนำการปฏิบัติตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม เช่น ใส่หน้ากากอนามัยทั้งผู้ป่วย และผู้เข้าเยี่ยมทุกครั้ง

3. เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสที่ปอด

1. จัดทำอนาสีรษะสูง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ลดการเหนื่อยอ่อนเพลีย

2. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ ลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด

3. สอนและสาธิตให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถูกลมปอดขยายตัวได้เต็มที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี

4. ฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน โดยติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจชีพจร สีของเล็บปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือก ลิ้นขณะซึด เชียวอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

4. มีการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการ, สมดุลน้ำและเกลือแร่

1. ประเมินภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายจากอาการ อาการแสดง และ ผลตรวจทางห้องทดลองบันทึกสารน้ำ เข้า-ออก

2. ประเมินการรับประทานอาหารและบ้วนปากทุกครั้ง

หลังรับประทานอาหาร

3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยรับประทานทีละน้อย

4. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองรายงานแพทย์ทราบกรณีเกลือแร่ผิดปกติ

6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

7. ประเมินภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ในร่างกายซ้ำหลังให้การพยาบาล จัดบันทึกเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง

5. มีภาวะวิตกกังวลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคการรักษา และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง

การพยาบาล

1. ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

2. แจกอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม

3. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยและการต้องอยู่โรงพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ ยอมรับท่าทีและปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

4. ให้กำลังใจสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

5. ให้ศึกษาแก่ญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอยดูแลช่วยเหลือ

6. มีโอกาสเกิดเชื้อโรคซ้ำ

การพยาบาล

1. ให้ข้อมูลเหตุผลของการรักษา และผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ให้กำลังใจผู้ป่วย และ ญาติ

3. นัดติดตามอาการ ทุก 2 สัปดาห์ ในช่วง 2 เดือนแรก และส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยม

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1.

ชายไทยอายุ 78 ปีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้ายภูมิลำเนา จังหวัดฉะเชิงเทรา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 20.15 น. ตึก ภปร. ด้วยอาการ ไอเสมหะมีเลือด

ปน เหนื่อยรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ไม่อาเจียน 2 วัน แกร็บ หายใจเหนื่อย ไอนานๆ ครั้ง เสมหะขาวเหนียวมีเลือดปนจางๆ ชุบพอมผิวแห้ง หลังเท้า 2 ข้างบวมกดบ่มระดับ 1 สัญญาณชีพแกร็บ ความดันโลหิต 96/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส O₂sat 92% น้ำหนักตัว 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ประวัติการเจ็บป่วย เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ 2564 มารับการรักษาด้วยอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ผลตรวจเอกซเรย์ปอดเข้าได้กับวัณโรคปอด และผลตรวจเสมหะเป็นบวก ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคปอด เริ่มรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐาน IRZE ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบไปจากวันละประมาณ 3-5 มวน ดื่มเหล้าขาววันละ 1 เป๊กทุกวันตอนเย็นประมาณ 40 ปี การวินิจฉัยแรกรับ Pulmonary Tuberculosis with Acute Kidney Injury

การวินิจฉัยสุดท้าย Pulmonary Tuberculosis with Drug induce Hepatitis with severe Malnutrition วันที่ 1 ของการรักษา จัดเข้าห้องแยกโรคให้นอนศีรษะสูง ดูแลให้ O₂ 3 LPM ตรวจคลื่นหัวใจ ส่งเอกซเรย์ปอด ติดตามผล CBC มีภาวะซีด Hct 25% Blood chemistry BUN 46 mg/dl, Cr 1.42 mg/dl, K 5.8 mmol/l, Na 128 mmol/l, AST 220 U/L, ALT 95 U/L, Bilirubin 1.9 mg/dl, Alkaline Phosphatase 242 u/l, Albumin 2.3 g/dl ปัสสาวะสีเข้มและออกน้อย ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml Rate 120 ml/hr ให้ Kalimate 30 กรัม ทุก 3 ชั่วโมง 3 มื้อ ติดตามสัญญาณชีพ O₂sat บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุก 2 ชั่วโมง ไอนานๆครั้ง เสมหะมีเลือดปนจางๆ หลังจากได้สารน้ำ 500 ซีซี ปัสสาวะออก 150 ซีซี สีเข้ม สัญญาณชีพคงที่ O₂sat 95-96% ดูแลให้สารน้ำต่อเนื่อง ปัสสาวะออกมากขึ้น หยุดยา Rifampicin และ Pyrazinamide เปลี่ยนยาเป็น Levofloxacin และ Streptomycin แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล วันที่ 2 ของการรักษา ดูแลให้อาหารโปรตีนสูง และให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ SMOF Kabiven 1,300 Kcal/day ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml Rate 60 ml/hr ติดตามเฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดดำอักเสบบริเวณเข็มที่ให้สารอาหาร และสารน้ำ ติดตามผลตรวจเลือดต่อเนื่อง ยังรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ไม่อาเจียน ดูแลให้ประฟันทันปากด้วยน้ำอุ่น วันที่ 3 ของการรักษา ยังรับประทานอาหารได้น้อยมาก ติดตามผลตรวจทางห้องทดลอง AST, ALT ลดลง K ต่ำ 2.8 mmol/l ให้ 10% Elixir KCl 30 ซีซี ทุก 3 ชั่วโมง 3 มื้อ ดูแลใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร

เหลวโปรตีนสูง ก่อนใส่อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและให้ความร่วมมือ เริ่มให้อาหารเหลว 150 ซีซี น้ำตาม 100 ซีซี ทุกมื้อ วันละ 4 มื้อ ยังให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำต่อวันที่ 4 และ 5 ยังคงการรักษาเดิม รับประทานอาหารสายยางได้มากขึ้น กระตุ้นให้ลุกนั่ง ออกกำลังกายบนเตียง ทำได้ดีขึ้น วันที่ 6 ของการรักษา ติดตามผลตรวจเลือดการทำงานของไต และระดับซีซีในกระแสเลือด Albumin ยังต่ำ 2.3 g/dl หยุดให้อาหารทางเส้นเลือด ให้อาหารเหลวทางสายยางมื้อละ 250 ซีซี รับได้ทุกมื้อ วันที่ 8 ของการรักษา ไอและเหนื่อยน้อยลง หยุดให้ O₂ วัด O₂sat หลังหยุด O₂ 30 นาที ได้ 94% ติดตามผลตรวจเลือด การทำงานของตับและไตผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลหยุดยา Streptomycin นำยา Rifampicin กลับมาใช้ ดูแลให้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด ติดตามผลเลือด หลังได้รับยา 3 วัน ไม่พบอาการผิดปกติ วันที่ 12 ของการรักษา ดูแลหยุดยา Levofloxacin นำยา Pyrazinamide กลับมาใช้ ดูแลให้ยา, ติดตามอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด ไม่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหาร และ น้ำทางปากได้น้อย สอนวิธีให้อาหารเหลวทางสายยาง กับญาติผู้ดูแลและฝึกการให้อาหารเพื่อเตรียมกลับบ้าน วันที่ 15 ของการรักษา ติดตามผลเลือดอีกครั้ง อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน โดยใช้ยาสูตรเดิม IRZE กลับไปรับประทานต่อเนื่อง นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ รวมรักษา 15 วัน แนะนำการใช้ยา สังเกตอาการข้างเคียงของยา ลงข้อมูล Smart COC เพื่อติดตามเยี่ยม

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ชายไทยอายุ 28 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพโสด ภูมิลำเนา จังหวัดฉะเชิงเทรา เข้ารับรักษา เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2564 เวลา 16.30 น. ที่แผนกฉุกเฉิน ด้วยอาการไข้สูง ปวดท้อง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง อ่อนเพลียมาก 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพแกร็บ ความดันโลหิต 100/60 mmHg ชีพจร 126 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส O₂sat 100%

การวินิจฉัยแรกรับ AGE with Sepsis with Pulmonary Tb with HIV

การวินิจฉัยสุดท้าย Sepsis with Pulmonary TB with Anti TB drug induce Hepatitis with Coagulopathy with HIV แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1500 cc. ใส่สายสวนปัสสาวะ เก็บเลือดส่งตรวจ ดูแลให้ยาต้านจุลชีพ Ceftriazone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ ส่งเข้ารับไว้รักษา ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 8. อาการแรกรับ ยังปวด

ท้องไม่ถ่าย คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ตัว ตาเหลือง อ่อนเพลีย วัดสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส O₂sat 100%. น้ำหนัก 48 กิโลกรัมปัสสาวะ ออก 300 ซีซีสีเหลืองเข้ม ให้นอนพัก ตรวจร่างกาย ตับโต ตัว ตาเหลือง ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 cc. rate 100 ซีซี/ชั่วโมง ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง จดบันทึก ปริมาณน้ำ เข้า-ออก ทุก 4 ชั่วโมง เปลี่ยนยาต้านจุลชีพเป็น Tazocin 4.5gm v ทุก 8 ชั่วโมงประวัติการการเจ็บป่วย ตรวจพบเป็น HIV ประมาณ 2 ปี เริ่มรับประทานยาต้านไวรัส และยาป้องกันเชื้อฉวยโอกาส เมื่อเดือนสิงหาคม 2563 (Absolute CD4 46)วันที่ 24 มกราคม 2564 ตรวจเสมหะ AFB ผลเป็นบวก วินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด เริ่มรักษา ด้วยยา สูตรมาตรฐาน IRZE ก่อนรักษาผล Liver function test Blood chemistry อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาไปรับประทาน ต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและ ในชุมชนในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา จึงให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและอากาศถ่ายเทแยกของใช้ ต่างๆ ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน ไม่อยู่ในที่แออัด ใส่หน้ากากอนามัย การจัดการขยะต่างๆ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ หลังจากกลับบ้านรับประทานยาได้ 3 วัน มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ ไม่อาเจียน เบื่ออาหาร กินได้น้อย มีไข้ ปวดท้องมากขึ้น ถ่ายเหลว เพลีย จึงมาโรงพยาบาล วันที่ 1 ของการรักษา หยุดยา Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutal ปรับสูตร ยารักษาวัณโรคให้ Isoniazid, Amikin และ Levofloxacin ยาต้านไวรัส HIV รับประทานต่อเนื่อง ติดตามอาการข้างเคียง ของยา ติดตามผลตรวจเลือดแรกรับ CBC WBC สูง, Lactate สูง ดูแลให้ยาต้านจุลชีพ Tazocin, Metronidazole ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากยาอย่างใกล้ชิด ผล AST3, 195 U/L, ALT797 U/L, Bilirubin, Alkaline phosphatase สูง ผลตรวจ Coagulogram PT 54.2 sec. INR 5.25 ดูแล ให้ Vit K1 1 amp v วันละ 1 ครั้ง 3 วัน K2.8mmol/l, Na124 mmol/lดูแลให้สารน้ำ และ ติดตามสัญญาณชีพ ระดับ

ความรู้สึกตัว ทุก 2 ชั่วโมง เฝ้าสังเกตอาการเลือดออก เช่น ปวดท้อง ถ่ายดำ ปวดศีรษะอาเจียน รอยเขียวช้ำตามร่างกาย อย่างใกล้ชิด วันที่ 2 ของการรักษา รับย้ายมาหอผู้ป่วย ปร. เวลา 10.00 น. ดูแลจัดให้เข้าพักห้องแยกโรค แนะนำ การปฏิบัติตน ดูแลให้สารน้ำ ไม่พบอาการผิดปกติของภาวะ เลือดออกทั้งภายนอกและอวัยวะภายใน เช่น ปวดท้อง อาเจียน ชีมีลง หรือมีรอยจ้ำเลือดตามร่างกาย แนะนำให้ระวังอุบัติเหตุ ที่จะทำให้เลือดออก ติดตามอาการข้างเคียงของยา ผลตรวจ AST, ALT, INR ลดลง ยังมีไข้ 37.5-38 องศาเซลเซียส เปลี่ยนยาต้านจุลชีพ Meropenam เช็ดตัวลดไข้ แนะนำการ ทำความสะอาดปากฟันและการรักษาความสะอาดร่างกาย ให้อาหารอ่อน ยังกินได้น้อย คลื่นไส้ไม่ปวดท้องปฏิกิริยาแพ้พิษกร เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา แนะนำให้หยุดยา Rifampicin ตลอดไป ออกบัตรแพ้ยา ติดตาม สังเกตอาการข้างเคียงของ ยาอย่างต่อเนื่อง วันที่ 3 ของการรักษา ดูแลให้สารน้ำ ติดตาม ผลตรวจเลือด K2.9 mmol/l ให้ Elixir KCl 30 ซีซี ทุก 3 ชั่วโมง 2 มื้อ Na 131 mmol/l ดูแลให้สารน้ำต่อเนื่อง ระวัง อุบัติเหตุที่อาจทำให้ เลือดออก วันที่ 3-4 ของการรักษา คงการรักษาเดิม ติดตามอาการ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ผล H/C, U/C, Stool C/S ปกติ วันที่ 5 ของการรักษา ติดตามการทำงานของตับซ้ำ อาการดีขึ้น AST 357 U/L ALT 125 U/L วันที่ 8 ของการรักษา ผลตรวจเลือด AST 79 U/L, ALT 51U/L ซึ่งน้อยกว่า 2 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ (40U/L) รับประทานยาได้มากขึ้น ไม่ปวดท้อง การขับ ถ่ายปกติ ดูแลให้สารน้ำ และยาต้านจุลชีพต่อเนื่อง ไม่พบอาการ ผิดปกติจากยา วันที่ 9 ของการรักษา นำยา Ethambutal กลับมาใช้ ดูแลให้ยาตามขนาดและติดตามอาการข้างเคียง อย่างใกล้ชิด วันที่ 12 ของการรักษา ติดตามผลเลือดอีกครั้ง อยู่ในเกณฑ์ปกติ พิจารณาให้กลับบ้านใช้ยาสูตร IELA (Isoniazid, Ethambutal, Levofloxacin, Amikin) ยาต้าน ไวรัส รับประทานต่อเนื่อง นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
1.ประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	ผู้ป่วยชายอายุ 74 ปี หม้าย มาด้วยอ่อนเพลีย กินได้น้อยเหนื่อยเส่มหะ มีเลือดปน ชูบผอม น้ำหนักตัว 40 กิโลกรัม อาชีพรับจ้างทั่วไปและ เก็บของเก่าขาย อาศัยใน ชุมชนค่อนข้างแออัดคน เดียวมีลูกมาดูแลเป็น บางครั้ง สูบใบจาก วันละ 3-5 มวน ประมาณ 40 ปีดื่มเหล้า ขาววันละ 1 เป๊กทุกวัน ตอนเป็นหนุ่มดื่มหนัก ตรวจเส่มหะพบเป็น วัณโรคปอด 1 สัปดาห์ มีอาการหลังจากรักษา วัณโรคได้ 5 วัน ปฏิเสธโรคประจำตัว	-ผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี สถานภาพ โสด มาด้วย อาการอ่อนเพลีย มีไข้ ถ่ายเหลวปวดท้อง คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ประวัติ ตรวจพบเป็น เอชไอวีประมาณ 2 ปี เริ่มรับยาต้านไวรัสและ ยาป้องกันเชื้อฉวยโอกาส เมื่อเดือน สิงหาคม 2563 (CD4 = 46) ตรวจพบ เป็นวัณโรคปอดจาก เส่มหะ 1 สัปดาห์ก่อนมา และ มีอาการหลังจาก รักษาวัณโรค 3 วัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นชาย ป่วยเป็น วัณโรคปอด รายใหม่จากผลตรวจเส่มหะ เป็นบวก และยารักษาวัณโรคทำให้เกิดตับ อักเสบหลังจากเริ่มรักษาในช่วงสัปดาห์แรก ทั้ง 2 กรณี มีปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกันคือกรณี ศึกษาที่ 1 อายุ 74 ปี เป็นผู้สูงอายุ อาศัย ในชุมชนแออัด สูบบุหรืและดื่มสุราเป็น ประจำ กินได้น้อย เบื่ออาหาร ขาดผู้ดูแล กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 27 ปี ป่วยเป็น เอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัส และ ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจาก มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ (CD4 46)
2.พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดงการ ตรวจทางห้อง ทดลอง	รู้สึกตัวดีอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ชูบผอม ผิว แห้ง หลังเท้า 2 ข้างบวม กดบวม ปัสสาวะสีเหลือง เข้ม ไอเส่มหะมีเลือดปน จางๆ หายใจเหนื่อย อัตรา การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 98 ครั้ง/นาทีความ ดันโลหิต 96/73 มิลลิเมตร ปรอท O ₂ 92% น้ำหนักตัว 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ผลตรวจ BUN 46 mg/dl ,Cr1.42 mg/dl, eGFR 46.97ml/min, Na126 mmol/l, K5.8mmol/l, AST 220 U/L, ALT 95 U/L	รู้สึกตัวดี อ่อน เพลียมาก ตัว ตาเหลือง ปวดท้อง คลื่น ความดันโลหิต 104/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 38.6 °c ชีพจร 126 ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 22 ครั้ง/นาที O ₂ 100% น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ตรวจร่างกาย ท้องอืดเคาะโปร่ง คลำที่ ท้อง ตับโต 6 เซนติเมตร ปัสสาวะสีเหลืองเข้มผล ตรวจAST3195U/L, ALT797U/L, Total bilirubin 2.8mg/dl, AlkalinePhosphatase254 U/L, PT 54.2 sec, INR 5.25	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี ตับอักเสบ จากยา รักษาวัณโรค เหมือนกัน กรณีที่ศึกษาที่ 1 ติดเชื้อวัณโรคที่ปอดทำให้เหนื่อย การแลกเปลี่ยน ก๊าซออกซิเจนลดลง กินได้น้อย มี ภาวะขาดสารอาหาร และน้ำรุนแรง ทำให้มี ของเสียคั่งในเลือดเกิดภาวะไม่สมดุล เกลือแร่ มีโปรตีนในเลือดต่ำ เท้า 2 ข้าง บวมกดบวมระดับกรณีศึกษาที่ 2 ติดเชื้อ ในกระแสเลือดร่วมด้วยเนื่องจากระบบ ภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง และตับ อักเสบรุนแรงเกิด Coagulopathy

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
3.การวินิจฉัยโรค	Pulmonary Tuberculosis with Drug induce Hepatitis with severe Malnutrition	Sepsis with Pulmonary Tb with Anti Tb drug induce Hepatitis- withCoagulopathy with HIV	กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีวินิจฉัยเป็น Pulmonary Tuberculosis with Drug induce Hepatitis กรณีศึกษาที่ 1 มีโรค ร่วมได้แก่ Severe Malnutrition กรณี ศึกษาที่ 2 มีโรคร่วม SepsisHIV และ Coagulopathy
4. การรักษา เป้าหมายของการ รักษาเพื่อให้ได้รับยา รักษาวินิจฉัยต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะ เชื้อดื้อยา 1. หยุดยาที่เป็น สาเหตุ 2.ให้ยาทางเลือก และนำยากลับมาใช้ 3. รักษาโรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงที่ ทำให้อาการรุนแรง 4. การรักษาต่อ เนื่องและติดตาม	1. ยารักษาวินโรค -หยุดยา Rifampicin , Pyrazinamide ให้ยา ทางเลือก -Streptomycin, Levofloxacin -ให้สารน้ำ -นำยาเดิมกลับมาใช้รักษา 2. ภาวะทุพโภชนาการ ให้ สารอาหารทางหลอด เลือดดำและให้อาหาร เหลวโปรตีนสูงทาง สายยาง 3. นัดติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ ในช่วง 2 เดือนแรก	1.ภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือด -ให้สารน้ำ -ให้ยาด้านจุลชีพ 2. ยารักษาวินโรค -หยุดยา Rifampicin , Pyrazinamide , Ethambutal -ให้ยาทางเลือก Amikin, Levofloxacin 3. ภาวะ Coagulopathy - Vit K1 ทาง หลอดเลือดดำ 4. ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง -TEEVIR (TDF/FTC/ EFV) -Ethambutalมาใช้รักษาต่อ ให้ยาทางเลือก Amikin และ Levofloxacin รักษาต่อเนื่อง 3.นัดติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ ช่วง 2 เดือนแรก	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยการ หยุดยาที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบและ เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องไม่เกิดเชื้อดื้อยา จึงใช้ยาที่ไม่ทำให้เกิดพิษต่อตับหรือเกิดได้ น้อยรักษาหยุดยาและได้รับการ รักษาโรคร่วมจนอาการดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 1 นำยาสูตรมาตรฐาน IRZE กลับมาใช้รักษา ต่อเนื่องได้กรณีศึกษาที่ 2 ใช้ยาทางเลือก ในการรักษา สูตร IELA เนื่องจากเกิด ภาวะ Coagulopathy และรับยาด้านไวรัส ต่อเนื่อง

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
5.การพยาบาล 5.1. ระยะแรกเริ่ม	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่อง-จากติดเชื้อวัณโรคที่ปอด 2. เสี่ยงต่อภาวะตับวายและอวัยวะภายในล้มเหลว 3. มีโอกาสเกิดภาวะ Hepatic encephalopathy จากภาวะตับอักเสบ 4. มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูงเนื่องจากรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย 5. เกิดภาวะทุพโภชนาการ 6. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 7. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลเนื่องจากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2. เสี่ยงต่อภาวะตับวายและอวัยวะภายในล้มเหลว 3. มีโอกาสเกิดเลือดออกในในอวัยวะต่างๆของร่างกายจากภาวะ Coagulopathy 4. มีโอกาสเกิดภาวะ Hepatic encephalopathy เนื่องจากตับอักเสบ 5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง 6. มีภาวะโปตัสเซียมต่ำ 7. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลเนื่องจากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา	ระยะแรกเริ่ม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ เสี่ยงต่อภาวะตับวายและอวัยวะภายในล้มเหลว, และมีโอกาสเกิด Hepatic Encephalopathy และไม่สมดุลเกลือแร่ ทั้ง 2 กรณี ได้เข้าห้องแยกโรคดูแลให้การพยาบาลและติดตามผลตรวจเลือดการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เกิดอาการของภาวะ Hepatic encephalopathy และได้รับการรักษาวัณโรคต่อเนื่องไม่ขาดยา ข้อแตกต่าง กรณีศึกษาที่ 1 นอกจากติดเชื้อวัณโรคที่ปอด อายุมากติดเชื้อและมีประวัติสูบบุหรี่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เหนื่อยง่าย ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน กรณีศึกษาที่ 2 ภาวะ Coagulopathy ซึ่งเป็นภาวะอันตรายนอกจากดูแลให้ Vit K1 แล้ว ต้องติดตามอาการเลือดออกในร่างกายอย่างใกล้ชิดได้แก่ สัญญาณชีพ ความรู้สึกตัวเปลี่ยน อาเจียนพุ่ง ถ่ายดำ มีรอยเขียวช้ำตามร่างกาย เป็นต้น
5.2. ระยะต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย เพื่อการเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการรักษาต้องต่อเนื่องและใช้เวลารักษานาน	1. ดูแลให้การพยาบาลแก้ไขภาวะผิดปกติและประเมินความพร้อมด้านร่างกาย สัญญาณชีพปกติ เหนื่อยน้อยลง ไม่ต้องใช้ออกซิเจน ลูกนั่งบนเตียงด้วยตนเอง 2. สอนญาติให้อาหารทางสายยาง และฝึกญาติผู้ดูแลให้อาหาร 3. แนะนำการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและปรึกษาแพทย์	1. ดูแลให้การพยาบาลแก้ไขภาวะผิดปกติและประเมินความพร้อมด้านร่างกาย สัญญาณชีพปกติ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ 2. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ ระวังการติดเชื้อเนื่อง จากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล 3. แนะนำการสังเกต	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ระหว่างการรักษาได้ให้ความรู้เรื่องโรค การดำเนินโรค การรักษากับผู้ป่วย ญาติ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งให้กำลังใจเพื่อไม่เกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย ทำให้การรักษาสำเร็จ ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจให้ความร่วมมือและได้รับการจำหน่ายกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้านและนัดกลับมาติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยม

ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินเปรียบเทียบ
	ห้ามหยุดยาเอง 4. ให้กำลังใจสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล 5. ให้ข้อมูลผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากใช้เวลารักษานาน อาจเบื่อหน่ายท้อแท้ เพื่อส่งเสริมการให้การรักษาสำเร็จ 6. แนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น จัดให้อากาศถ่ายเท การแยกขยะและการจัดการขยะ	อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและปรึกษาแพทย์ ห้ามหยุดยาเอง 4. ให้กำลังใจสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล 5. ให้ข้อมูลผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจากใช้เวลารักษานาน อาจเบื่อหน่ายท้อแท้ เพื่อส่งเสริมการให้การรักษาสำเร็จ 6. แนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น จัดให้อากาศถ่ายเท การแยกขยะและการจัดการขยะ	

วิจารณ์กรณีศึกษา

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ que เริ่มรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐาน IRZE (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol) หลังจากได้รับยาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการ อาการแสดง ปังจัยเสี่ยง และอุบัติการณ์ของระยะเวลาการเกิดพยาธิสภาพสอดคล้องกับภาวะดื้อยาจากยารักษาวัณโรคที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกหลังรับการรักษา ส่วนใหญ่เกิดจากยา Rifampicin และ Pyrazinamide จึงจำเป็นต้องหยุดยาทั้ง 2 ชนิดนี้และดูแลให้ได้รับยาชนิดใหม่ทดแทนตามแผนการรักษา เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องลดการเกิดภาวะเชื้อดื้อยา จัดให้เข้าห้องแยกโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 78 ปี มีภาวะขาดน้ำและสารอาหารที่รุนแรง มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดดื้อยาต้านวัณโรค ดังนั้น การดูแลให้ได้รับสารน้ำ และแก้ภาวะทุพโภชนาการด้วยการให้สารอาหารทางหลอดเลือด

เลือดดำ และดูแลใส่สายยางให้อาหารเหลวโปรตีนสูงอย่างเพียงพอ ช่วยให้การทำงานของตับเข้าสู่ภาวะปกติ และสามารถนำยาเดิมซึ่งเป็นสูตรมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงในการรักษากลับมาใช้ได้เหมือนเดิม นอกจากการดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วยแล้วญาติก็มีความสำคัญเช่นกัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเป็น HIV มีอาการดื้อยาที่รุนแรงร่วมกับภาวะ Coagulopathy และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยนอกจากดูแลให้หยุดยาให้ยาชนิดใหม่ทดแทน การพยาบาลควบคู่กับการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และป้องกันการเกิดภาวะดื้อยาและอวัยวะภายในล้มเหลวมีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถกลับไปใช้ยาสูตรเดิมได้เนื่องจากเกิดอาการดื้อยาต้านวัณโรคจึงต้องเปลี่ยนสูตรการรักษาเป็น IELA (Isoniazid, Ethambutol, Levofloxacin, Amikacin)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิดกับผู้ป่วย และญาติให้เข้าใจเพื่อเฝ้าระวังและสังเกตอาการ เนื่องจากการรักษาวัณโรคต้องใช้ยาหลายชนิดในการรักษาโดยเฉพาะการรักษาในระยะเข้มข้นต้องใช้ยาถึง 4 ชนิดซึ่งแต่ละชนิดทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ทั้งรุนแรงและไม่รุนแรง ดับอักเสบจากยา เป็นอาการที่พบบ่อย บางรายรุนแรงถึงขั้นดับวายเป็นอวัยวะภายในล้มเหลวเสียชีวิตได้ รวมทั้งแจกเอกสาร แผ่นพับ หรือคู่มือกับผู้ป่วยทุกราย

2. พยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติเนื่องจากใช้เวลารักษานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องนอกจากได้รับประทานยารักษาวัณโรคปอดแล้วต้องรับประทานยาต้านไวรัสด้วย ทำให้ยามีจำนวนมากอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้

3. เพื่อให้การรักษาสำเร็จกำลังใจและความร่วมมือจากญาติและผู้ดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

4. เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน พยาบาลต้องใช้อุปกรณ์ป้องกัน และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกับผู้ป่วยและญาติ

สรุป

การรักษาวัณโรคปอด จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ทำให้มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยเฉพาะดับอักเสบซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา เพื่อติดตามสังเกตอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และมาโรงพยาบาลทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติควรมีการติดตามผลการรักษาและอาการผิดปกติของผู้ป่วยด้วยการนัดมาติดตามทุก 1-2 สัปดาห์ ในระยะเข้มข้นช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา หรือส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหากพบว่าเกิดอาการดับอักเสบระหว่างการ

รักษาการจัดการที่เหมาะสม และรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากวัณโรคต่อไป อย่างไรก็ดีตาม ถ้าเกิดภาวะดับอักเสบ จะต้องหยุดการใช้ยาเป็นระยะเวลาหนึ่งเพื่อแก้ไขภาวะดับอักเสบ การใช้ยาทดแทนที่เหมาะสมและการนำยากลับมาใช้ใหม่จึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยาทำให้หายจากวัณโรคปอด ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสามารถอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติและปลอดภัย

บรรณานุกรม

กฤษา ธรรมคำภีร์. (2562). วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด. (1992)จำกัด.

นิตดา ศรีวิทย. (2558). สมาคมปราบวัณโรคฯ กับแผนงานวัณโรคระดับชาติ : สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (บรรณาธิการ). หนังสือที่ระลึกครบรอบ 80 ปี. สมาคมปราบวัณโรคในพระบรมราชูปถัมภ์ : นนทบุรี.

วันดี โสสุศรีและคณะ. (2561). การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 1,2. (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันบำราศนราดูร. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.

สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.

สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2561). การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.

อภิญากุลทะเล. (2560). การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์.