



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

BUDDHASOTHORN HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566
ISSN 2586-8624

เจ้าของ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
ผู้อำนวยการ	พญ.นาคยา มิลล์
ที่ปรึกษา	1. พญ.นาคยา มิลล์ 2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก
ประธาน	พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
บรรณาธิการ วารสาร	พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
คณะกรรมการ	นพ.เวทิส ปทุมศรี พญ.ภิกษิณี ภัทรกุล นพ.ยุทธนา จันทะโร นพ.ชัยชนะ จันทะโร ภญ.สุชาดา จาปะเกษตร นางจิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ ดร.สมใจ นกดี ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา ดร.วรกร เกรียงไกรศักดิ์ นางสาวสุรชาติพิทย์ อนันต์ นายภาสวัฒน์ บุญจันทร์ นางศิริพร สาครน้อย
เหรียญกษาปณ์	นางสาวสุรชาติพิทย์ อนันต์
เลขานุการ	ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา
ผู้ช่วยเลขานุการ	นางศิริพร สาครน้อย
ผู้ประสานงาน สมาชิก	นางสาววรรณุช พุทธเจริญ
ฝ่ายศิลป์	นางสาวชนิษฐา ยาวะโนภาส นายเจริญ สุวรรณวิเวก นายมานพ สุจริต นางสาวพัชรี วอนศิริ นางสาวบุหงา ศรีเจริญ

วัตถุประสงค์

- รวบรวมและเผยแพร่วิชาการทั้งภาคทฤษฎีปฏิบัติ และประสบการณ์ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นศูนย์สำหรับตอบปัญหาหรือเผยแพร่ความคิดเห็นหรือบทความจากประสบการณ์ของผู้ที่สนใจได้พบเห็นมาอันจะเป็นแนวทางให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและการดูแลผู้ป่วย
- 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
ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
24000
โทร. 081-3143871, 089-7899922
แฟกซ์ 038-814495
E-mail : hamcompute20@gmail.com

บทบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี 2566 ต้อนรับฤดูร้อนที่กำลังจะมาถึง ในช่วงที่อากาศกำลังเปลี่ยนจากเย็น มาสู่อุณหภูมิที่สูงขึ้น และพบว่าเพิ่มสูงมากในช่วงเดือนเมษายน โรคที่พึงระวังในช่วงอากาศร้อนจัดคือ Heat Stroke ผู้ที่ทำงานกลางแจ้งหรือ ออกกำลังกายในช่วงอากาศร้อน ก็ต้องระมัดระวังดื่มน้ำให้มากๆหากมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์ และสถานการณ์ PM 2.5 ซึ่งก็มักจะพบบ่อยในช่วงอากาศแล้ง ที่อาจเกิดจากการเผาไหม้ของต้นไม้ใบหญ้าแห้ง หรือการเผาเพื่อเพาะปลูก ซึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจได้ หากหลีกเลี่ยงได้ก็จะเป็นการดี แต่หากมีความจำเป็นต้องทำงานหรืออยู่ในสถานที่ ที่มีความเสี่ยงสูง ก็ควรสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา โดยเฉพาะ N95 ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงสุดในการช่วยป้องกัน

ในวารสารฉบับนี้ การดูแลหรือจัดการระบบ-การป้องกันสำหรับกลุ่มโรค NCD ก็ยังเป็นงานวิจัยที่ได้รับความสนใจ เพื่อลดการเกิดโรคหรือลดระดับความรุนแรงลง ส่วนการวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ทั้งการหาสิ่งที่สัมพันธ์ ลักษณะของโรค การดำเนินโรค หรือความรุนแรงต่างๆก็มีประโยชน์ ทำให้ทุกๆท่านได้อ่าน จะได้เห็นถึงความตั้งใจของทีมงาน ที่จะช่วยพัฒนาระยะการเฝ้าระวังคัดกรอง และการดูแลโรคให้ดียิ่งๆขึ้น ซึ่งการตรวจพบเร็ว รักษาตั้งแต่ระยะต้นหรือระยะแรกๆ จะทำให้การรักษาหายมีโอกาสที่มากขึ้น หวังว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะทำให้ท่านได้เพลิดเพลิน จุดประกายจุดไฟในตัว เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนการวิจัยหรือบทความทางวิชาการร่วมกัน ในฉบับต่อไป

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ

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
 - นามผู้แต่ง 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 ขนาดโปสการ์ด ที่มีความชัดเจน ถ้าเป็นภาพวาดควรเป็นสีคำมีลายเส้นชัดเจน
5. บทความที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบทุกเรื่อง บทความที่ไม่ได้รับ
พิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
6. กองบรรณาธิการถือสิทธิ์ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

สารบัญ

A Comparison of Overall Survival Rate of Hepatocellular Carcinoma (Barcelona Clinic Liver Cancer Stage C).....1
from Viral Hepatitis between Systemic Treatment Group and Palliative Care Group

Phetchoo P¹, Oranratnachai S²

1Internal Medicine, Chaophrayayommarat Hospital, ²Sripat medical
center faculty of medicine Chiang-Mai University

การควบคุมเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ผ่านการใช้โทรเวช.....11
Telemedicine in the management of glycemic control in diabetes in pregnancy

อรณิชา อมรวิริยะกุล. พบ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....25
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

เพชรรัตน์ เทียบวงษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต.....35
ได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ในโรงพยาบาลพนมสารคาม

Development of Practice Guideline for Hypertensives patients with uncontrolled blood
pressure of Home blood pressure monitor in Phanomsarakam hospital

ดวงมณี วิยะทัศน์ (พ.บ.)

เทพกรณ์ ศิริปิกมานนท์ (พ.บ.)

อุไร ศิลปกิจโกศล (พ.บ.)

การศึกษาเชิงพรรณนาของโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบในจังหวัดสระแก้ว.....45
ธีรวัฒน์ โสธนนันทน์, พ.บ.

แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงคัสสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา.....53
วิภา อัครานนทสิทธิ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....61
ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

อุไร คล่องแคล่ว

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับภาวะเลือดออกในสมองชั้นนอก.....67
Nursing Care of Traumatic Brain Injury Patient with Epidural Hematoma

นางสาว กิตติยา ตันสิน,

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....75 ภาสวัฒน์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร	75
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด.....87 Case study : Nursing care for pregnancy with Eclampsia in labor state ประภาศิริ ศิราแรง ป.พย. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	87
การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ : กรณีศึกษา.....103 พิไลพร เจียมสฤติย์, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	103
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร.....111 นายอรรถสิทธิ์ หุณะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	111
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.....121 อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา Effects of Health Promotion Program on Health Promoting Behavior Prevent Dementia in the Elderly, Bangkhla District, Chachoengsao Province ศุภร น้อยใจบุญ พย.บ., วท.ม. ชุติกานุจน์ ถาวรเจริญ พย.บ. Suporn Noijai boon1 B.N.S., M.Sc. Chutikan Taworncharoen1 B.N.S.	121
การประเมินผลการกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ของหน่วยบริการในสังกัด.....129 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ศิริลักษณ์ มั่นศรี นว.ตส.	129

A Comparison of Overall Survival Rate of Hepatocellular Carcinoma (Barcelona Clinic Liver Cancer Stage C) from Viral Hepatitis between Systemic Treatment Group and Palliative Care Group

Phetchoo P¹, Oranratnachai S²

¹Internal Medicine, Chaophrayayommarat Hospital, ²Sripat medical center faculty of medicine Chiang-Mai University

Abstract

Background : Treatment of hepatocellular carcinoma Barcelona Clinic Liver Cancer(BCLC)stage C was systemic therapy. In Chaophrayayommarat Hospital, Thailand, treatment in this group has almost been palliative because of their lack of access to systemic therapy and some refused treatment. This study aims to review median overall survival of BCLC stage C from hepatitis B and hepatitis C infection between systemic treatment group and palliative group compared previous studies.

Methods : The retrospective cohort study was conducted between January 2013 and September 2022. The study population consisted of patients older than 18 years diagnosed with advanced-stage hepatocellular carcinoma, the Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) staging C with hepatitis B and hepatitis C infection in Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri, Thailand. The primary outcome was median overall survival compared between systemic group and palliative group. We adjusted our final analyses for smoking, alcohol consumption, hepatitis infection, ECOG performance status, Child-Pugh classification, Alpha-fetoprotein (AFP), aspartate transaminase (AST) and Alanine transaminase(ALT).

Results : Median overall survival was 3.5 months in the palliative group and 12.3 months in systemic treatment group (hazard ratio in the palliative treatment group, 1.74; 95%CI, 1.13 to 2.68; p-value= 0.012).

Exploratory analysis in systemic treatment group, the median overall survival was 13.9 months in hepatitis B infection as compared with 10.8 months in hepatitis C infection (hazard ratio in hepatitis C group, 1.48; 95%CI, 0.62 to 3.51, p-value=0.374) and compared with co-infection not available in co-infection). In palliative treatment group, the median overall survival was 3.5 months in hepatitis B infection as compared with 3.7 months in hepatitis C infection (hazard ratio in hepatitis C group, 0.91; 95%CI, 0.67 to 1.22, p-value =0.513) and compared with co-infection was 3.3 months in co-infection (hazard ratio in co-infection group, 0.86; 95%CI, 0.45 to 1.63, p-value=0.635).

Conclusion : In patients with hepatocellular carcinoma BCLC stage C with hepatitis B and hepatitis C infection median overall survival in the palliative treatment group was shorter than the systemic treatment group. The median overall survival was similar to the previous studies.

Keywords : Hepatocellular carcinoma/ Barcelona Clinic Liver Cancer(BCLC)stage C/ Hepatitis B/ Hepatitis C

1.INTRODUCTION

Cancer is a one of the leading cause of death and a major health problem in Thailand. The death rate was 120.3 people per 100,000 population. Approximately 7% of cancer patients was hepatocellular carcinoma

and hepatobiliary cancer⁽¹⁾. Hepatocellular carcinoma (HCC), the primary cancer of the liver, is derived from hepatocytes and occurs in more than approximately 80% of cases of liver cancer⁽²⁾ and is common in the Asia-Pacific region due to high incidence of chronic viral hepatitis B in the region.

Cirrhosis is an important risk factor for HCC, accounting for 90% of HCC patients. Chronic hepatitis B or C infection, prolonged heavy use of alcohol defined as daily ingestion of 40 to 60 g of alcohol with a standard drink containing 13.7 g or 0.6 oz⁽³⁾, obesity, nonalcoholic steatohepatitis (NASH) are important factors that cause cirrhosis.

About 60% of patients infected with hepatitis B virus (HBV) develop liver cancer in Asia and 20% in western countries⁽⁴⁾. HBV is a DNA virus that can integrate into the host genome⁽⁵⁾. HBV can increase the risk of liver cancer even in patients without cirrhosis. HBV vaccine incorporated into routine infants and childhood immunization programs have led to decrease HCC incidence, with substantial reduction of HBV carriage in children, adolescents and young adults⁽⁶⁾. Hepatitis C virus (HCV) is an RNA virus that does not integrate with the host genome. Therefore, the risk of liver cancer among patients with chronic HCV infection is limited to those with cirrhosis. Treatment with antiviral drugs Direct-acting antiviral (DAA) therapy in HCV-infected patients can reduce the risk of liver cancer 50–80%⁽⁷⁾.

Excessive alcohol use can lead to alcoholic liver disease, cirrhosis, and HCC. Chronic alcohol use can increase risk of HCC. Several references have revealed an increased risk of liver cancer among patients who are hepatitis B virus carriers, who consumed alcohol compared to those who did not drink alcohol. Although many pathophysiology explained the process of chronic cirrhosis, especially NASH, there is evidence to support an alcohol-specific tumorigenesis mechanism in patients. (alcohol-specific pro-tumorigenic mechanisms⁽⁸⁾).

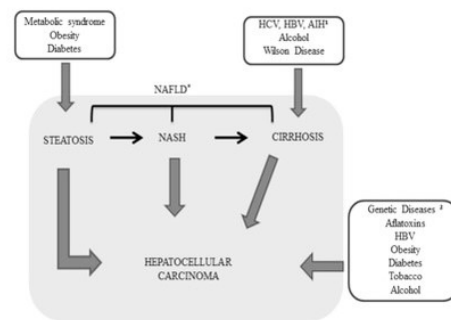


Fig1. Risk factors for the development stage of hepatocellular carcinoma.

The diagnosis of HCC can confident on the basis of presence of typical imaging features showing areas of early arterial enhancement and delay washout in the venous or delayed phase of four phase multi-detector CT or in dynamic contrast-enhanced MRI. Alpha-fetoprotein (AFP) ≥ 400 ng/ml at diagnosis is also of prognosis significance in patients with HCC^(9, 10). Biopsy should be considered for atypical imaging feature on CT or MRI, or for lesions detected in the absence of cirrhosis.

The choice of treatment modality depends on patient performance status, the size and number of the tumor, tumor location, and liver functions. The Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) staging system is unique among the other staging systems used for HCC that each stage simultaneously links treatment strategy.

The advanced stage HCC BCLC stage C, is the group of patients with cancer-related symptoms, portal vein invasion, extra-hepatic spread, or a combination of these factors, in patients with preserved liver function, defined by Child-Pugh Class A or B⁽⁴⁾. Currently, systemic therapies, including immune-checkpoint inhibitors (ICIs), tyrosine kinase inhibitors (TKIs) and anti-VEGF antibody are the main treatment of HCC.

Sorafenib is the first drug to be studied for its benefit for BCLC stage C, is a drug that inhibits the proliferation of cancer cells. Inhibiting the angiogenesis of cancer and increased apoptosis by inhibition via Serine-threonine kinases Raf-1 and B-Raf and inhibit Receptor tyrosine kinase activity of VEGFR

1,2,3 and PDGFR- β ⁽¹¹⁾, according to the SHARP study⁽¹²⁾. Patient survival was 10.7 months compared to 7.9 months in the untreated group. Lenvatinib was the next drug to be studied compared to Sorafenib. In the REFLECT study⁽¹³⁾, patient survival was 13.6 months compared with 12.3 months for Sorafenib and the combination of atezolizumab plus bevacizumab versus sorafenib as a first-line regimen, according to the IMbrave150 study⁽¹⁴⁾, the patient survival was 19.2 months versus 13.4 months with sorafenib.

There are also chemotherapy agents available in BCLC stage C patients with FOLFOX and doxorubicin. Patient survival was 6.4 months with FOLFOX and with doxorubicin 4.9 months⁽¹⁵⁾.

In Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri, most of HCC patient was diagnosed with advanced stage (BCLC stage C). HBV and HCV infection is the main risk factors of HCC. The principle of treatment in this group of patients is to receive systemic treatment. However, a small percentage of patients receive systemic treatment due to inadequate access to targeted therapy or refusal to receive chemotherapy.

The purpose of this study is to compare the median overall survival in patients with hepatocellular carcinoma BCLC stage C from hepatitis B and hepatitis C infection treated with systemic treatment and palliative treatment in Chaophrayayommarat Hospital, Thailand.

2. METHODS

Study design and population

The retrospective cohort study was conducted between January 2013 and September 2022. The study population consisted of patients older than 18 years diagnosed with advanced-stage hepatocellular carcinoma, the Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) staging C with hepatitis B and hepatitis C infection who were regularly followed up at Chaophrayayommarat Hospital, Thailand.

Hepatocellular carcinoma was diagnosed by

typical radiologic characteristic findings (tumor size, portal or hepatic vessel involvement, extrahepatic metastasis, and complications) of multiphasic computed tomography (CT) scan, or dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging (MRI), or confirmed by pathology with alpha-fetoprotein (AFP) more than 200 ng/ml. The data was review from medical record including age at HCC diagnosis, sex, body weight, height, smoking, alcohol, diabetes mellitus (DM), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status, Child-Pugh classification. Laboratory data including liver function test, AFP, HBsAg, anti-HBs, anti-HCV. HBV infection defines as HBsAg positive and HCV infection defines as anti-HCV positive. Detail of treatment include type of systemic treatment or palliative care was also collected. For the outcomes data, dead status was collected from medical record and the Bureau of Registration Administration with cutoff date on 31th September 2022. This study was approved by the Research Ethic Committee of Chaophrayayommarat Hospital, Thailand, number YM018/2565.

Statistical analysis

Baseline demographic data were describe using mean $\pm$ standard deviation (SD) and number of patients and percentage as appropriate. Student t-test was used to compare continuous variable between systemic treatment group and palliative treatment group. Chi square of Fisher's exact test were used to compare categorical variables between systemic treatment group and palliative treatment group.

The Kaplan-Meier method was used to estimate median overall survival comparison between treated with systemic and palliative treatment. Cox-regression analysis was used to compare median overall survival in systemic treatment group and palliative treatment group. Univariate Cox-regression analysis was used to explore prognosis factors associated with overall survival. All of significant factors from univariate analysis along with ALT $\geq$ 3xUNL because

ALT $\geq 3 \times \text{UNL}$ was a factor associated with status of patients and viral hepatitis infection because it was a major risk of HCC were then considered in multi-variate analysis. We also explored the median overall survival between hepatitis B infection, hepatitis C infection and co-infection in systemic treatment group and palliative treatment group. All of analysis was done using STATA software version 17. P- value < 0.05 was considered as statistically significant.

3. RESULTS

Patient cohort

A total number of 283 were included of which, 34 patients have received systemic treatment and 249 patients have received palliative treatment. Regimen used in systemic treatment were mFOLFOX6 24 patients, doxorubicin 2 patients, sorafenib 1 patient, Lenvatinib 3 patients and other/unknown drugs 4

patients. The baseline characteristics of patients are shown in Table 1. Most of baseline characteristics well balance except Child-Pugh classification was significant different in two groups, mostly of patients receiving systemic treatment was Child-Pugh class A (50%) but palliative treatment was Child-Pugh class B (80%). The mean age was 58 years for both groups. Most patients were men (85%). Thirty percent of patients in our study were overweight or obesity. Ex/ current smokers and never smokers were 50% and 30% respectively. Ex/ current alcohol drinking and never alcohol drinking were 40% and 45% respectively. Majority of people had hepatitis B infection (75%). Regarding the comorbidities diabetes mellitus, they were similar in both groups. Most of ECOG performance status in this study were 0-1(90%).

Table1: Baseline characteristics

	Systemic (N= 34) (12 %)	Palliative (N= 249) (88 %)	p- value
Age (years), mean $\pm$ SD	58 $\pm$ 8	58 $\pm$ 10	0.905
Sex			
Male	29(85.29)	213(85.54)	0.969
Female	5(14.71)	36(14.40)	
BMI (kg/m²)			
< 25	22(70.97)	113(70.62)	0.969
≥ 25	9(29.03)	47(29.38)	
Smoking status			
Never smoker	17(50.00)	113(45.38)	0.716
Ex or current smoker	10(29.41)	91(37.55)	
Unknown	7(20.59)	45(18.07)	
Alcohol			
Never	13(38.24)	101(40.56)	0.950
Ex or current use	16(47.06)	110(44.18)	
Unknown	5(14.71)	38(15.26)	
Hepatitis infection			
Hepatitis B	25(73.53)	169(67.87)	0.768
Hepatitis C	8(23.53)	68(27.31)	
Co-infection	1(2.94)	12(4.82)	

Table1: Baseline characteristics (Continued.)

	Systemic (N = 34) (12 %)	Palliative (N = 249) (88 %)	p- value
Diabetes mellitus			
Yes	7(20.59)	32(12.85)	0.220
No	27(79.41)	217(87.15)	
ECOG			
0-1	32(94.12)	204(81.93)	0.086
2-3	2(5.88)	45(18.07)	
Child-Pugh class			
A	17(50.00)	52(20.88)	<0.001
B	17(50.00)	197(79.12)	
AST (U/L)			
< 3xUNL	20(58.82)	142(57.03)	0.843
≥ 3xUNL	14(41.18)	107(42.97)	
ALT (U/L)			
< 3xUNL	28(82.35)	221(88.76)	0.281
≥ 3x UNL	6(17.65)	28(11.24)	
Alpha-fetoprotein (AFP)			
< 400 ng/ml	19(55.88)	106(42.57)	0.143
≥ 400 ng/ml	15(44.12)	143(57.43)	

Overall survival

Median overall survival was significantly shorter in the palliative treatment group than in the systemic treatment group (3.5 months vs. 12.3 months with hazard ratio of 1.75; 95% confidence interval [CI], 1.16 to 2.65; p-value= 0.008) (Table 2 and Fig. 2). Median overall survival in systemic treatment includes lenvatinib, mFOLFOX6, doxorubicin, and other was 29.7 months, 12.1 months, 5.5 months and 7.4 months, respectively.

Univariate Cox-regression analysis found significant factors associated with overall survival were ECOG performance status 2-3, Child-Pugh classification B, AFP ≥ 400 ng/ml, AST ≥ 3xUNL and alcohol consumption (Table2). Hepatitis B infection, Hepatitis C infection and co-infection were not statistically significant on univariate analysis with the hazard ratio (HR) of 0.98 (95% CI; 0.74-1.30),

p-value=0.889 in hepatitis C infection and the hazard ratio (HR) of 0.97 (95% CI; 0.52-1.78), p-value=0.914 in co-infection.

After consider all significant factors associated with overall survival from univariate analysis along with method of treatment, smoking status, alcohol, ECOG performance status, Child-Pugh classification, AST, ALT, Alpha-fetoprotein and hepatitis infection. Regarding hepatitis infection, it was not statistically significant in univariate analysis, but we included it in the multivariable analysis due to hepatitis infection is the major risk factor for hepatocellular carcinoma. In multivariate Cox-regression analysis, palliative treatment group still significant associated with shorter median overall survival as compare to systemic treatment group with hazard ratio of 1.745; 95% CI, 1.13 to 2.68; p-value= 0.012 (Table 3).

Ex- or current smoking status and Ex- or current

alcohol drinking resulting in a shorter median overall survival but were not statistically significant in multivariate analysis. About ECOG performance status 2–3 also was shorter median overall survival in multivariate analysis but was not statistically significant with the hazard ratio (HR) of 1.31 (95% CI; 0.92–1.86), p-value = 0.141. Child–Pugh classification B, AFP $\geq$ 400 ng/ml and AST $\geq$ 3xUNL were shorter median overall survival with significant in multivariate analysis. However, ALT $\geq$ 3xUNL was longer median overall survival compared with ALT $<$ 3xUNL (5.7 months vs 4.6 months) but was not statistically significant in multivariate analysis with the hazard ratio (HR) of 0.65 (95% CI; 0.41–1.02), p-value=0.059.

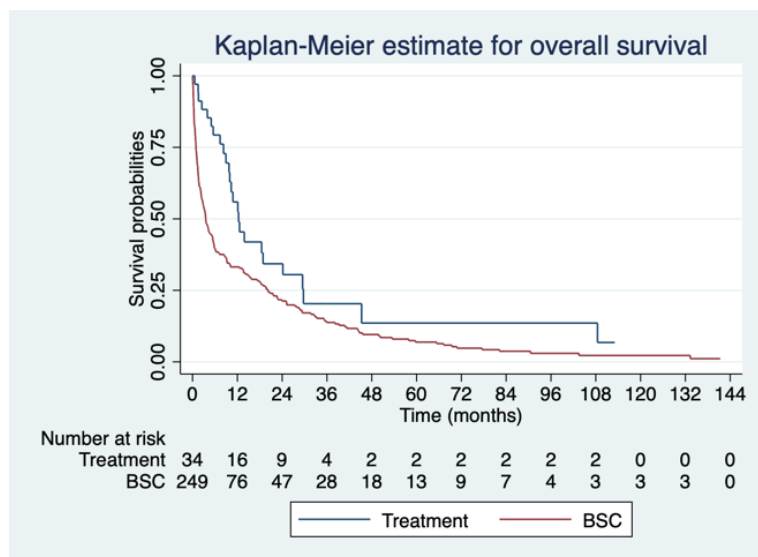


Fig 2. Kaplan–Meier curve demonstrated Overall Survival according to systemic treatment group.

Table 2: Median overall survival and univariate Cox–regression analysis

Factors	mOS (months)	Univariate analysis	
		HR (95% CI)	P- value
Treatment			
Systemic	12.3	Reference	
Palliative care	3.5	1.75(1.16–2.65)	0.008
Drugs			
mFOLFOX6	12.1		
Doxorubicin	5.5		
Sorafenib	Not available		
Lenvatinib	29.7		
Other	7.4		
Sex			
Male	4.2	Reference	
Female	12.1	0.78(0.54–1.12)	0.184
BMI (kg/m²)			
< 25	4.6	Reference	
$\geq$ 25	12.3	0.72(0.51–1.01)	0.057

Table 2: Median overall survival and univariate Cox-regression analysis (Continued.)

Factors	mOS (months)	Univariate analysis	
		HR (95% CI)	P- value
Smoking status			
Never	6.1	Reference	
Ex- or current	3.5	1.24(0.93–1.63)	0.138
Unknown	3.2	1.54(1.09–2.16)	0.013
Alcohol			
Never	8.5	Reference	
Ex- or current	3.4	1.42(1.07–1.86)	0.013
Unknown	2.7	1.81(1.25–2.62)	0.002
Hepatitis infection			
Hepatitis B	4.8	Reference	
Hepatitis C	5.1	0.98(0.74–1.30)	0.889
Co-infection	4.2	0.97(0.52–1.78)	0.914
Diabetes mellitus			
No	4.2	Reference	
Yes	7.4	0.73(0.50–1.05)	0.092
ECOG			
0–1	5.6	Reference	
2–3	2.4	1.49(1.07–2.07)	0.019
Child-Pugh classification			
A	22.7	Reference	
B	2.6	2.56(1.89–3.50)	<0.001
Alpha-fetoprotein (AFP)			
< 400 ng/ml	13.6	Reference	
≥ 400 ng/ml	2.1	1.84(1.43–2.37)	<0.001
AST (U/L)			
< 3xUNL	10.4	Reference	
≥ 3xUNL	1.5	2.40(1.85–3.10)	<0.001
ALT(U/L)			
< 3xUNL	4.6	Reference	
≥ 3xUNL	5.7	1.17(0.79–1.74)	0.433

Table 3: Multivariate Cox-regression analysis

Factors	Multivariate analysis	
	HR (95% CI)	P- value
Treatment		
Systemic	Reference	
Palliative care	1.74(1.13–2.68)	0.012

Table 3: Multivariate Cox-regression analysis (Continued.)

Factors	Multivariate analysis	
	HR (95% CI)	P- value
Smoking status		
Never	Reference	
Ex- or current	0.96(0.65–1.42)	0.842
Unknown	0.89(0.46–1.71)	0.723
Alcohol		
Never	Reference	
Ex- or current	1.47(0.99–2.20)	0.058
Unknown	2.25(1.10–4.61)	0.027
Hepatitis infection		
Hepatitis B	Reference	
Hepatitis C	1.00(0.74–1.34)	0.992
Co-infection	0.89(0.45–1.73)	0.724
ECOG		
0–1	Reference	
2–3	1.31(0.92–1.86)	0.141
Child-Pugh classification		
A	Reference	
B	1.97(1.42–2.72)	<0.001
Alpha-fetoprotein (AFP)		
< 400 ng/ml	Reference	
≥ 400 ng/ml	1.48(1.12–1.95)	0.006
AST (U/L)		
< 3xUNL	Reference	
≥ 3xUNL	2.27(1.67–3.10)	<0.001
ALT(U/L)		
< 3xUNL	Reference	
≥ 3xUNL	0.65(0.41–1.02)	0.059

Exploratory analysis in systemic treatment group, there was no significant in median overall survival hepatitis B infection and hepatitis C infection (13.9 months vs 10.8 months) (Fig3). In palliative treatment group, there also no significant between hepatitis B infection, hepatitis C infection and co-infection with median overall survival 3.5 months, 3.7 months and 3.3 months, respectively (Fig. 4).

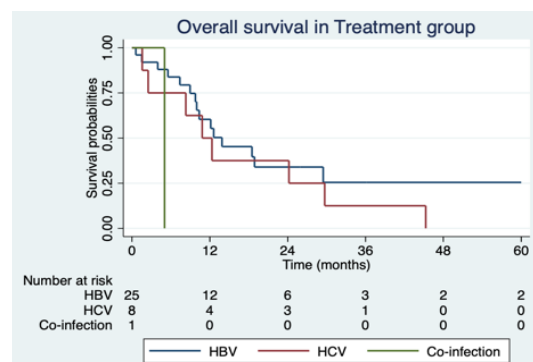


Fig. 3 Kaplan-Meier curve demonstrated median overall survival according to viral hepatitis profile in systemic treatment group.

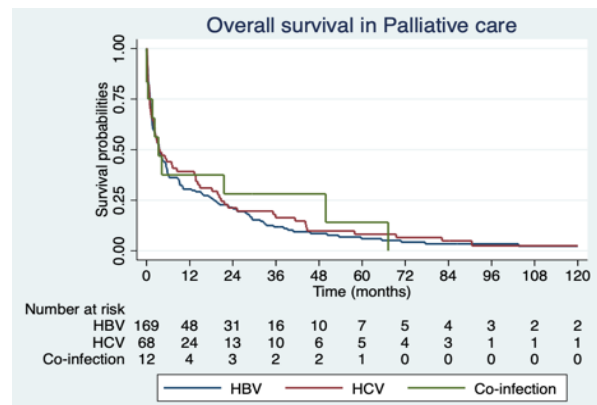


Fig. 4 Kaplan-Meier curve demonstrated median overall survival according to viral hepatitis profile in palliative treatment group.

4. DISCUSSION

In this study, we interested in comparing the median overall survival of patients with hepatocellular carcinoma BCLC stage C from hepatitis B and hepatitis C infection treated with systemic treatment compared with patients receiving palliative treatment. The median overall survival of patients with hepatocellular carcinoma BCLC stage C from hepatitis B and hepatitis C infection treated with systemic treatment group had a median overall survival of 12.3 months, as compared with 3.5 months in palliative treatment group. The effect of systemic treatment on overall survival remained significant after adjustment for baseline prognostic factors that were found to influence survival.

Prior study had reported in SHARP study⁽¹²⁾ benefit of sorafenib in HCC BCLC stage C median overall survival was 10.7 months compared to 7.9 months in placebo, REFLECT study⁽¹³⁾ compared Lenvatinib and sorafenib median overall survival was 13.6 months and 12.3 months, respectively. There are also chemotherapy agents available in BCLC stage C patients with FOLFOX and doxorubicin. Patient survival was 6.4 months with FOLFOX and with doxorubicin 4.9 months⁽¹⁵⁾.

In our study, patients receiving mFOLFOX6 and Lenvatinib had longer median overall survival compared with previous studies. However, in the palliative treatment group there was shorter median overall survival compared to the SHARP study. The previous conflicting results of comparing the median overall survival were probably due to the different region, in the SHARP

study most people were with Europe and Australasia, in the AP study that study efficacy of sorafenib in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma show that median overall survival in palliative treatment was 4.2 months⁽¹⁶⁾. And more patients in our study were Child-Pugh classification B in palliative treatment group. Most patients with hepatocellular carcinoma BCLC stage C with hepatitis B and hepatitis C infection in Chaophrayayommarat Hospital did not receive systemic treatment because they were difficult to access and refused treatment. Considering viral hepatitis infection, median overall survival was not different between HBV infection, HCV infection and co-infection either in systemic treatment group or palliative treatment group. In prior study had reported median overall survival in hepatitis B-HCC, hepatitis C-HCC and coinfection-HCC were not different⁽¹⁷⁾, but dissimilar from the finding of Taiwanese study the median overall survival of HCC patients who underwent chemotherapy or palliative treatment the HCV-HCC group showed a better survival than the HBV-HCC group⁽¹⁸⁾.

Nonetheless, our study had some limitations. The number of patients receiving treatment is small. Because it was identified in advance disease and the patients were Child-Pugh class B, it was difficult to conclude about treatment.

In summary, this study showed that systemic treatment group prolonged median overall survival in patients with hepatocellular carcinoma BCLC stage C with hepatitis B and hepatitis C infection and hepatitis

B infection had the same median overall survival as hepatitis C infection in both groups. This information will help prevent cancer and provide access to treatment in the future.

References

1. Ramathibodi Comprehensive Cancer Center. Cancer Report 2020:3-10.
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2011;61(2):69-90.
3. Donato F, Tagger A, Gelatti U, Parrinello G, Boffetta P, Albertini A, et al. Alcohol and Hepatocellular Carcinoma: The Effect of Lifetime Intake and Hepatitis Virus Infections in Men and Women. *American Journal of Epidemiology*. 2002;155(4):323-31.
4. Llovet JM, Kelley RK, Villanueva A, Singal AG, Pikarsky E, Roayaie S, et al. Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):6.
5. Wang J, Chenivesse X, Henglein B, Br̄chot C. Hepatitis B virus integration in a cyclin A gene in a hepatocellular carcinoma. *Nature*. 1990;343(6258):555-7.
6. Chang MH, You SL, Chen CJ, Liu CJ, Lai MW, Wu TC, et al. Long-term Effects of Hepatitis B Immunization of Infants in Preventing Liver Cancer. *Gastroenterology*. 2016;151(3):472-80.e1.
7. Kanwal F, Kramer J, Asch SM, Chayanupatkul M, Cao Y, El-Serag HB. Risk of Hepatocellular Cancer in HCV Patients Treated With Direct-Acting Antiviral Agents. *Gastroenterology*. 2017;153(4):996-1005.e1.
8. Lin C-W, Lin C-C, Mo L-R, Chang C-Y, Perng D-S, Hsu C-C, et al. Heavy alcohol consumption increases the incidence of hepatocellular carcinoma in hepatitis B virus-related cirrhosis. *Journal of Hepatology*. 2013;58(4):730-5.
9. Nomura F, Ohnishi K, Tanabe Y. Clinical features and prognosis of hepatocellular carcinoma with reference to serum alpha-fetoprotein levels. Analysis of 606 patients. *Cancer*. 1989;64(8):1700-7.
10. El-Serag HB. Hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2011;365(12):1118-27.
11. Finn RS, Qin S, Ikeda M, Galle PR, Ducreux M, Kim T-Y, et al. Atezolizumab plus Bevacizumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(20):1894-905.
12. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, Hilgard P, Gane E, Blanc JF, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2008;359(4):378-90.
13. Vogel A, Qin S, Kudo M, Su Y, Hudgens S, Yamashita T, et al. Lenvatinib versus sorafenib for first-line treatment of unresectable hepatocellular carcinoma: patient-reported outcomes from a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(8):649-58.
14. Ducreux M, Zhu AX, Cheng A-L, Galle PR, Ikeda M, Nicholas A, et al. IMbrave150: Exploratory analysis to examine the association between treatment response and overall survival (OS) in patients (pts) with unresectable hepatocellular carcinoma (HCC) treated with atezolizumab (atezo) + bevacizumab (bev) versus sorafenib (sor). *Journal of Clinical Oncology*. 2021;39(15_suppl):4071-.
15. Liccioni A, Reig M, Bruix J. FOLFOX-4 vs. doxorubicin for hepatocellular carcinoma: could a negative result be accepted as positive? *J Hepatol*. 2014;61(1):164-5.
16. Cheng AL, Kang YK, Chen Z, Tsao CJ, Qin S, Kim JS, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Oncol*. 2009;10(1):25-34.
17. Tangkijvanich P, Suwangool P, Mahachai V. Comparison of clinical features and survival of patients with hepatitis B- and hepatitis C-associated hepatocellular carcinoma in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2003;86 Suppl 2:S250-6.
18. Chen CH, Huang GT, Yang PM, Chen PJ, Lai MY, Chen DS, et al. Hepatitis B- and C-related hepatocellular carcinomas yield different clinical features and prognosis. *Eur J Cancer*. 2006;42(15):2524-9.

การควบคุมเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ผ่านการใช้โทรเวช Telemedicine in the management of glycemic control in diabetes in pregnancy

อรณิชา อมรจริยะกุล. พบ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (diabetes in pregnancy) เพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีความสำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับการมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ดังนั้นการควบคุมเบาหวานจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ จึงได้มีการนำโทรเวช (telemedicine) มาใช้ติดตามรักษาผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้ดูแลได้ใกล้ชิดในช่วงที่เกิดวิกฤตการณ์โควิด 19

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการใช้โทรเวชในการดูแลรักษาโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) ศึกษาผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึงวันที่ 31 กันยายน 2565 แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยโทรเวช (telemedicine) ด้วยการใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน โดยเก็บข้อมูลทุกคนที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาดังกล่าวที่มีข้อมูลเวชระเบียนครบสมบูรณ์

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 57 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ซึ่งเป็นการควบคุมเบาหวานผ่านการใช้โทรเวช จำนวน 29 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ จำนวน 28 คน เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 30.95 ± 5.75 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 22.63 ± 9.05 สัปดาห์ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.89 ± 5.63 กก./ม² ส่วนมากเป็นเบาหวานชนิด Pregestational DM คือโรคเบาหวานน่าจะเป็นตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์แต่ไม่ทราบมาก่อน ร้อยละ 54.4 เคยมีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.3 ช่วงที่คลอดบุตร กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เฉลี่ย 6.13 ± 0.66 และ 6.13 ± 1.04 ตามลำดับ (p-value = 0.982) ค่าระดับน้ำตาลสะสมที่น้อยกว่า 6% (HbA1c <6%) ร้อยละ 37.9 และ 50.0 ตามลำดับ (p-value = 0.36) การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสม

(HbA1c) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ลดลงที่ 0.91% (95%CI: -1.25, -0.58) (p-value < 0.001) กลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ลดลงที่ 0.35% (95%CI: -0.69, -0.01) (p-value = 0.043) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงมากกว่าอยู่ที่ 0.56% (95%CI: -1.04, -0.08) (p-value = 0.021) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวันต่อน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์เฉลี่ย 1.29 ± 1.00 และ 0.72 ± 0.48 ยูนิต/กิโลกรัม/วัน ตามลำดับ (p-value = 0.008) โดยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 34.5 และ 12.5 ตามลำดับ (p-value = 0.164)) จำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวช และที่โรงพยาบาลต่อสัปดาห์เฉลี่ย 1.02 ± 0.12 และ 0.82 ± 0.37 ตามลำดับ (p-value = 0.010) และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การใช้โทรเวชสามารถดูแลรักษาโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ได้ดีไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน แต่ทำให้มีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้มากกว่า 0.56%

คำสำคัญ โทรเวช การแพทย์ทางไกล โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

บทนำ

ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (diabetes in pregnancy) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1. โรคเบาหวานที่ตรวจพบทราบตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational diabetes or pre-existing diabetes mellitus) กับ 2. โรคเบาหวานที่ตรวจพบเฉพาะขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)⁽¹⁾ ความชุกของภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (diabetes in pregnancy) เพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกาและหลายประเทศทั่วโลก⁽²⁾ รวมถึงประเทศไทย มีการศึกษาความชุกโรคเบาหวานที่ตรวจพบเฉพาะขณะตั้งครรภ์สูงตั้งแต่ 2.1% - 23%⁽³⁻⁷⁾ ซึ่งความสำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับการมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ อันได้แก่ การแท้ง (sponta-

neous abortion), ความผิดปกติของรูปร่างของทารกในครรภ์ (fetal anomalies), ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia), การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ (fetal demise), ขนาดของทารกผิดปกติที่อาจเป็นได้ทั้ง ทารกตัวเล็กกว่าปกติ (microsomia) และทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเด็กแรกเกิด (neonatal hypoglycemia), ภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia), ภาวะหายใจลำบากของทารกตั้งแต่กำเนิด (neonatal respiratory distress syndrome) เป็นต้น และยังเพิ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานในหญิงผู้นั้นต่อไป เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease), โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อทารกในครรภ์ที่เมื่อโตขึ้นแล้วจะมีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁾ มีการศึกษาวิจัยพบว่า มารดาที่เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบเฉพาะขณะตั้งครรภ์ (GDM) ส่งผลกระทบต่อกลไกพันธุศาสตร์ด้านกระบวนการเหนือพันธุกรรม (epigenetic mechanism) ของลูก ทำให้เพิ่มความเสี่ยงภาวะอ้วน (adiposity) และเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสิ่งนี้ถือเป็นปัจจัยการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพราะฉะนั้นการควบคุมเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ให้มีความสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวและลดการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ในรุ่นถัดไปได้⁽⁸⁾

ในช่วงวิกฤตการณ์โควิด 19 ได้มีนโยบายลดจำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 จึงมีการนำโทรเวชมาช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งงานวิจัยที่เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) วิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) 32 รายงาน พบว่า⁽⁹⁾ กลุ่มที่ได้รับโทรเวช (telemedicine group) มีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีการลดลงของระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (fasting blood glucose, FBG) การลดลงของระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในครรภ์ได้เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐาน กล่าวคือ ภาวะความดันสูงในหญิงตั้งครรภ์ หรือ ครรภ์เป็นพิษ (pregnancy-induced hypertension or preeclampsia) ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด (premature rupture of membranes) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) การผ่าคลอด ภาวะทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) การขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (neonatal asphyxia) และมีการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเด็กแรกเกิด (neonatal hypoglycaemia) น้อยกว่า จากข้อมูลนี้ทางสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American diabetes association, ADA) ปี 2022 จึงแนะนำให้ใช้โทรเวชดูแล

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่ตรวจพบเฉพาะขณะตั้งครรภ์ (GDM) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา⁽²⁾

โรงพยาบาลพุทธโสธรได้นำโทรเวชมาใช้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในรูปแบบโปรแกรมสำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile application) และเว็บแอปพลิเคชัน (web application) ชื่อ ไดเอทซ์ (Dietz) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร่วมกันปรับปรุงพัฒนาระบบ มีชื่อโครงการว่า พุทธโสธรไดเอทซ์แคร์ (Buddhasothorn Dietz care) เป็นการนำโปรแกรมแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ (smart phone) มาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกผลการตรวจสุขภาพประจำวันของตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด อาหารที่รับประทาน ชนิดและปริมาณยาอินซูลินที่ใช้ และส่งข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อติดตามอาการ (Remote patient monitoring; RPM) และใช้การแชทพูดคุยโดยการส่งข้อความหากัน (mHealth) เพื่อแนะนำการรับประทานอาหาร และการปรับปริมาณยาอินซูลิน ซึ่งได้เริ่มโครงการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 แต่ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลวิเคราะห์ว่าการใช้โทรเวชนี้ส่งผลดี ทำให้ควบคุมเบาหวาน และลดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมของมารดาและทารกในครรภ์ได้ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ เพื่อประเมินผลการใช้โทรเวชมาเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้สามารถนำมาพัฒนาการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการทำโทรเวชมากขึ้น ขยายผลให้นำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่นหรือ โรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการใช้โทรเวชในการดูแลรักษาโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) ศึกษาผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึงวันที่ 31 กันยายน 2565 เก็บข้อมูลทุกคนที่เข้าเกณฑ์ทุกรายและมีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์

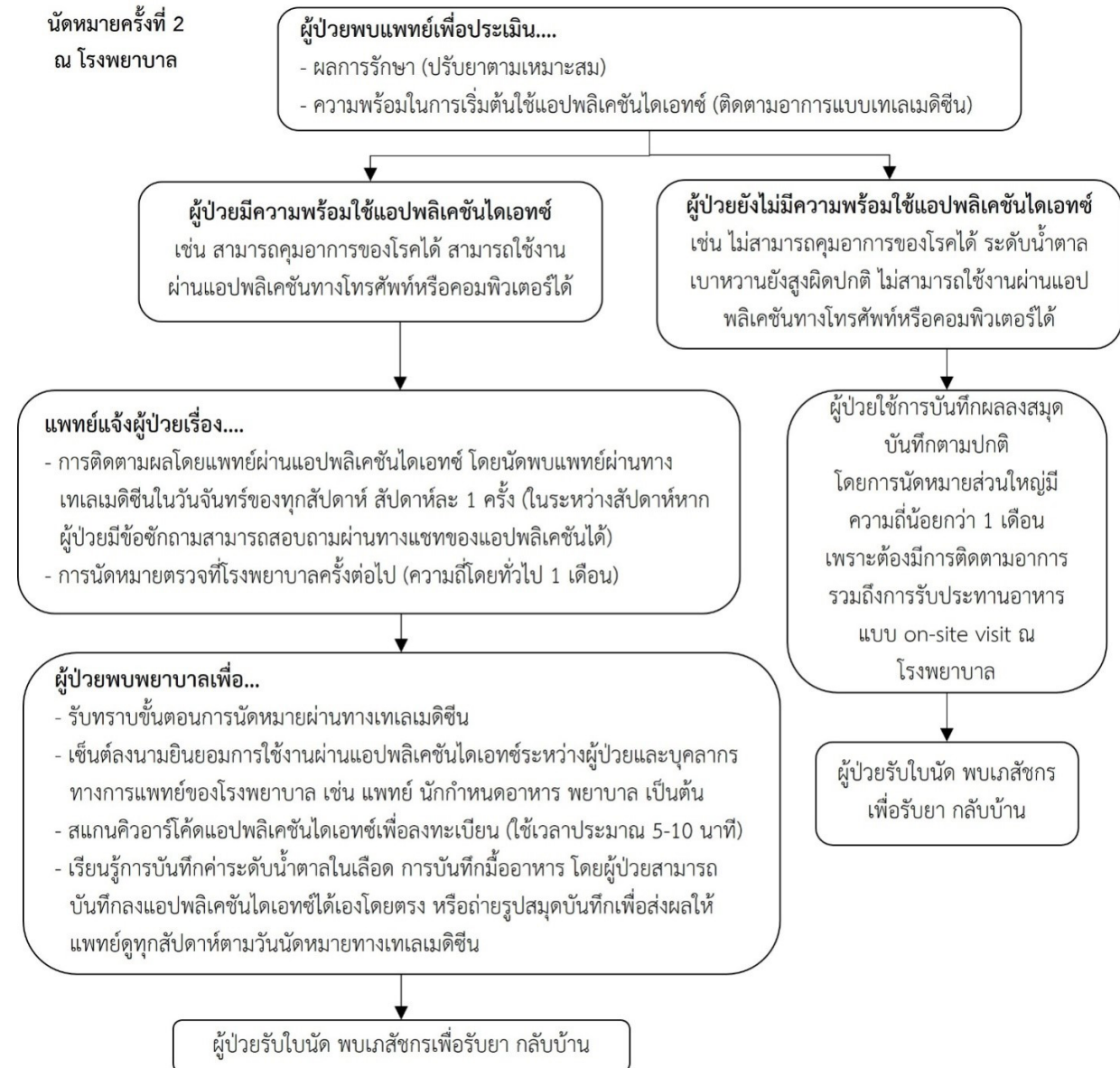
เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

กลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยโทรเวชด้วยแอปพลิเคชันไดเอทซ์

1. ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ทั้งวินิจฉัยก่อนและขณะตั้งครรภ์
3. ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพุทธโสธร ขณะอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์

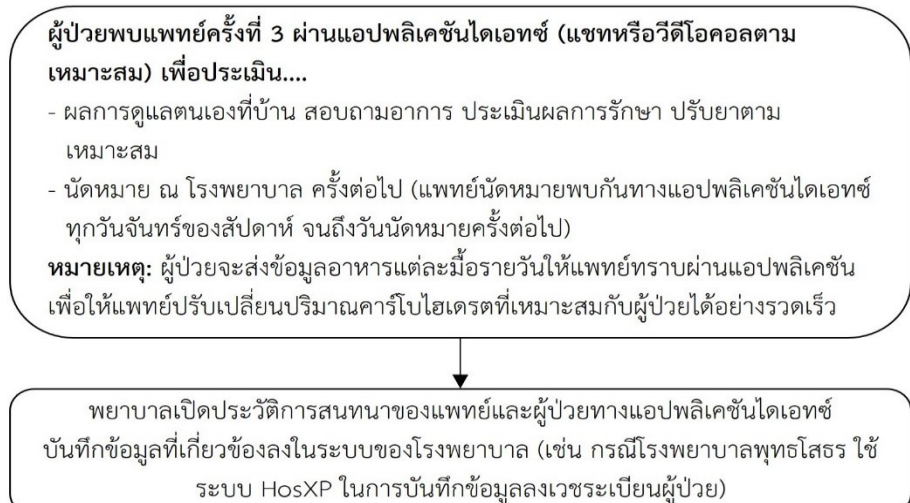
รูปที่ 2 แสดงแนวทางการพบแพทย์และนัดหมายครั้งที่ 2 ในการประเมินและเริ่มใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์

นัดหมายครั้งที่ 2
ณ โรงพยาบาล



รูป 3 แสดงแนวทางการพบแพทย์และนัดหมายครั้งที่ 3 ในการประเมินและเริ่มใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์

นัดหมายครั้งที่ 3
สำหรับผู้ป่วยที่ใช้
แอปพลิเคชันไดเอทซ์



การคำนวณทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ใช้สถิติตามข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แบ่งเป็น 2 ส่วนตามประเภทของข้อมูล ดังนี้

1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ตามความเหมาะสมของข้อมูล

1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ ตามความเหมาะสมของข้อมูล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Student's t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของ HbA1c ในแต่ละจุดเวลาระหว่างกลุ่มโทรเวช (Telemedicine) และกลุ่มการรักษามาตรฐาน (Conventional) ใช้สถิติ Student's t-test และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c ระหว่างกลุ่มโทรเวช (Telemedicine) และกลุ่มการรักษามาตรฐาน (Conventional) โดยใช้สถิติ Generalized linear mixed model (GLMM) (***)linear mixed-effect model ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน อายุ ดัชนีมวลกาย ขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวัน และจำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวชและที่โรงพยาบาล) รายงานด้วย mean difference with 95% CIs และการเปรียบเทียบ HbA1c at delivery <6.0% ระหว่างกลุ่มโทรเวช (Telemedicine) และกลุ่มการรักษามาตรฐาน (Conventional) รายงานด้วยผลต่างของค่าสัดส่วน difference in proportions และ Effect estimate is odds ratio (2-sided 95%CI) จาก logistic regression model.

3. การเปรียบเทียบ secondary outcome (total daily dose of insulin before delivery, times seeing doctor, weeks from clinic to delivery, body weight) ระหว่างกลุ่มโทรเวช (Telemedicine) และกลุ่มการรักษามาตรฐาน (Conventional) ใช้สถิติ Student's t-test

4. การเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มโทรเวช (Telemedicine) และกลุ่มการรักษามาตรฐาน (Conventional) รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ตามความเหมาะสมของข้อมูล โดยระดับนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลที่คลินิก

เบาหวานและได้มีติดตามรักษาด้วยโทรเวช โดยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลพุทธโสธร ทั้งหมด 119 คน แต่ที่มีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน จำนวน 57 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ซึ่งเป็นการควบคุมเบาหวานผ่านการใช้โทรเวช จำนวน 29 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์จำนวน 28 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ซึ่งเป็นการควบคุมเบาหวานผ่านการใช้โทรเวชพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ร้อยละ 96.6 และ 82.1 ตามลำดับ (p-value = 0.276) ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม ร้อยละ 58.6 และ 42.9 ตามลำดับ (p-value = 0.398) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีอายุครรภ์ที่ต่ำกว่าเฉลี่ย 30.07 ± 5.99 ปี และ 31.29 ± 5.73 ปี ตามลำดับ (p-value = 0.437) ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานเฉลี่ย 28.82 ± 6.79 ปี และ 30.12 ± 5.80 ปี ตามลำดับ (p-value = 0.451) และเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 30.45 ± 5.93 ปี และ 31.46 ± 5.82 ปี ตามลำดับ (p-value = 0.510) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีโรคประจำตัว ร้อยละ 37.9 และ 25 ตามลำดับ (p-value = 0.294) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.1 และ 10.7 ตามลำดับ (p-value = 0.297) โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.8 และ 0 ตามลำดับ (p-value = 0.112) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีน้ำหนักก่อนมีการตั้งครรภ์เฉลี่ย 79.81 ± 14.27 กก. และ 75.39 ± 17.37 กก. ตามลำดับ (p-value = 0.298) เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 83.24 ± 14.59 กก. และ 79.36 ± 18.75 กก. ตามลำดับ (p-value = 0.386) และเมื่อคลอดบุตรเฉลี่ย 89.96 ± 14.19 กก. และ 83.69 ± 19.08 กก. ตามลำดับ (p-value = 0.169) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีดัชนีมวลกายก่อนมีการตั้งครรภ์เฉลี่ย 30.86 ± 5.28 กก./ม² และ 29.56 ± 5.69 กก./ม² ตามลำดับ (p-value = 0.376) และเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 32.31 ± 5.29 กก./ม² และ 31.45 ± 6.02 กก./ม² ตามลำดับ (p-value = 0.568) ข้อมูลการตั้งครรภ์พบ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ส่วนมากมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง (Multigravida) ร้อยละ 79.3 และ 85.7 ตามลำดับ (p-value = 0.730) เคยผ่านการคลอดมา 1 ครั้ง (Primipara) ร้อยละ 51.7 และ 60.7 ตามลำดับ (p-value = 0.670) และเคยแท้งบุตร ร้อยละ 24.1 และ 32.1 ตามลำดับ (p-value = 0.501) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีอายุครรภ์ขณะที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานเฉลี่ย 17.24 ± 6.28 สัปดาห์ และ 18.25 ± 9.35 สัปดาห์ ตามลำดับ (p-value = 0.688) และเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 19.79

± 7.87 สัปดาห์ และ 25.57 ± 9.39 สัปดาห์ ตามลำดับ (p -value = 0.015) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ส่วนมากมีชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น Pregestational DM ร้อยละ 51.7 และ 57.1 ตามลำดับ (p -value = 1.000) และเคยมีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.3 และ 14.3 ตามลำดับ (p -value <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. คุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

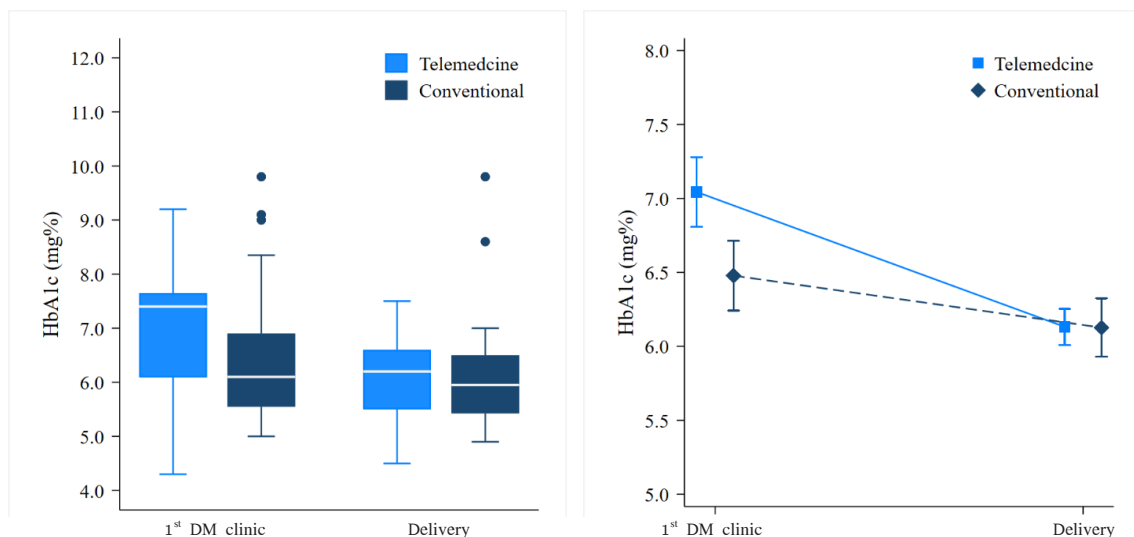
Variables	Total (n = 57)	Telemedicine (n = 29)	Conventional (n = 28)	p-value
Ethnic/Nation				
Thai/Thai	51 (89.5)	28 (96.6)	23 (82.1)	0.276
Myanmar/Myanmar	3 (5.3)	1 (3.4)	2 (7.1)	
Laos/Laos	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.6)	
Cambodia/Cambodia	2 (3.5)	0 (0.0)	2 (7.1)	
Health scheme				
Universal coverage	23 (40.4)	11 (37.9)	12 (42.9)	0.398
Social security scheme	29 (50.9)	17 (58.6)	12 (42.9)	
Government	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.6)	
Others	4 (7.0)	1 (3.4)	3 (10.7)	
Age (years)				
at this pregnancy	30.67 ± 5.84	30.07 ± 5.99	31.29 ± 5.73	0.437
at DM diagnosis	29.44 ± 6.22	28.82 ± 6.79	30.12 ± 5.60	0.451
at 1 st visit DM clinic	30.95 ± 5.75	30.45 ± 5.93	31.46 ± 5.62	0.510
Gravida				
Primigravida	10 (17.5)	6 (20.7)	4 (14.3)	0.730
Multigravida	47 (82.5)	23 (79.3)	24 (85.7)	
Parity				
Nullipara	13 (22.8)	8 (27.6)	5 (17.9)	0.670
Primipara	32 (56.1)	15 (51.7)	17 (60.7)	
Multipara	12 (21.1)	6 (20.7)	6 (21.4)	
Abortion				
No	41 (71.9)	22 (75.9)	19 (67.9)	0.501
Yes	16 (28.1)	7 (24.1)	9 (32.1)	
Gestational age (week)				
at DM diagnosis, (n =89)	17.73 ± 7.84	17.24 ± 6.28	18.25 ± 9.35	0.688
at 1 st visit DM clinic	22.63 ± 9.05	19.79 ± 7.87	25.57 ± 9.39	0.015
Type of DM				
GDM	11 (19.3)	5 (17.2)	6 (21.4)	1.000
Pregestational DM	31 (54.4)	15 (51.7)	16 (57.1)	
Pre-existing T2DM	12 (21.1)	6 (20.7)	6 (21.4)	
Pre-existing T1DM	1 (1.8)	1 (3.4)	0 (0.0)	
Others	1 (1.8)	1 (3.4)	0 (0.0)	
Unknown	1 (1.8)	1 (3.4)	0 (0.0)	

Variables	Total (n = 57)	Telemedicine (n = 29)	Conventional (n = 28)	p-value
History of GDM				
No	19 (33.3)	18 (62.1)	1 (3.6)	<0.001
Yes	7 (12.3)	3 (10.3)	4 (14.3)	
Unknown	31 (54.4)	8 (27.6)	23 (82.1)	
Underlying disease				
HT	18 (31.6)	11 (37.9)	7 (25.0)	0.294
DLP	10 (17.5)	7 (24.1)	3 (10.7)	0.297
Others	4 (7.0)	4 (13.8)	0 (0.0)	0.112
BW before pregnancy (kg)	77.64 ± 15.89	79.81 ± 14.27	75.39 ± 17.37	0.561
BW at 1 st DM clinic (kg)	81.33 ± 16.73	83.24 ± 14.59	79.36 ± 18.75	0.298
BMI before pregnancy (kg/m ²)	30.22 ± 5.48	30.86 ± 5.28	29.56 ± 5.69	0.386
BMI at 1 st DM clinic (kg/m ²)	31.89 ± 5.63	32.31 ± 5.29	31.45 ± 6.02	0.376
				0.568

ผลการควบคุมเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ผ่านการใช้โทรเวช

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 7.04 ± 1.27 และ 6.48 ± 1.25 ตามลำดับ (p-value = 0.096) และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ขณะที่คลอดบุตรเฉลี่ย 6.13 ± 0.66 และ 6.13 ± 1.04 ตามลำดับ (p-value = 0.982) โดยทั้งค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานและขณะที่คลอดบุตรระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์กับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 4)

รูปที่ 4. ผลของโทรเวชต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน



นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ขณะที่คลอดบุตรที่น้อยกว่า 6% อันเป็นเป้าหมายของการรักษา พบว่ากลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ขณะที่คลอดบุตรน้อยกว่า 6% ร้อยละ 37.9 และ 50.0 ตามลำดับ (p-value = 0.36) โดยกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ขณะที่คลอดบุตรน้อยกว่า 6% น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ ร้อยละ 12.07 (95CI: -37.66, 13.52) และกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีโอกาสที่จะมีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ขณะที่คลอดบุตรน้อยกว่า 6% เป็น 0.61 เท่า

(OR = 0.61, 95%CI: 0.21, 1.75) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.360) ดังตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์กับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วย Linear mixed-effect model และควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน อายุ ดัชนีมวลกาย ขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวัน และจำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวชและที่โรงพยาบาล ในการวิเคราะห์ พบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ขณะที่ยกเลิก

บุตร ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงที่ 0.91% (95%CI: -1.25, -0.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงที่ 0.35% (95%CI: -0.69, -0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.043) เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันใดเอทซ์ที่ 0.56% (95%CI: -1.04, -0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.021) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. ผลของโทรเวชต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

Variables	Telemedicine (n = 29)	Conventional (n = 28)	Absolute difference (95% CI)	Effect estimate (95% CI)	p-value
HbA1c at 1 st DM clinic	7.04 ± 1.27	6.48 ± 1.25	0.57 (-0.10,1.24)		0.096
HbA1c at delivery	6.13 ± 0.66	6.13 ± 1.04	0.01 (-0.46, 0.47)		0.982
HbA1c <6.0%	11 (37.9)	14 (50.0)	-12.07 (-37.66, 13.52) ^b		0.360
HbA1c change from baseline, (95%CI)	-0.91 (-1.25,-0.58) ^a	-0.35 (-0.69, -0.01) ^a	-0.56 (-1.04, -0.08) ^a		0.021*

Data are presented as number (%), mean ± standard deviation or median (interquartile range).

a Absolute difference is the mean difference with 95%CI from a linear mixed-effect model adjusted for baseline HbA1c, age, BMI, TDD of insulin, and times seeing doctor.

b Absolute difference is the difference in proportions.

c Effect estimate is odds ratio (2-sided 95%CI) from a logistic regression model.

* Significant at p-value < 0.05

กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวันเฉลี่ย 102.9 ± 63.2 ยูนิต/วัน และ 56.43 ± 35.39 ยูนิต/วัน ตามลำดับ โดยที่กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวันมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวันต่อน้ำหนักตัวเฉลี่ย 1.29 ± 1.00 ยูนิต/กก./วัน และ 0.72 ± 0.48 ยูนิต/กก./วัน ตามลำดับ โดยที่กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวันต่อน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.008) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 34.5 และ 12.5 ตามลำดับ โดยที่การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์กับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.164) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีจำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวชและที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 17.28 ± 7.58 ครั้ง และ 6.18 ± 3.16 ครั้ง ตามลำดับ โดยที่กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีจำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวชและที่โรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีจำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวชและที่โรงพยาบาลต่อสัปดาห์เฉลี่ย 1.02 ± 0.12 ครั้ง/สัปดาห์ และ 0.82 ± 0.37 ครั้ง/สัปดาห์

ตามลำดับ โดยที่กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีจำนวนครั้งที่พบแพทย์ทั้งทางโทรเวชและที่โรงพยาบาลต่อสัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.010) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโดยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อฯ จนถึงคลอดเฉลี่ย 17.07 ± 7.42 สัปดาห์ และ 10.00 ± 7.42 สัปดาห์ ตามลำดับ โดยที่กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโดยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อฯ จนถึงคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีน้ำหนักตัวเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 83.24 ± 14.59 กก. และ 79.36 ± 18.75 กก. ตามลำดับ (p -value = 0.386) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากการตั้งครรภ์เฉลี่ย 9.73 ± 5.02 กก. และ 8.30 ± 4.67 กก. ตามลำดับ (p -value = 0.275) กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 6.41 ± 4.36 กก. และ 4.34 ± 5.27 กก. ตามลำดับ (p -value = 0.114) โดยระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์กับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์น้ำหนักตัวเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากการตั้งครรภ์ และเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3. ผลของโทรเวชต่อคุณลักษณะอื่นๆในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

Variables	Telemedicine (n = 29)	Conventional (n = 28)	Absolute difference (95%CI)	p-value
ขนาดยาอินซูลินที่ใช้ในช่วงก่อนคลอด (ยูนิต/วัน)	102.9 ± 63.2	56.43 ± 35.39	46.47 (19.25, 73.69)	0.001*
ขนาดยาอินซูลินที่ใช้ในช่วงก่อนคลอด ต่อน้ำหนักตัว (ยูนิต/กิโลกรัม/วัน)	1.29 ± 1.00	0.72 ± 0.48	0.57 (0.15, 0.99)	0.008*
การมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (ราย) (n = 45)	10 (34.5)	2 (12.5)		
จำนวนครั้งที่พบแพทย์ (ครั้ง)	17.28 ± 7.58	6.18 ± 3.16	11.10 (8.002, 14.19)	<0.001*
จำนวนครั้งที่พบแพทย์ต่อสัปดาห์ (ครั้ง/สัปดาห์)	1.02 ± 0.12	0.82 ± 0.37	0.20 (0.05, 0.35)	0.010*
จำนวนสัปดาห์ตั้งแต่เมื่อเข้าคลินิกจนถึงก่อนคลอด น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	17.07 ± 7.42	10.00 ± 7.42	7.07 (3.13, 11.01)	0.001*
เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน (กิโลกรัม)	83.24 ± 14.59	79.36 ± 18.75	3.88 (-5.02, 12.79)	0.386
การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวก่อนคลอดเทียบกับ ก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	9.73 ± 5.02	8.30 ± 4.67	1.43 (-1.17, 4.03)	0.275
การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวก่อนคลอดเทียบกับ เมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวาน (กิโลกรัม)	6.41 ± 4.36	4.34 ± 5.27	2.08 (-0.51, 4.67)	0.114

Data are presented as number (%), mean $\pm$ standard deviation or median (interquartile range).

P-value corresponds to *Independent samples t-test, ^mMann-Whitney U test, ^cChi-square test or ^fFisher's exact test.

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์กับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งการแท้ง (spontaneous abortion) ร้อยละ 0 และ 3.6 ตามลำดับ (p-value = 0.491) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ร้อยละ 13.8 และ 14.8 ตามลำดับ (p-value = 1.000) ภาวะความดันสูงในหญิงตั้งครรภ์ หรือ ครรภ์เป็นพิษ (pregnancy-induced hypertension or preeclampsia) ร้อยละ 10.7 และ 7.4 ตามลำดับ (p-value = 1.000) ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด (premature rupture of membranes) ร้อยละ 3.6 และ 7.4 ตามลำดับ (p-value = 0.611) การผ่าคลอดด้วยเหตุผลทางสูติกรรม ร้อยละ

57.1 และ 33.3 ตามลำดับ (p-value = 0.076) ความผิดปกติของรูปร่างของทารกในครรภ์ (fetal anomalies) ร้อยละ 10.7 และ 22.2 ตามลำดับ (p-value = 0.295) ขนาดของทารกผิดปกติที่อาจเป็นได้ทั้ง ทารกตัวเล็กกว่าปกติ (microsomia) ร้อยละ 0 และ 11.1 ตามลำดับ (p-value = 0.111) และทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) ร้อยละ 21.4 และ 7.4 ตามลำดับ (p-value = 0.252) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเด็กแรกเกิด (neonatal hypoglycemia) ร้อยละ 21.4 และ 14.8 ตามลำดับ (p-value = 0.729) ภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) ร้อยละ 28.6 และ 25.9 ตามลำดับ (p-value = 1.000) ภาวะหายใจลำบากในเด็กแรกเกิด (neonatal ARDS) ร้อยละ 0 และ 3.7 ตามลำดับ (p-value = 0.491) และภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากชั่วขณะในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of newborn) ร้อยละ 21.4 และ 3.7 ตามลำดับ (p-value = 0.101) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลของโทรเวชต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์

Variables	Total (n = 57)	Telemedicine (n = 29)	Conventional (n = 28)	p-value
Spontaneous abortion, (n = 57)	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.6)	0.491
Preterm birth, (n = 56)	8 (14.3)	4 (13.8)	4 (14.8)	1.000
PIH or preeclampsia, (n = 55)	5 (9.1)	3 (10.7)	2 (7.4)	1.000
Polyhydramnios, (n = 55)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
PROM, (n = 55)	3 (5.5)	1 (3.6)	2 (7.4)	0.611
C/S due to OB complication, (n = 55)	25 (45.5)	16 (57.1)	9 (33.3)	0.076
Fetal anomalies, (n = 55)	9 (16.4)	3 (10.7)	6 (22.2)	0.295
Anomalies describe				
Pulmonic stenosis	5 (8.8)	1 (3.4)	7 (14.2)	
Patent ductus arteriosus	4 (7.0)	2 (6.8)	2 (7.1)	
Tricuspid regurgitation	2 (3.5)	1 (3.4)	1 (3.6)	
Pulmonary hypertension	1 (1.8)	1 (3.4)	0 (0.0)	
Right hydrocele	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.6)	
Single umbilical artery	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.6)	
Fetal demise, (n = 55)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
Microsomia, (n = 55)	3 (5.5)	0 (0.0)	3 (11.1)	0.111
Macrosomia, (n = 55)	8 (14.5)	6 (21.4)	2 (7.4)	0.252
Neonatal hypoglycemia, (n = 55)	10 (18.2)	6 (21.4)	4 (14.8)	0.729
Neonatal Jaundice, (n = 55)	15 (27.3)	8 (28.6)	7 (25.9)	1.000
Neonatal ARDS, (n = 55)	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (3.7)	0.491
Transient tachypnea of newborn, (n = 55)	7 (12.7)	6 (21.4)	1 (3.7)	0.101
Hypocalcemia, (n = 56)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA

Data are presented as number (%), mean $\pm$ standard deviation or median (interquartile range).

P-value corresponds to ¹Independent samples t-test, ^mMann-Whitney U test, ^cChi-square test or ^fFisher's exact test.

บทวิจารณ์

ปัจจุบันมีการนำโทรเวช (Telemedicine) มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงโรคเบาหวานด้วย ซึ่งโรงพยาบาลพุทธโสธรเริ่มนำโทรเวช (Telemedicine) มาใช้ผ่านแอปพลิเคชันไคเอทซ์ในการควบคุมโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ในช่วงวิกฤตการณ์โควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล และเพื่อเป็นการประเมินผลการใช้โทรเวชในการดูแลรักษาโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์จึงได้จัดทำงานวิจัยนี้ขึ้น ซึ่งผลพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีการลดลงของค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) อยู่ที่ 0.91% (95%CI: -1.25, -0.58) (p-value < 0.001) ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ที่มีการลดลงของค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) อยู่ที่ 0.35% (95%CI: -0.69, -0.01) (p-value = 0.043) โดยมีค่าแตกต่างกันที่ 0.56% (95%CI: -1.04, -0.08) (p-value = 0.021) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่เป็นการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) วิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) 32 รายงาน พบว่า⁽⁹⁾ กลุ่มที่ได้รับโทรเวช (telemedicine group) มีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ลดลงกันแล้วกลุ่มโทรเวชลดได้มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐานอยู่ 0.7 [mean difference = - 0.70, 95% CI = (- 1.05, - 0.34), P < 0.01] เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ก่อนคลอดพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีค่าเฉลี่ย $6.13 \pm 0.66\%$ ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ที่มีค่าเฉลี่ย $6.13 \pm 1.04\%$ (p-value = 0.982) แต่ที่มีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้มากกว่านั้นเป็นเพราะ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ตั้งต้นเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีแนวโน้มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ คือมีน้ำตาลสะสม (HbA1c) เฉลี่ย 7.04 ± 1.27 และ 6.48 ± 1.25 ตามลำดับ (p-value = 0.096) แต่ผลต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปได้ว่าเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงไม่เห็นผลต่างที่ชัดเจน (รูปที่ 4) สำหรับปัจจัยที่ทำให้การใช้โทรเวชลดระดับน้ำตาลสะสมได้ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานน่าจะเป็นด้วย 4 ปัจจัย คือ

1. การได้พบแพทย์ทั้งทางแอปพลิเคชันไคเอทซ์และมาพบที่โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ กล่าวคือ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ได้พบแพทย์ เฉลี่ย

17.28 ± 7.58 ครั้ง เปรียบเทียบกับ 6.18 ± 3.16 ครั้ง ในกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ (p-value < 0.001) หากคิดคำนวณเฉลี่ยต่อหนึ่งสัปดาห์จะพบว่ากลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้มีจำนวนครั้งที่พบแพทย์เฉลี่ย 1.02 ± 0.12 ครั้ง/สัปดาห์ และ 0.82 ± 0.37 ครั้ง/สัปดาห์ ตามลำดับ (p-value = 0.010)

2. กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลินในปริมาณที่มากกว่า กล่าวคือ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีขนาดยาอินซูลินที่ฉีดต่อวันเฉลี่ย 102.9 ± 63.2 ยูนิต และ 56.43 ± 35.39 ยูนิตตามลำดับ (p-value = 0.001) หากคิดเป็นต่อน้ำหนักตัวก็โลกรัมจะเฉลี่ย 1.29 ± 1.00 ยูนิตต่อกิโลกรัม และ 0.72 ± 0.48 ยูนิตต่อกิโลกรัม ตามลำดับ (p-value = 0.008) ซึ่งยาอินซูลินมีผลลดระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นกลุ่มที่ได้รับมากกว่าจึงลดระดับน้ำตาลได้มากกว่า และคิดว่าสาเหตุที่ทำให้กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ได้รับยาในปริมาณที่มากกว่าเป็นเพราะว่าได้พบแพทย์บ่อยครั้งกว่าจึงมีการปรับยาที่บ่อยกว่า สำหรับผลข้างเคียงจากยาอินซูลินในเรื่องภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำนั้น พบว่ากลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีแนวโน้มเกิดมากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 34.5 และ 12.5 ตามลำดับ (p-value = 0.164)

3. กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ได้มาพบแพทย์ที่คลินิกเบาหวานตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า กล่าวคือ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์และกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์มีอายุครรภ์ขณะเมื่อแรกเข้าคลินิกเบาหวานเฉลี่ย 19.79 ± 7.87 สัปดาห์ และ 25.57 ± 9.39 สัปดาห์ ตามลำดับ (p-value = 0.015) ทำให้มีเวลาในการให้ความรู้และระยะเวลาดูแลรักษา ก่อนคลอดได้นานกว่า ทำให้ลดระดับน้ำตาลสะสมก่อนคลอดได้ดีกว่า

4. กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโดยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อฯ ก่อนคลอดนานกว่า คือ เฉลี่ย 17.07 ± 7.42 สัปดาห์ เทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไคเอทซ์เฉลี่ยที่ 10.00 ± 7.42 สัปดาห์ (p-value = 0.001) ทำให้ได้ปรับเพิ่มยารักษา แนะนำการรับประทานอาหาร และลดระดับน้ำตาลสะสมก่อนคลอดได้ดีกว่า สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ ได้แก่ การแท้ง (spontaneous abortion) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ภาวะความดันสูงในหญิงตั้งครรภ์ หรือ ครรภ์เป็นพิษ (pregnancy-induced

hypertension or preeclampsia) ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด (premature rupture of membranes) การผ่าคลอดด้วยเหตุผลทางสูติกรรม ความผิดปกติของรูปร่างของทารกในครรภ์ (fetal anomalies) ขนาดของทารกผิดปกติที่อาจเป็นได้ทั้ง ทารกตัวเล็กกว่าปกติ (microsomia) และทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเด็กแรกเกิด (neonatal hypoglycemia) ภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) ภาวะหายใจลำบากในเด็กแรกเกิด (neonatal ARDS) และภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากชั่วขณะในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of newborn) นั้น กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์กับกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชันไดเอทซ์เกิดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย “Using Technology to Support Care in Gestational Diabetes Mellitus: Quantitative Outcomes of an Exploratory Randomised Control Trial of Adjunct Telemedicine for Gestational Diabetes Mellitus (TeleGDM) ที่ไม่พบความแตกต่างในการเกิด การผ่าตัดคลอด (caesarean delivery), ทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia), การอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กป่วยพิเศษ (admission to special care nursery)⁽¹⁰⁾ แต่ในงานวิจัยอื่นที่เป็นการวิเคราะห์ห่อภิรมาน (meta-analysis) วิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) 32 รายงาน พบว่า⁽⁹⁾ พบว่ากลุ่มโทรเวชมีการลดลงของการผ่าตัดคลอด [RR = 0.82, 95% CI = (0.69, 0.97), P = 0.02] ภาวะความดันสูงในหญิงตั้งครรภ์ หรือ ครรภ์เป็นพิษ (PIH or preeclampsia) [RR = 0.48, 95% CI = (0.40, 0.58), P < 0.01] ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด (premature rupture of membranes) [RR = 0.61, 95% CI = (0.50, 0.76), P < 0.01] ทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) [RR = 0.49,

95% CI = (0.30, 0.80), P < 0.01] ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเด็กแรกเกิด (neonatal hypoglycemia) [RR=0.67, 95% CI=(0.51, 0.87), P<0.01] การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) [RR = 0.27, 95% CI = (0.20, 0.35), P < 0.01] ภาวะขาดอากาศหายใจในเด็กแรกเกิด (neonatal asphyxia) [RR = 0.17, 95% CI = (0.08, 0.33), P < 0.01] ภาวะครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) [RR = 0.16, 95% CI = (0.10, 0.28), P < 0.01] สำหรับการเกิดภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) และการอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดนั้นไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มโทรเวชกับกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐาน งานวิจัยนี้ได้ผลไม่สอดคล้องกันอาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างน้อย และมีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมน้อย และอาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างได้รับการควบคุมเบาหวานได้ดีเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมน้อย และไม่เห็นความแตกต่างทางสถิติ

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เกิดขึ้นเช่นเดียวกับงานวิจัยชนิดที่เก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ทั่วไป กล่าวคือ มีข้อมูลที่ต้องการศึกษาไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ต้องคัดผู้ป่วยบางส่วนออกจากการศึกษา นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่สะดวกในการติดตามโทรเวชมีไม่มาก เพราะต้องพร้อมด้วยโทรศัพท์และสัญญาณอินเทอร์เน็ต และต้องมีความรู้ในการควบคุมอาหาร และการใช้ยาได้ถูกต้องจึงจะสามารถติดตามทางโทรเวชได้อย่างปลอดภัย

สรุป

การใช้โทรเวชสามารถดูแลรักษาโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ได้ดีไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน แต่ทำให้มีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้มากกว่า 0.56%

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association Professional Practice C. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1):S17-S38.
2. American Diabetes Association Professional Practice C, American Diabetes Association Professional Practice C, Draznin B, Aroda VR, Bakris G, Benson G, et al. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1):S232-S43.
3. Serirat S, Deerochanawong C, Sunthornthepvarakul T, Jinayon P. Gestational diabetes mellitus. *J Med Assoc Thai*. 1992;75:315-8.
4. Chanprapaph P, Sutjarit C. Prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) in women screened by glucose challenge test (GCT) at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *J Med Assoc Thai* 2004;87:1141-6.
5. Sunsaneevithayakul P, Boriboonhirunsarn D, Sutanthavibul A, Ruangvutilert P, Kanokpongsakdi S, Singkiratana D, et al. Risk factor-based selective screening program for gestational diabetes mellitus in Siriraj Hospital: result from clinical practice guideline. *J Med Assoc Thai* 2003;86:708-14.
6. Suntorn R, Panichkul P. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus Detected by International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) Criteria in Phramongkutklo Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;23(3):144-50.
7. Sacks D, Hadden D, Maresh M, Deerochanawong C, Dyer A, Metzger B. Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-recommended criteria. *Diabetes Care*. 2012;35:526-28.
8. Elliott HR, Sharp GC, Relton CL, Lawlor DA. Epigenetics and gestational diabetes: a review of epigenetic epidemiology studies and their use to explore epigenetic mediation and improve prediction. *Diabetologia*. 2019;62(12):2171-8.
9. Xie W, Dai P, Qin Y, Wu M, Yang B, Yu X. Effectiveness of telemedicine for pregnant women with gestational diabetes mellitus: an updated meta-analysis of 32 randomized controlled trials with trial sequential analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):198.
10. Rasekaba TM, Furler J, Young D, Liew D, Gray K, Blackberry I, et al. Using technology to support care in gestational diabetes mellitus: Quantitative outcomes of an exploratory randomised control trial of adjunct telemedicine for gestational diabetes mellitus (TeleGDM). *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;142:276-85.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

เพชรรัตน์ เทียบวงษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 98.47 และไม่มีมีการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 67.77 และสมัครเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 7.70 ทุกคนเคยได้รับการถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่ได้รับการนิเทศงาน คิดเป็นร้อยละ 100 พอใจในสวัสดิการที่รัฐจัดให้ ส่วนใหญ่พอใจปานกลางคิดเป็นร้อยละ 60.77 พอใจมากในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. คิดเป็นร้อยละ 60.77 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับรางวัลหรือเข็มเชิดชูเกียรติ คิดเป็นร้อยละ 61.54 มีระดับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.54 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาที่เป็น อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะควรมีการฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนเองอย่างถูกต้องและมั่นใจ รวมทั้งควรพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานสาธารณสุขมูลฐาน หรืองานสาธารณสุขในรูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วม นั้น มิใช่เป็นเรื่องใหม่ แต่พบว่ายู่คู่กับสังคมไทยและประชาชนชาวไทยมาเป็นเวลานานแล้ว ซึ่งจะเห็นได้จากเรื่องของยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน ที่ล้วนที่เป็นชื่อติดปากคุ้นหูคนไทยมาโดยตลอด เหล่านี้ล้วนแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะให้ประชาชนสามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ในด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเกิดจากเหตุผลความจำเป็นในเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ผู้ให้บริการและเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ในการบริการสาธารณสุข ประกอบกับประชาชนในบางพื้นที่อยู่ไกลในพื้นที่ทุรกันดาร ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ทันและทั่วถึง รวดเร็วตามความต้องการกระทรวงสาธารณสุขจึงได้พยายามศึกษา ทดลองรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถขยายบริการและดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ให้เข้าถึง ครอบคลุมมากที่สุด นับตั้งแต่การฝึกอบรมพัฒนาความรู้ของหมอตำแยให้สามารถบริการให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้านและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และปลอดภัยแล้วเรียกชื่อใหม่ว่า “ผดุงครรภ์โบราณ” เมื่อปี 2500 ในด้านการรักษาความสะอาดของบ้านเรือนและการจัดการน้ำสะอาดสำหรับใช้ดื่ม ในปี พ.ศ. 2503 นายแพทย์สมบุรณ์ วัชรทัย ได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่สถานีอนามัยทุกระดับ พบว่าการใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการของรัฐทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ มีอัตราการใช้ต่ำมาก โดยเฉพาะการใช้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จากสาเหตุดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดในการหาหลักการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2509 จึงได้ทำการทดลองที่จังหวัดพิษณุโลก โดยฝึกอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคที่สถานีอนามัย แล้วคัดเลือกไปเรียนพนักงานอนามัยและผดุงครรภ์ เพื่อให้กลับมาปฏิบัติงานในท้องถิ่นเดิม แต่ผลที่ได้ยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงได้มีการทบทวนนโยบายใหม่ นำเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

โดยคัดเลือกชาวบ้านเข้ามารับการฝึกอบรม เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกทำหน้าที่ทุกอย่างรวมทั้งให้บริการรักษาพยาบาลขั้นต้น เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มสองทำหน้าที่กระจายความรู้ด้านสาธารณสุขรับข่าวสารการเจ็บป่วย โรคระบาด ฯลฯ จากชาวบ้านชุมชน แจกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรียกว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสองกลุ่มนี้ดำเนินการแบบผสมผสานทั้งงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคในหมู่บ้านชุมชนของตนเองโดยได้รับการสนับสนุนวิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อดำเนินการได้ประมาณ 1 ปีพบว่าเมื่ออัตราการการครอบคลุมของผู้ใช้และผู้รับบริการด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จึงได้อาศัยรูปแบบเดียวกันนี้ขยายผลการดำเนินงานในจังหวัดอื่น ต่อมาใน พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) เพิ่มเติมความรู้แล้วยกฐานะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อลดปัญหาการแบ่งระดับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) ทำให้มีอาสาสมัครเหลือเพียงประเภทเดียวสามารถแบ่งงานกันทำอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การจัดบริการสาธารณสุขที่เต็มรูปแบบ ทั้งด้านเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากร และการจัดการเต็มที่แล้วก็ตาม ความครอบคลุมของการให้บริการสาธารณสุขก็ยังเป็นปัญหา และไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควร ถ้าหากขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยเฉพาะในชนบทที่ประชาชนมีฐานะความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาในระดับต่ำ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนงานสาธารณสุขมูลฐานตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) โดยเน้นหนักการฝึกอบรมครูฝึกสาธารณสุขมูลฐานการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) ครอบคลุมเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ ทุกพื้นที่ในเขตชนบท โดยให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ ได้แก่ การศึกษา การโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้การรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัวและการควบคุมโรคประจำท้องถิ่น และในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้เน้น

การพัฒนาทางคุณภาพ ส่งเสริมและขยายโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีระหว่างชุมชน มุ่งเน้นให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - Care) และบรรลุคุณภาพชีวิตโดยเพิ่มกิจกรรมใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐาน อีก 6 องค์ประกอบ รวมเป็น 14 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นใหม่ได้แก่การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมและลดอุบัติเหตุ อุบัติภัย โรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขโดยชุมชน

ในปัจจุบันการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนไม่มีความพร้อม และยังประสบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงจะอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ และประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่งหลังจากนั้นจะลดลงไปเรื่อย ๆ (ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, 2560) ทำให้ระบบการจัดการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยชุมชนไม่สามารถดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่ศึกษาผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า มีปัญหาการปฏิบัติงานโดยชาวบ้านไม่ให้ความเชื่อถืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดความรู้ เจ้าหน้าที่ที่มอบหมายงานให้มาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาปฏิบัติงานเพียงพอ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2561) การปฏิบัติหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่หวังสิ่งตอบแทนแต่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้โดยการจัดอบรมเพิ่ม อาจเป็นเดือนละครั้งดีกว่าอ่านคู่มือหรือตำรา เพราะไม่มีเวลาและเบื่อ นอกจากนี้เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่คิดว่าถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับเงินเดือนหรือสิ่งตอบแทนมากกว่าที่เป็นอยู่ อาจทำให้การปฏิบัติงานดีขึ้น รวมทั้งการมียานพาหนะติดต่อกัน แบบฟอร์มรายงานควรง่ายและสั้นกว่านี้ควรลดงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยทำแบบผสมผสานและ

ให้ความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้น ให้สวัสดิการเพิ่มขึ้น และควรจัดตั้งกลุ่มนิเทศงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (อภิสิทธิ์ อินทร์บุตร, 2557)

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้นแตกต่างจากงานอื่น ๆ ทั่วไปเพราะงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นลักษณะอาสาสมัคร ไม่ได้รับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเป็นเงินเดือน ผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับมีเพียงการสนับสนุนค่าป่วยการเพียงน้อยนิด และได้รับความรู้ด้านวิชาการ การฝึกอบรม การนิเทศงาน การให้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีแก่ตนเองและครอบครัว การนำเอาระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปเทียบโอนในการศึกษาหลักสูตรของกรมการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) ซึ่งปัจจุบันได้มีการให้โควตาพิเศษแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือถูกในการเข้าศึกษาในหลักสูตร/สถานศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนต้องอาศัยรายได้จากการทำงานอื่นซึ่งเป็นอาชีพหลักของตน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ได้ผลเต็มที่ ซึ่งงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องปฏิบัติเป็นงานประจำที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ การขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไม่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากการดำเนินงานสุขภาพดีถ้วนหน้าของจังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งประกาศเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. ปี 2540 แต่ในปัจจุบันจะเห็นว่าในหมู่บ้านที่บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์สุขภาพดีถ้วนหน้านั้น การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในบางกิจกรรมเริ่มไม่มีประสิทธิภาพ ไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น การดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การบริการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลดน้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ จนเกิดผลกระทบต่อการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2561)

ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาในเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ

บางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเน้นกิจกรรม 14 กิจกรรมหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งครอบคลุมงานต่าง ๆ ทั้งตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากยังไม่มีใครได้ศึกษาไว้ก่อน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนมากพอที่จะศึกษา จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้เลือกศึกษาเรื่องนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินงาน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานทั้งในกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐาน มีการสร้างสุขภาพตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าการรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีต้นทุนและผลกระทบที่สูงกว่าได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลต่อเนื่องยืนยาว และผลการศึกษาค้นนี้จะประโยชน์แก่งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
2. การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา (Content)

การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย 14 กิจกรรม ได้แก่ การโภชนาการ (Nutrition) การสุขศึกษา (Education) การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหา น้ำสะอาด (Water Supply and Sanitation) การควบคุมโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Contort) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment) การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน (Essential

Drugs) การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal and Child Health and Family Planning) การสุขภาพจิต (Mental Health) การทันตสาธารณสุข (Dental Health) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย (Environmental Health) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ (Accident and Non-Communicable Disease Control) และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS)

2. ขอบเขตด้านประชากร (Population)

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 130 คน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา (Time)

ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีรายละเอียดระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

วิธีการศึกษาวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 130 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

เป็นเพศชายและเพศหญิง มีทักษะในการอ่านหนังสือ เขียนหนังสือและสื่อสารได้ มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เกิดอุบัติเหตุ/เหตุสุดวิสัยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีการย้ายที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ปฏิบัติงาน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกอึดอัดใจ

ไม่สบายใจและหรือเกิดความเครียดขณะตอบแบบสอบถาม สามารถยุติการตอบแบบสอบถามหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการอยู่อาศัยในชุมชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. ได้แก่ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม. การดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน วิธีการมาเป็น อสม. การได้รับการถ่ายทอดความรู้ การได้รับการนิเทศงาน ความพอใจในสวัสดิการที่รัฐจัดให้ ความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประวัติการได้รับรางวัลหรือเข็มเชิดชูเกียรติ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ องค์ประกอบการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยชี้แจงทำความเข้าใจ และชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2566 การดำเนินกิจกรรมการวิจัยดังกล่าว แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ศึกษาประเด็นปัญหาของพื้นที่เพื่อกำหนดหัวข้อการวิจัย
- 2) ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งเขียนโครงร่างการวิจัย
- 3) ปรีกษาที่ปรึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานและระเบียบวิธีการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ

- 4) พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) ประสานกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการ

- 1) นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตและชี้แจงการดำเนินงานวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยยินยอมให้ข้อมูล

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จนครบจำนวนที่กำหนด

3) ตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปผล วิเคราะห์ผลทางสถิติและประเมินผลจากแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการคือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธและบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลของการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 018/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.70 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ

12.31 อายุ ≤ 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.39 อายุเฉลี่ย 65.2 ± 2.3 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 38.47 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 26.16 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ $9,952.35 \pm 1,235.23$ บาท การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 17.70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.77 นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 55.39 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 44.62 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ≤ 5 คน โดยมีจำนวนเฉลี่ย 4.54 ± 2.14 คน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.12 โดยมีเวลาเฉลี่ย 16.23 ± 4.55 ปี

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 98.47 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 21.33 ± 5.23 ปี และไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 67.77 และสมัครเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 7.70 ทุกคนเคยได้รับการถ่ายทอดความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับการนิเทศงาน คิดเป็นร้อยละ 100 พอใจในสวัสดิการที่รัฐจัดให้ ส่วนใหญ่พอใจปานกลางคิดเป็นร้อยละ 60.77 พอใจมากในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. คิดเป็นร้อยละ 60.77 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับรางวัลหรือเข็มเชิดชูเกียรติ คิดเป็นร้อยละ 61.54

3. การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.54

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาที่เป็น อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n = 130)

ตัวแปร	R	
	การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.	p - value
เพศ	.256	.002*
อายุ	.415	.000*
รายได้หลัก	.322	.012*
ระดับการศึกษา	.120	.005*
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	.110	.042*
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	.457	.000*

* p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา อภิปรายผลดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.70 มีอายุระหว่าง 51-60 ร้อยละ 64.62 ซึ่งอายุช่วงนี้เป็นช่วงที่ผ่านพ้นวัยทำงาน จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวสูง ดูแลบุคคลในครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ดูแลเรื่องการศึกษาเรื่องสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังรับผิดชอบดูแลครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่า อสม.ส่วนมากพักอาศัยอยู่ในชุมชนนี้มานานกว่า 20 ปี ร้อยละ 92.31 ดังนั้นจึงมีความต้องการที่จะพัฒนาชุมชนของตนเองให้เจริญก้าวหน้าต่อไป อสม.ในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งตามลักษณะบุคลิกภาพของเพศหญิงแล้วจะเป็นเพศที่มีความพิถีพิถันละเอียดอ่อน ใส่ใจในเรื่องของสุขภาพอยู่แล้ว ดังนั้นการการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน อสม.เพศหญิงจึงสามารถเข้าถึงชุมชนได้ดีกว่าเพศชาย และจะเห็นได้ว่าผู้ที่ชักชวนเข้าร่วมเป็น อสม. คือ อสม.ในหมู่บ้านเดียวกันถึงร้อยละ 45.39 ลักษณะทั่วไปของเพศหญิงที่เห็นได้ชัดคือ การชอบที่จะร่วมสังคม การรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ที่ได้รับรู้แก่ บุคคลอื่นหรือที่เรียกว่า เล่าสู่กันฟัง ซึ่งบทบาทหน้าที่ของ อสม.ที่เห็นได้ชัดเจนคือ “แจ้งข่าวร้าย กระจ่ายข่าวดี” จึงสอดคล้องกับบุคลิกภาพของเพศหญิง ดังนั้น การชักชวนให้เข้าร่วมกลุ่มหรือเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม จึงสามารถชักชวนเข้าร่วมกลุ่มได้ง่าย ซึ่งตรงกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ

มาสโลว์ (Maslow's Need Hierarchy) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ทุกคนมีความต้องการทางสังคม (Social Needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมากขึ้น ได้แก่ความต้องการที่จะเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มของสังคม ต้องการที่จะเข้าไปมีความผูกพันในสังคม ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม รวมถึงความต้องการที่มีสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้นด้วย เช่น ต้องการที่จะร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนร่วมงาน หรือมีความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของส่วนงาน ซึ่งความต้องการขั้นนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อความต้องการขั้นที่สองได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว อสม.ทุกคนเคยได้รับการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข จากการจัดประชุม หรืออบรมต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100.0 โดยได้รับการถ่ายทอด อบรม การนิเทศ ติดตามงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระหว่าง 9-12 ครั้งต่อปี ซึ่งตรงกับระเบียบการฝึกอบรม อสม. ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวไว้ว่า การฝึกอบรม อสม.เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. เปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งเนื้อหาของกรอบอบรมประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในฐานะที่เป็น อสม. โดยเป็นวิชาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตร ได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาจะแตกต่างกันออกไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ อสม.ที่ผ่านการอบรมแล้ว ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการปฏิบัติงานบ่อยครั้ง ร้อยละ 41.54 แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา อสม.ได้ปฏิบัติงานด้านโภชนาการ ด้านสุขศึกษา ด้านสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย งานคุ้มครองผู้บริโภค การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ บ่อยครั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งงานดังกล่าว อสม. อาจปฏิบัติตามเป็นแผนการดำเนินงานประจำปีของ อสม.ที่วางไว้หรือเป็นแผนงานที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล หรืออีกนัยหนึ่งคือ ประชาชนในชุมชนนั้น มีความรู้และการปฏิบัติในงานดังกล่าวที่เหมาะสมแล้ว เช่น งานอนามัยแม่และเด็กกับงานวางแผนครอบครัว งานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ งานด้านโภชนาการ ปัจจุบันได้มีสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กันอย่างทั่วถึง ประชาชนได้รับข่าวสารได้งานและรวดเร็วการตื่นตัวของการดูแลสุขภาพ การตระหนักถึงอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่วนงานด้านสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด งานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย งานคุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบันมีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดูแล จัดการ แก้ไขปัญหา ในเรื่องของการจัดหาแหล่งน้ำสะอาดไว้อุปโภคบริโภค การจัดการขยะ การจัดการสิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆ ส่งผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานของ อสม.ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นแต่เพียงการรณรงค์เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรับทราบเท่านั้น งานที่ อสม.ปฏิบัติเป็นประจำ คือ งานควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคติดต่ออาจจะเป็นปัญหาที่มีระดับความรุนแรงของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว และ อสม.อาจจะมีความรู้ประสบการณ์ด้านงานควบคุมโรคติดต่อมากกว่างานด้านอื่นๆ อีกทั้งเกิดอัตราการป่วยด้วยโรคดังกล่าวยังสูง และหากไม่ควบคุมดูแล ก็จะมีอัตราการป่วยสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก ความกลัว ทำให้ อสม.ต้องปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นประจำ เพื่อลดอัตราการป่วยและการเกิดโรคดังกล่าว ส่วนงานการจัดหาที่จำเป็นไว้ในชุมชน งานด้านสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุขพบว่า อสม.มีการปฏิบัติงานแบบนานๆ

ครั้ง หรือไม่มีการปฏิบัติเลย สาเหตุอาจเนื่องมาจาก อสม.ไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ประสบการณ์ในการทำงานในชุมชนยังไม่ค่อยมี หรือ ไม่ได้รับการอบรมในเรื่องดังกล่าวเลย อีกส่วนหนึ่งคือ ประชาชนไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ทำให้ อสม.ขาดตัวกระตุ้นในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ต่ำ จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประชาชนเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นตัวกระตุ้นให้ อสม.มีการปฏิบัติงานในแต่ละด้านแตกต่างกันไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการลำดับขั้น (Hierarchy of Needs) ของอับราฮัม มาสโลว์ (อ้างใน ศิริพงษ์ ลดาวัลย์ ณ อุรุยา, 2556) นักจิตวิทยาชาวอังกฤษ ได้ตั้งสมมุติฐานของทฤษฎีการจูงใจไว้ว่า ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นแรงจูงใจ หรือเป็นสิ่งกระตุ้นสำหรับพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นจึงจะมีอิทธิพลต่อการจูงใจได้ และความต้องการของคนมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับความสำคัญในขณะที่ต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการขั้นสูงก็จะตามมา

ดังนั้นในการปฏิบัติงานของ อสม.ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ต้องปฏิบัติงานตามความสำคัญหรือตามปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และความต้องการของประชาชนในชุมชนเท่านั้นเพื่อความต้องการการยกย่องและยอมรับ (Esteem needs) ซึ่งสอดคล้องกับที่ Maslow ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลต้องการที่จะมีชื่อเสียงเกียรติยศ ได้รับการเคารพยกย่องในสังคม ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับนับถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับในความรู้ความสามารถ ต้องการเป็นผู้ที่มีความสามารถ มีทักษะหรือความชำนาญด้านต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกส่วนตัว หรือความรู้สึกภายในที่จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงควมมีชื่อเสียงเกียรติยศของตนเองซึ่งจะเห็นได้ว่า ความต้องการขั้นที่สี่นี้มีความเข้มข้นสูงขึ้นกว่าความต้องการทางสังคม ความต้องการขั้นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการสังคมได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้วจากข้อมูลพื้นฐานปัจจัยส่วนบุคคลนั้น พบว่า อสม.อำเภอบางน้ำเปรี้ยวนับถือศาสนาอิสลามมากกว่าศาสนาพุทธ ซึ่งสอดคล้องว่า อสม. บุคคลในครอบครัว และประชาชนที่อาศัยในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวนับถือศาสนาอิสลามมากกว่าศาสนาพุทธเช่นกัน ทำให้ อสม.และประชาชนในชุมชนนี้จะต้องมีประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ การปฏิบัติตนอย่างเดียวกันทำให้การปฏิบัติงานหรือการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.กับประชาชนในชุมชนดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน แต่มี อสม.หรือประชาชนนับถือศาสนาอื่น ซึ่งอาจจะมีหลักคำสอนการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อที่แตกต่างกับศาสนา

อิสลาม อาจทำให้ อสม.ปฏิบัติงานได้ลำบากหรืออาจจะเกิดปัญหาในการดำเนินงานขึ้น หาก อสม.ยึดหลักการปฏิบัติตน ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมแบบคนศาสนาอิสลามซึ่งอาจจะไปขัดกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อของศาสนาพุทธ หรือศาสนาอื่นก็ได้อาจจะเกิดปัญหาเชื้อชาติตามมาทีหลังได้

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน พบว่า ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น สามารถอธิบายได้ว่าอสม. อาศัยในชุมชนเดียวกัน ได้รับการศึกษาที่เดียวกัน อาชีพคล้ายกัน ทำให้รายได้ใกล้เคียงกันสอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล บุญเรือง (2557) อีกทั้ง อสม.ส่วนมากเป็นเพศหญิงเหมือนกัน เพราะมีอะไรที่ใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดความอะลุ่มอล่วย และมีลักษณะความต้องการที่คล้ายกัน ทำให้ง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของทรงเกียรติ บุญถึง (2560) ที่พบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความพึงพอใจในการดำรงตำแหน่ง อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่า การได้รับความรู้จากการอบรมประสบการณ์ในการทำงานที่มากขึ้นและได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บ่อยครั้งขึ้น ทำให้ อสม.มีความรู้ มีความเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำงานได้ทันทั่วทั้ง (นวรรตน์ สุวรรณ และคณะ, 2560) อีกทั้งการฝึกอบรมจะเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. เปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ส่งผลให้การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีขึ้น และมีความพอใจในสวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐบาลจัดให้ การได้รับรางวัลและการเชิดชูเกียรติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างอยากเป็น อสม. เพราะอยากทำงานช่วยเหลือสังคม ได้มีส่วนร่วมและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อีกทั้งชาวบ้านได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ทำให้ อสม.มีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเกิดประโยชน์และเป็นตัวอย่างแก่เพื่อนบ้าน (โกสุม โพธิ์ เวชภัณฑ์, 2559) รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวใน

การปฏิบัติหน้าที่ อสม. และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็น อสม. แสดงให้เห็นว่าเหตุผลข้างต้นเป็นแรงจูงใจอย่างดีที่ให้อสม.ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ปฏิบัติงานงานอสม. และแรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจเป็นตัวสำคัญหรือเป็นตัวกระตุ้นให้อสม.ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานต่อไป ตรงกับที่ Kagan J., and Haveman (1968) กล่าวว่า แรงจูงใจคือความปรารถนาที่จะบรรลุเป้าหมายที่ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ปัจเจกชนโดยผ่านการเรียนรู้ หรือแรงจูงใจเป็นพลังงานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของมนุษย์ ที่ได้รับแรงกระตุ้นจากภายนอกและความต้องการภายในโดยแสดงออกอย่างมีจุดหมาย (บัณฑิต เมลลิจิตร, 2560) ดังนั้นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการทำงานจึงต้องเลือกใช้สิ่งจูงใจที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลากร และตอบสนองเป้าหมายขององค์กรด้วย และได้สอดคล้องกับที่ Maslow ได้กล่าวไว้ บุคคลมีความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self-Actualization) หมายความว่า ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จหรือสมหวังในชีวิต อยากทำอะไรเป็นของตนเองหวังไว้ ฝันไว้ ได้ทำอะไรตามที่ตนเองต้องการจะทำ และมีความสุขกับสิ่งที่ตนเองต้องการทำและหวังที่จะทำ ความต้องการขั้นนี้ถือว่าเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ความต้องการขั้นนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้ว บุคคลที่จะเกิดความต้องการถึงขั้นนี้ได้จึงมีไม่มากนัก เพราะปกติการที่คนเราจะได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละขั้นอย่างพอเพียงนั้นก็ยากอยู่แล้ว และปกติคนส่วนใหญ่จะมีความต้องการเพียงขั้นที่ต่ำกว่านั้น ความต้องการขั้นสุดท้ายจะเกิดแก่บุคคลที่ได้รับการประสบความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการในระดับต้น ๆ เป็นอย่างดีแล้วเท่านั้น ก็เกิดความพยายามและมองเห็นว่าความต้องการขั้นสูงสุดนี้ เป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะต้องเอาชนะจึงเกิดความมุ่งมั่นที่จะหาทางตอบสนองความต้องการนี้ให้ได้โดย อสม.ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวมีความต้องการให้ประชาชน ชุมชนยอมรับในความสามารถ ความเสียสละของตนเอง และมีความต้องการให้ประชาชน ชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งเป้าหมายสุดท้ายของการดำรงตำแหน่ง อสม. คือ การมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็น อสม. และได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ (นวลศิริ เปาโรหิตย์ และอุบลรัตน์ เฟื่องสถิตย์, 2548)

จากผลการศึกษาที่ได้รับจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตนเองได้รับอย่างเต็มที่ ซึ่งบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

เป็นหน้าที่หรือพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว กระทำทั้งบทบาท ในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The Socially Prescribed of Ideal Role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนด สิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งทางสังคม บทบาทที่กระทำจริง (The Performed Role) ซึ่งเป็นบทบาทที่อาสาสมัครสาธารณสุขใน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว กระทำไปจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อความ คาดหวัง และการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละคน ตลอดจนความกดดันและโอกาสในชุมชนในระยะเวลาที่อาสา สมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยวได้รับ ซึ่งการปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ได้ปฏิบัติได้น้อยเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพและประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละ คนด้วย และอาจรวมถึงการตอบสนองหรือตอบรับของ ประชาชนที่ได้รับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวว่าตรงกับความต้องการของประชาชนในขณะ เวลานั้นหรือไม่ หรือเรียกว่าประชาชนมีการยอมรับบทบาท (Role Acceptance) อาสาสมัครสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด การยอมรับบทบาทหรือความสำเร็จในการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนผู้รับบริการเพียงสอง อย่าง แต่ได้มีปัจจัยหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่ช่วยให้งาน สาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จได้เช่น ทุน การบริหารจัดการของทีมงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน (วิทยา ไกรตทาน, 2559) และองค์ประกอบที่สำคัญอีกอย่างคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยหมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ ของ หมู่บ้านด้วยจิตสำนึกของความเป็นเจ้าของ โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่หลากหลายและเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผลตรวจสอบ ซึ่งองค์ประกอบหรือปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะได้นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ให้มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม มากขึ้น จนนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน และควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นระยะ อันจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานตาม

หน้าที่ของตนเองอย่างถูกต้องและมั่นใจต่อไป

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังในการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีในฐานะเท่าเทียมกัน อย่างมีศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อส่วนร่วมเหมือนกัน โดยไม่มีการนำปัญหาการแบ่งพรรคแบ่งพวกทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานกิจกรรม

3. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรคัดเลือกผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุตั้งแต่ 30-45 ปี และน่าจะเป็นครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมกับการประชุมในการพัฒนาหมู่บ้านอยู่แล้วจะช่วยให้เกิดการส่งเสริมและส่งผลพลอยได้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงในครอบครัว

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องกำหนดการให้ถ่ายทอดความรู้ / ปัญหาต่างๆ จาก อสม. รุ่นเก่าสู่ อสม. รุ่นใหม่ เพื่อการปฏิบัติตามบทบาทกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนได้อย่างแท้จริงเพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกัน ควบคุม และสร้างสุขภาพได้ด้วยตนเอง

5. การดำเนินงานของ อสม. ต้องได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากประชาชนในชุมชน งานหรือกิจกรรมถึงจะมีความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนในมิติของชุมชนชนบทสู่ชุมชนเมือง

2. ควรศึกษาถึงการรับรู้และพฤติกรรมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากประชาชนในหมู่บ้าน

3. ควรแสวงหารูปแบบการทำงานตามภาระหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนในพื้นที่ในชุมชนชนบทสู่ชุมชนเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยวจังหวัดฉะเชิงเทราที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

โกสุม ไพรเวชภัณฑ์. (2559). สถานการณ์และความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณ แนวใหม่ ปี 2545. ชลบุรี: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง.

ชัชวาล บุญเรือง. (2557). ความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อำเภอปง จังหวัดพะเยา. การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

ทรงเกียรติ บุญถึง. (2560). ความคิดเห็นของสมาชิกในการดำเนินงานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2560). ปัญหาและทางออกของ อสม. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบาย กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และอุบลรัตน์ เฟื่องสฤติย์. (2548). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: คุณพิน อักษรกิจ.

บัณฑิต แมลจิตร.(2560). การรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร. การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

วิทยา โคตรท่าน.(2559). ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน ตสมข.วิทยานิพนธ์สาขาสารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย ศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร.

ศิริพงษ์ ลดาวัลย์ ณ อยุธยา.(2550). ทฤษฎีและแนวคิดทางรัฐประศาสนศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ดาวการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2561). ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐานประจำปี . กรุงเทพฯ: สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2561). คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อภิสิทธิ์ อินทบุตร.(2557). ประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน กิ่งอำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. การค้นคว้าแบบอิสระสาขาสารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

Kagan J.,and Haveman.(1968). E. Psychology : An Introduction. New York: Harcourt Brace&Word.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ในโรงพยาบาลพนมสารคาม
Development of Practice Guideline for Hypertensives patients with uncontrolled blood pressure of Home blood pressure monitor in Phanomsarakam hospital

ดวงมณี วิยะทัศน์ (พย.ม.)

เทพภรณ์ ศิริปัทมานนท์ (พ.บ.)

อุไร ศิลปกิจโกศล (พ.บ.)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน และประเมินผลการนำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านไปใช้ โดยประเมินผลลัพธ์ดังนี้ ร้อยละของชนิดความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 170 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม ศึกษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือนธันวาคม 2564 รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนี้ดำเนินการโดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) บันทึกข้อมูลค่าความดันโลหิตไว้ในเครื่องเปรียบเทียบกับค่าความดันโลหิตที่โรงพยาบาล (CBPM) สามารถแยกชนิดของความดันโลหิตสูงได้ 4 ชนิด พบว่าร้อยละของชนิดความดันโลหิตสูง Hypertension with White Coat effect (WE) มากที่สุด 35.30 Hypertension with Masked effect (ME) น้อยที่สุด 7.60 การสามารถแยกชนิดของความดันโลหิตสูงได้นั้นทำให้การดูแลรักษาและให้คำแนะนำได้ถูกต้องและเหมาะสม รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนี้ส่งผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนี้ เป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตและการรักษาได้

เฉพาะราย จึงสามารถนำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนี้ไปประยุกต์ใช้ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และทุกสถานบริการที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประโยชน์ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

คำสำคัญ: การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) , ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต (Cardiovascular diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย นอกจากนี้ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก เลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) หลอดเลือดหัวใจตีบตันเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) หรือ หลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด (Aortic dissection or acute aortic syndrome) ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเสียชีวิตด้วยโรคที่ตามมาจากความดันโลหิตสูงดังกล่าวที่เรียกว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายมากกว่า ร้อยละ 70 ของการตายจากทุกสาเหตุของคนไทย ปัจจุบันคนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ไม่น้อยกว่า 12 ล้านคน ความชุกของโรคความดันโลหิตของคนไทยโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 24.7 ในปี 2563 หรือ เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ล้านคนในเวลา

5 ปีแต่มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาอยู่เพียง 4 ล้านคน ซึ่งควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์เพียงร้อยละ 29.7 (ชาย 22.3 หญิง 27.2) และชายไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วควบคุมได้เพียง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด⁽¹⁾ แสดงให้เห็นถึงมาตรการการดูแลรักษา ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมในการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (SMBP) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพราะเป็นปัจจัยสำคัญใน Chronic care model ไม่ว่าจะเป็น Clinical information system (เช่น การคัดกรอง การวินิจฉัย), Decision Support (เช่น การให้ยาอย่างสมเหตุผล) Delivery system design (เช่น การสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข) Self-management support (เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความดันโลหิต, ความสม่ำเสมอในการรักษา และรับประทานยา) นอกจากนี้ ยังครอบคลุมในการติดตามประเมินผลผู้ป่วยว่าเป็นผู้รอบรู้ในภาวะสุขภาพหรือไม่ รวมถึงการติดตามประเมินบุคลากรสาธารณสุขว่าเป็นผู้มีความพร้อม และมีทีมเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วย หรือไม่⁽²⁾

จากสถิติข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพนมสารคาม พ.ศ. 2560-2563 พบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 726.18, 1390.25, 1,301.19 และ 1165.27 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 70.71, 64.23, 49.74 และ 44.19 ตามลำดับ⁽³⁾ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์พบจำนวนน้อยกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ จากสถานการณ์ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จากแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพนมสารคามนั้นดำเนินการโดยประเมินค่าการวัดความดันโลหิตตามมาตรฐานของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวโดยภาพรวม และแพทย์ให้การดูแลรักษาจากค่าความดันโลหิตที่วัดได้ที่โรงพยาบาลในแต่ละครั้ง จากการทบทวนพบว่าการประเมินค่าความดันโลหิตที่โรงพยาบาลมีค่าต่ำหรือสูงมากกว่าค่าความดันโลหิตที่วัดจากที่บ้าน และจากการศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าการใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่งผล

ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการลดระดับความดันโลหิตได้⁽⁴⁾ จึงสนใจพัฒนาปรับปรุงเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยนำรูปแบบการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านมาใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ค่าความดันโลหิตที่บ้านเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับค่าความดันโลหิตที่โรงพยาบาลเพื่อแยกชนิดของความดันโลหิตสูงโดยแบ่งได้เป็น 4 ชนิด⁽⁵⁾ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง ส่งผลถึงความเหมาะสมในการปรับเพิ่ม ลด เปลี่ยนเวลา เปลี่ยนวิธีรับประทานยา หรือการหยุดยากับผู้ป่วยแต่ละราย การให้คำแนะนำสามารถให้เฉพาะบุคคลในเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ และเมื่อผู้ป่วยเห็นค่าความดันโลหิตของตนเองนั้นทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาลดความดันโลหิต การลดอาหารเค็ม และการออกกำลังกายมากขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงจนถึงเกณฑ์การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และการตายก่อนวัยอันควรของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
2. เพื่อประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยประเมินผลลัพธ์ดังนี้

2.1 ร้อยละของชนิดความดันโลหิตสูง

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นอย่างไร
2. ชนิดของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างไร
3. พฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายก่อนและหลังใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แนวทางการติดตามการวัดความดันโลหิตที่บ้าน⁽⁵⁾ การวัดความดันโลหิตที่บ้านสามารถแยกชนิดของความดันโลหิตได้โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนำค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน(HBPM) และนำค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่โรงพยาบาล(CBPM) เปรียบเทียบกัน แบ่งชนิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้เป็น ๔ กลุ่ม ดังนี้

1. Controlled Hypertension (CH) (ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้) หมายถึง CBP: systolic <140 และ diastolic <90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic <135 และ diastolic <85 mmHg

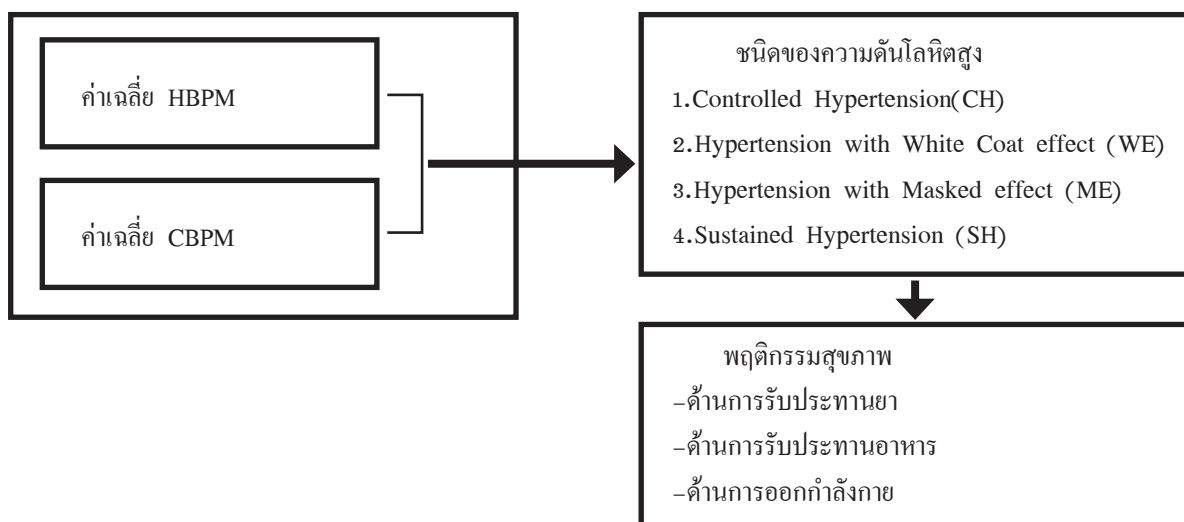
2. Hypertension with White Coat effect (WE) (ภาวะความดันโลหิตสูงปลอม) หมายถึง CBP: systolic $\geq$ 140

และ diastolic $\geq$ 90 mmHg. ร่วมกับ HBP: systolic <135 และ diastolic <85mmHg

3. Hypertension with Masked effect (ME) (ความดันโลหิตสูงถูกปิดบัง) หมายถึง CBP: systolic <140และ/หรือ diastolic <90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic $\geq$ 135 และ/หรือ diastolic $\geq$ 85 mmHg.

4. Sustained Hypertension (SH) (เป็นความดันโลหิตสูงแน่ชัด) หมายถึง CBP: systolic $\geq$ 140 และ/หรือ diastolic $\geq$ 90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic $\geq$ 135 และ/หรือ diastolic $\geq$ 85 mmHg

รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือน ธันวาคม 2564 สถานที่ศึกษาคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพนมสารคาม

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่เข้ารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา อายุตั้งแต่ 18 ปีถูกวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 ถึง เดือนธันวาคม 2564 จำนวน 301 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เข้ารับบริการที่คลินิกความดัน

โลหิตสูงในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เกรซีและมอร์แกน⁽⁶⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
2. เข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพนมสารคาม
3. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ มาก่อน
4. อายุตั้งแต่ 18 ปีถูกวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. มีความกังวลมากเมื่อเห็นค่าความดันโลหิตที่บ้านของตนเอง
2. มีความพิการที่แขนทั้ง 2 ข้างทำให้ไม่สามารถวัดความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง หรือไม่มีใครที่อยู่กับผู้ป่วยที่จะช่วยให้สามารถวัดความดันโลหิตแทนได้
3. ปรับลดหรือเพิ่มยาเองเมื่อเห็นค่าความดันโลหิตที่บ้าน

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่วัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลพบมีค่าความดันโลหิตที่ SBP =140-179 mm/Hg และ/หรือ DBP= 90-109 mm/Hg⁽⁷⁾ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 3 เดือน

2. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) หมายถึง การนำเครื่องวัดความดันโลหิตแบบเคลื่อนที่เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตที่แขน แบบอัตโนมัติ (automatic) ใช้ไฟฟ้าบ้านมีมอเตอร์บีบลมเข้าไปในถุงลมได้เองข้อมูลบันทึกค่าความดันโลหิตไว้ในเครื่องวัดความดันโลหิต วัดโดยตนเองหรือผู้ช่วยที่บ้านทุกครั้งใช้เครื่องเดียวกัน

3. การวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาล (CBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตที่แขนเมื่อมารับบริการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงบันทึกค่าในโปรแกรมสำเร็จรูปของโรงพยาบาล

4. ชนิดของความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง

1. Controlled Hypertension (CH) (ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้) หมายถึง CBP: systolic <140 และ diastolic <90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic <135 และ diastolic <85 mmHg.

2. Hypertension with White Coat effect (WE) (ภาวะความดันโลหิตสูงปลอม) หมายถึง CBP: systolic $\geq$ 140 และ diastolic $\geq$ 90 mmHg. ร่วมกับ HBP: systolic <135 และ diastolic <85mmHg.

3. Hypertension with Masked effect (ME) (ความดันโลหิตสูงถูกปิดบัง) หมายถึง CBP: systolic <140และ/หรือ diastolic <90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic $\geq$ 135 และ/หรือ diastolic $\geq$ 85 mmHg.

4. Sustained Hypertension (SH) (เป็นความดันโลหิตสูงแน่ชัด) หมายถึง CBP: systolic $\geq$ 140 และ/หรือ diastolic $\geq$ 90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic $\geq$ 135 และ/หรือ diastolic $\geq$ 85 mmHg.⁽⁵⁾

5. อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม (จำนวนปีเต็ม)

6. พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การกระทำโดยการรับประทานยา ตรงตามเวลา จำนวน ขนาด ระยะเวลาสม่ำเสมอ ตามการรักษาของแพทย์

7. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำโดยการเลือกรับประทานอาหารได้แก่

1. รับประทานอาหารก่อนปรุง
2. ใช้เครื่องปรุง
3. กินเนื้อสัตว์แปรรูป
4. กินกะหล่ำปลี ใจกึ่งสำเร็จรูป
5. กินอาหารหมักดอง⁽⁸⁾

8. พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใดๆที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือมีกติกาการแข่งขันง่ายๆ เป็นการปฏิบัติตนในการออกกำลังกาย ทั้งในด้านรูปแบบ กิจกรรมการออกกำลังกาย โดยมีความบ่อย (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาการออกกำลังกายและสถานที่ที่ออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรมและระยะเวลาของการบริหารเพื่ออบอุ่นร่างกายและการผ่อนคลายร่างกาย พฤติกรรมออกกำลังกายถูกต้องและมีประโยชน์ ต่อร่างกายไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ⁽⁹⁾

วิธีการศึกษา

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบเคลื่อนที่เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตที่แขน แบบอัตโนมัติ (automatic) บันทึกค่าความดันโลหิตในเครื่อง และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการรับประทานยาสม่ำเสมอ 1 ข้อ การออกกำลังกาย 1 ข้อ และการรับประทานอาหารใช้แบบสอบถามจากกรมควบคุมโรค⁽⁹⁾ จำนวน 5 ข้อ ประเมินพฤติกรรมเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคยทำเลย

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคามเพื่อขออนุญาตในการ ดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บ รวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.2 ขอจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัส :PH_CCO_REC013/2563

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ แต่ละระยะมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยวิธีการ

1.1 ศึกษารวบรวมข้อมูลปัญหาในการดำเนินแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเดิม

1.2 ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลค่าความแตกต่างของความดันโลหิตที่บ้านและที่โรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยวิธีการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยวิธีการ

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวัดความดันโลหิตจากระยะที่ 1

2.2 ประชุมทีมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการนำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

2.3 จัดเตรียมเครื่องมือได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตเคลื่อนที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผลลัพธ์ โดยวิธีการ

3.1 เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนี้

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร สำคัญอย่างไร ความดันโลหิตตัวบน ตัวล่างคืออะไร ค่าปกติควรเป็นเท่าไร ทำไมต้องวัดความดันโลหิต และทำไมต้องวัดที่บ้านด้วย ตนเอง

2. อธิบายและแสดงส่วนต่างๆ ของเครื่องวัดความดันโลหิต วิธีวัดความดันโลหิต ด้วยตนเองตามมาตรฐาน และการอ่านผลของค่าความดันโลหิตให้ผู้กลุ่มตัวอย่าง และตอบข้อสงสัยทันที

3. ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงวิธีวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การอ่านผล แปลผล ตัวเลขความดันโลหิตที่วัดได้

4. ให้กลุ่มตัวอย่างนำเครื่องวัดความดันโลหิตวัดที่บ้านหลังจากได้รับการสอนและฝึกอบรมอย่างน้อย 4 ถึง 7 วันต่อเดือน และถ้าเกิดปัญหาข้อสงสัยในการวัดความดันโลหิตสามารถจะโทรศัพท์ หรือติดต่อสอบถามจากผู้วิจัยได้

5. จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านในที่วัดความดันโลหิต

1) วัดความดันโลหิตในที่ ๆ สงบเงียบอุณหภูมิห้องกำลังสบาย

2) นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลัง และไม่นั่งไขว่ห้าง นั่งพัก 1 ถึง 2 นาที ก่อน วัดความดันโลหิต

3) ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูด หรือออกเสียง

4) งดสูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อย กว่า 1 ชั่วโมง

5) แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ ขณะวัดความดันโลหิต

6) พันแผ่นผ้าต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้นผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนาควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขน โดยไม่มีแขนเสื้อกั้นกลาง

7) วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่น(หลังจาก อุจจาระ ปัสสาวะแล้ว ไม่วัดความดันโลหิตขณะกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ) ก่อนกินยา กินอาหาร หลังตื่นนอน หลังจากนั่งพัก 1 ถึง 2 นาที 8) วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านเวลากลางคืน ก่อนนอน หลังจาก นั่งพัก 1 ถึง 2 นาทีเช่นเดียวกับวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอน การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านแต่ละครั้ง ควรวัด 1 ถึง 3 ครั้ง

6. เทียบเครื่องวัดความดันโลหิตให้ได้ตามมาตรฐาน (Clinical validation)

7. วันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดติดตามผลการรักษา และการตรวจเลือดประจำปีจะเอนผลค่าวัดความดันโลหิต (HBPM) ที่บันทึกในเครื่องสุปรแกรม Uright (Uright program)⁽¹⁰⁾ และนำค่าความดันโลหิตที่วัดได้ที่โรงพยาบาลครั้งนั้นเปรียบเทียบกันเพื่อแยกชนิดของความดันโลหิตสูง และให้แพทย์ประเมินความดันโลหิต

8. ให้การดูแลรักษาตามชนิดความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาตรวจตามนัด

3.3 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.4 ประเมินผลลัพธ์ ร้อยละของชนิดความดันโลหิต และเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการวัดความดันที่บ้าน และข้อเสนอแนะ

4.1 นัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการตรวจรักษาซ้ำทุก 3 เดือน จำนวน 3 ครั้ง

4.2 นำเสนอผลของการใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านในที่ประชุม และนำเสนอแนะการนำรูปแบบนี้มาใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลพนมสารคามต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. แสดงชนิดของความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย (SD)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ การทดสอบค่า t ระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$

ผลการวิจัย

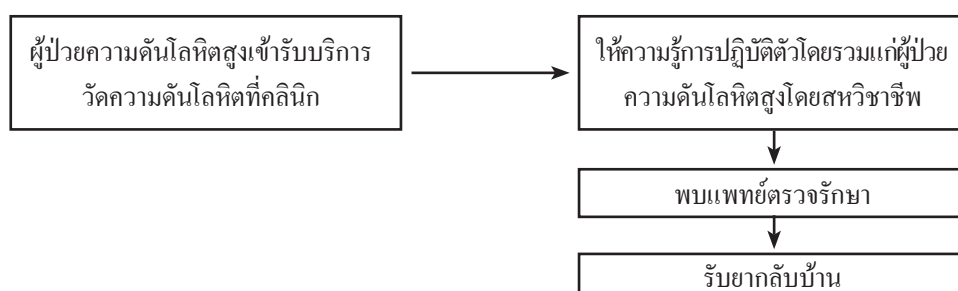
ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 170 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 ผลการวิจัยเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มีกระบวนการดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แบบเดิม

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการวัดความดันโลหิตที่คลินิก บันทึกผล ในโปรแกรมสำเร็จรูปของโรงพยาบาล
2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม ในเรื่อง การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา โดยสหวิชาชีพ
3. พบแพทย์ตรวจ
4. รับยากลับบ้าน

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเดิม



การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการวัดความดันโลหิตที่คลินิก บันทึกผลในโปรแกรมสำเร็จรูปของโรงพยาบาล
2. ประเมินชนิดของความดันโลหิตโดยใช้ค่าเฉลี่ยการวัดความดันโลหิตที่บ้าน และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่โรงพยาบาลในครั้งนั้น เปรียบเทียบกันซึ่งจะได้ชนิดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. Controlled Hypertension (CH) (ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้) หมายถึง CBP: systolic < 140 และ diastolic < 90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic < 135 และ diastolic < 85 mmHg.

2. Hypertension with White Coat effect (WE) (ภาวะความดันโลหิตสูงปลอม) หมายถึง CBP: systolic ≥ 140 และ diastolic ≥ 90 mmHg. ร่วมกับ HBP: systolic < 135 และ diastolic < 85 mmHg.

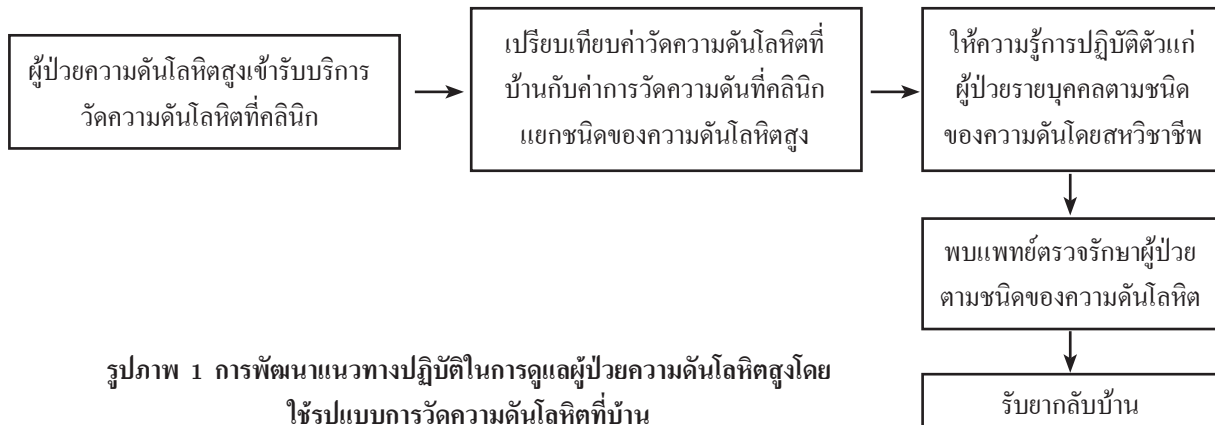
3. Hypertension with Masked effect (ME) (ความดันโลหิตสูงถูกปิดบัง) หมายถึง CBP: systolic < 140 และ/หรือ diastolic < 90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic ≥ 135 และ/หรือ diastolic ≥ 85 mmHg.

4. Sustained Hypertension (SH) (เป็นความดันโลหิตสูงแน่ชัด) หมายถึง CBP: systolic ≥ 140 และ/หรือ diastolic ≥ 90 mmHg ร่วมกับ HBP: systolic ≥ 135 และ/หรือ diastolic ≥ 85 mmHg

3. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมความดันโลหิตชนิด Hypertension with Masked effect (ME) และ Sustained Hypertension (SH) อย่างเข้มข้น ในเรื่อง การรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา (รายบุคคล) โดยสหวิชาชีพ

4. พบแพทย์ตรวจรักษาตามการประเมินชนิดของความดันโลหิตสูง
5. รับยากลับบ้าน

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน



รูปภาพ 1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ศึกษาความชุกชนิดของความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยเป็นดังนี้ ข้อมูลและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 170) พบว่าเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย 107 (77.30%) และ 63 (28.60%) มีอายุเฉลี่ย 62.69 ปี $\pm$ 11.77 ระยะเวลาเป็นความดันโลหิตสูง 7.46 ปี $\pm$ 5.78 ดัชนีมวลกาย 27.29 kg/m² $\pm$ 4.60 ค่าเฉลี่ย Clinic BP (Systolic BP 140.60 mmHg $\pm$ 13.91 Diastolic BP 78.13 mmHg $\pm$ 8.98) Home BP (Systolic BP 130.19 mmHg $\pm$ 15.91

Diastolic BP 77.47 mmHg $\pm$ 9.95) ความชุกของชนิดความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดได้แก่ ชนิด Hypertension with White Coat effect (WE) ร้อยละ 35.30 รองลงมาได้แก่ Controlled Hypertension (CH) ร้อยละ 31.20 Sustained Hypertension (SH) ร้อยละ 25.90 และ Hypertension with Masked effect (ME) ร้อยละ 7.60 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (n = 170)

คุณลักษณะ Characteristic	จำนวน(%) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
เพศ	
ชาย	63(28.60%)
หญิง	107(77.30%)
-อายุ (ปี)	62.69 $\pm$ 11.77
-ระยะเวลาเป็นความดันโลหิตสูง(ปี)	7.46 $\pm$ 5.78
-ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	27.29 $\pm$ 4.60
-Clinic BP	
Systolic BP (mmHg)	140.60 $\pm$ 13.91
Diastolic BP (mmHg)	78.13 $\pm$ 8.98
-Home BP	
Systolic BP (mmHg)	130.19 $\pm$ 15.91
Diastolic BP (mmHg)	77.47 $\pm$ 9.95
-ชนิดของความดันโลหิตสูง	
Controlled Hypertension (CH)	53(31.20%)
Hypertension with White Coat effect (WE)	60(35.30%)
Hypertension with Masked effect (ME)	13(7.60%)
Sustained Hypertension (SH)	44(25.90%)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของแต่ละชนิดของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (n =170)

ความดันโลหิต	ค่าเฉลี่ย				ค่าเฉลี่ยรวม
	CH (n=53)	WE n=60	ME n=13	SH n=44	
-Clinic BP					
Systolic BP (mmHg)	127.51 ± 5.84	143.70 ± 8.93	131.00 ± 6.58	154.98 ± 11.54	140.60 ± 13.91
Diastolic BP (mmHg)	75.32 ± 8.70	77.80 ± 8.83	74.69 ± 6.58	83.00 ± 8.40	78.13 ± 8.98
-Home BP					
Systolic BP (mmHg)	123.84 ± 14.03	132.46 ± 7.33	145.46 ± 9.27	145.46 ± 7.33	130.19 ± 15.96
Diastolic BP (mmHg)	76.12 ± 12.20	74.29 ± 7.61	80.16 ± 2.78	82.65 ± 9.01	77.47 ± 9.95

ชนิดของความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุดคือ WE จำนวน 60 คนร้อยละ 35.30 ค่าเฉลี่ย Clinic BP (Systolic BP = 143.70 mmHg ± 8.93 Diastolic BP 77.80 mmHg.83) Home BP (Systolic= BP132.46 mmHg ± 7.33 Diastolic BP = 74.29 mmHg ± 7.61) รองลงมาได้แก่ชนิด CH จำนวน 53 คนร้อยละ 31.20 ค่าเฉลี่ย Clinic BP (Systolic BP =127.51mmHg ± 5.84 Diastolic BP 75.32 mmHg ± 8.70) Home BP (Systolic BP 123.84 mmHg ± 14.03 Diastolic BP = 76.12 mmHg ± 12.20)

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่พบสูงที่สุดในชนิด SH ค่าเฉลี่ย -Clinic BP ค่า Systolic BP =154.98 mmHg ± 11.54 Diastolic BP 83.00 mmHg ± 8.40 รองลงมาพบในชนิด WE -Clinic BP Systolic BP 143.70 mmHg ± 8.93 และค่า Diastolic BP 77.80 mmHg ± 8.83 ส่วนค่าเฉลี่ย Home BP Systolic BP 132.46 mmHg ± 7.33 ค่า Diastolic BP 74.27 mmHg ± 7.61 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ส่วนที่ 3 ผลของรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนการได้รับรูปแบบการวัดความดันที่บ้านสูงสุด ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ 2.56 ± 1.14 รองลงมา ได้แก่ การรับประทานอาหารเต็ม 11.15 ± 0.82 และการออกกำลังกาย 1.71 ± 0.75 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลังได้รับรูปแบบการวัดความดันที่บ้านสูงสุด ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ 3.23 ± 0.70 รองลงมา ได้แก่ การรับประทานอาหารเต็ม 11.30 ± 0.89 และการออกกำลังกาย 1.73 ± 0.71 เช่นกัน

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาหลังได้รับรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (n=170)

พฤติกรรม	รูปแบบการวัดความดันที่บ้าน								t	p value
	ก่อน				หลัง					
	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD		
การรับประทานยาสม่ำเสมอ	1	4	2.56	1.14	2	4	3.23	0.70	-6.41	0.00
การรับประทานอาหารเช้า	4	20	11.15	0.82	4	20	11.30	0.89	-0.40	0.68
การออกกำลังกาย	1	4	1.71	0.75	1	3	1.73	0.71	1.68	0.09

P < 0.05

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ในโรงพยาบาลพนมสารคามนี้ ทำให้ทราบถึงความชุกของชนิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในโรงพยาบาล พนมสารคามพบมากที่สุดคือชนิด Hypertension with White Coat effect (WE) ร้อยละ 35.30 และ ชนิด Controlled Hypertension (CH) ร้อยละ 31.20 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลวิชาการ^(11,12) ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์ (WE) มากถึง 10–30%เช่นกัน อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตที่บ้านต่ำกว่าที่โรงพยาบาล ทำให้ใช้ยาเกินความจำเป็น และอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยความดันโลหิตได้ และผลการศึกษาายังพบว่าชนิดของความดันโลหิตสูง Controlled Hypertension (CH) มีจำนวนสูงรองลงมานั้นหมายถึงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตที่มีแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยพบความดันโลหิตที่โรงพยาบาลต่ำกว่า 140/90 mmHg และความดันโลหิตที่บ้านต่ำกว่า 135/85 mmHg เช่นกัน การศึกษาพบ Hypertension with Masked effect (ME) ร้อยละ 7.60 นั้นอาจเกิดความผิดพลาดในการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากค่าการวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลต่ำกว่า 140/90 mmHg แต่วัดความดันโลหิตที่บ้านสูงกว่า 135/85 mmHg ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากการได้รับประทานยาไม่เหมาะสม และชนิด Sustained Hypertension (SH) พบร้อยละ 25.90 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการวัดความดันโลหิตที่บ้านสูงกว่า 135/85 mmHg และวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลสูงกว่า 140/90 mmHg จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการความดูแลและให้คำแนะนำการเตือนของภาวะแทรกซ้อน และการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถึงควรทำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านส่งต่อการรักษา และการให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้คุณภาพ และทราบประสิทธิผลของการรักษาได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนั้นพบว่า ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่ารูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนั้นทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเห็นค่าความดันโลหิตของตนเองที่วัดที่บ้านเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการรับประทาน

ยาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายนั้นยังไม่ส่งผลถึงความแตกต่างก่อนและหลังใช้รูปแบบนี้แต่มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านนี้อาจเป็นก้าวแรกในการเพิ่มบทบาทของความก้าวหน้าทางการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสำหรับการควบคุมความดันโลหิตในโรงพยาบาลพนมสารคาม และเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดฉะเชิงเทรา

สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านแสดงให้เห็นถึงความชุกและลักษณะของชนิดของความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านแบบอัตโนมัติ(automatic)บันทึกผลในเครื่อง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่โรงพยาบาลประเมินค่าเฉลี่ยความดันโลหิตผ่านโปรแกรมพบว่าความชุกของชนิดความดันโลหิตสูง Hypertension with White Coat effect (WE) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ Controlled Hypertension (CH) Sustained Hypertension (SH) และ Hypertension with Masked effect (ME) ตามลำดับ ชนิดของความดันโลหิตสูงทั้ง 4 ชนิดล้วนมีผลต่อการดูแล และให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายได้ และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงควรส่งเสริมการใช้รูปแบบการวัดความดันที่บ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้แพร่หลาย เพื่อการควบคุมความดันโลหิตในระยะยาวส่งผลถึงความคุ้มค่าและประโยชน์ในอนาคต

ประโยชน์จากผลการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- 1.1 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นแนวทางช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความผิดพลาดในการดูแลรักษา และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

- 1.2 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทราบผลความดันโลหิตของตนเอง ช่วยกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ในระยะยาวได้

- 1.3 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านช่วยแยก

ชนิดของความดันโลหิตสูงได้ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะชนิด Hypertension with White Coat effect (WE) ซึ่งอาจไม่ต้องใช้ยา หรือลดจำนวนยา และส่วนชนิด Hypertension with Masked effect (ME) ช่วยให้ผู้ป่วยทราบความดันโลหิตตนเอง การได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง และการปรับยาเพื่อความสะดวกเหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ

2. การนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการพัฒนา

2.1 จัดให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้แพร่หลายทั้งในเครือข่ายอำเภอพนมสารคาม และในทุกสถานบริการที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้ในเครื่อง เพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการจดบันทึก และสามารถเชื่อมต่อกับเจ้าหน้าที่ได้

2.3 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้าน พัฒนาต่อเนื่องโดยใช้ HBPM Telehealth ระหว่าง รพ. พนมสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประเมินผลการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทาง Telehealth

2.4 นำผลการศึกษากลับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ การขอสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและแก่ประชาชนทั่วไป

2.5 นำรูปแบบการวัดความดันโลหิตที่บ้านใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคาม นายแพทย์มณฑิร คณาสวัสดิ์ ให้การสนับสนุน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยให้คำแนะนำให้การศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2562).ความดันโลหิต วัดก่อน รู้ก่อน ป้องกันได้.กรมควบคุมโรคสัมพันธ์. ปีที่ 6 (ฉบับที่ 4 เมษายน - พฤษภาคม 2562),หน้า14-17.
2. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก.(2560).บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. ปีที่ 37 (ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2560), หน้า 154-159.

3. คลังข้อมูลสาธารณสุข.(2558). ข้อมูลคัดกรองความดันโลหิตสูง.Retrievedfrom <https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

4. Eguchi K.,Kuruville S., Ichikawa J., Schwartz JE., Pickering TG. (2012). A novel and simple protocol for the validation of home blood pressure monitors in clinical practice. Blood PressureMonitor; 17: 210-213

5. Imai Y., Kario K.,Shimada K.,Kawano Y., Hasebe N., Natsuyra H. et al. (2012). The Japanese Society of Hypertension Guidelines for Self-monitoring of Blood Pressure at Home (Second Edition). Hypertens Res; 35: 777-795.

6. มารยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิ์สรรพ.(2551). การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. ศูนย์บริการวิชาการสถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม: กทม.

7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป. ทริน ธิงค์ :กรุงเทพฯ.

8. Kannika Suwanna. Knowledge.(2020). Health Belief and Behavior of Salt Consumption among People in Nakhon Sri Thammarat Province. Journal of Health Science, Thaksin University 2020; 2(1) January - April.

9.ทิวาภรณ์ โพธิ์พรม.(2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดำเนินการออกกำลังกายของประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.

10.Connecttelehealth.(2549).UrighttelehealthProgram.Retrievedfrom.<https://www.facebook.com/connectdiaghealthshop>.

11.Sakolwat Montrivade,1 Pairoj Chattranukulchai , 1 Sarawut Siwamogsatham. Hypertension Subtypes among Thai Hypertensives: An Analysis of Telehealth-Assisted Instrument in Home Blood Pressure Monitoring Nationwide Pilot Project. International Journal of Hypertension Volume 2020, Article ID 3261408, 9 pages <https://doi.org/10.1155/2020/3261408>.

12. B. Williams, G. Mancia, W. Spiering et al.(2018). ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension,” Journal of Hypertension, vol. 36, no. 10, pp. 1953-2041, 2018.View at: Publisher Site | Google Scholar.

การศึกษาเชิงพรรณนาของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดสระแก้ว

ธีรวัฒน์ โสชนันนท์, พ.บ.¹

¹แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ในจังหวัดสระแก้วมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์

เพื่อหาความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดสระแก้ว ศึกษาลักษณะประชากรที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี และอัตราการรอดชีพหลังวินิจฉัย

วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562-31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วย 176 คน ความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. 2562 คือ 16.1 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2563 คือ 20.0 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.6 ± 9.9 ปี ความชุกจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบ โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับร้อยละ 61.4 โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับร้อยละ 24.4 และโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับร้อยละ 14.2 พบเป็นระยะแพร่กระจายร้อยละ 46.9 ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพที่ 1 เดือนร้อยละ 84.7 อัตราการรอดชีพที่ 6 เดือนร้อยละ 38.1 ที่ 1 ปี ร้อยละ 22.7 และ 2 ปี ร้อยละ 14.8

สรุป

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบได้บ่อยในจังหวัดสระแก้ว มีอัตราการรอดชีพต่ำ การคัดกรองและการพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ

คำสำคัญ

มะเร็งท่อน้ำดี, ความชุก, ชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อัตราการรอดชีพ

Descriptive Study of Cholangiocarcinoma in Sa kaeo Province, Thailand

Teerawat Sotananan, M.D.¹

¹Department of Surgery, Sakaeo Crown Prince Hospital

ABSTRACT

BACKGROUND

Cholangiocarcinoma is a common disease in Thailand. Cholangiocarcinoma is a common cause of mortality in Sa Kaeo Province, however no empirical data on the disease have been collected.

OBJECTIVES

To determine the prevalence of cholangiocarcinoma in Sa Kaeo Province and to study the population characteristics of cholangiocarcinoma, types of cholangiocarcinoma and survival rates after diagnosis.

METHODS

This is a descriptive research collecting data on cholangiocarcinoma patients diagnosed by physicians in the database of Sakaeo Crown Prince Hospital from January 1, 2019 to December 31, 2020. The data were analyzed by descriptive statistics.

RESULTS

176 patients were found. The prevalence of cholangiocarcinoma in 2019 was 16.1 per 100,000 population and 20.0 per 100,000 population in 2020. Most of the patients were male (66.5%) with a mean age of 66.6 ± 9.9 years. Classification of cholangiocarcinoma prevalence by types, intrahepatic cholangiocarcinoma was the most common type of cholangiocarcinoma (61.4%), followed by extrahepatic cholangiocarcinoma (24.4%) and combined type of cholangiocarcinoma (14.2%). 46.9% were found to be metastatic cholangiocarcinoma. The survival rate was 84.7% at 1 month, 38.1% at 6 months, 22.7% at 1 year and 14.8% at 2 years.

CONCLUSIONS

Cholangiocarcinoma is a common disease in Sa Kaeo province. Since the survival rate is low, screening and development of potential treatments for cholangiocarcinoma should be undertaken.

KEYWORDS

Cholangiocarcinoma, Prevalence, Types of cholangiocarcinoma, Survival rate

บทนำ (INTRODUCTION)

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ทั่วโลกถือว่าพบได้ไม่บ่อย เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเพียง 1 ถึง 2 คน ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ แต่ในประเทศไทยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของโรคมะเร็งทุกชนิดพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ โดยพบในผู้ชาย 38.6 คนต่อประชากรแสนคน และ ในผู้หญิง 14.6 คนต่อประชากรแสนคน⁽²⁾

ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงที่สุดในโลก โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยมีสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบในปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ด เมื่อรับประทานแบบสุกๆ ดิบๆ ตัวอ่อนของพยาธิสามารถไชเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดี และเกิดเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด⁽³⁾

จังหวัดสระแก้วแม้ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย แต่ประชาชนมีวัฒนธรรมการบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบเหมือนกับประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่งผลให้โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในด้านความชุกที่มากกว่าจังหวัดอื่นในภาคตะวันออก และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง ข้อมูลจาก Health data center พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรจังหวัดสระแก้วย้อนหลัง 5 ปี ในปี พ.ศ.2560-2564 คิด 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทุกปี⁽⁴⁾

ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงขนาดความชุกและข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดสระแก้ว การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดสระแก้ว ลักษณะประชากรที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี อัตรารอดชีพหลังวินิจฉัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุขต่อไป

วิธีการศึกษา (METHODS)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ทั้งที่ได้รับการยืนยันผลพยาธิวิทยาและไม่ได้ได้รับการยืนยันผลพยาธิวิทยา โดยดึงข้อมูลจากระหัส ICD10: C221, C229, C249, C240, K769, D376 จากฐานข้อมูลของ รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสำคัญไม่ครบหรือขาดการวินิจฉัยที่ชัดเจน และลงข้อมูลในแบบเก็บข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลตัวแปรต่อเนื่อง และแสดงผลเป็นความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลตัวแปรไม่ต่อเนื่อง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากการศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดสระแก้ว ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ S009b/65 ExPD/ปี พ.ศ.2565

ผลการศึกษา (RESULTS)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 176 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.6 ± 9.9 ปี และมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.7 มีอายุน้อยกว่า 40 ปีเพียงร้อยละ 0.6 มีน้ำหนักเฉลี่ย 55.5 ± 10.7 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159.6 ± 8.9 เซนติเมตร โดยได้ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยเท่ากับ 21.9 ± 4.1 kg/m² และมีช่วง BMI ระหว่าง 18.5- 22.9 kg/m² มากที่สุด ร้อยละ 38.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 ราย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	117	66.5
เพศหญิง	59	33.5
อายุ (ปี), mean $\pm$ SD	66.6 ± 9.9	
30- 39 ปี	1	0.6
40-49 ปี	6	3.4
50-59 ปี	40	22.7

ต่อตารางที่ 1

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
60-69 ปี	61	34.7
70-79 ปี	50	28.4
≥ 80 ปี	18	10.2
น้ำหนัก (kg), mean ± SD	55.5 ± 10.7	
ส่วนสูง (cm), mean ± SD	159.6 ± 8.9	
BMI (kg/m ²), mean ± SD	21.9 ± 4.1	
< 18.5	38	21.6
18.5-22.9	68	38.6
23.0-29.9	55	31.3
>30	5	2.8
ไม่ทราบข้อมูล	10	5.7

จากการสำรวจความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วย 90 คน เป็นผู้ชาย 57 คน ผู้หญิง 33 คน และ ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วย 113 คน เป็นผู้ชาย 74 คน ผู้หญิง 39 คน จากทะเบียนราษฎร์ของจังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ. 2562 มีประชากร 560,577 คน เป็นผู้ชาย 280,926 คน ผู้หญิง 279,651 คน และในปี พ.ศ. 2563 มีประชากร 566,303 คน เป็นผู้ชาย 283,497 คน ผู้หญิง 282,806 คน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2562 ความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีคิดเป็น 16.1 ต่อประชากรแสนคน เป็นความชุกในเพศชาย 20.3 ต่อประชากรแสนคน ความชุกในเพศหญิง 11.8 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีคิดเป็น 20.0 ต่อประชากรแสนคน เป็นความชุกในเพศชาย 26.1 ต่อประชากรแสนคน ความชุกในเพศหญิง 13.8 ต่อประชากรแสนคน

ในส่วนของความชุกจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี(5-7) ของกลุ่มตัวอย่าง พบเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma) ร้อยละ 61.4 แบ่งเป็น mass forming type มากที่สุด ร้อยละ 58 รองลงมาคือ intraductal type และ periductal type ร้อยละ 2.8 และ 0.6 ตามลำดับ ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma) พบร้อยละ 24.4 แบ่งเป็น Hilar cholangiocarcinoma มากที่สุด ร้อยละ 16.5 รองลงมาคือ middle common bile duct cancer และ distal common bile duct cancer ร้อยละ 4.5 และ 3.4 ตามลำดับ สำหรับโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับ (Combine type cholangiocarcinoma) พบร้อยละ 14.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกจำแนกตามชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี

ชนิดมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Intrahepatic cholangiocarcinoma	108	61.4
mass forming type	102	58
Intraductal type	5	2.8
Periductal type	1	0.6
Extrahepatic cholangiocarcinoma	43	24.4
Hilar cholangiocarcinoma	29	16.5
middle common bile duct cancer	8	4.5
distal common bile duct cancer	6	3.4
Combine type cholangiocarcinoma	25	14.2

สำหรับลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัย พบว่า อาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ ปวดท้อง พบร้อยละ 67.6 รองลงมาคือ ตัวเหลือง น้ำหนักลดและเบื่ออาหาร พบได้ร้อยละ 30.7 13.6 และ 13.6 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ พบอาการปวดท้องร้อยละ 78.7 ส่วนโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับพบอาการปวดท้องได้ร้อยละ 44.2 และ 60 ตามลำดับ ในขณะที่อาการตัวเหลือง พบในโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับเพียงร้อยละ 6.5 น้อย

กว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับ ซึ่งพบอาการตัวเหลืองถึงร้อยละ 81.4 และ 48 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบจากการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีถึงร้อยละ 2.8 มะเร็งระยะแพร่กระจาย พบในโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับมากที่สุด ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ โรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับ พบร้อยละ 36 และพบได้น้อยที่สุดในโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ ร้อยละ 21.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกและระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ข้อมูล	ทั้งหมด	ชนิดภายในตับ	ชนิดภายนอกตับ	ชนิดผสม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
อาการแสดง				
ปวดท้อง	119 (67.6)	85 (78.7)	19 (44.2)	15 (60.0)
ตัวเหลือง	54 (30.7)	7 (6.5)	35 (81.4)	12 (48.0)
ไข้	11 (6.3)	3 (2.8)	6 (14.0)	2 (8.0)
ก้อนในท้อง	8 (4.5)	7 (6.5)	1 (2.3)	0 (0)
น้ำหนักลด	24 (13.6)	16 (14.8)	7 (16.3)	1 (4.0)
เบื่ออาหาร	24 (13.6)	17 (15.7)	7 (16.3)	0 (0)
Deep vein thrombosis	1 (0.6)	1 (0.9)	0 (0)	0 (0)
ไม่มีอาการแต่ตรวจพบโดยบังเอิญ	2 (1.1)	1 (0.9)	1 (2.3)	0 (0)
พบจากการคัดกรองมะเร็ง	5 (2.8)	4 (3.7)	1 (2.3)	0 (0)
อื่นๆ	3 (1.7)	3 (2.8)	0 (0)	0 (0)
มะเร็งระยะแพร่กระจาย				
พบ	82 (46.9)	64 (59.3)	9 (21.4)	9 (36.0)
ไม่พบ	93 (53.1)	44 (40.7)	33 (78.6)	16 (64.0)

ภาวะที่ตรวจพบขณะเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือ พบนิ่วในถุงน้ำดีร้อยละ 19.9 ตับแข็งร้อยละ 8.5 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 7.8 และติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ 3 ในส่วนของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ มีค่าเฉลี่ย total bilirubin เท่ากับ 2 ± 4.1 mg/dl ซึ่งน้อยกว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับที่มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 9.9 ± 8.9 mg/dl และ 9.9 ± 11.4 mg/dl ตามลำดับ โรคมะเร็งท่อน้ำดีพบค่า AST > 59 U/L ได้ร้อยละ 58.0 พบค่า ALT > 72 U/L ร้อยละ 31.3 พบค่า ALP > 126 U/L ร้อยละ 85.3 ในส่วนของสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) พบ CEA > 3.8 ng/ml ร้อยละ 70.3 และ CA 19-9 > 37 U/ml ร้อยละ 69.0 ในขณะที่ AFP > 5.5 ng/ml พบเพียงร้อยละ 22.5 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะที่ตรวจพบขณะเป็นมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล	ทั้งหมด	ชนิดภายในตับ	ชนิดภายนอกตับ	ชนิดผสม	ไม่มีข้อมูล (NA)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
ภาวะที่ตรวจพบขณะเป็นมะเร็งท่อน้ำดี					
นิ่วในถุงน้ำดี	35 (19.9)	21 (19.4)	12 (27.9)	2 (8.0)	0
โรคตับแข็ง	15 (8.5)	13 (12.0)	1 (2.3)	1 (4.0)	0
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี B	8 (7.8)	6 (9.4)	2 (8.3)	0 (0)	74
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี C	3 (3.0)	2 (3.2)	0 (0)	1 (7.1)	75
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
total bilirubin (mg/dl), mean ± SD	5.2 ± 8.0	2.0 ± 4.1	9.9 ± 8.9	9.9 ± 11.4	26
direct bilirubin (mg/dl), mean ± SD	5.3 ± 15.8	3.2 ± 18.8	8.5 ± 8.4	8.4 ± 10.1	27
AST					26
≤ 59 U/L	63 (42.0)	48 (53.3)	6 (16.2)	9 (39.1)	
> 59 U/L	87 (58.0)	42 (46.7)	31 (83.8)	14 (60.9)	
ALT					26
≤ 72 U/L	103 (68.7)	77 (85.6)	16 (43.2)	10 (43.5)	
> 72 U/L	47 (31.3)	13 (14.4)	21 (56.8)	13 (56.5)	
ALP					26
≤ 126 U/L	22 (14.7)	19 (21.1)	2 (5.4)	1 (4.3)	
> 126 U/L	128 (85.3)	71 (78.9)	35 (94.6)	22 (94.7)	
CEA					58
≤ 3.8 ng/ml	35 (29.7)	21 (28.4)	9 (36.0)	5 (26.3)	
> 3.8 ng/ml	83 (70.3)	53 (71.6)	16 (64.0)	14 (73.7)	
CA 19-9					34
≤ 37 U/ml	44 (31.0)	30 (34.5)	9 (27.3)	5 (22.7)	
> 37 U/ml	98 (69.0)	57 (65.5)	24 (72.7)	17 (77.3)	
AFP					74
≤ 5.5 ng/ml	79 (77.5)	53 (73.6)	14 (93.3)	12 (80.0)	
> 5.5 ng/ml	23 (22.5)	19 (26.4)	1 (6.7)	3 (20.0)	

เมื่อพิจารณาอัตราโรคช้ำของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอัตราโรคช้ำที่ 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 84.7 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 60.2 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 38.1 1 ปี เท่ากับร้อยละ 22.7 และ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 14.8 เมื่อจำแนกตามชนิดของ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับมีอัตราโรคช้ำพื้กว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดผสมทั้งภายในตับและภายนอกตับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตรารอดชีพ (survival rate) หลังการวินิจฉัย

ระยะเวลา	ทั้งหมด	ชนิดภายในตับ	ชนิดภายนอกตับ	ชนิดผสม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1 เดือน	149 (84.7)	89 (82.5)	40 (93.0)	20 (80.0)
3 เดือน	106 (60.2)	58 (53.8)	35 (81.4)	13 (52.0)
6 เดือน	67 (38.1)	38 (35.3)	23 (53.5)	6 (24.0)
1 ปี	40 (22.7)	20 (18.6)	18 (41.9)	2 (8.0)
2 ปี	26 (14.8)	10 (9.3)	14 (32.6)	2 (8.0)

อภิปรายผล (DISCUSSION)

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีความชุกสูงในจังหวัดสระแก้ว โดยโรคนี้พบส่วนใหญ่ในเพศชาย และเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(8,9,10) ส่วนอายุเฉลี่ยคือ 66.6 ± 9.9 ปี และพบในผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.3 ซึ่งถือว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดสระแก้วมีอายุค่อนข้างสูงกว่าการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมา โดยการศึกษาของโรงพยาบาลลำปาง⁽⁹⁾ ปี พ.ศ.2556 มีอายุเฉลี่ย 62.1 ± 11.2 ปี และพบในผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.9 การศึกษาของขอนแก่น⁽¹¹⁾ พ.ศ.2554 (เก็บข้อมูล พ.ศ. 2541-2552) มีอายุเฉลี่ย 62.6 ± 11.1 ปี และพบในผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.5 การศึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี⁽¹⁰⁾ ปี พ.ศ.2565 พบในผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.4 สำหรับอาการแสดงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปวดท้อง ตัวเหลือง น้ำหนักลดตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลลำปาง^(8,9)

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.9) พบว่าเป็นระยะแพร่กระจายขณะวินิจฉัย โดยเฉพาะโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับที่มักจะพบว่าเป็นระยะสุดท้ายขณะวินิจฉัยได้บ่อยเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดอื่นๆ อาจเป็นเพราะอาการในช่วงเริ่มแรกคืออาการปวดท้องซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงต่างกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับที่มีอาการตัวเหลือง ทำให้โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับวินิจฉัยได้เมื่อตัวโรคเป็นมากแล้ว

ผลตรวจ AST, ALT, ALP, total bilirubin, direct bilirubin ส่วนใหญ่จะมีค่าสูงในโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ ส่วนค่า CEA, CA 19-9 มีค่าผิดปกติในโรคมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 70.3 และ 69.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลลำปาง^(8,9) โดยเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยที่สำคัญ โดยเฉพาะโร

คมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่สามารถเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้

สำหรับอัตรารอดชีพพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเสียชีวิตภายใน 1 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยถึงร้อยละ 15.3 และมีชีวิตมากกว่า 2 ปีหลังวินิจฉัยเพียงร้อยละ 14.8 บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค และพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อัตรารอดชีพ 1 ปีหลังวินิจฉัย คือร้อยละ 22.7 ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่พบว่าอัตรารอดชีพ 1 ปีหลังวินิจฉัย คือร้อยละ 27.4⁽¹⁰⁾ ในปัจจุบันผลการรักษาของมะเร็งท่อน้ำดียังไม่สู้ดีนัก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งท่อน้ำดีมีขนาดใหญ่หรือลุกลามแล้ว ดังนั้นพบว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ที่สามารถทำการผ่าตัดได้ โดยถ้าสามารถผ่าตัดเอามะเร็งท่อน้ำดีออกได้หมดจะมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปีอยู่ที่ประมาณ 10-40% แต่ถ้าพบว่ามีการลุกลามไปแล้วอัตราการรอดชีพจะต่ำลงมาก⁽¹²⁾ ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยา และเนื่องจากการเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยย้อนหลัง จึงทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ สำหรับอัตรารอดชีพนั้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลหลังวินิจฉัยเพียง 2 ปี ทำให้ขาดข้อมูลในส่วนของการรอดชีพที่ 3-5 ปี งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงข้อมูลด้านการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

ประโยชน์และการนำไปใช้ คือทำให้เห็นความสำคัญของขนาดปัญหาของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดสระแก้ว นำข้อมูลลักษณะประชากรจากการศึกษานี้ไปวางแผนคัดกรองหรือเฝ้าระวังมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ตามช่วงอายุ เพศ นำข้อมูลอาการ อาการแสดง ผลตรวจเลือด มาช่วยในการวินิจฉัยและนำผลการศึกษาไปประกอบการทำแผนพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธโสธร

สรุปผลการดำเนินการวิจัย โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบได้บ่อยในจังหวัดสระแก้ว มีอัตราการรอดชีพโดยรวมต่ำโดยเฉพาะชนิดที่เกิดภายในตับ การคัดกรองและการพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ

นพ.ธีรวัฒน์ โสธนนันทน์ Email: drteerawat@hotmail.com
โทร: 0870165647

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

เอกสารอ้างอิง (REFERENCE)

1. Townsend CM, Evers BM. SABISTON: TEXT-BOOK OF SURGERY: THE BIOLOGICAL BASIS OF MODERN SURGICAL PRACTICE, TWENTY FIRST EDITION. 21th ed. Canada: Elsevier; 2021. 1519–1525 p.
2. Wiengnon S. Cholangiocarcinoma in Khon Kaen province. Srinagarind Med J. 2012;27:326–30.
3. Cholangiocarcinoma in Thailand [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 16]. Available from: [https://cascap.kku.ac.th/Cholangiocarcinoma in Thailand /](https://cascap.kku.ac.th/Cholangiocarcinoma%20in%20Thailand/)
4. HDC – Report (moph.go.th) [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 2] Available from: <https://skw.hdc.moph.go.th/>
5. Prathitthep S. Cholangiocarcinoma. Sunpasit-vejhasarn. 2011;32:53–62.
6. Bhudhisawasdi V. Cholangiocarcinoma: Experience of Srinagarind Hospital. Srinagarind Med J. 2012;27:331–9.
7. Khuntikao N. Current Concept in Management of Cholangiocarcinoma. Srinagarind Med J [Internet].

2005;20. Available from: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=274

8. Luvira V, Nilprapha K, Bhudhisawasdi V, Pugkhem A, Chamadol N, Kamsa-ard S. Cholangiocarcinoma Patient Outcome in Northeastern Thailand: Single-Center Prospective Study. Asian Pacific J Cancer Prev [Internet]. 2016 Feb 5;17(1):4016. Available from: <http://koreascience.or.kr/journal/view.jsp?kj=POCPA9&py=2016&vnc=v17n1&sp=401>

9. Kosolsasithon C. Cholangiocarcinoma in Lampang hospital. Lampangvejhasarn. 2013;34:84–91.

10. Maleehual M, Kamsa-ard S, Supaarttagorn P. Survival Rate of Liver Cancer Patients After Diagnosis at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. SRIMEDJ [Internet]. 2022 Feb. 28 [cited 2023 Jan.15]; 37(1):56–62. Available from: <https://li01.tcithaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/253959>

11. Kamsa-ard S, Wiangnon S, Suwanrungruang K, et al (2011). Trends in liver cancer incidence between 1985 and 2009 Khon Kaen Thailand: cholangiocarcinoma. Asian Pac J Cancer Prev, 12, 2209–13.

12. Kositamongkol P. Cholangiocarcinoma [Internet]. Institute of oncology, Siriraj hospital. [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/department/cancer/knowledgedetail.php?sub=cholangiole>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงคิสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียน ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

วิภา อัครานนทสิทธิ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สูงคิสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาปัจจัยที่ ความสัมพันธ์กับภาวะสูงคิสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียน ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 400 คน และกลุ่มเด็กวัยเรียน จำนวน 400 คน เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2566 เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม สถิติสำเร็จรูป พรรณนาข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ ไค-สแควร์

ผลการวิจัย ปัจจัยข้อมูลภาวะสุขภาพของนักเรียนด้าน รูปร่าง (BMI) และสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสูงคิสมส่วนฟันไม่ผุ ในเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคท้องร่วง ป่วยด้วยโรคบิด การแปรงฟัน และการมองเห็นไม่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยพฤติกรรม และความ รอบรู้ มีความสัมพันธ์กับสูงคิสมส่วนฟันไม่ผุ ในเด็กวัยเรียน ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์

ควรประสานความร่วมมือกับโรงเรียน เก็บข้อมูลผลการ วิจัย ให้กับโรงเรียน และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนทาง การส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้โรงเรียนในพื้นที่ได้รับ ประโยชน์ เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จะทำให้ นักเรียนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและ ได้รับการดูแลอย่าง เหมาะสม

บทนำ

จากข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบ ประชากรอายุ 5-14 ปี มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จาก ร้อยละ 12.31 ในปี 2555 เป็น ร้อยละ 8.80 ในปี 2565 ซึ่ง การลดลงของประชากรกลุ่มนี้สวนทางกับจำนวนประชากร ประเทศที่เพิ่มขึ้น ถึง 1 ใน 3 (ปี 2555 มีประชากร 68,038,247 คน ปี 2565 มีประชากร 72,788,503 คน) ซึ่งคาดว่าจะลดจำนวนลงเรื่อย ๆ ในอีก 10 ปีข้างหน้า และ จากการสำรวจขององค์กรยูนิเซฟ พบว่า สาเหตุหลักของการ เสียชีวิตในช่วงอายุ 5-17 ปี คือ การจมน้ำและอุบัติเหตุบน ท้องถนน มากถึง ร้อยละ 70 ซึ่งมากกว่าการเจ็บป่วยจากโรค ติดต้อและไม่ติดต้อรวมกัน (องค์กรยูนิเซฟ,2006) เมื่อแยก ตามอายุจะพบสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (จมน้ำ อุบัติเหตุบนท้องถนน ไฟดูด ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ตกจากที่สูง สัตว์กัด ขาดอากาศหายใจ) ร้อยละ 55 ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี ร้อยละ 73 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เสียชีวิตจากโรคติดต้อ ร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี ร้อยละ 12 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต้อ ร้อยละ 15 ทั้งสองกลุ่ม เมื่อ พิจารณาข้อมูล การเสียชีวิตของกลุ่มอายุ 5-9 และ 10-14 ปี พบว่า การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต้อมีพอ ๆ กัน (ร้อยละ 15) ซึ่งมีจำนวนไม่มากแต่ก็มีจำนวนที่ไม่ลดลง จึงเป็นจุดสำคัญที่ ควรสร้างเสริมและป้องกันการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต้อในกลุ่ม อายุนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พงศธร พอกเพิ่มดี,2561)

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่มีต่อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) มีเป้าหมายในระยะ 20 ปี ให้ช่วงอายุ 6-14 ปี ซึ่งเป็นช่วงของเด็ก วัยเรียน (อายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) มี IQ/ EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงคิสมส่วน ฟันดีไม่ผุ หรือส่งเสริม เด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด เด็กวัยเรียน (School Age) เป็นประชากรวัยเด็กตอนปลาย เป็นวัยที่เน้นการเรียนรู้เป็นหลัก ในระดับประถมศึกษาซึ่งต้องอยู่ในการควบคุม ดูแล เอาใจใส่

อย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่ผู้ปกครองทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อป้องกันภัยและปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ในเด็กวัยนี้(พงศธร พอกเพิ่มดี,2561) ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการ พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความแข็งแรงและความฉลาดในเด็กวัยเรียน อันประกอบด้วย สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม พันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถ้าเด็กวัยเรียนมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีในช่วงวัยต่อไป

จากเป้าหมายตัวชี้วัดผลการดำเนินงานระดับประเทศ พบว่า ฟันดีไม่ผุในเด็กวัยเรียนผ่านเกณฑ์ แต่ การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและวิตามินดี (6-14 ปี) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งหามาตรการในการสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวอันจะส่งผลให้เด็กวัยเรียนมี IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงดีสมส่วน ฟันดีไม่ผุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพดี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ โดยใช้การดำเนินงานที่ครอบคลุม เรื่องของสายตา ทันตสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกาย และสุขภาวะอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยดำเนินงานผ่านโครงการต่าง ๆ อาทิเช่น โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โครงการคุณภาพอาหารกลางวันในโรงเรียน (Thai School Lunch) โครงการ Smart Kids Leader, ChOPA & ChiPA Coach ชุดความรู้ NuPETHS รวมถึงการส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพอนามัยและสภาพแวดล้อมในถิ่นทุรกันดาร โดยผ่านการเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2562)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคของประเทศไทยที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเด็กวัยเรียน ได้นำเอาแนวทางและมาตรการต่าง ๆ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มาดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนในจังหวัดฉะเชิงเทรา ให้มีสุขภาพดี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ แต่การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่บรรลุผลตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2563) เนื่องจากยังขาดข้อมูลที่จะสนับสนุนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาสถานการณ์สุขภาพพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่เป็นปัจจัยต่อการมีภาวะสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ และศึกษาปัจจัยดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์กับ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทาง รูปแบบ ข้อปฏิบัติ นโยบายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนในจังหวัดฉะเชิงเทรา

เพื่อบรรลุเป้าหมาย “เด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ” อันตรงกับสภาพความเป็นจริงและบริบทของพื้นที่มากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. สถานการณ์ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยสุขภาพสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาปัจจัยสุขภาพสุขภาพ สุขภาวะสุขภาพ ได้แก่ BMI โรคประจำตัว การเจ็บป่วย สุขภาพช่องปาก การมองเห็น-ได้ยิน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ เข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารข้อมูลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ชุมชน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ในเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

ขอบเขตด้านประชากร

1. ประชากรประกอบด้วย พ่อแม่ผู้ปกครอง และเด็กวัยเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กที่ดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่องที่มีเด็กอายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย
 - เด็กที่มีอายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการทางร่างกายและสมอง สามารถใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสารได้ตอบได้เข้าใจ

ขอบเขตด้านระยะเวลาและพื้นที่

ศึกษาโรงเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2566

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สุขนิสัยส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะสุขนิสัยส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเด็ก และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6-14 ปี ที่อาศัยในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2566 ประกอบด้วยอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอบางคล้า อำเภอบางปะกง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอบ้านโพธิ์ อำเภอแปลงยาว อำเภอพนมสารคาม อำเภอราชสาส์น อำเภอสนามชัยเขต อำเภอนาทะเกียบ และอำเภอกลองเจียน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กที่มีเด็กอายุตั้งแต่ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน และดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 400 คน
2. กลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดเอกชน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง
- 2) กราฟประเมินสภาวะการเจริญเติบโต ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ตามมาตรฐาน WHO ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- 3) แบบสอบถามสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้
 1. เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง ที่ได้มาตรฐานผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพทุกครั้งก่อนใช้งาน
 2. กราฟประเมินสภาวะการเจริญเติบโต ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ตามมาตรฐาน WHO ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3. แบบสอบถามสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก การเลี้ยงดูเด็ก ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย น้ำหนักและส่วนสูง ผลการประเมินสภาวะการเจริญเติบโต การตรวจฟัน การมองเห็นและการได้ยิน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. จัดประชุมพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของทีมเก็บข้อมูล โดยให้ผู้รับผิดชอบการตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เจาะเลือด ได้ซักซ้อมและทบทวนวิธีการตรวจ การใช้เครื่องมือ แบบสอบถาม เตรียมความพร้อมของทีมเก็บข้อมูลเพื่อลงพื้นที่ ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ การทำความเข้าใจ และการตอบปัญหาของอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและได้มาตรฐานในการได้มาของข้อมูลมากที่สุด

2. ประสานเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยวัย เรียน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ในสังกัด สพฐ. เอกชน อปท. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเตรียม กลุ่มตัวอย่าง การขออนุญาตใช้พื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล แผนการเก็บข้อมูล

3. จัดเตรียมความพร้อมของแบบสอบถามสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล ที่วัดส่วนสูง อุปกรณ์ และวัสดุ อุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการเก็บข้อมูลให้มีจำนวนเพียงพอกับจำนวนอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง

4. จัดทำคู่มือการใช้แบบสอบถามสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน คู่มือการลงรหัส จัดทำฟอร์ม Data Sheet จัดทำฟอร์มลงข้อมูล

5. เก็บข้อมูล ชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง เก็บข้อมูล (สายตา การได้ยิน สุขภาพช่องปากและฟัน) จากแบบบันทึกสุขภาพ ประจำตัวนักเรียน (สศ.3) ในเด็กอายุ 6 ปีเต็ม ถึง 14 ปี

6. ประสานความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ 1 วันก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูล

7. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามขั้นตอนการเก็บข้อมูล

8. ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ข้อมูลชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

หลังเสร็จสิ้นการสอบถามข้อมูลทันที หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์ให้สอบถามซ้ำอีกครั้ง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ภาวะสูงสุดต่ำสุด ส่วนไม่ผู้ เด็กวัยเรียน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงสุดต่ำสุด ส่วนไม่ผู้ด้วยสถิติ ไค-สแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กนักเรียน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองส่วนใหญ่ อายุ 40 – 59 ปี ร้อยละ 43.25 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 45.75 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.25 รายได้ 10,000–20,000 บาท ร้อยละ 41.75 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ร้อยละ 43.50 รายได้เฉลี่ย 15,685.39 บาท/เดือน รายได้น้อยที่สุด 1,500 บาท รายได้มากที่สุด 110,000 บาท

1.2 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน พบว่า คือ เด็กหญิง ร้อยละ 58.25 เด็กชายร้อยละ 41.75 มีอายุในช่วง 10–14 ปี ร้อยละ 53.25 เป็นนักเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ร้อยละ 40.25 มีแม่และพ่ออยู่ร่วมกัน ร้อยละ 65.25 และผู้ดูแลหลักเป็นแม่ ร้อยละ 68.25

1.3 เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 85.75 เด็กนักเรียนมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 62.50 ไม่แข็งแรง ร้อยละ 1.0 การมองเห็นของเด็กนักเรียนปกติ ร้อยละ 98.0 และการได้ยินของเด็กนักเรียนปกติ ร้อยละ 100

1.4 การประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียน จากน้ำหนักและส่วนสูงในวันเก็บข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสมส่วน ร้อยละ 71.50 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.5

2. ข้อมูลพฤติกรรมด้านโภชนาการของนักเรียนใน

1 สัปดาห์ นักเรียนส่วนใหญ่กินอาหารเช้าทุกวัน ร้อยละ 82.00 ไม่กินผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 69.00 กินปลาอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ถึงร้อยละ 63.00 กินเนื้อสัตว์ติดมัน ร้อยละ 63.75 กินขนมที่มีรสหวาน ร้อยละ 82.00 ดื่มน้ำหรือดื่มน้ำที่มีรสหวาน ร้อยละ 82.25 กินขนมเบเกอรี่ ร้อยละ 75.50 กินขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 83.50 ดื่มน้ำตาลในอาหารปรุงสุกแล้ว ร้อยละ 54.25 ดื่มน้ำตาลในอาหารปรุงสุกแล้ว ร้อยละ 55.75 กินอาหารหลักวันละ 3 มื้อ ทุกวัน ร้อยละ 63.50

กินอาหารว่างวันละ 2 มื้อ ทุกวันร้อยละ 38.3 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง น้อยกว่า วันละ 8 ท็อป ทุกวัน ร้อยละ 65.5 กินอาหารกลุ่มผัก น้อยกว่า วันละ 4 ท็อป ทุกวัน ร้อยละ 60.25 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 6 ช้อนกินข้าว ทุกวัน ร้อยละ 43.25 ดื่มนมรสจืด น้อยกว่า วันละ 3 แก้ว/กล่อง ทุกวัน ร้อยละ 55.50 ดื่มนมพร่อง/ขาดมันเนย น้อยกว่า วันละ 3 แก้ว/กล่อง ทุกวัน ร้อยละ 51.25 กินไข่วันละ 1 ฟอง สัปดาห์ละ 3–7 วัน ร้อยละ 42.6 กินแหล่งธาตุเหล็ก น้อยกว่า 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 42.25 และกินอาหารผัดทอด กะทิ ไม่เกิน 2 เมนูต่อวัน ร้อยละ 43.75

3. ข้อมูลพฤติกรรมการเล่นไหวทางกายของนักเรียนใน 1 สัปดาห์

3.1 เด็กนักเรียนส่วนใหญ่นั่งดูโทรทัศน์มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 35.25 เล่นเกมในคอมพิวเตอร์/โทรศัพท์ มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 30.50 วิ่งเล่นกับเพื่อนเหิน้อย 30.25 ออกกำลังกาย/เล่นกีฬาอย่างน้อยครั้งละครั้ง ชั่วโมง 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 34.75 เดินขึ้นลงบันไดทุกวัน ร้อยละ 47.75 ช่วยทำงานบ้าน 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 34.00 เดิน/ขี่จักรยานไปโรงเรียน ร้อยละ 76.75

3.2 เด็กนักเรียนส่วนใหญ่นั่งดูโทรทัศน์มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 42.0 เล่นเกมในคอมพิวเตอร์/โทรศัพท์ มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 42.00 วิ่งเล่นกับเพื่อนเหิน้อย 38.50 ไม่ออกกำลังกาย/เล่นกีฬาอย่างน้อยครั้งละครั้ง ชั่วโมง 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 37.00 ไม่เดินขึ้นลงบันไดทุกวัน ร้อยละ 59.00 ช่วยทำงานบ้าน ทำทั้งเสาร์และอาทิตย์ ร้อยละ 45.75 ไม่เดิน/ขี่จักรยานไปโรงเรียน ร้อยละ 44.25

3.3 นักเรียนส่วนใหญ่เดินเข้าห้องน้ำ/เดินเล่น/เดินไปคุยกับเพื่อนโต๊ะอื่น ๆ เวลาพัก ทุกวัน ร้อยละ 48.75 มีชั่วโมงการเรียนรู้วิชาพลศึกษา 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 86.25 มีกิจกรรมยืดเหยียดระหว่างเรียนภาคเช้า 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46.25 มีกิจกรรมยืดเหยียดระหว่างเรียนภาคบ่าย 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 43.0 ทำกิจกรรมกายบริหารเวลาเข้าแถวตอนเช้า 1–2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 42.75 เล่นกีฬาในช่วงพักเที่ยงทุกวัน ร้อยละ 33.5 วิ่งเล่นกับเพื่อนในช่วงพักเที่ยงทุกวัน ร้อยละ 57.0 และช่วยทำความสะอาดในโรงเรียนทุกวัน ร้อยละ 58.00

4. ข้อมูลพฤติกรรมการเล่นไหวทางกายของนักเรียน นักเรียนส่วนใหญ่แปรงฟันทุกวันก่อนเข้านอน ร้อยละ 50.00 ทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอนเป็นบางวัน ร้อยละ 44.75 นักเรียนนอนร่วมกับแม่และพ่อ ร้อยละ 30.55 และนอนห้องที่มีพัดลม ร้อยละ 68.75 นักเรียนส่วนมากไม่ตื่นนอน

ช่วงกลางวัน ร้อยละ 66.25 นักเรียนไม่เคยเล่าความฝันให้ฟัง 38.50 เข้านอนเวลา 20.00-20.30 น. ในวันจันทร์-ศุกร์ ร้อยละ 42.50 เข้านอนเวลา 21.00-21.30 น. ในวันเสาร์-อาทิตย์ และ 36.25 ตื่นนอนเวลา 06.00-06.30 น. วันจันทร์-ศุกร์ ร้อยละ 65.75 ตื่นนอนเวลา เวลา 07.00-07.30 น. ในวันเสาร์-อาทิตย์ และ 35.75 ตามลำดับ นักเรียนส่วนมากมีเวลานอนน้อยกว่า 9-11 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 69.50

5. ข้อมูลสิ่งแวดล้อมด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย นักเรียนส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วนเหมาะกับวัยสูงถึง ร้อยละ 61.50 แม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของนักเรียนมากที่สุดถึง ร้อยละ 53.75 โรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่เหมาะสม-เพียงพอแก่ความต้องการของนักเรียน ร้อยละ 93.0 ในโรงเรียนมีอาหารประเภททอด น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบจำหน่าย ร้อยละ 70.25 รอบรั้วโรงเรียนมีอาหารประเภททอด น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบจำหน่าย ร้อยละ 82.25 ที่บ้านไม่มีอาหารประเภททอด น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบให้นักเรียนทานตลอดเวลา ร้อยละ 51.0 บริเวณรอบบ้านมีร้านค้าจำหน่ายอาหารประเภททอด น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 69.5 นักเรียนซื้ออาหารได้เองตามความต้องการ (ปริมาณ/ประเภท) ร้อยละ 60.5 โรงเรียนมีกิจกรรมและพื้นที่ให้ออกกำลังกาย/เล่นกับเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.5 นักเรียนได้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ออกแรงทุกวัน ร้อยละ 84.5 นักเรียนได้ออกกำลังกาย/เล่นร่วมกับเพื่อน ๆ ร้อยละ 92.5 ชุมชนที่อาศัยมีสวนสุขภาพ/ลานสุขภาพ/ลานเล่นของเด็ก/สวนสาธารณะ/สนาม

หญ้า อย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 53.50 ไม่มีแม่ พ่อหรือผู้ปกครองพานักเรียนไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมออกแรง (เล่น) ที่สวนสาธารณะ/ลานเล่น/สวนสุขภาพในชุมชนเพียง ร้อยละ 50.25 มีแม่ พ่อหรือผู้ปกครองที่รู้จักโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 56.00 ไม่รู้จักเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน 69.00 ไม่รู้จักชุดความรู้ NuPETHS ร้อยละ 87.0 ไม่รู้จัก Thai School Lunch ร้อยละ 86.25

6. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน นักเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ 3 คะแนน ร้อยละ 41.25 ด้านการเข้าถึงข้อมูล นักเรียนไม่เคยค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพเพียง ร้อยละ 59.0 วิธีการถามครู/พ่อแม่ ถึงร้อยละ 60.75 ด้านการสื่อสาร นักเรียนพูดหรือเล่าความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับมาให้กับเพื่อน หรือคนในครอบครัว ร้อยละ 67.50 และมักจะบอกหรือแนะนำเพื่อนและคนในครอบครัว ร้อยละ 70.25 นักเรียนไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 90.25

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสูงที่สุดส่วนพันไม่ผู้

7.1 ปัจจัยข้อมูลภาวะสุขภาพของนักเรียนด้านรูปร่าง (BMI) และสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสูงที่สุดส่วนพันไม่ผู้ ในเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคท้องร่วง ป่วยด้วยปอดบวม การแปร่งฟัน และการมองเห็น ไม่มีความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพของนักเรียนกับสูงที่สุดส่วนพันไม่ผู้

ภาวะสุขภาพของนักเรียน	สูงที่สุดส่วนพันไม่ผู้		χ ²	p-value 2
	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
รูปร่าง (BMI)				
สมส่วน	125	110	4.769	0.002*
อวบ	32	34		
อ้วน	6	22		
ผอม	20	51		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	66	312	1.521	0.745
มี	4	18		
ป่วยด้วยโรคท้องร่วง				
ไม่เคย	89	281	0.429	0.087
เคย	24	6		

ต่อตารางที่ 1

ภาวะสุขภาพของนักเรียน	สูงดีสมส่วนฟันไม่ผุ		χ ²	p-value 2
	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
ป่วยด้วยโรคคาวม				
ไม่เคย	89	295	0.132	0.42
เคย	3	13		
สุขภาพช่องปาก				
ปกติ	95	46	9.164	0.001*
ไม่ปกติ	51	208		
การแปรงฟัน				
แปรงฟัน	236	155	0.905	0.438
ไม่แปรงฟัน	3	6		
การมองเห็น				
ปกติ	106	262	1.324	0.424
สายตาเอียงตาเข/เหล่	5	5		
สายตาสั้น	9	13		

*P<0.05

7.2 ปัจจัยพฤติกรรม และความรอบรู้ มีความสัมพันธ์กับสูงศีสมส่วนฟันไม่ผุ ในเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและความรอบรู้ของนักเรียนกับสูงศีสมส่วนฟันไม่ผุ

พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ความรอบรู้	สูงศีสมส่วนฟันไม่ผุ		χ2	p-value
	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
พฤติกรรม				
ดี	55	92	4.895	0.023*
ปานกลาง	44	130		
ไม่ดี	37	42	0.435	0.231
สิ่งแวดล้อม				
ดี	11	12	5.983	0.004*
ปานกลาง	54	102		
ไม่ดี	57	164		
ความรอบรู้				
มี	58	90		
ไม่มี	79	173		

*P<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานการวิจัยข้อ 1 สถานการณ์ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในระดับดี จากผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ จากผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสมส่วน ร้อยละ 71.50 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.50 ซึ่งอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่เด็กมีภาวะสุขภาพที่ สมบูรณ์ เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งได้รับการเลี้ยงดู และดูแลจาก แม่ พ่อ ผู้ปกครองและครู ทำให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี อันส่งผลถึงการเจริญเติบโต (สูงดีสมส่วน) สุขภาพฟันที่ดี (อาชีวะ แวะหะยี และคณะ,2560)

2. สมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ปัจจัยสุขภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ของเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยสุขภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และความรู้มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ อธิบายได้ดังนี้

2.1 ภาวะสุขภาพของนักเรียน อธิบายได้ว่า เด็กนักเรียนที่กินอาหารหลัก 3 มื้อทุกวัน จะส่งผลให้ร่างกายเจริญเติบโตสมวัย เพราะอาหารถือเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดี อาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เหมาะสมจะให้พลังงาน โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ และสารอื่น ๆ อย่างพอเพียงกับความต้องการ และการทำงานของร่างกาย ทำให้อวัยวะแข็งแรง (Sheila G, Sunkyung Y, Niko K, Marcela C, Betsy L., 2009) เมื่อได้รับโภชนาการที่เหมาะสมบุคคลจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว เพื่อให้ได้สารอาหารที่ร่างกายต้องการอย่างครบถ้วนและมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ,2562) นอกจากนี้ สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมแปรงฟันที่ถูกวิธี จะส่งผลให้สุขภาพฟันของเด็กปกติ คือ ไม่มีปัญหาด้านทันตกรรม ในเด็ก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ และมีหินปูน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ จุมแพง (2560) พบว่าเด็กส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง โดยแปรงในเวลาตื่นนอนตอนเช้า และก่อนเข้านอนเป็นประจำจะทำให้ฟันไม่ผุ ส่วนการรับประทานอาหาร

ที่มีธาตุเหล็ก ซึ่งแหล่งอาหารของเหล็ก ได้แก่ เลือดสัตว์ เช่น เลือดหมูเลือดไก่ ตับ เนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อแดงก็มีส่วนสำคัญ เพราะเหล็กสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและการเรียนรู้ ภูมิคุ้มกันโรค สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย(ฉัฐชา พวงทอง และ ธนัช กนกเทศ, 2561)

2.2 ปัจจัยพฤติกรรมโดยเฉพาะด้านการนอนของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับสูงดีสมส่วน ซึ่งประกอบด้วยการอธิบายได้ว่า การพักผ่อน คือ การที่ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ลดความเมื่อยล้า การนอนหลับซึ่งทำให้อวัยวะ ทุกส่วนทำงานช้าลง ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายเด็กวัยเรียนหรือเด็กวัยรุ่น ต้องการนอนหลับเฉพาะกลางคืน โดยทั่วไปเด็กอายุ 6-9 ปี ต้องการนอนวันละประมาณ 12-13 ชั่วโมง เด็ก อายุ 10-12 ปี ต้องการนอนวันละประมาณ 10-11 ชั่วโมง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2560)

2.3 ปัจจัยความรู้มีความสัมพันธ์กับสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ในเด็กวัยเรียนในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา อธิบายได้ว่า ถ้านักเรียนมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้น ย่อมจะทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นมากขึ้นด้วยเช่นกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม โดยจะก่อให้เกิดความเข้าใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ (สุกัญญา บัวศรีและคณะ,2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ“สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ” พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ ในเด็กนักเรียน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ควรประสานความร่วมมือกับโรงเรียน คำนึงข้อมูลผลการวิจัย ให้กับโรงเรียน และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกัน ซึ่งจะทำให้โรงเรียนในพื้นที่ได้รับประโยชน์ เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จะทำให้นักเรียนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและ ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายเคลื่อนไหว ออกแรงของนักเรียน (Physical Activity) ควรมีการปรับปรุง เรื่องของการวัดการเพิ่มความถี่สะสมของเวลา ใน 1 วัน
2. งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาสถานการณ์ ของสูงดีสมส่วน

ฟันไม่ผุ เมื่อทราบสถานการณ์แล้ว สามารถนำ ข้อมูลมา พัฒนาการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ “สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ” ในสถานศึกษา เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่อนุญาตให้ทำการ ศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด ฉะเชิงเทรา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ขอขอบคุณผู้ปกครองและเด็กนักเรียนที่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการตอบแบบสอบถาม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562).ชุดความรู้ NuPETHS. สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักทันต สาธารณสุข สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อ สุขภาพ กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทไทยปริ้นท์ติ้งเซ็นเตอร์ จำกัด.

ฉัฐษา พวงทอง และ ธนัช กนกเทศ. (2561).ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอน ต้น กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดภาค กลาง ประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2561, เข้าถึงได้ จาก http://www.northern.ac.th/north_research/p/document/file_14926820731.pdf.

ทิพย์วรรณ จูมแพง. (2560). การจัดการภาวะโภชนาการ ในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนวัดทองคู่จิ่ง ไผ่โรจน์ประชา สรรค์ ตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. ศูนย์อนามัยที่ 6 .ชลบุรี.

พงศธร พอกเพิ่มดี. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2460-2579). กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://bps.moph.go.th>. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2561).

ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. (2563).สุขภาพของ เด็กไทย 2563. กุมารเวชสาร. ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. 2563. กรุงเทพมหานคร.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2562). แนวทางการจัด อาหารกลางวันเด็กวัยเรียน. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทสาม เจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2560). แนวทาง การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน. พิมพ์ ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุกัญญา บัวศรีและคณะ. (2562) ภาวะโภชนาการและ กิจกรรมทางกายของนักเรียนอายุ 6-12 ปี จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจร. นครน่านปริทรรศน์ ; 3: 81-94.

อาชีวะ เวหะยิและคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการ เกิดโรคฟันผุ ของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ; 4: 200-213

องค์การยูนิเซฟ. (2006). การบาดเจ็บในเด็กใน ประเทศไทย: ถึงเวลาที่ต้องรวมกันแก้ไข. ผลการ สํารวจการ บาดเจ็บ ในประเทศไทย (TNIS) เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ในเรื่อง การเสียชีวิตและการ เจ็บป่วยของเด็ก.. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ.

Sheila G, Sunkyung Y, Niko K, Marcela C, Betsy L. (2009). Linear and Ponderal Growth Trajectories in Well Nourished, Iron-Sufficient Infants Are Unimpaired by Iron Supplementation. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. The journal of nutrition. Nov2009; 139(11): 2106-2112.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

อุไร คล่องแคล่ว

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คนเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มด้วย Independent t - test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ฉะนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยในหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยน, ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was aimed to study the effect of health behavior modification program for hypertensive patients in Bangklur Subdistrict, Bangpakong District, Chachoengsao Province. Samples were 60 hypertensive patients which were evenly divided into experimental and control groups. The experimental group participated in organizing activities to promote health awareness whereas the control group did not participate in the program. Data were collected before and after the experiment, and were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, and independent t-test.

The results showed that the knowledge about hypertension was statistically significant increase in experimental group after the experiment ($p < 0.05$) compared with before the experiment and control group. The attitude about food consumption was statistically significant increase in experimental group after the experiment ($p < 0.05$) compared with before the experiment and control group. In addition, the food consumption behavior was statistically significant increase in the experimental group after the experiment ($p < 0.05$) compared with before the experiment and control group. Therefore, this health behavior modification program shall be applied to promote health for patients in other organizations.

Keywords: Health behavior modification program, Knowledge, Attitude, Behavior, Hypertension

Effects of Health Behavior Modification Program for Hypertensive Patients
Bangklur Subdistrict, Bangpakong District, Chachoengsao Province

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น หลอดเลือดในสมองแตก ตีบหรืออุดตัน มีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาบวม หรือตาบอดได้ รวมทั้งเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายในที่สุด⁽¹⁾ ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2553 มีรายงานประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 30 และยังคงคาดการณ์ว่าในปี 2565 ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า จากการที่ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่กำลังทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โรคความดันโลหิตสูงถือเป็น “ภัยเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการแสดงทำให้ผู้ป่วยหลายคนต้องเสียชีวิตจากโรคนี้และในบางครั้งผู้ป่วยมักไปตรวจพบที่โรงพยาบาลจากการมารักษาโรคอื่นๆ⁽²⁾ จังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมสูง มีเส้นทางหลักในการคมนาคมสู่ภาคตะวันออก ทำให้มีการขนส่งและติดต่อประสานงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ ดังนั้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ประชาชนมีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านตามลำพังเนื่องจากบุตรหลานไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องได้รับการดูแล ทั้งในชุมชนและที่บ้านเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS) คือการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองไม่ทอดทิ้งกันโดยเฉพาะผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์สประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

จากผลการสำรวจพบว่า จำนวนของประชากรผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 28,777.29 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน⁽³⁾ ผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีการออกเยี่ยมบ้าน จัดอบรมให้ความรู้ทั้งในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ พบว่าประชาชนบางส่วนโดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนมากยังขาดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 4,822 คน พบว่า ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 288 คน โรคเบาหวาน 112 คน และกลุ่มเสี่ยงอีก 264 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคือ เกษตรกรรม เลี้ยงปลา เลี้ยงกุ้ง มีการทำปลาเค็มและรับประทานปลาเค็มเกือบทุกวันและทุกบ้านทำให้เกิดภาวะโซเดียมเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เลือกซื้ออาหารที่ง่ายและสะดวกจากตลาดนัดและร้านค้าที่ปรุงแต่งรสชาติ และการที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้รับรู้ปัญหาและมองเห็นอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายรวมทั้งมีการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส⁽⁵⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในลักษณะรูปแบบ 2 กลุ่มที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest control group design) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ

ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ การศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารตำรา งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเตรียมชุมชน เตรียมคน เตรียมเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ โดยเน้นความร่วมมือร่วมใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานวิจัยร่วมกัน ประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพเพื่อนำสู่การจัดลำดับความสำคัญการแก้ปัญหา

2. ระยะดำเนินการ

แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม โดยผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสอง กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วันห่างกัน 1 เดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว

3. ระยะประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและความสนใจในการซักถาม และการใช้แบบสอบถามวัดผลก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลบางเกลือ อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) คัดเลือกจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140 /90 มิลลิเมตรปรอท เลือกสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากร่วมกับใช้เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้จำนวน 60 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในตำบลบางเกลือมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีความสามารถรับรู้ สื่อความหมายความเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้
3. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างการศึกษาวิจัยได้
2. ย้ายออกนอกเขตพื้นที่ตำบลบางเกลือระหว่างการวิจัย
3. เป็นผู้ที่มิมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์⁽⁴⁾ ในการดำเนินโปรแกรมครั้งนี้จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พร้อมยกตัวอย่างประกอบ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตัวเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองโดยการฝึกทักษะในการเปรียบเทียบอาหารเพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) หรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนด โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) การวิจัยนี้มีค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.84
2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Co-

efficient) การวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.85 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติเท่ากับ 0.80 และค่าความเที่ยงของพฤติกรรมเท่ากับ 0.78 ตามลำดับ และค่าอำนาจจำแนก (Discriminant) เท่ากับ 0.55

3. นำเครื่องมือที่ทดลองใช้แล้วมาเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้ถูกต้องสมบูรณ์และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 14 ก.พ.2565 ตามรหัสโครงการเลขที่ PH_CCO_REC 008/2565 แล้วจึงดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็มโดยหาผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างหลังทดลองกับก่อนทดลอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t - test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.33) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.67) สถานะทางครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองเป็นสมาชิกครอบครัว 16 คน (ร้อยละ 53.33) หัวหน้าครอบครัว 12 คน (ร้อยละ 40.00) และผู้อาศัย 2 คน (ร้อยละ 6.67) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสมาชิกครอบครัว 18 คน (ร้อยละ 60.00) หัวหน้าครอบครัว 11 คน (ร้อยละ 36.67) และผู้อาศัย 1 คน (ร้อยละ 3.33)

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ย 35.00 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เฉลี่ย 32.66 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ย 47.50 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เฉลี่ย 33.50 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	35.00	11.14	0.89	0.37
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	32.66	8.97		
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	47.50	4.68	7.48	0.05
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	33.50	9.11		

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 30.13 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 30.46 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 37.66 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 30.80 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	30.13	6.25	0.22	0.82
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	30.46	5.03		
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	37.66	5.99	4.86	0.05
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	30.80	4.88		

3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 27.10 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 27.10 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 35.96 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉลี่ย 27.23 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	27.10	5.18	0.00	1.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	27.10	5.18		
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	35.96	3.79	7.58	0.05
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	27.23	5.04		

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตและให้ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่พบเห็นอาการดังกล่าวพร้อมการนำเสนอโดยใช้วีดิทัศน์และแจกเอกสารประกอบคำบรรยายทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังจะเห็นความสำคัญของการมี

สุขภาพดี จึงมีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตนเองขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบงกช โมระสกุล และคณะ⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r=0.925$, $p<0.01$)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดีขึ้น⁽⁴⁾ การให้ข้อมูลทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพัตรา ลิทธิวิงและคณะ⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดีขึ้น การที่จะเกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้น ลักษณะของแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะไม่ทำให้เกิดอารมณ์กลัว แต่จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจและยอมรับที่จะปฏิบัติตาม⁽⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ฉะนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

2. การจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้ความสนใจและเข้าร่วมในการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ จึงควรมีการติดต่อประสานงานก่อนดำเนินกิจกรรม

3. การจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ควรมีการปรับกิจกรรมเพิ่มเติม เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้บุคลากรเกิดกำลังใจ เห็นคุณค่าของการกระทำ และมีเมนูอาหารสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารเพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการให้ผู้ดูแลในครอบครัวและญาติเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยในพื้นที่ร่วมด้วย

3. ควรมีการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับญาติเครือข่ายด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

- 2 สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก. World Hypertension League (WHL). (internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค.2564). เข้าถึงได้จาก <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>.

- 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. สถานะสุขภาพปี 2563. (internet). 2564 (เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค.2564). เข้าถึงได้จาก http://www.cco.moph.go.th/cco24/status/status_health.html.

- 4 สงบ ภูแดนเก่ง และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอดต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 18 (ฉบับพิเศษ): 85-93.

- 5 Roger, R.W. Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change : A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R.Petty (Eds.), Social Psychophysiology. New York: Guilford Press; 1983.

- 6 บงกช โมระสกุล, พรศิริ พันธสี, วาณี โพธิ์นคร และสุกชัย ศรีบำรุง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเคอะเลกาซึ่งการ์เด็นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564; 35 (1).

- 7 สุพัตรา ลิทธิวิง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาร. 2563; 47 (2).

- 8 วิชาญ มีเครือรอด. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. สาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย; 2563.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับภาวะเลือดออกในสมองชั้นนอก Nursing Care of Traumatic Brain Injury Patient with Epidural Hematoma

นางสาว กิตติยา ต้นสิน,
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial Hematoma) จากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดทุพพลภาพที่มีภาวะพึ่งพาและทำให้เสียชีวิตได้ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสำคัญที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในภาวะวิกฤตต้องการรักษาอย่างเร่งด่วนทันทีและถูกต้อง ด้วยเหตุนี้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและต้องมีความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การประเมินอาการและอาการแสดงทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แนวทางการรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสำคัญของร่างกายกลับคืนสภาพปกติโดยเร็ว และป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในสมองเหนือชั้นดุมรา (Epidural Hematoma) ประเด็นความครอบคลุมการดูแลทั้งในระยะวิกฤต ระยะพักฟื้นและฟื้นฟูตลอดการดูแลระยะยาว ทั้งการดูแลรักษาทางการแพทย์ ปัญหาทางการพยาบาล และความต่อเนื่องในการดูแลที่บ้านและชุมชน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะเลือดออกในชั้นดุมราระยะวิกฤต ต้องได้รับการประเมินที่รวดเร็วแม่นยำ รวมถึงต้องได้รับการส่งต่อข้อมูลเข้าสู่ระบบ การรักษาพยาบาลต้องเป็นขั้นสูงเพื่อให้ได้รับยาและผ่าตัดรักษาอย่างเร่งด่วน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การให้การพยาบาลโดยใช้หลักวิชาการที่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยและระบุปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องทั้งในระยะวิกฤต ระยะพักฟื้นและระยะยาวจะทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต

คำสำคัญ ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial Hematoma) , การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury), (increased intracranial pressure) and (Epidural Hematoma)

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) หมายถึง การบาดเจ็บใดๆที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะซึ่งอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับสมองก่อให้เกิดเลือดออกในสมองได้หลายตำแหน่งและมีอาการแตกต่างกันออกไป และส่งผลให้เกิดสมองกระเทือน สมองช้ำ เลือดคั่งในกะโหลกศีรษะและภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial Hematoma) เป็นภาวะที่หลอดเลือดในสมองหรือหลอดเลือดระหว่างกระดูกและสมองแตกออก ทำให้เลือดไปสะสมและกดอัดเนื้อเยื่อสมอง รวมทั้งภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก หรือภาวะเลือดออกที่ผิวสมอง (Epidural hematoma หรือ Extradural hematoma หรือ Epidural hemorrhage หรือ Extra dural hemorrhage) เป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบบ่อย โดยเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณเยื่อหุ้มสมอง หรือหลอดเลือดระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดุมรา ส่งผลให้เนื้อสมองมีการถูกกดเบียด จึงทำให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน พูดไม่ชัด ชัก การเคลื่อนไหวผิดปกติหรือแขนขาอ่อนแรงหรือหมดสติได้ (การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ฉบับปรับปรุง, 2562)

Epidural Hematoma หมายถึง การมีภาวะเลือดออกเหนือชั้นดุมรา หลอดเลือด middle meningeal sagittal sinus และ diploic เนื่องจากเยื่อ dura แยกออกจากผิวด้านในของกะโหลกได้ง่ายกว่า การเกิดหลอดเลือดฉีกขาดจนทำให้เกิดก้อนเลือดมีสาเหตุจากการผิดรูปของกะโหลกศีรษะในขณะที่มีแรงมากระทบทำให้หลอดเลือดที่แตกแขนงไปเลี้ยงกะโหลกศีรษะถูกดึงรั้งจนฉีกขาด การที่เลือดออกจากหลอดเลือดจะทำให้มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ โดยอาศัยแรงดันในหลอดเลือดแดง และก้อนเลือดจะเข้หาหลอดเลือดออกจากกะโหลกศีรษะ จึงทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกะโหลกศีรษะเพิ่มเกิดจุดเลือดออกมากขึ้น ในระยะเวลาดต่อมา

ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทรุดลงหรืออาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ตำแหน่งที่เกิดบ่อยคือ Temporal bone (ศรีษะกรักษ์ สวนแก้ว – วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2022) ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก มีสาเหตุหลักจากการเกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะ ทั้งอุบัติเหตุทางการจราจร ตกจากที่สูง การกระแทกที่ศีรษะ หรือจากการเล่นกีฬา (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury. มิถุนายน, 2562)

Epidural Hematoma อาการในระยะแรกเกิดจากการบาดเจ็บของสมองโดยตรงถ้าสมองไม่ได้รับบาดเจ็บจะไม่มี ความผิดปกติของระบบประสาทและไม่หมดสติ แต่ถ้ามีการบาดเจ็บที่สมองและมีภาวะเลือดออกในชั้นดราเมื่อเวลาผ่านไปจะมีอาการแสดงของภาวะความดันสูงในกะโหลกศีรษะคือ ปวดศีรษะ อาเจียนความรู้สึกลดลง ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้าลง อาการแสดงซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ Epidural Hematoma คือ จะหมดสติช่วงระยะเวลาหนึ่ง หลังบาดเจ็บภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหรือภาวะเลือดออกที่ผิวสมอง (Epidural hematoma หรือ Extradural hematoma หรือ Extra dural hemorrhage) เป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบบ่อยเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณเยื่อหุ้มสมองหรือหลอดเลือดระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดรา ส่งผลให้เนื้อสมองมีการถูกกดเบียดจึงทำให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด แขนขา เคลื่อนไหวผิดปกติ หรือหมดสติได้

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ craniotomy เป็นการทำการผ่าตัดโดย Bur hold แล้วเอา bone flap ออกเพื่อเปิดเยื่อหุ้มสมองดรา (dura) เอาก้อนเลือดหรือก้อนเนื้องอกออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ Craniotomy คือการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแล้วเปิดกะโหลก การเปิดแล้วปิดมี 2 แบบคือ Osteoplastic flap เปิดกะโหลกโดยชั้นกะโหลกมีกล้ามเนื้อติดยึดระหว่างกะโหลกที่ตัดออกกับกะโหลกเดิม และ Free bone flap เปิดกะโหลกออกจากที่เดิมทั้งชิ้น ปัจจุบันนิยมเปิดกะโหลกแบบ Craniectomy คือการผ่าตัดเปิดกะโหลกแล้วไม่ปิด

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุรับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ และการบาดเจ็บหลายระบบร่วมกัน จากสถิติ 5 อันดับโรคของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือ ภาวะเลือดออกในสมองบริเวณ Epidural และ Epidural Hematoma จะพบผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเสียชีวิตกะทันหันได้ ซึ่งถ้าทีมพยาบาลผู้ดูแลขาดสมรรถนะ ในการประเมินผู้ป่วย

และไม่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับภาวะที่มีเลือดออกในสมองชั้นนอกอาจส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงเกิดทุพพลภาพและอาจเสียชีวิต ดังนั้นผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนจำหน่ายสู่ชุมชน ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในสมองชั้นนอก จะมีอาการทรุดลงและแสดงอาการของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงอย่างชัดเจน ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาด้วยการผ่าตัดด่วนเพื่อเอาก้อนเลือดออก พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน รวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี รับการส่งตัวโรงพยาบาลวังน้ำเย็น มาโรงพยาบาลด้วยข้อมือเดือไรค์ ล้มเองสลับจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีเลือดออกหูข้างขวา ความดันโลหิต 160/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อ นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส สัญญาณทางระบบประสาทแรกเริ่ม E1V4M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำ 80 ซีซีต่อชั่วโมง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal, Brain contusion with Brain Edema

แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ วันที่ 16 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี ด้วยอุบัติเหตุทางจราจร ข้อมูลจากญาติและประวัติการส่งตัว 1 ชั่วโมงก่อนมาข้อมือเดือไรค์ ล้มเอง สลับจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีเลือดออกหูข้างขวา ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงมีอาการซึมลง สัญญาณทางระบบประสาท E1V1M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้าลง ความดันโลหิต 180/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) ข้างขวาเกรด 2 ข้างซ้ายเกรด 5 รายงานแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วย On ET-tube no 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร คงน้ำงดอาหาร ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำ 80 ซีซี ต่อชั่วโมง ยาแก้ปวด Dapakin 800 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 20 % mannitol 500 มิลลิกรัม loading และ Set ผ่าตัดแบบเร่งด่วน

การวินิจฉัย

1. Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal
2. Brain contusion with Brain Edema

แพทย์ผ่าตัด

1. Rt. Craniotomy with removed blood clot (16 มิถุนายน 2565)

การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ประเมิน แรก รับจนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับภาวะเลือดออกในสมองชั้นนอก โดยเฉพาะกรณีศึกษาเรื่องนี้ มีการผ่าตัดแบบเร่งด่วนนั้นบ่งบอกถึงการประเมินแรกเริ่มของทีมบริการ ตั้งแต่การอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเคลื่อนย้าย ระบบส่งต่อข้อมูล จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วย และการประเมินแรก รับที่หอผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายลงเตียง และการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดแบบเร่งด่วน ดังนั้น Nursing Care process มีส่วนสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลตาม มาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะทุพพลภาพให้น้อยที่สุด รวมถึงการพยาบาลแบบองค์รวม พบปัญหาและให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ

ข้อวินิจฉัยที่ 1. เกิดการเปลี่ยนแปลงแรงดันกะโหลกศีรษะของเลือดในสมอง จากการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะทำให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุขี้นมอเตอร์ไซด์ ล้มเองสลบจำเหตุการณ์ไม่ได้
- ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal, Brain contusion with Brain Edema
- ความดันโลหิต 180/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส สัญญาณทางระบบประสาทแรกเริ่ม E1VTM5 ม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงข้างลง

วัตถุประสงค์

- ป้องกันไม่ให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงไปจากเดิม สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณทางระบบประสาท 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 และ 1 ชั่วโมงจนปกติในระยะแรก ในวันที่ 1-3 วัดทุก 1 ชั่วโมง และตั้งแต่วันที่ 4 วัดทุก 4 ชั่วโมง ถาลดลง 2 คะแนนรายงานแพทย์
2. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดคั่งจากสมองไหลกลับดีขึ้น
3. สังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ชักเกร็ง เฝาระวังการเกิดภาวะ ICP
4. งดน้ำและอาหารไว้ก่อนป้องกันระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือด
5. ประเมินอาการปวดแผลและให้ยาลดปวด

ข้อวินิจฉัยที่ 2. อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ไปกดสมองศูนย์ควบคุมการหายใจทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วย On ET-tube no 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร ก่อนและหลังผ่าตัด
 - ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Rt.Craniotomy with removed blood clot ได้ยาระงับความรู้สึกชนิด general anesthesia รู้ตัวแต่ยังสับสน
- วัตถุประสงค์**
- ผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

การพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตรวจสอบสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ และประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินเฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือด ไปเลี้ยงสมองบกพร่องผู้ป่วยจะมีอาการซึมลง หดสติ สับสน
2. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา
3. ประเมิน อัตราการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงปอด เพื่อประเมินภาวะเสมหะคั่ง
4. ดูแลเสมหะทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อจำเป็น
5. ติดตามการประเมินและเตรียมประเมินความพร้อมเพื่อย้ายเครื่องช่วยหายใจและ Off ET-tube

3. วิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะของโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ภรรยาถามว่าอาการเป็นอย่างไรบ้าง หลังผ่าตัดอาการจะดีขึ้นไหม
2. ภรรยาและญาติสีหน้าวิตกกังวลแพทย์ผ่าตัด Rt.Craniotomy with removed blood clot แบบเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

- เพื่อคลายความวิตกกังวล

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุยรับฟังปัญหาอย่างสนใจและตั้งใจ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้ทราบถึงเหตุผลในการรักษาด้วยการผ่าตัด เตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด
2. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น เล็บมือเล็บเท้า ปากฟันและการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ คือการโกนผมเพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อและเพื่อความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดเตรียมตัวสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึก
3. ให้กำลังใจช่วยเหลือประคับประคอง

ข้อวินิจฉัยที่ 4. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจาก หลังทำ Rt.Craniotomy with removed blood clot จาก Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Rt.Craniotomy with remove blood clot เนื้อเยื่อสมองได้รับความกระทบกระเทือนจากการทำผ่าตัดทำให้เกิดการบวม

วัตถุประสงค์

- ป้องกันการเกิดภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง

การพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติ ให้ออกเงินตามแผนการรักษา
2. จัดทำให้ออนสิริษะสูง 30 องศา ศีรษะอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา

3. ประเมินอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชม.

4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

5. เฝ้าระวังอาการชักเกร็ง ถ้ามีอาการรายงานแพทย์ทราบทันที

6. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ไม่ให้ออนสิริษะด้านขวา และให้ระมัดระวังการกระทบกระแทกที่บาดแผลในขณะเคลื่อนย้ายเปลี่ยนท่านอนหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อวินิจฉัยที่ 5. ไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บปวดบาดแผลผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด pain score 10 คะแนน สีหน้ากระวนกระวายคิ้วขมวด
- มีแผลผ่าตัด Rt.Craniotomy with remove blood clot

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด

การพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะจากสีหน้า ท่าทาง และคำบอกเล่าดูแล ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผลและปวด
2. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ไม่ให้ไม่ให้ออนสิริษะด้านขวา พุดคุยให้กำลังใจ ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา
3. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบๆแผล

ข้อวินิจฉัยที่ 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัด Craniotomy

ข้อมูลสนับสนุน

- มีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส
- แผลผ่าตัดที่ศีรษะ Rt.Craniotomy with remove blood clot
- มีท่อระบายออกจากแผลผ่าตัด (Radivac Drain)

วัตถุประสงค์

- ป้องกันการติดเชื้อ

การพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณรอบๆแผล สังเกตลักษณะของแผลว่ามี discharge ชิมหรือไม่ ทำแผลแบบ dry dressing โดยใช้หลัก aseptic technique แนะนำผู้ป่วยและ ญาติไม่ให้

แกะกาแฟและไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแล เรื่องความสะอาดของร่างกายทั่วไป

2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
3. ดูแลท่อระบาย (Radivac Drain) เป็นระบบปิดไม่หักพับงอและระวังการเลื่อนหลุด
4. ล้างมือทุกครั้งก่อน-หลังการให้การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยที่ 7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Rt.Craniotomy 15 มิถุนายน 2565 GCS = E3 VT M5
- On NG tube for feeding แพทย์ให้เริ่มอาหารเหลวทางปาก วันที่ 19 มิถุนายน 2565 GCS = E3VTM5 Motor power แขนขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้ายเกรด 5

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร

การพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำถูกต้องตรงตามแผนการรักษา ดูแลให้อาหารทางสายยางวันละ 4 มื้อ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลให้อาหารผู้ป่วย
2. บันทึกสารน้ำเข้าและออกของร่างกาย
3. เมื่อแพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารทางปาก ดูแลและแนะนำการจัดท่าขณะให้อาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก สังเกตการกลืนและการสำลัก

ข้อวินิจฉัยที่ 8. การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อลีบข้อยึดติดเนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะและความสามารถในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง

- ข้อมูลสนับสนุน**
- ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal Rt. ผ่าตัด Craniotomy with remove blood clot
 - กำลังแขนขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้ายเกรด 5

วัตถุประสงค์

- เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบข้อยึดติด

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ให้กำลังใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ อธิบายให้เข้าใจถึงความคิดปกติของร่างกายจะค่อยๆ ดีขึ้น

2. ปรึกษาทีมสุขภาพเกี่ยวกับการฟื้นฟูได้แนะนำการ Active-Passive exercise วันละ 2 ครั้งเช้าและเย็นเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อ แห้งเกร็งและลีบ และส่งผู้ป่วยเข้าในระบบผู้ป่วยการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) และส่งต่อข้อมูลผ่านระบบการดูแลต่อเนื่อง (COC)

3. ให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง การให้ความช่วยเหลือรวมถึงการดูแล

ข้อวินิจฉัยที่ 9. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง และความสามารถในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีคนช่วย
- แขนขาข้างขวาอ่อนแรง
- การรับรู้ต่อการเจ็บปวด อ่อนหภูมิ การสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อ และกล้ามเนื้อข้างขวาลดลง

วัตถุประสงค์

- ป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วย

การพยาบาล

1. ให้การพยาบาลป้องกันการหกล้มหรือตกเตียง จัดวางของใช้ไว้ใกล้มือผู้ป่วยที่จะเอื้อมหยิบใช้ได้ หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม

2. มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องปลอดภัย ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายจากความร้อน - เย็น ไม่ให้สารน้ำหรือฉีดยาเข้าซีกซ้ายของร่างกายเพราะการไหลเวียนช้าลงทำให้เกิดอาการบวมได้

3. สอนแนะนำญาติผู้ดูแลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจัมเปอร์ไซเคิลล้มเอง ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Acute Epidural hematoma Rt.Temporoparietal และ

Brain contusion with Brain Edema เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2565 จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ วันที่ 24 มิถุนายน 2565 รวมวันนอนทั้งหมด 9 วัน

วันที่ 15 มิถุนายน 2565 รับผู้ป่วยชาย อายุ 25 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ด้วยอาการขมับบวมโตขึ้นเอง สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีเลือดออกหูข้างขวา ความดันโลหิต 160/98 มิลลิปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส สัญญาณทางระบบประสาท แกร็บที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน E1V4M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติให้ดูแล 0.9% NSS 1,000 ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำ 80 ซีซีต่อชั่วโมง เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal, Brain contusion with Brain Edema

แรกรับจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 9.30 น. ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง มีอาการซึมลง สัญญาณทางระบบประสาท E1V1M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงข้างลง ความดันโลหิต 180/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) ข้างขวาเกรด 2 ข้างซ้ายเกรด 5 รายงานแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วย On ET-tube no 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร ดูแลผู้ป่วย จดน้ำคอกอาหาร ให้ 0.9% NSS 1,000 ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำ 80 ซีซีต่อชั่วโมง ยา กันชัก Depakine 800 มิลลิกรัม vein, 20 % mannitol 500 มิลลิกรัม loading และ Set ผ่าตัดแบบเร่งด่วน

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 12.20 น. E1VtM5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงช้า ไม่มีเลือดออกจากหูข้างขวา On 0.9% NSS 1,000 ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำ 100 ซีซีต่อชั่วโมง On NG tube Retain foley cath และ On radivac drain ที่ศีรษะด้านขวา content เป็นเลือด 50 มิลลิลิตร บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วย On ET-tube with Ventilater with Birds Setting A/C mode อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Fio₂ = 0.4 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในเลือด 100% หลังการผ่าตัด On 0.9% NSS 1,000 ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำ 100 ซีซีต่อชั่วโมง Depakine 400 มิลลิกรัม

ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน และ ATB fosfomycine 4 มิลลิกรัม ฉีดทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน ให้ดื่มน้ำคอกอาหารวางแผน เริ่ม Feed BD with Wean Ventilater ในวันที่ 16 มิถุนายน 2565 ให้ยาลดปวด Tramal 50 มิลลิกรัม ฉีดทุก 8 ชั่วโมงหรือเวลาปวด เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวลดลง ภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

วันที่ 16 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E3VTM5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ความดันโลหิต 130/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) แขน ขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้ายเกรด 5 แผลไม่มี bleed ซึม On Radivac Drain 1 ขวด Work ดี ไม่มีการเลื่อนหลุดของสาย Content 80 มิลลิลิตร (ออกเพิ่มจากเดิม 30 มิลลิลิตร) ปวดแผล Pain score 10 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Tramal 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ติดตามการประเมินหลังการผ่าตัดลดอาการปวดลดลง เหลือ 6 คะแนนผู้ป่วย On ET-tube With Ventilater With Birds Setting A/C mode อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Fio₂ = 0.4 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดีเสมหะมีเล็กน้อย จัดทำนอนและ Wean T-pice 10 ในช่วงเวลา 8.00 น. - 20.00 น. พร้อมใส่ protocol weaning วางแผน Off ET-tube พรุ่งนี้ ถ้า Weaning ผ่านเกณฑ์การWean การดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาและเฝ้าภาวะแทรกซ้อนต่อ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ให้ Feed BD 1:1 350 มิลลิตร 4 มื้อและให้น้ำตาม 100 มิลลิตรทุกมื้อหลัง Feed

วันที่ 17 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4VTM5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในเลือด 100% กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) แขนขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้ายเกรด 5 แผลไม่มี Bleed ซึม On Radivac Drain 1 ขวด work ดี ไม่มี Content ออกเพิ่ม แพทย์วางแผนถ้าไม่ออกเพิ่มจะ Off Radivac Drain วันที่ 19 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วย On ET-tube with Ventilater with T pice Weanning ผ่านเกณฑ์จึง Off ET-tube เวลา 11.30 น. หลัง Off ET-tube On O₂ mask with bag 10 LPM และ เปลี่ยนเป็น O₂ canula 3 LPM หลัง Off ET-tube ไม่มีภาวะ Re Intubater ไม่มีภาวะพร่อง ออกซิเจน Feed BD 1:1 รับประทาน

ไม่มีภาวะท้องอืด ไม่มีน้ำล็กมี ดูแลให้ยา Losec 20 มิลลิกรัม รับประทาน วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า Lasartan 100 มิลลิกรัม รับประทาน วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Sertraline 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น Amitrip 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Clonazepam 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน Paracetamao 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้ ห้าง 4-6 ชั่วโมง และ Dapakin 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น เป็นเวลา 1 เดือน

วันที่ 18 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง ปกติ ความดันโลหิต 130/90 มิลลิปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในเลือด 100% กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) ข้างขวาเกรด 2 ข้างซ้ายเกรด 5 ส่งปรึกษา แผนกกายภาพเพื่อการฟื้นฟู และส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อฝึกการกลืน แผลไม่มี bleed ซึม On radivac drain 1 ขวด work ดี ไม่มี content ออกเพิ่ม Trainning Bladder เพื่อวางแผน Off foley cath Trainning Bladder ผ่าน Off foley cath เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ On condom with bag

วันที่ 19 มิถุนายน 2565 - วันที่ 23 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในเลือด 100% กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) แขนขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้ายเกรด 5 ส่งแผนกกายภาพเข้าทำ หัตถการเพื่อการฟื้นฟู และนักกิจกรรมบำบัดดูแลเพื่อฝึกการกลืน แผลไม่มี Bleed ซึม On Radivac Drain 1 ขวด Work ดี ไม่มี Content ออกเพิ่ม และ Off Radivac Drain ในวันที่ 19 มิถุนายน 2565 บริเวณแผลแห้งดีและตัดไหมที่ แผลผ่าตัด วันที่ 22 มิถุนายน 2565 ส่งทำกายภาพบำบัดเพื่อ ฟื้นฟู ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเนื่องจากยังมีความพิการหลงเหลือกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Moter Power) แขนขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5

วันที่ 24 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M5 รูม่านตาทั้งสองข้างเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง ปกติ ความดันโลหิต 128/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.0

องศาเซลเซียส ออกซิเจนในเลือด 100% กำลังกล้ามเนื้อ (Moter Power) แขนขาข้างขวาเกรด 2 แขนขาข้างซ้ายเกรด 5 รับประทานอาหารเช้าเองไม่มีน้ำล็กแต่ต้องมีคนป้อน เนื่องจากยังมีอ่อนแรง และเดินยังไม่ได้ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ให้จำหน่ายกลับบ้านให้ยา Lasartan 100 มิลลิกรัม รับประทาน วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า จำนวน 30 เม็ด Sertraline 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น จำนวน 60 เม็ด Amitrip 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน จำนวน 30 เม็ด Clonazepam 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง ละ 1 เม็ด ก่อนนอน จำนวน 30 เม็ด Paracetamao 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้ ห้าง 4-6 ชั่วโมงจำนวน 20 เม็ด และ Dapakin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น เป็นเวลา 1 เดือน 30 เม็ด แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ ต้องมาพบแพทย์ การระวัง อันตรายที่จะเกิดต่อศีรษะ และ อธิบายให้เห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษา ต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเองติดตามเยี่ยมบ้านหลัง กลับบ้าน 2 อาทิตย์ และนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการ รักษา 1 เดือนส่งต่อข้อมูลในระบบการส่งต่อ

การวิเคราะห์และสรุป

จากอุบัติเหตุขมับมอเตอร์ไซด์ล้มเอง ผลการเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมองพบว่า Acute Epidural hematoma Rt. Temporoparietal และ Brain contusion with Brain Edema ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมากและต้อง ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเจาะกะโหลก (Craniotomy) เพื่อเอาก้อนเลือดใน ส่วนของ Rt.Temporoparietal ออกซึ่งเป็นส่วนที่บางที่สุดและมักมี อาการรุนแรงมากที่สุด จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง รวดเร็วโดยการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง รวมทั้งเฝ้าระวังอาการ ผิดปกติอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของการช่วย เหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยยังพูดเป็นบางครั้ง อารมณ์ หงุดหงิด วุ่นวายกำลังแขนขาซ้ายยังอ่อนแรง grade 5 และกำลังแขนขาขวายังอ่อนแรง grade 2 พยาบาลยังต้อง empowerment ผู้ป่วยและภรรยาผู้ป่วยซึ่งมีส่วนสำคัญในการ ฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ผู้ ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล รวม 9 วันอาการดีขึ้น รู้สึกตัวดี ไม่ปวดศีรษะ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

สรุปการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับสภาวะที่มีก้อนเลือดเหนือ เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural hematoma) เป็นโรคเดียวใน ประสาทศัลยศาสตร์ ซึ่งถ้าให้การวินิจฉัยโรคและทำการผ่าตัด

เอาก้อนเลือดออกช้าผู้ป่วยจะเสียชีวิต แต่ถ้าผ่าตัดรักษาได้ทัน ผู้ป่วยจะรอดชีวิตและไม่มีทุพพลภาพหลงเหลือ เป็นเช่นนี้ เพราะการบาดเจ็บมักจะไม่มีรุนแรงแต่รุนแรงพอที่จะทำให้ เกิดการแตกเลือดเพราะบริเวณดังกล่าวมีหลอดเลือดคมาเลี้ยงหลาย เส้นทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ซึ่ง Epidural hematoma มักพบบ่อยในวัยหนุ่มสาว จากอุบัติเหตุจากรถแรง กระแทกทำให้มีเลือดออกนอกชั้นดuraโดยไม่จำเป็นต้องมี กระโหลกศีรษะแตกร่วมด้วย การบาดเจ็บที่พบบ่อยคือบริเวณ ศีรษะด้านข้าง (Temporal bone) เพราะเป็นส่วนที่บางที่สุด และตำแหน่งของก้อนเลือดที่จะแสดงอาการได้เร็วคือบริเวณ temporal มักมีอาการรุนแรงมากที่สุด จำเป็นต้องให้การรักษา ผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ภายหลังได้รับบาดเจ็บ ดังนั้นพยาบาล ต้องมีความรู้ สมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประสิทธิภาพ และศึกษากันว่าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อจะได้ดูแลและประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยในชีวิตและปลอดภัยในชีวิตและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงาน เข้ารับการอบรม พัฒนาความรู้การพยาบาลระบบประสาท ศัลยศาสตร์
2. พยาบาลต้องมีทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น อุปกรณ์การช่วยชีวิตเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
3. พยาบาลควรมีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการเผชิญและกับสภาวะของโรค การดำเนินของโรค และการรักษาพยาบาล รวมถึงฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อลดความวิตกกังวลและคลายความเครียดต่อการเจ็บป่วย
4. จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางสมองที่มีรอยโรคหรือมีความพิการหลงเหลือ
5. พัฒนาระบบส่งต่อให้มีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาล ใกล้บ้านในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน
6. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต้องมีการประเมินตามกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา
7. ทีมพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการ Detection ผู้ป่วยในกลุ่มโรค Traumatic Brain Injury ที่มีภาวะ Intracranial hemorrhage

เอกสารอ้างอิง

จิตรา กุศลภัก. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม : พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ นิติบุคคล สหประชาพาณิชย์; 2553.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) พ.ศ. 2561 MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 15 No. 1 (January - April) 2018 สถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับ 17 สถาบันวิชาการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา. 2558

แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury) มิถุนายน 2562

ความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาสวัณก์ บุญจันทร์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษาคือการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละอำเภอ จำนวน 400 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรามีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$, S.D.=0.75) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X}=4.31$, S.D.= 0.69) และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพในระดับสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r=0.847$ ($p<0.05$) รองลงมาเป็นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r=0.715$ ($p<0.05$) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r=0.629$ ($p<0.05$) และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r=0.637$ ($p<0.05$) มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปได้

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, ความรู้ทางสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เมื่อปี 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม อย่างรุนแรง ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายแรก เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2563 ต่อมามีการแพร่กระจายอย่างต่อเนื่องไปทั่วโลก สถานการณ์ทั่วโลก (Our World in data, 2022) ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2565 สถานการณ์ทั่วโลกมียอดผู้ป่วยยืนยันสะสม 608,521,626 ราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสม 6,513,971 ราย สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ระดับประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2565 ประเทศไทยมียอดผู้ป่วยยืนยันสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 รวม 4,668,863 ราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสม 32,564 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) ต่อมาหลังจากนั้น สถานการณ์เริ่มคลี่คลาย การระบาดเริ่มลดลง มีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศอย่างครอบคลุม สถานการณ์ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2565) ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2565 จังหวัดฉะเชิงเทรามียอดผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,190 ราย มียอดผู้เสียชีวิตสะสม 29 ราย และมียอดผู้ได้รับวัคซีนเข็ม 1 คิดเป็น 87.45 เปอร์เซ็นต์ เข็ม 2 คิดเป็น 76.02 เปอร์เซ็นต์ เข็ม 3 คิดเป็น 43.67 เปอร์เซ็นต์ เข็ม 4 คิดเป็น 8.46 เปอร์เซ็นต์และเข็ม 5 คิดเป็น 0.49 เปอร์เซ็นต์ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19)) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่ง น้ำมูก น้ำลาย ผ่านการไอ จาม เชื้อโรคจะติดอยู่กับละอองฝอยขนาดเล็ก ซึ่งสามารถติดเชื้อได้ในระยะห่างประมาณ 1 เมตร หรือใช้มือสัมผัสพื้นผิวที่เปื้อนเชื้อโรคนำไปสัมผัสกับเยื่อบุจมูก ตา ปาก หรือหยิบจับอาหารรับประทาน (WHO, 2022) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้มีการติดเชื้อได้ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุ และโรคประจำตัวของผู้ติดเชื้อ รวมถึงการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ด้วย การติดเชื้อจะส่งผลให้ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยถึงแม้ว่าการส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง แต่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอาจทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายเสียชีวิตได้ เมื่อเชื้อโควิด-19 เข้าสู่ร่างกายจะมีระยะการฟักตัวเฉลี่ยประมาณ 5 วันจึงเริ่มมีอาการ บางรายอาจมีอาการฟักตัวนานถึง 14 วัน ในระหว่างที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและยังไม่มีอาการนี้ ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อโควิด-19 ให้กับผู้อื่นได้ การป้องกันตัวเองไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก (WHO, 2020) มาตรการที่สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อได้มีหลายวิธี เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน หรือการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลเมื่อเดินทางไปในที่ชุมชน การล้างมือให้สะอาด การปิดสถานที่ที่มีคนรวมตัวกันเป็นจำนวนมาก เช่น ร้านอาหาร โรงแรม การทำความสะอาดสถานที่ต่าง ๆ เช่น ตลาด แม้กระทั่งการณรงค์ให้อยู่บ้าน

กรมควบคุมโรค (2565) ให้คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อการป้องกันโควิด-19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic) หลังการผ่อนคลายมาตรการเพื่อให้ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้ โดยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และสามารถป้องกันโควิด-19 สำหรับประชาชนทั่วไปที่ฉีดวัคซีนเข็มหลัก และเข็มกระตุ้นครบตามกำหนด ต้องหมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ มีข้อขึ้น และแก้วนํ้าส่วนตัวสำหรับรับประทาน อาหาร สวมหน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างตามความเหมาะสมเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัด หรือปิดทึบ สามารถดำเนินกิจกรรมรวมกลุ่มกันได้ตามปกติโดยทำการประเมินความเสี่ยงของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และคอยสังเกตอาการป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 5-7 วัน และติดตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขเป็นระยะสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608 หรือประชาชนที่ฉีดวัคซีนไม่ครบตามกำหนด ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกัน และให้เข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มหลักและเข็มกระตุ้นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กรณีเกิดการระบาดของ

โควิด-19 ในพื้นที่ แนะนำให้ประชาชนป้องกันตนเองโดยปฏิบัติตาม Universal prevention ได้แก่ ออกจากบ้านเมื่อจำเป็น เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ อย่าใช้มือสัมผัสหน้ากากรวมทั้งใบหน้า ตา จมูก ปาก หากเป็นกลุ่มเสี่ยง 608 หรือฉีดวัคซีนไม่ครบ ให้หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เมื่อจำเป็นต้องออกจากบ้าน และเข้ารับการฉีดวัคซีนให้ครบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

ความรู้ทางสุขภาพหรือ Health literacy คือระดับความสามารถ หรือทักษะของบุคคลหรือประชาชนที่ได้รับการถ่ายทอดแล้วก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะที่จะเข้าใจ เข้าใจ กลั่นกรอง ประเมิน ตัดสินใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ ส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากข้อมูลข่าวสารจำนวนมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสับสนได้ การที่ประชาชนจะมีความรู้ทางสุขภาพจึงต้องใช้ทักษะภายใต้บริบทที่มีความแตกต่าง เพื่อให้รู้เท่าทันความต้องการที่หลากหลาย และใช้เป็นวิธีการในการเลือกวิถีสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี ความรู้ทางสุขภาพที่ดีจะทำให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ (กองสุศึกษา, 2565) พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในชีวิตประจำวัน เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่มีการรณรงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อ และลดการแพร่ระบาด ปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (health behavior) การป้องกันโรคโควิด-19 นี้คือความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตด้วยการใช้ทักษะ ความสามารถในการคิดไตร่ตรองเพื่อเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตัวเอง และจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้มีสุขภาพดีต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ความรู้ทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาถึงระดับความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการโรคโควิด-19 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ

พัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 (วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง, 2564) อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมถึงการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล, 2565) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย สามารถลดการติดเชื้อกรณีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ให้กับชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปรอิสระ

ความรู้ทางสุขภาพ
-การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
-ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
-การได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ
-การตัดสินใจด้านสุขภาพ
-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือประชาชนที่อาศัยในจังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 400 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรทุกอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา แล้วคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่อาศัยในแต่ละอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน โปรแกรมหรือแอปพลิเคชันที่สามารถเปิดใช้งานลิงก์ได้ มีความสามารถในการอ่านแบบสอบถามภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองได้ ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ และไม่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การติดเชื้อโรคโควิด-19

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ ใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 30 ข้อ แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน ผู้วิจัยหาความตรงด้านเนื้อหา และความเที่ยงของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

เท่ากับ 0.97 และตอนที่ 3 เท่ากับ 0.93 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม การวัด (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาไปทดลองใช้กับผู้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อคำถาม และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามตอนที่ 3 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

การจัดระดับค่าคะแนนของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้จัดไว้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยใช้ค่าคะแนนของค่าเฉลี่ยของการจัดระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 แล้วแปลความหมายของค่าเฉลี่ย (อ้างถึงใน อนงค์พรรณ ภาวิไล, 2548) ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.50 เห็นด้วยน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51–2.50 เห็นด้วยน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51–3.50 เห็นด้วยปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51–4.50 เห็นด้วยมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51–5.00 เห็นด้วยมากที่สุด และมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการทดสอบสมมติฐานนั้น ในที่นี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเดวิส (Davis' Descriptions) ในการตีความหมาย เพื่อให้ได้การตีความค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สื่อความหมายได้ตรงกัน โดยค่าสัมประสิทธิ์ 0.01–0.09 แทบไม่มีความสัมพันธ์กันเลย 0.10–0.29 มีความสัมพันธ์กันต่ำ 0.30–0.49 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง 0.50–0.69 มีความสัมพันธ์กันสูง และ 0.70 หรือสูงกว่า มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านทาง Google Form จากลิงก์พร้อมคำอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามไปยังผู้ประสานงานทั้ง 11 อำเภอ ดำเนินการส่งลิงก์ให้กับกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละ

อำเภอ ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการตอบจนครบรายอำเภอตามจำนวนที่กำหนด รวม 400 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติ Pearson Correlation Coefficients ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma and Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01–0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21–0.40 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 –0.60 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 –0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 006/2566 วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2566 วันหมดอายุ 27 กุมภาพันธ์ 2567 โดยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อ และรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม ไม่มีการชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถาม และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เป็นเพศหญิง 271 คน (ร้อยละ 67.75) และเพศชายจำนวน 129 คน (ร้อยละ 32.25)

มีอายุในช่วง 41–50 ปี จำนวน 109 คน (ร้อยละ 27.25) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 31–40 ปี จำนวน 104 คน (ร้อยละ 26) ช่วงอายุ 21–30 ปี จำนวน 89 คน (ร้อยละ 22.25) ช่วง

อายุ 51-60 ปี จำนวน 72 คน (ร้อยละ 18) ช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน (ร้อยละ 4) และอายุไม่เกิน 20 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5)

การศึกษายอยู่ในระดับปริญญาตรี 171 คน (ร้อยละ 42.75) รองลงมาเป็นการศึกษายู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือ ม.1-6 จำนวน 112 คน (ร้อยละ 28) ระดับ ปวช. ปวส. อนุปริญญา หรือเทียบเท่า จำนวน 67 คน (ร้อยละ 16.17) ระดับปริญญาโท หรือสูงกว่า จำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.5) และระดับประถมศึกษา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 5)

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 195 คน (ร้อยละ 48.75) รองลงมาสถานภาพโสด จำนวน 158 คน (ร้อยละ 39.5) และสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.75)

มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ พนักงานราชการ จำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ พนักงานโรงงาน บริษัทเอกชน จำนวน 92 คน (ร้อยละ 23) ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 81 คน (ร้อยละ 20.25) ใช้แรง ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป จำนวน 23 คน (ร้อยละ 5.75) นักเรียน นักศึกษา จำนวน 21 คน (ร้อยละ 5.25) ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเป็นพ่อบ้านแม่บ้าน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.5) และอื่น ๆ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.25)

ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 4 เข็ม จำนวน 145 คน (ร้อยละ 36.25) รองลงมาได้รับการฉีดวัคซีน 3 เข็ม

จำนวน 130 คน (ร้อยละ 32.5) ได้รับการฉีดวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 64 คน (ร้อยละ 16) ได้รับการฉีดวัคซีนมากกว่า 4 เข็ม จำนวน 145 คน (ร้อยละ 12.75) ได้รับการฉีดวัคซีน 1 เข็ม จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) และไม่ได้รับการฉีดวัคซีน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1)

ส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 1 ครั้ง จำนวน 271 คน (ร้อยละ 67.75) รองลงมา ไม่เคยติดเชื้อ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 25) และเคยติดเชื้อมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 7.25)

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพ

ความรอบรู้ทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 3.86 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 อยู่ในระดับมาก โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 3.80 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 ส่วนที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 3.80 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 ส่วนที่ 3 การตอบโต้ชักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 3.91 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 ส่วนที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.99 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67 ส่วนที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.84 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 และส่วนที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.83 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อ	ความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	ส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.80	0.83	มาก
	สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพตามอาการ หรือสงสัยว่ามีอาการป่วยจากโรคที่ทันท่วงที	3.80	0.83	มาก
2	สามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวของท่านเป็นอยู่	3.83	0.83	มาก
	แหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน	3.76	0.85	มาก
4	แหล่งที่มาของข้อมูลที่ท่านค้นหามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ	3.81	0.80	มาก
	ส่วนที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	3.80	0.74	มาก
5	สามารถกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้อย่างถูกต้อง	3.81	0.72	มาก
	สามารถอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพจากสื่อสุขภาพต่าง ๆ ได้	3.82	0.73	มาก
7	สามารถอ่านด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้	3.82	0.71	มาก

ต่อตารางที่ 1

ข้อ	ความรอบรู้ทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
8	สามารถอ่านและเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น อ้วนภูมิ ร่างกาย ความดันโลหิต ผลตรวจ ATK เป็น	3.76	0.79	มาก
	ส่วนที่ 3 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	3.91	0.73	มาก
9	สามารถบอกเล่าอาการหรือข้อมูลสุขภาพของตนเองให้หมอ พยาบาลหรือคนอื่น ให้เข้าใจได้	3.95	0.71	มาก
10	สามารถซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ที่ให้บริการสุขภาพเพื่อนำมาดูแลสุขภาพของ ท่านให้ดียิ่งขึ้น	3.92	0.71	มาก
11	สามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัยได้	3.91	0.74	มาก
12	แลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติของตนเองให้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ เช่น แนวการปฏิบัติป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน การติดเชื้อโควิด-19	3.86	0.75	มาก
	ส่วนที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.99	0.67	มาก
13	เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม	3.94	0.66	มาก
14	นำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือมาประกอบการยืนยันข้อมูล ที่มีอยู่ก่อนตัดสินใจทำตาม	3.99	0.65	มาก
15	ไตร่ตรองถึงเหตุผลความเป็นจริงของประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจซื้อหรือใช้ตาม	4.02	0.68	มาก
16	พิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะนำมาใช้ตามถึง แม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผลก็ตาม	4.03	0.68	มาก
	ส่วนที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.84	0.79	มาก
	ควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่			
17	บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น	3.88	0.79	มาก
18	วางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	3.87	0.77	มาก
19	ถึงแม้จะมีงานเยอะ ท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้	3.77	0.82	มาก
20	เตือนตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัว คนในชุมชน หรือผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ	3.84	0.77	มาก
	ส่วนที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	3.83	0.77	มาก
21	ชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้	3.86	0.77	มาก
22	ชักชวนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น เตือนให้สวมหน้ากากอนามัย ในที่สาธารณะ เป็นต้น	3.84	0.76	มาก
23	เสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกัน โรคโควิด-19 เป็นต้น	3.78	0.76	มาก
24	เป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น	3.83	0.79	มาก
	รวม	3.86	0.75	มาก

3. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ย 4.31 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ดัง แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลังไอ จาม หรือสั่งน้ำมูกทุกครั้ง	4.24	0.66	มาก
2	ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได เป็นต้น	4.14	0.66	มาก
3	ล้างมือด้วยสบู่และให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที	4.08	0.74	มาก
4	ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ	4.16	0.69	มาก
5	รับล้างมือด้วยสบู่ และทำความสะอาดร่างกาย เมื่อกลับถึงบ้าน	4.24	0.71	มาก
6	ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร	4.30	0.69	มาก
7	ล้างมือก่อนสวมหน้ากากอนามัย	4.03	0.81	มาก
8	สวมหน้ากากอนามัย กรณีที่ต้องพบปะผู้อื่น	4.37	0.71	มาก
9	สวมหน้ากากอนามัยเมื่อป่วย	4.38	0.70	มาก
10	เมื่อต้องสวมหน้ากากอนามัย ทำลมให้รอบปากและจมูก ไม่ให้มีช่องว่างระหว่างใบหน้าและหน้ากากอนามัย	4.32	0.70	มาก
11	หลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้ากากอนามัยขณะใช้งาน ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ หรือน้ำและสบู่	4.25	0.73	มาก
12	เมื่อหน้ากากอนามัยที่สวมอยู่เกิดความชื้น ทำลมและสวมหน้ากากอนามัยอันใหม่	4.34	0.69	มาก
13	ทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใส่แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	4.16	0.77	มาก
14	หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใส่แล้ว ทำลมทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ หรือน้ำและสบู่ทันที	4.20	0.73	มาก
15	หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก หรือที่มีคนแออัดโดยไม่จำเป็น	4.27	0.67	มาก
16	เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรเสมอ	4.05	0.79	มาก
17	หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด เป็นไข้ ไอ จาม	4.41	0.64	มาก
18	เมื่อพบเจอเพื่อนสนิท หรือคนที่คุ้นเคยไม่จับป่วย ท่านไม่สัมผัสใกล้ชิด และสวมกอด	4.38	0.67	มาก
19	ไม่สัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น	4.32	0.72	มาก
20	ไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ เป็นต้น	4.54	0.62	มากที่สุด
21	ทำความสะอาดเครื่องใช้ส่วนตัว เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์พกพา เมื่อกลับถึงบ้าน	4.31	0.72	มาก
22	ใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง เมื่อท่านไอจาม	4.35	0.77	มาก
23	รับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการให้ความร้อนเสมอ	4.51	0.62	มากที่สุด

ต่อตารางที่ 2

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
24	ท่านแยกรับประทานอาหารชุดของตัวเอง ไม่ใช้ภาชนะร่วมกัน	4.37	0.70	มาก
25	ท่านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารเสมอ	4.45	0.67	มาก
26	ท่านไม่รับประทานอาหารดิบ และอาหารที่ไม่ผ่านความร้อน	4.51	0.65	มากที่สุด
27	เมื่อพบผู้ที่มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้พัก รักษาตัว หรือหยุดงาน	4.45	0.61	มาก
28	เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านตรวจ ATK ทันที	4.41	0.68	มาก
29	เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่ออกนอกบ้าน ไม่เดินทางไป ที่ชุมชนหรือที่สาธารณะ	4.44	0.65	มาก
30	เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับผู้อื่นในบ้าน	4.50	0.63	มาก
รวม		4.31	0.69	มาก

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนใน จังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีระดับความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ที่ระดับ 0.715 ($p<.05$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ส่วนที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

ที่ระดับ 0.513 ($p<.05$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนที่ 3 การตอบโต้คำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ที่ระดับ 0.537 ($p<.05$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ ที่ระดับ 0.629 ($p<.05$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ส่วนที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ที่ระดับ 0.637 ($p<.05$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูง และส่วนที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ระดับ 0.847 ($p<.05$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ตาราง 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ความรู้ทางสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์
	Pearson' s Correlation
ส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.715*
ส่วนที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.513*
ส่วนที่ 3 การโต้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0.537*
ส่วนที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.629*
ส่วนที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.637*
ส่วนที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	0.847*

* $p<.05$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ทางสุขภาพของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพประกอบด้วยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตอบได้ซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อาจเป็นผลในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องมากขึ้นจากทุกช่องทาง รวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับ 3.80 ซึ่งอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเป็นผู้ที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งตรงกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.75 รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือ ม.1-6 ร้อยละ 28 และระดับ ปวช. ปวส. อนุปริญญา หรือเทียบเท่า ร้อยละ 16.17 และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการวิจัยของ จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2564) ได้วิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น พบว่านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการวิจัยของ วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง (2564) เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจทำได้ง่าย ทักษะการได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่ออยู่ในระดับที่ทำได้ง่าย จากข้อสนับสนุนที่กล่าวมาอาจทำให้ประชาชนรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงสื่อและโซเชียลมีเดียต่างๆ โดยใช้ความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นจึงส่งผลให้มีความรู้ทางสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีค่าเฉลี่ย 4.31 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก สอดคล้องกับ นริเมษฐ์ แวปุละ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษณี มิจรินทร์ และคณะ (2563) พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนาในระดับดี เป็นไปในทิศทางเดียวกับธานี กล่อมใจ และคณะ (2563) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่

มีความรู้ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระดับมาก แตกต่างจากการศึกษาของ กัมปนาท โคตรกันธิ์ และนิคม จันทน์นวล (2565) ที่พบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรายังมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในประเด็นพฤติกรรมการล้างและทำความสะอาดมือในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง ประชาชนยังคงสวมหน้ากากอนามัย รวมถึงการถอด และทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง ยังคงมีความระมัดระวังในการรับประทานอาหาร และใช้ช้อนกลาง มีการเว้นระยะห่าง มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2564) ได้วิจัยพบว่านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกันความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ตามไปด้วยเช่นกัน อธิบายตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นฐาน เช่น สมรรถนะในการอ่านและเขียน ส่งผลต่อการทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เช่น การมีสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นที่สามารถใช้วิจารณญาณ จนสามารถประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการส่งเสริม จะรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องต่อไป เป็นไปในทิศทางเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในเรื่องของการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 4 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 36.25

สรุป

ประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรามีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพในระดับสูงมาก รองลงมาเป็นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมาก มีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันและกัน แต่ยังมีบางประเด็นของความรู้ทางสุขภาพ เช่น ในด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และการตอบโต้ชักถาม เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจในการสร้างความรู้ความเข้าใจในด้านการกรอกข้อมูล การอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค คำแนะนำ และผลการตรวจสุขภาพ
2. เพิ่มวิธีการหรือช่องทางในการสื่อสารในการบอกเล่าชักถาม หรือติดต่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ เพื่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธรที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ประกอบด้วยนายแพทย์ทรงภูมิ อธิภูณก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ผู้รับผิดชอบ ARI Clinic และ ดร.วรากร เกียรติกรศักดิ์ ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูล ขอขอบคุณสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ทำการปกครองอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ที่ทำการเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา และเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอจังหวัดฉะเชิงเทรา ในการส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2565). คำแนะนำสำหรับประชาชน เพื่อป้องกันโควิด-19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post Pandemic) (Online). https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/int_protection, 22 ธันวาคม 2565.
- กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร. (Online). https://ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090115080291.pdf, 12 ตุลาคม 2565.
- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โควิด-19 (Online). <https://data.go.th/dataset/covid-19-Daily>, 13 กันยายน 2565.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2565, 20 กันยายน 2565.
- กองสุศึกษา. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Online). <http://www.hed.go.th/linkHed/index/366>, 30 กันยายน 2565.
- จิระภา ขำพิสุทธ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Online). 22 ธันวาคม 2565, <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/252629>.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์เรื่องโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัว และการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการเห็น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธานี กล่อมใจ และคณะ. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 21 (2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563), 29-39.
- นริมะห์ แวปูเตะ และคณะ. (2564). พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 3(2). (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564), 31-39.
- บุศณี มุจรินทร์ และคณะ. (2563). พฤติกรรมการป้องกัน

ตนเอง ความเครียด และการเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤติ ด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพัฒนาสาธารณสุขชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(6), 413-424.

วิชัย เทียนถาวร, & ณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 4(2) (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564), 126-137.

สำนักงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565). รายงานสถิติ จังหวัดฉะเชิงเทรา (Online). <http://chchsao.nso.go.th/>, 22 ธันวาคม 2565.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565). ยอดผู้ป่วย ยืนยันสะสม ยอดผู้เสียชีวิตสะสม และยอดผู้ได้รับวัคซีนสะสม (Online). <http://chchsao.nso.go.th/>, 13 กันยายน 2565.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, Dec; 67(12), 2072-8.

Our World in Data. (2021). Daily New Confirmed COVID-19 Cases and Deaths (Online). <https://our-worldindata.org/covid-vaccinations?country=THA>, 13

กันยายน 2565.

Wiersma, W. and G. Jurs, S. (2009). Research Method in Education and Introduction (9th ed). Massachusetts: Pearson.

World Health Organization. (2020). Advice on the use of masks in the context of COVID-19 (Online). [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak), 1 ตุลาคม 2565.

World Health Organization. (2020). Water, sanitation, hygiene and waste management for COVID-19 (Online). <https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-wastemanagement-for-covid-19>, 1 ตุลาคม 2565.

World Health Organization. (2022). Coronavirus Disease (COVID-19) Overview (Online). <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>, 1 ตุลาคม 2565.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด Case study : Nursing care for pregnancy with Eclampsia in labor state

ประภาศิริ ทิราแรง ป.พย. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะชัก ถือเป็นอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญและรุนแรง การชักคุกคามต่อชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและการบาดเจ็บทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ ถือเป็นบทบาทการพยาบาลฉุกเฉินในระบอบที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยใช้หลักของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รวมทั้งการนำระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk management system) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยที่ทันทั่วถึง รวมถึงยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ และลดอาการรุนแรงจากการเกิดภาวะชักด้วย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด
2. เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษา : เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอด อายุ 42 ปีมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักในระยะคลอด มีภาวะแทรกซ้อน HELLP (hemolysis, elevated

liver enzymes, low platelet count) หลายระบบ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การมีเลือดออกง่ายตามอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของไตผิดปกติล้มเหลว การถูกทำลายของเซลล์ได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิตสูง ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้รับการผ่าตัดคลอดเพื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์และลดความรุนแรงของโรค มารดาหลังผ่าตัดเฝ้าระวังใน ICU ทารกหลังคลอดคลอดก่อนกำหนด Admit ตึกวิกฤตกุมาร รวมระยะเวลาอยู่ ร.พ.ทั้งหมด 7 วัน ผู้คลอดจำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร นัดติดตามอาการ 6 สัปดาห์ หลังคลอดนัดตรวจหลังคลอดพร้อมพบแพทย์อายุรกรรมเพื่อติดตามภาวะความดันโลหิตสูง

สรุป : การประเมินผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง และให้การรักษาและการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันการชัก หรือชักซ้ำ ช่วยลดความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการประเมินอาการและดูแลผู้คลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกและลดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension : PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ มีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 และ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 2.1 รองจากการเสียชีวิตและติดเชื้อ (จันทนา ธรรมนูญญารักษ์, 2563) จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด คิดเป็น

อัตรา 28.84 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ดับและไตวาย ทั้งยังเป็นสาเหตุ ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ยังส่งผลในระยะสั้นต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะเกิดความเสี่ยงต่อการชัก การเกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และกลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) ซึ่งประกอบด้วยการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง มีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ และมีปริมาณเกล็ดเลือดลดลง ส่วนผลระยะยาวได้แก่ เกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ (สุขาดา เตชะทกุล, 2558) ส่วนสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด จากสถิติการให้บริการมารดาตั้งครรภ์ ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงของแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ในปี 2563 มีผู้รับบริการจำนวน 3,249 ราย พบความดันโลหิตสูงร่วมกับตั้งครรภ์ 85 ราย (ร้อยละ 2.61) ปี 2564 มีบริการจำนวน 3,165 ราย พบความดันโลหิตสูงร่วมกับตั้งครรภ์ 62 ราย (ร้อยละ 1.96) พบมีภาวะชัก 2 ราย (ร้อยละ 3.22) จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และในปี 2565 มีผู้รับบริการจำนวน 3,035 ราย พบความดันโลหิตสูงร่วมกับตั้งครรภ์ 125 ราย (ร้อยละ 4.12) พบมีภาวะชักก่อนมา รพ. 2 ราย (ร้อยละ 1.6) ซึ่งจากสถิติบริการดังกล่าวพบว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือมีภาวะชักตามมา พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ ความชำนาญและทักษะทางการพยาบาล (สุทธารัตน์ ชูรส, 2562) เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด มีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีศึกษารายนี้จากการศึกษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) ในการรวบรวมและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และชักในระยะคลอดนำแผนการพยาบาล ที่ได้ไปปฏิบัติจริง

โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Oremetal.,2001) ในการวางแผนให้การพยาบาล ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยในมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด
2. เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักในระยะคลอด
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต ของกอร์ดอน พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้คลอดตั้งแต่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และจำหน่ายกลับบ้าน
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยเพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ ตลอดจนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและแพทย์เฉพาะทาง นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และหาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวางแผนให้การดูแลผู้คลอด โดยเน้นให้ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหา อุปสรรค ในการพยาบาล

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพประการแรกที่เกิดขึ้น ในภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การหดเกร็ง ของหลอดเลือด (vasospasm) ซึ่งมีผลให้แรงต้านทานการไหลเวียนของเลือดมีมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า angiotensin II ที่กระตุ้นให้เส้นเลือดหดตัวยังทำให้ endothelial cells มีการหดตัวมากขึ้นทำให้ endothelial ถูกทำลาย จนกระทั่งเกล็ดเลือดและ

fibrinogen ถูกทำลายจนจำนวนลดน้อยลง พลาสมา รั่วออกมานอกเส้นเลือดมากขึ้น นอกจากนี้การหดเกร็งของหลอดเลือดยังมีผลให้เซลล์รอบ ๆ เส้นเลือดที่หดตัวขาดออกซิเจน จนเกิดภาวะเลือดออก และเกิดเนื้อตาย พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าวพบว่าเกิดขึ้นกับทุกระบบของร่างกาย (Multisystem disease) สามารถจำแนกพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับแต่ละระบบ เช่น ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโลหิตวิทยา ระบบการทำงานของปอด ระบบการทำงานของตับและไต และการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อกระดูกและรก

การวินิจฉัย แบ่งตามลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1. Preeclampsia
2. Gestational hypertension
3. Chronic hypertension (จากสาเหตุใดก็ตาม)
4. Chronic hypertension และมีภาวะ superimposed preeclampsia
5. Eclampsia

อาการและอาการแสดง HELLP Syndrome

1. มีอาการทางสมองหรือสายตา เช่น ปวดศีรษะต่อเนื่อง โดยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด หรือมีอาการตามัว เห็นแสงวูบวาบ เป็นต้น
2. การทำงานของตับผิดปกติ เช่น ปวดบริเวณใต้ชายโครงด้านขวา หรือจุกแน่นลิ้นปี่ อย่างรุนแรง หรือ ผลเลือด serum transaminase สูงตั้งแต่ 2 เท่าของค่าปกติ
3. ความดันโลหิตอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท
4. เกล็ดเลือด < 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร
5. การทำงานของไตผิดปกติ เช่น serum creatinine > 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ มีค่าสูงขึ้น 2 เท่าของค่าปกติ โดยไม่มีโรคไตนำมาก่อน
6. มีภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema)

การรักษา severe preeclampsia

1. ให้ยา MgSO₄ จนครบ 24 ชั่วโมง หลังคลอด เพื่อป้องกันการชักระหว่างและหลังการคลอด
2. ให้ยาลดความดันโลหิต hydralazine หรือ labetalol ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ในรายที่มีความดันโลหิต ตั้งแต่ 160/110 มม.ปรอท ขึ้นไป
3. กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์และมี preterm labour พิจารณาให้ Corticosteroid

4. จะยุติการตั้งครรภ์ หลังจากการให้ MgSO₄ 4-6 ชั่วโมง ในราย severe preeclampsia หรือ หลังจากควบคุมการชัก 1-2 ชั่วโมง ในราย Eclampsia หากประเมินภาวะของมารดา และทารกในครรภ์แล้วไม่คงที่ พิจารณาให้คลอดทันที โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

การรักษาภาวะ HELLP syndrome คือ การให้เลือด และมีแนวทางการรักษา เหมือนกับผู้ที่คลอด severe preeclampsia โดยให้ยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักซ้ำ และให้ยาลดความดันโลหิตตามความเหมาะสม และแก้ไขปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้เลือดชนิด fresh-frozen plasma (FFP) หรือ platelet พิจารณายุติการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์อาจพิจารณาให้เกล็ดเลือดทดแทน หากผู้คลอด มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเลือด

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักในระยะคลอด

เป้าหมายการพยาบาล ป้องกันภาวะชัก และชักซ้ำ การให้ยา MgSO₄ และ ยาลดความดันโลหิต กรณีความดันโลหิต ตั้งแต่ 160/110 mmHg ตามแผนการรักษาจะสามารถลดและป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวได้ การพยาบาลจึงเน้นเพื่อเฝ้าระวัง และดูแลป้องกันไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ Pre eclampsia Sever features

1. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวด บริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) เร็วเกินไป (เกรด 3+ ขึ้นไป) หรือมีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อข้อเท้า (Ankle clonus)
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา MgSO₄, Calcium gluconate, Valium, ออกซิเจน ไม่กดลิ้น เครื่อง Suction และเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม
3. ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย ใส่ไม้กั้นเตียง เฝ้าระวังอุบัติเหตุ ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียงเท่านั้น
4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ในการรักษา Severe Pre eclampsia แพทย์จะพิจารณา ให้ MgSO₄ ในการป้องกันการชัก โดยระดับ MgSO₄ ที่อยู่ในกระแสเลือดเพื่อป้องกัน กันการชัก คือ 4.8-8.4 mg/dl พยาบาลควรดูแลให้การพยาบาล ดังนี้

4.1 ประเมินปฏิกิริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) ควรยังมีอยู่ (ค่าปกติคือ 2+)

4.2 อัตราการหายใจควรมากกว่า 12 ครั้ง/นาที

4.3. ตรวจและบันทึกการได้รับน้ำและปริมาณปัสสาวะ ร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะ ปัสสาวะ ตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุกชั่วโมง ควรมี ปัสสาวะออกอย่างน้อย ชั่วโมงละ 30 มล. หรือตลอด 4 ชั่วโมง ปัสสาวะควรออกมากกว่า 100 มล.

4.4 ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema)

4.5 ดูแลให้ออกซิเจน 8-12 ลิตร/นาที เพื่อให้ ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมากขึ้น และเพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงานของรก

4.6 Stabilization ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน Eclampsia ให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต loading dose

4.7 ดูแลให้ขาดความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิต < 160/110 mmHg

5. ในระยะหลังคลอดยังคงประเมินอาการนำสู่ภาวะชักอย่างต่อเนื่อง และระยะหลังคลอดที่ยังคงให้ยา MgSO₄ ต่อ 24 ชม. ยังคงต้องประเมิน และ เฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีจาก MgSO₄ มีผลให้กล้ามเนื้อ มดลูกคลายตัว (มาลิวัลย์ เลิศสาครศิริ, 2554)

6. เฝ้าติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ platelet, AST, ALT, ALP, LDH, urine albumin, UPCr, uric acid BUN, Cr, Mg level เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค

7. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ Electric Fetal Monitoring

8. ติดตามภาวะ magnesium toxicity โดยระดับที่ต้องการคือ 4.6-8.4 mEq ต่อลิตรประเมิน deep tendon reflexes, อัตราการหายใจ, วัด serum magnesium level

9. เตรียมยา calcium gluconate 1 กรัม เพื่อใช้ในการแก้ไขพิษจาก magnesium กรณี MgSO₄ เกิน ได้แก่ อาการ patella reflex หายไป อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้งต่อนาที หรือปัสสาวะออก < 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมง ให้หยุดยา Magnesium

10. ประเมิน MEOWS Score

กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการชัก มีภาวะ Eclampsia

เป้าหมายหลักในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ (กรมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2554)

1. ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ การขาดออกซิเจน และการบาดเจ็บในสตรีตั้งครรภ์

2. การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและการป้องกันการชักซ้ำ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ Eclampsia

1. ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ การใส่ Oral airway เพื่อป้องกัน การสำลักสิ่งแปลกปลอม จัดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนตะแคง

2. เตรียมยา MgSO₄ ถ้าหากสตรีตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับยา MgSO₄ มาก่อน แต่ถ้าอยู่ในระหว่างการชัก แพทย์อาจมีคำสั่ง ให้ได้รับยา MgSO₄ 2 gm ทางหลอดเลือดดำโดยฉีดช้าๆ ใน 15-20 นาที หรือให้ Valium 5-10 mg เพื่อควบคุมอาการ ชัก พยาบาลควรประเมินและดูแลการหายใจ เนื่องจาก MgSO₄ และ Valium มีฤทธิ์ในการกดการหายใจ

3. ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การปลัดตกหกล้ม ขณะสตรีตั้งครรภ์มีภาวะชัก โดยยกไม้กั้นเตียงและจัดให้มี หมอนกั้น เพราะอาจเกิดอันตรายขณะชัก

4. ให้ออกซิเจน Mask c bag 8-12 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่ม ออกซิเจนให้กับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากการ ชักมีผลทำให้การหายใจหยุดลง และเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ออกซิเจนไปสู่รกไม่เพียงพอ

5. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าสัญญาณชีพจะปกติ

6. ติดตามอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บปวดพวามัว เจ็บปวดใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา ปฏิกิริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) และการกระตุกของกล้ามเนื้อต่ออีก เพราะ อาจเกิดอาการชักอีก

7. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบแต่ใกล้พยาบาล เพื่อ ลดการกระตุ้นระบบประสาท ซึ่งเสี่ยงต่อการชักซ้ำ (กรมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2554 และ มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2556)

บทบาทในการดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

การนัดตรวจติดตาม 6 สัปดาห์ในมารดาในระยะหลังคลอดเป็น สิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องมีการติดตามประเมินระดับความดัน โลหิตและการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ หากมารดา หลังคลอดยังคงมีภาวะความดันโลหิตสูงและยังไม่เคยได้รับการ ดูแลมาก่อนเพื่อพบแพทย์อายุรกรรม ให้ได้รับการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาต่อเนื่อง การดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับ ความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ พยาบาลควรให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

กรณีศึกษา : การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักในระยะคลอด

ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทยตั้งครรภ์ อายุ 42 ปี รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 85 กก. สูง 152 cm. เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย

อาการสำคัญ : 2 ชม.ก่อนมาร.พ. มีปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจพบความดันโลหิตสูงจาก ร.พ.ชุมชน ได้รับการส่งต่อมาที่ ร.พ.ศ.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : G 2 P 1 (1-0-0-1) last 7 ปี GA 36⁺3 wks EDC 17 พ.ค.65 ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลชุมชน ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 22 wks จำนวน 3 ครั้ง พบภาวะแทรกซ้อนขณะฝากครรภ์ เป็น Chronic hypertension 5 ปี On methyropa 1*2 PC 3 วัน ก่อนมา ร.พ. ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และ ขาบวม แต่ไม่มารักษา 2 ชั่วโมง ก่อนมา โรงพยาบาล มีปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจพบความดันโลหิตสูง ญาตินำส่ง ร.พ.ชุมชน และ ส่งต่อ ร.พ.ศ. เข้าพระยาอภัยภูเบศร แรกวันที่ ร.พ.ช. ตรวจพบ ความดันโลหิตสูง BP 190/115 mmHg Urine albumin + 4 และ ไม่มี Labor pain ได้รับ ยา MgSO₄ และ Nicardipine จึงขอส่งต่อ ร.พ.ศ. due to Preeclampsia c Sever feature

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต : ความดันโลหิตสูง 5 ปี On methyropa 1*2 PC ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี การผ่าตัด

: G1 คลอดปกติ น้ำหนัก 2,700 กรัม ทารกปกติ แข็งแรงดี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ประวัติการฝากครรภ์ : G 2 P 1 (1-0-0-1) GA 36⁺3 wks EDC 17 พ.ค.65 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 22 wks จำนวน 3 ครั้ง ขณะฝากครรภ์ มีภาวะความดันโลหิตสูง BP = 130/90-140/85 mmHg On ASA 2 tab hs methyropa 1*2 PC Urine albumin negative

ผล LAB I HCT 35 % OF negative DCIP negative Ant HIV Negative VDRL Negative TPHA NR HBsAg Negative

ผล LAB II Ant HIV Negative VDRL Negative TPHA NR HBsAg Negative

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ : ไม่ซีด มีปวดศีรษะ

ตาพร่ามัว บวมกดบวม +3 มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ BMI 36

: HF 2/4> O ท่า LOA HF FHS 134 ครั้ง/นาที ไม่เจ็บครรภ์ No UC. Pain Score 0 คะแนน

การตรวจภายใน : No PV.

สัญญาณชีพ : T = 37 °C P = 98 mmHg R = 20 mmHg BP = 170/115 -180/110 mmHg DTR +3 SpO₂ 98 % MEOWS 6 คะแนน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : HCT 44 % , platelet 72,000 cells/ul, AST 2,909 U/L, ALT 1,082 U/L, ALP 175, urine albumin 4+, UPCR 16.19, BUN 12.9 mg/dl, Cr. 0.63 mg/dl, Mg 4.2 mg/dl, PT 14.5 sec. PTT 43 sec.

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด กลัวการคลอดและความรุนแรงของโรค กลัวว่าบุตรในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ตั้งอยู่ ร.พ.นาน

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก : Preeclampsia c Sever features

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Eclampsia c HELLP

Syndrome

สรุปอาการ อาการแสดงและแผนการรักษา

G 2 P 1 (1-0-0-1) last 7 ปี GA 36⁺3 wks EDC 17 พ.ค.65 ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลชุมชน ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 22 wks ANC 3ครั้ง พบภาวะแทรกซ้อนขณะฝากครรภ์ เป็น Chronic hypertension 5 ปี On methyropa 1*2 PC 3 วัน ก่อนมาร.พ. ปวดศีรษะ บวม แต่ไม่มารักษา 2 ชม. ก่อนมาร.พ. มีปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจพบ ความดันโลหิตสูงจาก ร.พ.ชุมชน ได้รับการส่งต่อมาที่ ร.พ.ศ. DX. Preeclampsia c Sever feature ก่อนนำส่ง BP = 170/115-180/110 mmHg DTR +3 ไม่มี Labor pain ผล LAB จาก ร.พ.ช. platelet 91,000 cells/ul, AST 111 U/L, ALT 57 U/L, ALP 220 LDH 625 urine albumin 4+ UPCR 3.5 uric acid 5.9 mg/dl ได้รับยาป้องกัน ชัก MgSO₄ loading 5 gm. และ 5% D/W 1000 cc.+ 50% MgSO₄ 20 gm. 50 cc./hrs.และได้รับ Nicardipine 5 mg IV ระหว่างนำส่ง หญิงตั้งครรภ์ มี BP 190/115 - 180/110 mmHg ไม่ได้รับยาลดความดัน แรกวันที่ ร.พ.ศ. หญิงตั้งครรภ์ BP 170/115 -180/110 mmHg มีปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ บวมกดบวม DTR +3 SpO₂ 98 % HF 2/4> O ท่า LOA HF FHS 134 ครั้ง/นาที ไม่เจ็บครรภ์ No UC Pain Score 0 คะแนน No PV ส่งตรวจ Repeat LAB LR HCT 44 % , platelet 72,000 cells/ul, AST 2,909 U/L, ALT 1,082 U/L, ALP 175 urine

albumin 4+ UPCR 16.19 , BUN 12.9 mg/dl, Cr. 0.63 mg/dl Mg 4.2 mg/dl PT 14.5 sec. PTT 43 sec. ทำ USG EFW 2,200 gm. ได้รับ ยาป้องกันชัก และ 5% D/W 1,000 cc.+ 50% MgSO₄ 20 gm. 50 cc./hrs และได้รับ ยาลดความดัน Nicardipine 2 mg./2 ml. 1 : 5 IV rate 10 cc./hrs titrate ขึ้นลงทีละ 5 cc./hrs มี Creptitation both lung Chest AP Portable พบ pleural effusion ให้ Lasix 10 mg IV EKG ผล Supra ventricular tachycardia ตรวจ ATK RT PCR ผล Not detect จอ PRC 2 unit FFP 4 unit Cryoprecipitate 1 unit ส่ง Consult Med และ Notify กุมารแพทย์ เฝ้าระวังอาการนำการชัก Monitor EFM Continous ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ผล Cat II Urine > 30 cc./hrs. สีแดงเข้ม BP 223/139 mmHg มีชัก 1 ครั้ง นาน 50 วินาที FHS drop prolong deceleration 70-80 ครั้ง/นาที ให้ MgSO₄ 2 gm slowly push เพิ่ม Rate Nicardipine หลังชัก คุมได้ ชั่วๆ Pupil RTL BE แพทย์ พิจารณา Set C/S c TR due to Eclampsia c HELLP c Fetal distress เตรียมร่างกายและจิตใจ ก่อนผ่าตัด เตรียมเลือด PRC 2 unit FFP 4 unit Cryoprecipitate 1 unit ไปห้องผ่าตัด จอ ICU หลังผ่าตัด ตามกุมารแพทย์รับทารก สูติแพทย์ แจ้งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และญาติ บอกถึงความเสี่ยงของโรค มีความจำเป็นต้องผ่าตัดด่วน มีโอกาสชักซ้ำ มีเลือดออก เลือดไม่แข็งตัว มดลูกไม่แข็งตัว ตับวาย ไตวาย ทารกคลอดก่อนกำหนดร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นช้า จำเป็นต้องเข้า ICU ทั้งมารดาและทารก ก่อนส่งผ่าตัด รู้สึกตัว สับสนพูดได้ช้าลง BP 160/110 -165/99 mmHg MEOWS 6-12 คะแนน คลอด C/S c TR due to Eclampsia c HELLP c Fetal distress ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,250 gm. APGAR Score 7,9t คะแนน ทารก on ET Tube no. 3 ลึก 8 cm. ไม่ Active HR >100/min SpO₂ 80-90 % ทารก near term ส่งหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด หลังผ่าตัดหญิงตั้งครรภ์ คลอดบุตร BP 155/98 -160/105 mmHg รู้สึกตัว Total

blood loss 1350 cc. ได้รับเลือด PRC 1 unit, FFP 2 unit, Cryoprecipitate gr.O 1 unit ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Duratocin 1 Amp IV ยาช่วยให้เลือดแข็งตัว Tranexamic 250 mg/5cc. 500 mg q 8 hrs. Vitamin K 10 mg. IV ยาป้องกันชัก MgSO₄ และยาลดความดันต่อ ติดตามค่า LAB PIH ต่อ ทำ Brain MRI ผลปกติ ก่อนเข้า ICU มารดาหลังคลอด อยู่ ICU 2 วัน อาการ stable ย้ายกลับ Ward สูติกรรม ทารกจำหน่ายคืนมารดา รวมระยะเวลา อยู่ ร.พ.ทั้งหมด 7 วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต พร้อมบุตร ได้รับยาลดความดัน โลหิต Enaril (5) 1*2 po pc , Methydoxa (250) mg 2*3 po pc Hydralazine (25) 1*3 po pc Triferdine 1*1 po pc , CaCO₃ 1*1 po pc นัดตรวจหลังคลอดการ คุมกำเนิดและพบแพทย์อายุรกรรมติดตามการรักษาต่อเนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีภาวะ ชัก และมีภาวะแทรกซ้อน HELLP Syndrome มีภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมีความรุนแรงและเป็นสาเหตุ ให้มารดาเสียชีวิต อันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแรกคลอดจะลดความรุนแรงลงได้ด้วย การวินิจฉัยที่ รวดเร็ว มีการประเมินซ้ำ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่าง ใกล้ชิด การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา มีระบบการส่งต่อที่ มีมาตรฐาน และได้รับการดูแลในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม ทั้งบุคลากร พยาบาลที่มีความชำนาญ อุปกรณ์การช่วยชีวิต มีคลังเลือดพร้อม และการรับทารกแรกเกิดอย่างเหมาะสม มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ต้องได้รับยาป้องกันชัก MgSO₄ อย่าง ทันทีทั้งที่ และยาลดความดันโลหิต Nicardipine เพื่อป้องกัน ภาวะเลือดออกในสมองอย่างฉับพลัน ดังนั้นหลังจาก Stabi- lization 2-4 ชม. สามารถควบคุมความดันได้ ควรให้การตั้ง ครรภ์สิ้นสุดลง

ตารางที่ 1. แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกับทฤษฎี ด้วยการอภิปรายผล ตามประเด็นเพื่อเป็นแนวทางทางการพยาบาลที่สำคัญ ภาวะสุขภาพ อาการและการรักษาภาวะวิกฤต ระยะฟื้นฟู ระยะจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
1.ภาวะสุขภาพ ระยะวิกฤต	1.1 มีภาวะ Eclampsia c HEELP Syndrome - G 2 P 1 (1-0-0-1) GA 36⁺³ wks เป็น Case ส่งตัวจาก ร.พ.ช. Preeclampsia c Sever features ปวดศีรษะ มีตาพร่ามัว บวม กดบวม +3 มีจุดแดง ใต้ลิ้นปี่ และมีภาวะชักตามมา BP 170/115 -180/110 mmHg, DTR +3 , MEOWS 6 คะแนน SpO2 98% - Creptitation both lung มีภาวะ Pleural effusion - HCT 44 % , platelet 72,000 cells/ul, PT 14.5 sec., PTT 43 sec. AST 2,909 U/L, ALT 1,082 U/L, ALP 175, urine albumin 4+ UPCR 16.19, BUN 12.9 mg/dl, Cr.0.63 mg/dl, Mg 4.2 mg/dl -On MgSO4 2 gm/hrs. Urine out put 30 cc./hrs.สีแดงเข้ม ใน 24 ชม. แรกทำ CT Brain ผล ปกติ - Set C/S due to Eclampsia c HELLP Syndrome	1.1 กรณีศึกษา มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนการตั้งครรภ์ และไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องขาดยาลดความดัน ขณะตั้งครรภ์ไม่ได้รับยา ASA เพื่อ Prevent PIH ขณะมีอาการนำ Preeclampsia ปวดศีรษะ บวม ไม่มารักษา ทำให้มีอาการโรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ BP > 160/110 mmHg มีอาการทางสมองและทางสายตา ปวดศีรษะ ตาพร่ามัวเห็นแสงวูบวาบ UPCR > 0.3 กรัมนต์วัน platelet < 100,000 cells/ul , Serum transaminase (AST ALT) สูงเป็น 2 เท่า การทำงานของไตผิดปกติ Serum creatinine > 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเพิ่มเป็น 2 เท่าของค่าปกติ แสดงถึงภาวะ ตับและไตวาย มีภาวะน้ำท่วมปอด Creptitation both lung ซึ่ง มีอาการร่วมเพียง 1 อาการ สามารถวินิจฉัยเป็น Preeclampsia c Sever features ในกรณีศึกษารายนี้ มีอาการร่วมดังกล่าวหลายอาการ เรียกว่า HELLP Syndrome (Hemolysis - Elevated Liver enzyme Low Platelet) ซึ่งบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์โรคไม่ดี กรณีศึกษา รายนี้ได้รับยาป้องกัน และควบคุมการชักด้วย MgSO4 หลังจาก วินิจฉัยโรค 2 ชม.ก่อนนำส่ง ร.พ.ศ ทำให้ล่าช้า และขณะนำส่งไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต ซึ่งกรณีศึกษาเป็น HELLP Syndrome เมื่อควบคุมความดันโลหิตได้และมีคลื่นเลือดพร้อม ควรสิ้นสุดการตั้งครรภ์
ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู	1.2 หลังผ่าตัด วันที่ 3 ย้ายออกจาก ICU กลับตึกสูติกรรม BP 155/98 -160/105 mmHg รู้สึกตัว ไม่มีภาวะชักปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุดแดง ใต้ลิ้นปี่ - HCT 31 % , platelet 12,100 cells/ul, PT 11.9 sec., PTT 30.3 sec, AST 512 U/L, ALT 365 U/L,	1.2 ระยะหลังคลอด maintenance dose ของ magnesium sulphate ต้องให้จนครบ 24 ชั่วโมง หลังคลอด ฝ้าระวังเรื่อง volume overload และ อาจนำไปสู่น้ำท่วมปอดได้ และ ติดตาม Mg level (4.8-8.4 mg/dl) ไม่ให้เกิน 10.-15 mg/dl เพื่อป้องกันการกดการหายใจ Heart block respiratory paralysis และให้ยาลดความดันโลหิต ยังฝ้าระวังอาการชักซ้ำ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ภาวะสุขภาพพระยะจำหน่วย	BUN 14.8 mg/dl, Cr. 0.78 mg/dl, Mg 8.4 mg/dl – แพทย์ให้หยุดยา MgSO₄ และ ยาลดความดันทางเส้นเลือด เปลี่ยนเป็นยากิน แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ชี้น Pain Score 3 คะแนน ให้นมบุตรได้ – ติดตามผล LAB PIH และ Mg level	1.3 อาการบวมและโปรตีนในปัสสาวะจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด แต่ความดันโลหิตจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์จึงกลับเป็นปกติ การแนะนำและอธิบายถึงอันตรายและความรุนแรงของโรค การนัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ติดตามภาวะความดันโลหิตสูงและการรักษาต่อเนื่องสำคัญมาก เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ
2. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	2.1 มีภาวะ Eclampsia c HELLP Syndrome – มีปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ บวม – มีภาวะชัก สับสน – BP 170/115 -180/110 mmHg – HCT 44 %, platelet 72,000 cells/ul, PT 14.5 sec., PTT 43 sec., AST 2,909 U/L, ALT 1,082 U/L, ALP 175 urine albumin 4+ UPCr 16.19, BUN 12.9 mg/dl, Cr. 0.63 mg/dl, Mg 4.2 mg/dl	2.1 การประเมินความรุนแรงของผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีภาวะชักร่วม มีภาวะแทรกซ้อนผิดปกติร่วมกันหลายประการโดยเฉพาะมีเกล็ดเลือดต่ำ < 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร ร่วมกับมีการแตกของเม็ดเลือดแดง และมีการทำงานของตับผิดปกติ เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า การทำงานของไตผิดปกติ Creatinine serum >1.1 มีน้ำท่วมปอด ซึ่งมีแนวโน้มแย่ง และเกิดการชักได้ในที่สุด
3. การรักษา	3.1 ยาป้องกันชัก MgSO₄ loading 5 gm. และ 5% D/W 1000 cc.+ 50% MgSO₄ 20 gm. 50 cc./hrs. – Mg level 4.2 mg/dl	3.1 กรณีศึกษา มีการป้องกันชักและไม่ให้เกิดภาวะชักซ้ำ ด้วย MgSO₄ ติดตามผล Mg Level ติดตาม Toxicity MgSO₄ Magnesium ออกฤทธิ์โดยลดความตึงของกล้ามเนื้อลาย โดยยับยั้งการปล่อย Acetylcholine ซึ่งเป็นตั้งสัญญาณประสาทในกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังยับยั้งไม่ให้ Calcium ion ผ่าน ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดคลายตัว กรณีศึกษา มีการป้องกันชักและไม่ให้เกิดภาวะชักซ้ำ ด้วย MgSO₄ ติดตามผลMg Level ติดตาม Toxicity MgSO₄

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
4.ปัญหาทางการพยาบาล	3.2 ยาลดความดันโลหิต Nicardipine 3.3 CT Brain 3.4 platelet cells/ul - PT, PTT - AST U/L, ALT U/L, ALP ,uric acid - BUN , Cr , UPCR , urine albumin 3.5 FFP 2 unit, Cryoprecipitate 1 unit, PRC 1 unit	3.2 ความดันสูงกว่า 160/110 mmHg มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและเกิดภาวะชัก (Cantwell R, Clutton T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al.,2011) อย่างฉับพลันและรุนแรง คือมีความดันโลหิตตั้งแต่ 160 / 110 mmHg เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงซึ่งต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความดัน อย่างเร่งด่วนทันที (Tessa E. R. Gillon, Pels A., Dadelszen V. P., Donell M. K., Magee LA. ,2014). การรักษา ให้ยาลดความดันโลหิต 3.4 กรณีศึกษามีการติดตามความรุนแรงของโรค ซึ่งแสดงถึงภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การมีเลือดออกง่ายตามอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของไตและตับผิดปกติล้มเหลว การถูกทำลายของเซลล์ 3.5 กรณีศึกษามีการเสียเลือดจากการผ่าตัด มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีเกร็ดเลือดต่ำ ทำให้มีเลือดออกง่ายตามอวัยวะต่าง ๆ ไตมีเลือดออกปัสสาวะสีแดงเข้ม จำเป็นต้องให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน
	ระยะแรกรับที่มีภาวะวิกฤต 1. มีโอกาสได้รับอันตรายจากการชักเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง 2. มีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และมีภาวะ HELLP Syndrome 3. เกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์เนื่องจากมารดามีภาวะชักเกร็งขาดออกซิเจน 4. มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากยา MgSO₄ มีฤทธิ์ทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง 5. มารดาและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการของบุตรเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด ระยะการดูแลต่อเนื่อง 6. พร่องความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	4.1 สามารถนำมาวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล และประเมินความเร่งด่วนของปัญหาทางการพยาบาลเพื่อดูแลและได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม ปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะที่คุกคามต่อชีวิตก่อนคือ การป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะเลือดออกในร่างกายเนื่องจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา รวมทั้งภาวะทางด้านจิตใจเกี่ยวกับอาการของบุตร และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างมีคุณภาพ และการมาตรวจตามแพทย์นัด

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มีโอกาสได้รับอันตรายจากการชัก เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง ข้อมูลสนับสนุน : มีชักเกร็ง 1 ครั้งนาน 50 วินาที อาการสับสน : มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว : จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ : BP 170/115-223/ 139 mmHg ขาบวมกดบุ๋ม 2 +, DTRs 3+, Urine albumin 4+ : HCT 44 % , platelet 72,000 cells/ul, PT 14.5 sec., PTT 43 sec., AST 2,909 U/L, ALT 1,082 U/L, ALP 175 urine albumin 4+, UPCR 16.19 , BUN 12.9 mg/dl, Cr. 0.63 mg/dl, Mg 4.2 mg/dl : แพทย์วินิจฉัย Eclampsia c HELLP Syndrome	วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการชักซ้ำทางเดินหายใจและภาวะชักซ้ำ กิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 1. จัดให้อยู่ใน Zone High risk จัดทำแผนดูแลเชิงรุก โดยให้หมอนหนุนศีรษะโคงข้างขวา เพื่อป้องกันการ aspiration และเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่ทารกในครรภ์ 2. ใส่ Oropharyngeal airway การอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ดูแลทางเดินหายใจโล่ง ทำให้มารดาและทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4. ให้ O₂ Mask c bag 10 lpm เพื่อป้องกันภาวะ hypoxia และเพิ่มปริมาณออกซิเจนสู่ทารกในครรภ์ 5. ควบคุมอาการชัก โดยให้MgSO₄ ทางหลอดเลือดดำ และให้ต่อเนื่อง จนครบ 24 ชม.หลังคลอด 6. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ postical phase จะไม่รู้สึกรู้ส เป็นลักษณะ semi coma 7. เตรียมอุปกรณ์พร้อมช่วยฟื้นคืนชีพทั้งมารดาและทารก 8. On EFM Continueous ประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด รวมถึงการบันทึกผลและติดตาม 9. วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที และประเมินอาการนำของภาวะชัก ได้แก่ Headache, visual disturbance ,epigastric pain เพื่อติดตามและประเมินความรุนแรงของโรคและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะชักซ้ำ ถ้ามีความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต 10. ให้ยาลดความดัน Nicardipine Nicardipine 2 mg./2 ml. 1 : 5 IV rate	กรณีศึกษา ก่อนส่งผ่าตัดมีภาวะชัก 1 ครั้ง สับสน BP > 160/110 mmHg เสี่ยงต่อเลือดออกในสมองและชักซ้ำได้ (Cantwell R, Clutton T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al.,2011) การชักทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ลำคักทำให้เกิด Hypoxia ในมารดา และทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลงเกิดภาวะ Fetal distress ได้ กรณีศึกษาให้ MgSO₄ ในการป้องกันภาวะชักและชักซ้ำ การติดตามค่า Mg level ไม่ให้เกิน 10mg/dl ป้องกันการกดการหายใจ Heart block ดังนั้นควรเตรียม Antidote ให้พร้อมใช้ การ Record Urine out put > 30 cc./hr. เนื่องจาก Mg ถูกขับออกทางปัสสาวะ ดังนั้นควรเตรียม พร้อม Resuccitate ทั้งมารดาและทารกแรกคลอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมอง เนื่องจาก มีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง และมีภาวะ HELLP Syndrome	10 cc./hrs titrate ขึ้นลงทีละ 5 cc./hrs ประเมินสัญญาณชีพ BP > 160/110 mmHg เพราะจะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยง มดลูกและรกไม่พอ ฝ้าระงัวภาวะ แทรกซ้อน ภาวะ Fetal distress 11. เจาะเลือด PIH ส่งตรวจทางห้อง ปฏิบัติการและติดตามผล เพื่อการวินิจฉัย และประเมินความรุนแรงของโรค 12. ติดตาม ระดับ Mg level ทุก 4-6 ชม. และ ฝ้าระงัว Toxicity MgSO₄ จาก การได้รับยาป้องกันชัก ประเมินอัตราการ หายใจไม่ต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที ประเมิน DTR ทุก 2 ชม. ถ้า < +1 หรือ absent มีโอกาสดการหายใจทำให้หยุดหายใจ หรือ DTR +2 ขึ้นไป 13. ใส่สายสวนปัสสาวะ Record urine ทุก 1 ชั่วโมงมากกว่า 30 cc./hrs. เพราะ MgSO₄ ถูกขับทางไต 14. เตรียม Antidote 10% Calcium gluconate กรณี ได้รับ Mgso₄ มากเกิน ขนาด ทำให้เกิดการหายใจ ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตลดลง ดูแลให้ O₂ Mask c bag 10 lpm และเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ 15. ฝ้าระงัวภาวะวิกฤติเหตุ จัดสิ่ง แวดล้อมให้ปลอดภัยสงบ ไม่กระตุ้นอาการชัก 16. เตรียมพร้อมร่างกายและจิตใจก่อน ส่งผ่าตัดคลอด ประเมินผลทางการพยาบาล 1. ผู้คลอดหลังผ่าตัดไม่มีภาวะชักซ้ำ 2. BP 155/98 -160/105 mmHg mmHg, DTRs 2+ 3. หลังได้รับยาป้องกันชักไม่มีภาวะ แทรกซ้อนจากการใช้ยา Mg Level 4.2 -8.4 mg/dl วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันเส้นเลือดในสมองแตก	กรณีศึกษา มีความดันสูงกว่า 160/110 mmHg มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกใน สมองและเกิดภาวะชัก(Cantwell R, Clut- ton T, Cooper G, Dawson A, Drife J,

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ข้อมูลสนับสนุน : BP 190/120-223/ 140 mmHg ขาววมกดปุ่ม 2 +, DTRs 3+, Urine albumin 4+ : วินิจฉัย Eclampsia c HELLP Syndrome : HCT 44 %, platelet 72,000 cells/ul, PT 14.5 sec. PTT 43 sec. : ตรวจพบ ปัสสาวะสี แดงเข้ม	กิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 1. ประเมิน MEOWS Score อาการเปลี่ยนแปลง ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ทุก 1 ชม.รายงานแพทย์ทราบทันที 2. ดูแลให้ยาลดความดัน Nicardipine 2 mg./2 ml. 1 : 5 IV rate 10 cc./hrs titrate ขึ้นลงทีละ 5 cc./hrs 3. PRC 1 unit, FFP 2 unit, Cryoprecipitate gr.O 1 unit 4. ยาช่วยให้เลือดแข็งตัว Tranexamic 250 mg/5cc. 500 mg q 8 hrs. 5. Vitamin K 10 mg. IV 6. ติดตามการตรวจ Platelet count, PT,PTT 7. ส่งตรวจ CT Brain ประเมินผลทางการพยาบาล : ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติในอวัยวะต่าง ๆ หรือเลือดออกในสมอง : MEOWS Score 6-12 คะแนน : ผล CT Brain ปกติ	Garrod D, et al., 2011) อย่างฉับพลัน และรุนแรง คือมีความดันโลหิตตั้งแต่ 160 / 110 mmHg เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงซึ่งต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความดันอย่างเร่งด่วนทันที (Tessa E. R. Gillon , Pels A., Dadelszen V. P., Donell M. K., Magee LA., 2014). การรักษาให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine. และติดตามค่าความแข็งตัวของเลือด และเกล็ดเลือด เพื่อประเมินเลือดออกตาม Organ ต่าง ๆ โดยเฉพาะในสมอง ซึ่งถือเป็นความรุนแรงและวิกฤติของโรค
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 3 : เกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะชักเกร็งขาดออกซิเจน	วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์	กรณีศึกษา มีภาวะความดันโลหิตสูงการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) ซึ่งมีผลให้แรงต้านทานการหดเกร็งของหลอดเลือดมีผลให้เซลล์รอบ ๆ เส้นเลือดที่หด ขาดออกซิเจน จนเกิดภาวะเลือดออก และเกิดเนื่อตาย ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับปริมาณเลือด สารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะชักทำให้หลอดลม มีการหดเกร็ง ตีบ ผลทำให้การหายใจหยุดลง และเกิดภาวะพร่องออกซิเจนออกซิเจนไปสู่มดลูกและรกไม่เพียงพอ
ข้อมูลสนับสนุน : GA 36+3 wks น้ำหนัก 2,200 gm. By USG : มีชัก 1 ครั้งนาน 50 วินาที SpO2 90-92 % หลังชักFHS drop prolong deceleration 70-80 ครั้ง/นาที	กิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 1. ให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายเพื่อป้องกันมดลูกกดทับเส้นเลือด IVC ทำให้เลือดไปเลี้ยงรกลดน้อยลง 2. ให้ออกซิเจน Mask c bag 10 lpm เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดให้ทารก 3. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด 4. รายงานกุมารแพทย์เตรียมรับทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะพร่องออกซิเจน	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากยา MgSO₄ มี ฤทธิ์ทำให้การหดตัวของมดลูก ลดลง ข้อมูลสนับสนุน : ได้รับยา MgSO₄ ระยะเวลา 24 ชม. : HCT 31% platelet 57,000 cells/ul, PT 12.7 sec, PTT 41 sec. : Blood loss 1,350 cc. : มี Bleeding per vagina : มดลูกหดตัวเหนือระดับ สะดือ	5. เตรียมพร้อมอุปกรณ์ เครื่องมือใน การช่วยฟื้นคืนชีพ 6. Monitor continuous EFM 7. เตรียมพร้อมในระบบการส่งต่อ ทารกไปยังหน่วยวิกฤติกุมาร ประเมินผลทางการพยาบาล 1. ทารก เพศชาย น้ำหนัก 2250 gm. APGAR Score 7,9t คะแนน ทารก on ET Tube no. 3 ลึก 8 cm. ไม่ Ac- tive HR >100/min SpO₂ 80-90 % ทารก near term ส่ง หอผู้ป่วยวิกฤติทารก แรกเกิด วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Shock จาก ภาวะการตกเลือดหลังคลอด กิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 1.ให้ยาเพิ่มการหดตัว ของ มดลูกOxytocin และ Duratocin 1 Amp IV ทันทีหลังคลอด 2. Tranexamic 250 mg/5cc. 500 mg q 8 hrs. ยาช่วยให้เลือดแข็งตัว 3. Vitamin K 10 mg. IV ช่วยให้ เลือดแข็งตัว 4. ตรวจการหดตัวของมดลูกและ ปริมาณเลือดทางช่องคลอด 5. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที * 4 ครั้ง 30นาที*2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จน stable 6.ใส่สายสวนปัสสาวะบันทึกปริมาณน้ำ เข้าและออกจากร่างกาย 7.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและ อาการผิดปกติเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อ ออกตัวเย็น สีผิวเยื่อ เล็บมือ เล็บเท้า ประเมินผลทางการพยาบาล -มารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือด มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ซึม Blood loss 1,350 cc. HCT 31 %	Magnesium ออกฤทธิ์โดยลดความตึงของ กล้ามเนื้อลาย โดยยับยั้งการ ปล่อย Acetylcholine ซึ่งเป็นตัวส่งสัญญาณ ประสาทในกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังยับยั้งไม่ให้ Calcium ion ผ่าน ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อ เรียบคลายตัว ซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูก คลายตัว หลอดเลือดคลายตัว จากกรณีศึกษา จำเป็นต้องให้ยา Oxytocin เพื่อยาเพิ่มการ หดตัวของมดลูก และยาช่วยให้เลือดแข็งตัว เนื่องจากมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและการแข็ง ตัวของเลือดผิดปกติ ดังนั้นควรมีการติดตาม สัญญาณชีพ และการประเมินอาการ เปลี่ยนแปลง และการประเมินซ้ำ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : มารดาและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน : ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนัก 2,250 กรัม APGAR Score 7,9t คะแนน ทารก on ET Tube no. 3 ลึก 8 cm. ไม่ Active HR >100/min SpO2 80-90 % ทารก near term Admit NICU มารดา สิ้นน้ำวิตกกังวล : มารดาหลังคลอดถามถึงอาการของบุตร และระยะเวลาที่จะออกจาก ร.พ.	BP 155/98 -160/105 mmHg PR 98/min วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 1. ประเมินความวิตกกังวลและท่าที่แสดงออกของมารดาเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. อธิบายให้มารดาทราบอาการและสาเหตุของทารกที่ต้องสังเกตอาการที่ NICU 3. ประสานงานเพื่อให้มารดาได้รับทราบข้อมูลอาการทารกจากกุมารแพทย์ 4. สนับสนุนให้มารดาได้เยี่ยมทารกที่ NICU เมื่อร่างกายพร้อม 5. ส่งเสริมกิจกรรมการบีบเก็บน้ำนมให้แก่มารดาและนำส่งให้ทารกยังตึกวิกฤตกุมาร ประเมินผลทางการพยาบาล 1. มารดามีสีหน้าสดชื่น สามารถไปเยี่ยมบุตรได้ 2. มารดาให้ความร่วมมือในการพยาบาล ให้นมบุตรได้	กรณีศึกษา มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีความไม่สมบูรณ์ของระบบร่างกาย จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำและการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : พร่องความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน : มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ มีประวัติขาดยาไม่มาตรวจรับยาตามนัด : ทารกน้ำหนักน้อย ก่อนจำหน่าย น้ำหนัก 2,450 กรัม	กิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 1. แนะนำมารดาเรื่องการนัดตรวจหลังคลอดการวางแผนครอบครัว และการตรวจภาวะความดันโลหิตสูงจากแพทย์อายุรกรรมเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง เน้นให้เห็นความสำคัญและอันตรายของโรค 2. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เน้นเรื่อง 4 คูด ประโยชน์นมแม่ เพื่อให้เห็นความสำคัญนมแม่ 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 4. แนะนำการพาบุตรมาตรวจคลินิกสุขภาพเด็กดีและรับวัคซีนตามนัด	กรณีศึกษา มีประวัติความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพตามมา และการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมีโอกาสเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้อีก

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษานี้ มารับการรักษาด้วย Preeclampsia c Sever features ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักในระยะคลอดร่วมด้วย มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลายระบบเกิดภาวะ HELLP Syndrome ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดและระยะคลอด ตลอดจนการส่งต่อและการดูแลขณะส่งต่อมายังสถานบริการที่พร้อมกว่า มีความสำคัญมาก ผู้คลอดควรได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขา และทีมสหสาขาวิชาชีพจนผู้คลอดและทารกปลอดภัยสามารถกลับบ้านได้พร้อมบุตรและสามารถดูแลบุตรได้ ญาติเป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจผู้คลอดและบุตร ขณะอยู่ ร.พ. และเมื่อกลับไปอยู่บ้านพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญดังที่กล่าวมาข้างต้น และให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม พร้อมทั้งประเมินผลการพยาบาลครบถ้วนตามเกณฑ์การประเมิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว อีกทั้งพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เพื่อให้ทีมเยี่ยมบ้านติดตามประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตร ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนซ้ำหลังจำหน่าย และโอกาสในการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะชักในระยะคลอด เป็น Case เสี่ยงสูงซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ ควรใช้แนวทางในการดูแลเหมือนกันทั้งจังหวัด รวมถึง ร.พ.ช. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ทันเวลา ดังนั้นทาง ร.พ.ศ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จึงได้ปฏิบัติตามนโยบาย One Province One Labor
2. การมีระบบ Consult สายตรง กับแพทย์ผู้ชำนาญกว่า และแพทย์เฉพาะสาขา เพื่อลดระยะเวลา และให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ทันเวลา และการส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลห้องคลอดโดยตรงเพื่อเตรียมรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤติได้ทันเวลา

3. การมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งข้อมูล ผู้ส่งต่อ ควรเป็นแพทย์ และพยาบาลที่มีความชำนาญเช่นพยาบาลห้องคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือทันเวลาและปลอดภัยขณะมีภาวะวิกฤติ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข อัตราการตาย. กลุ่มภารกิจ ด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ; 2564.
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556- 2558. แนวทางการปฏิบัติ ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ [internet]. 2558
3. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. คณะอนุกรรมการ มาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562- 2564.
4. บุญสืบ โสโสม การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ .ใน : ศรีเกียรติอนันต์ สวัสดิ์,บรรณาธิการ.การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม3. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2558.
5. ปรียา แก้วพิมล. (2558). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในเยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่ เบสท์ เซลส์เอนด์ เซอร์วิส
6. ภทวรรณ หล่มศิริ โรคพิษแห่งระยะชักใน : วิทยา ถิฐาพันธ์,ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, , บรรณาธิการ. ตำราประกอบ ภาพ: ภาวะวิกฤติ ทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟนิ่ง; 2561
7. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. คณะอนุกรรมการ มาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562- 2564.

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ : กรณีศึกษา

พิไลพร เจริญสัจฉิย์, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

บทนำ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST elevation myocardial infarction : STEMI) เป็นโรคที่มี อัตราการเกิดได้สูงจากปัจจัยต่าง ๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มคนที่มีการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี พ.ศ.2533 (ค.ศ.1990) พบว่าสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD) เกือบถึงหนึ่งในสาม ร้อยละ 28 และผลการศึกษา พ.ศ. 2544 พบว่า CVD ซึ่งเคยเป็นปัญหาของประเทศพัฒนาแล้วในโลกตะวันตก ได้กลับมาสร้างปัญหาให้กับประเทศที่มีเศรษฐกิจต่ำถึงปานกลางเพราะ ร้อยละ 80 ของ total cardiovascular death นั้นเกิดขึ้นในประเทศกลุ่มดังกล่าว และด้วยแนวโน้มของข้อมูลที่ได้จึงคาดการณ์กันว่าในอีก 6 ปี ข้างหน้า การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 34 จะกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก (กัมปนาท วีรกุล, และคณะ, 2557) จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST elevation myocardial infarction : STEMI) เข้ามารับการรักษาในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 18 ราย, 18 ราย และ 19 ราย ตามลำดับ มีอัตราการตายในปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 5.56, 11.11, 10.52 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST elevation myocardial infarction : STEMI) ร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้เสียชีวิตที่สำคัญ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญในการเฝ้าระวัง ประเมินอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด ถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้งทักษะการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาจัดทำเอกสารทางวิชาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไข ให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST elevation myocardial infarction : STEMI) ร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพปลอดภัย

และลดการสูญเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจรวมถึงพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและทันเวลา ร่วมกับการดูแลรักษาให้ยารักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้
2. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ ครอบคลุมและรวดเร็วเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเสี่ยงสูง เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดตั้งข้อวินิจฉัยวางแผนปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดมีการประเมินซ้ำให้ได้ข้อมูลมาวางแผนกับทีมแพทย์ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ศึกษาจากตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ
4. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา ซึ่งดำเนินการในช่วงเวลา 1 กุมภาพันธ์ 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2566
6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายเสียหาย จากการที่เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่เพียงพอ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน ทำให้การเผาผลาญของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหยุดลงและตายในที่สุด ผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ เจ็บ หน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ต่ำ บางรายอาการรุนแรงถึงช็อก หรือมีภาวะปอดบวม น้ำ หัวใจด้านซ้ายวายได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2563)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิก เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Unstable angina (UA) เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiogram ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และไม่พบ cardiac biomarkers

2. Non-ST-Elevation myocardial infarction (Non Q-wave MI หรือ NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการ ที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และพบ cardiac biomarkers positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave

3. ST-Elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้า หัวใจพบ ST segment elevation และพบ cardiac biomarkers positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน แต่ถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแล รักษา ที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2563)

พยาธิสภาพ

หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากการมีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดหลอดเลือดโคโรนารีหนาเกร็ง มีลิ้ม หรือการรวมตัวของไขมันไปอุดตัน แต่ที่พบมากที่สุด คือ ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งและช่องภายในหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกขัดขวางจากการขาดเลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บ

และเซลล์ตาย กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 3 ชั่วโมง และเนื้อเยื่อที่ตายจะไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้อีก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2563)

สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อย คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งและตีบตัน (Coronary atherosclerosis) อย่างสมบูรณ์ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยควบคุมได้ และ ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2563)

ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

1. เพศและอายุ พบว่า เพศชาย อายุ 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่า เพศหญิง 5-8 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน และเพศชายมักเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อน อายุ 40 ปี และเพศหญิงเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน

2. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ครอบครัว และจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นหากมีปัจจัยอื่นเสี่ยงด้วย เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความเครียด

ปัจจัยที่ควบคุมได้

1. โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือด

2. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้น ถ้าภาวะนี้ดำเนินไปเรื่อยๆ จะทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

3. ระดับไขมันในเลือดสูง ไขมันมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตและการไหลเวียนของเลือดไขมัน จะจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจ สะสมพอกตัวหนาขึ้นจนหลอดเลือดตีบ มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดมาเลี้ยงได้

4. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มปริมาณไขมันในเลือดให้สูงขึ้น คาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปแย่งออกซิเจนจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนลดลง

5. ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล ลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและลดการเกาะกันของหลอดเลือด

6. สาเหตุส่งเสริมของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยก้อนเลือด (thrombus) การมีเลือดออกจากโรคของผนังหลอดเลือดแดง การที่ปริมาณไหลเวียนของหลอดเลือดลดลงจากข้อผิดพลาดด้วยสาเหตุต่าง ๆ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติการหดเกร็งของ Coronary artery Pulmonary embolism ภาวะเครียด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2563)

7. บุคลิกภาพ ถ้ามีลักษณะเป็นคนจริงจัง เคร่งเครียด ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย จะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลเร่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ

8. ความอ้วน ในคนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันในเลือดสูง ความอ้วนพิจารณาจากดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 22.9 นอกจากนี้ยังพิจารณาจากเส้นรอบเอว ผู้ชายไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร

9. การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด จะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติ เพิ่มความดันโลหิต ทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง

10. ความเครียด สภาวะความเครียดทางอารมณ์มักเป็นสาเหตุให้ร่างกายเพิ่มการขับ norepinephrine และ epinephrine ซึ่งมีผลต่อ lipid metabolism ด้วยคือ ทำให้ serum lipid สูงขึ้น (เกรียงไกร เสงวีรัมย์, 2556)

อาการและอาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก (Atypical chest pain) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหน้าอกถึงร้อยละ 90 ส่วนที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยพบได้ ร้อยละ ๒๕ ลักษณะเจ็บแบบแน่น อึดอัด เหมือนมีอะไรมาบีบรัด มากกว่าที่หัวใจบริเวณหน้าอก กลางทรวงอก ลึกลงไป อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้ายและขวา ข้อศอก แขนหรือร้าวไปที่ปลายนิ้ว โดยเฉพาะทางด้านนิ้วก้อย หลัง คอและขากรรไกรล่าง ระยะเวลาถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกจากหลอดเลือดตีบ (angina pectoris) อาการเจ็บหน้าอกมีระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ (coronary insufficiency) อาการ เจ็บหน้าอกจะมีระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที แต่ถ้าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial

infarction) จะมีอาการเจ็บหน้าอกนานเกินกว่า 30 นาทีและมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากการออกกำลังกาย

2. ความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะช็อก อาจเริ่มด้วยอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า หัวใจเต้นผิดปกติ อาจช้าหรือเร็ว ชีพจรเบา เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอก หรือปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง และถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างทันทีทันใดทำให้ผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ

3. มีไข้ เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งอาการไข้จะลดลงภายใน 3-7 วัน

4. อาการคลื่นไส้และอาเจียน เนื่องจากความเจ็บปวดอย่างรุนแรงไปกระตุ้นที่ศูนย์อาเจียนหรือจากบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลสะท้อนกลับ (Vasovagal reflexes) ไปยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

5. เหงื่อออก ตัวเย็น เนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นโดยแคลทโคลามีน ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวจะมีอาการช็อคและตัวเย็น

6. มีเลือดคั่งในปอด (Pulmonary edema) ทำให้มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย ใอมีเสมหะเป็นฟอง ซึ่งเป็นอาการแสดงถึง ภาวะที่หัวใจห้องซ้ายทำงานได้น้อยลง

7. อาการอื่นๆ เช่น ปัสสาวะลดลง ตับโต แขนขาบวม มีหลอดเลือดดำคอโป่งพอง

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอัตราตายสูงกว่าร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น พยาบาลต้องเฝ้าระวัง ประเมินอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด ถูกต้อง และแม่นยำรวมทั้งป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้งที่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac arrhythmia) ที่พบบ่อยคือ Ventricular arrhythmia ได้แก่ Ventricular premature beats, Ventricular tachycardia Ventricular fibrillation ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่เกิด acute infarction พบมี arrhythmia ได้ถึง 90% และพบ conduction abnormality ได้ 25% จึงจำเป็นต้องมี ECG monitoring ใน 24 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วย acute infarction ทุกราย

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac Failure) สภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้ 30-40 % ส่วนใหญ่เป็น Left ventricular failure เกิดจาก systolic dysfunction ในส่วนของหัวใจที่ขาดเลือดส่วน Right ventricular failure พบได้ 5-10% เกิดจาก infarction ของ right ventricle ผู้ป่วยที่มี cardiac failure มักจะสูญเสียการบีบตัวของหัวใจไปประมาณ 30 % อาการของหัวใจล้มเหลวคือ เหนื่อยหอบ นอนราบอึดอัด จนถึง

มี bloody frothy sputum อาจพบในระยะแรก ๆ ในกลุ่มที่มี infarct ขนาดใหญ่ หรืออาจพบหลายวัน infarction ในกลุ่มที่มี extension of infarction กับที่พบใน chronic cardiac failure จากสาเหตุอื่นจะมีลักษณะ acute คือ เป็นทันทีทันใด intravascular volume ใน acute infarction จะปกติหรือต่ำกว่าปกติไม่เพิ่มขึ้นเหมือนในภาวะ Chronic cardiac failure ทำให้ต้องมีความระมัดระวังในการใช้ diuretic ในการรักษา นอกจากนี้ cardiac failure ใน acute infarction ถ้ารักษาประคับประคอง เมื่อผ่านพ้นระยะหนึ่งไปแล้วอาการจะดีขึ้นมากหรือหายได้โดยไม่ต้องใช้ยา

3. ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) ในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 40% จะทำให้ความดันโลหิตลดลงต่ำลงจนเกิด inadequate tissue perfusion ซึ่งจะเห็นได้จากอาการมือเท้าเย็น ชีพจรต่ำ ปริมาณปัสสาวะลดลง เป็นผลจากการที่หัวใจบีบตัวอ่อนลงอย่างมากอย่างไรก็ตามถ้าเราพบความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วย acute myocardial infarction สาเหตุอาจจะไม่ใช่จากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง บ่อยครั้งเป็นจาก hypovolemia ผู้ป่วยหลายรายโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย อาจอยู่ในภาวะขาดน้ำ เราสามารถทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ความดันโลหิตอาจลดลงเพราะภาวะแทรกซ้อนบางอย่างเช่น papillary muscle rupture, interventricular septum rupture ซึ่งทำให้เกิด congestive heart failure และ cardiogenic shock

4. มีการแตกหรือทะลุของหัวใจ มีผลทำให้อัตราตายสูงขึ้น ได้แก่

4.1. การทะลุที่ผนังหัวใจห้องล่าง (Ventricular wall rupture)

4.2. การทะลุที่หัวใจห้องล่าง (Ventricular septal rupture) พบได้ประมาณร้อยละ 2 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักเกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์หลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4.3. กล้ามเนื้อยึดเส้นหัวใจฉีกขาด (Rupture of papillary muscle) อาจเกิดขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการทันทีมากกว่าร้อยละ 70 จะตายภายใน 24 ชั่วโมง และร้อยละ 90 ตายภายใน 2 สัปดาห์

5. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) มักจะเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกตลอดเวลา และอาการเจ็บจะเพิ่มขึ้น เมื่อไอหรือหายใจลึกๆ แต่จะทุเลาเมื่อผู้ป่วยนั่งและก้มตัวไปข้างหน้า มีไข้ต่ำ ๆ และจะมีเสียงเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial rub) และอาจเกิด

Dressler's syndrome ได้ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยผู้ป่วยจะมีการเจ็บหน้าอกมากตลอดเวลาและรุนแรง ไข้ น้อยและอ่อนเพลีย การรักษามุ่งเน้นที่การลดการอักเสบลดการเจ็บปวด

6. เกิด Thromboembolism ที่บริเวณผนังของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด

7. เกิด Ventricular aneurysm พบได้ประมาณ 3-15 % ลักษณะเป็น true aneurysm คือ ส่วนปากของ aneurysm กว้าง พยาธิสภาพของผนัง aneurysm ประกอบด้วยส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด true aneurysm มักจะไม่แตก มีการทำนายโรคเหมือนกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่มี aneurysm ที่มีระดับการบีบตัวของหัวใจเท่ากันแต่บางครั้งอาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดเอา aneurysm ออก ในรายที่หัวใจล้มเหลวรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ในรายที่มี life threatening arrhythmia หรือ aneurysm เป็นแหล่งของการเกิด systemic embolism หลายครั้ง นอกจากนี้ pseudoaneurysm ก็พบได้แต่น้อยและมีโอกาสแตกสูง มักต้องทำผ่าตัดออก

การตรวจวินิจฉัย

การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประกอบด้วย

1. การซักประวัติ การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย ได้แก่ มีประวัติการเจ็บหน้าอก เหมือนมีอะไรมาทับหรือมาบีบหัวใจตำแหน่งที่เจ็บอาจเจ็บบริเวณกลางอก ลิ้นปี่ อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปที่หัวไหล่ซ้ายหรือขวา ข้อศอก แขน หรือร้าวไปที่คอ คาง ขากรรไกร เจ็บครั้งหนึ่งนานกว่า 30 นาที

2. ระดับเอนไซม์ที่สูงขึ้น คือ Creatine Kinase - Myocardial Band (CK - MB) สูงบ่งชี้ว่ากำลังมีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้น (ค่าปกติของ CK - MB คือ 0 - 16 ng/mg.) ปกติภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บระดับ ค่า CK-MB จะสูงขึ้นทันทีในระยะ 4 - 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ และจะมีค่าสูงสุดใน 14 - 24 ชั่วโมงแรก ต่อจากนั้นจะกลับสู่ค่าปกติใน 3-5 วันที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือใน ปัจจุบันนิยมใช้การตรวจเลือดหาค่าโปรตีนพิเศษจำนวน 2 ค่า คือ ค่า Cardiac Troponin T (cTnT) ค่าปกติ < 0.2 ng/mL ส่วนอีกตัว คือการหาค่า Cardiac Troponin I (cTnI) ค่าปกติ < 0.03 ng/mL

3. มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 80 ซึ่งแล้วแต่ความรุนแรงของตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด คือ

- จะพบ ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) ใน

บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (injury)

- จะเห็น T wave หักกลับ (inverted T wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia)
- จะเห็น Q หรือ QS wave (pathologic Q wave) ในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (infarction) (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2557)

การบอกตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ผนังด้านใดด้านหนึ่งห้องล่างซ้าย มีน้อยครั้งที่อาจอยู่ที่หัวใจห้องล่างขวาหรืออยู่ที่หัวใจห้องบน เมื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่พบได้ในกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแล้ว อาจบอกตำแหน่งได้จากการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน lead ต่าง ๆ

Anterior wall infarction ถ้าเป็น extensive anterior wall จะพบการเปลี่ยนแปลงใน leads I, aVL และ anterior chest leads ทั้งหมด ถ้าเป็น anteroseptal wall infarction จะพบการเปลี่ยนแปลงใน leads V 1-4 ถ้าเป็น anterolateral wall จะพบการเปลี่ยนแปลงใน leads V 5-6, I, aVL

Inferior wall infarction จะพบการเปลี่ยนแปลงใน leads II, III, aVL ในบางรายก็มี posterior wall หรือ right ventricular infarction ร่วมด้วย หรือมีการตายไปถึงบริเวณ apex ซึ่งจะพบการเปลี่ยนแปลงใน lead V 5,6 ร่วมด้วย

Posterior wall infarction เนื่องจากตำแหน่งอยู่ด้านหลัง จึงต้องดู mirror image เพื่อช่วยในการวินิจฉัย โดยจะเห็น R wave สูง ใน leads V1 ร่วมกับ ST depression และ positive

เป้าหมายการรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. เพื่อลดจำนวนกล้ามเนื้อที่เกิด infarction สงวนความสามารถทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LV function) และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ป้องกันจุดจบแบบรุนแรง (major adverse cardiac events -MACE) เช่น ตาย หรือเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเกิดความจำเป็นต้องทำการเปิดหลอดเลือด (revascularization) เป็นการฉุกเฉิน
3. รักษาภาวะแทรกซ้อนของ ACS ที่อาจทำให้ตายได้ เช่น ventricular fibrillation (VF)/pulseless ventricular tachycardia (VT), ภาวะ bradycardias ที่ทำให้เกิดอาการภาวะ tachycardias ชนิดเร่งด่วน เป็นต้น

แนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือการทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด

1. ลดการทำงานของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักในระดัประกอบอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง ซึ่งแล้วแต่ ระดับความรุนแรงของโรค และให้ยาในกลุ่มไนเตรท ยาบีบกันเบต้า
2. ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Aspirin) และยับยั้งการแข็งตัวของเลือด (Heparin)
3. การใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump) และเพิ่มไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ในรายที่มีภาวะหัวใจวายหรือมีภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจ
4. การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายรูหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดกว้างออกโดยทำให้ลิ่มเลือดที่สลายเป็นชิ้นเล็กๆ สามารถละลายได้เองด้วยการกลืนการละลายลิ่มเลือด
5. ดูแลให้มีการไหลเวียนของเลือดที่เพียงพอโดยใช้ยาต่างๆ แก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่างรวมทั้งการทำ Intra-aortic balloon pump
6. ป้องกันและแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแก่กรรมได้มากที่สุด ซึ่งจะพบในระยะ 12-24 ชั่วโมง
7. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft = CABG) จะทำในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการตีบของเส้นเลือดแดง ที่ไปเลี้ยงหัวใจมากกว่า 3 เส้น มีการตีบของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ 2 เส้น และหัวใจห้องล่างซ้าย ทำงานได้ไม่เต็มที่ หรือผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 6 ชั่วโมงแรก รวมทั้งการทำผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่เกิดการอุดตันหรือมีการปริแตกของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการสวนหัวใจหรือ ภาวะช็อกจากหัวใจอย่างรุนแรง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2563)

การรักษาภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ

การรักษาภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ โดยทั่วไป คือ การรักษาประคับประคองไม่ให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ซึ่งเกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหลักสำคัญ โดยการรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อก จากเหตุหัวใจ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่

พบได้น้อย คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบได้ประมาณร้อยละ 90 การรักษาจึงมุ่งเน้นการเปิดหลอดเลือดหัวใจเป็นสำคัญ ร่วมกับการประคับประคองภาวะการไหลเวียนโลหิต ไม่ให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยยึดการรักษา ดังนี้

1. การรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion and revascularization)
2. การรักษาอื่นๆ ได้แก่ การรักษาภาวะไหลเวียนโลหิต การรักษาด้วยยา หรือการใช้เครื่องพุงหัวใจ (อนุแสงจิตสมเกษม, 2560)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันห้องฉุกเฉิน

1. จัดระบบการบริการที่เน้นการลดระยะเวลาของระบบคัดกรอง และเพิ่มความรวดเร็วในการวินิจฉัย
2. จัดการให้ได้รับแผนการรักษาเบื้องต้นทันทีตามคำขอ MONA (ให้ยา Morphine ตามการรักษา/ On Oxygen canular / nitroglycerine อมใต้ลิ้น / Aspirin เคี้ยวและกลืนทันที)
3. ลดและยับยั้งขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Limitation of infarct size) โดยร่วมกับแพทย์ในการช่วยจัดการให้มีการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจใหม่อย่างรวดเร็ว (Reperfusion therapy)
4. ช่วยลดการทำงานของหัวใจ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ป้องกันและลดลิ้มเลือดอุดตันในระยะเฉียบพลัน ด้วยการดูแลให้ยาต้านการเกาะกันของเกล็ดเลือด (จริยาตันติธรรม, 2557)

ด้านร่างกาย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น
2. ดูแลให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด พร้อมทั้งมอนิเตอร์ เพื่อประเมินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๐-๑๕ นาที และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีการเปลี่ยนแปลง
4. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาต้านเกล็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการได้ยา Streptokinase : SK) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาปรับการทำงานของหัวใจ และการหมุนเวียนเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด

5. สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การป้องกันและลดอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและแผนการรักษา เช่น Arrhythmia, Congestive Heart Failure, Shock โดยบันทึกและรายงานแพทย์

6. เตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการขับถ่ายอุจจาระตามปกติ เพื่อลดอาการอึดอัดในท้อง หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย อุจจาระ คู่มือให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา
8. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารกับความเหมาะสมตามความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรคพร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายตามแผนการรักษา
9. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด
10. เข้าใจและยอมรับการแสดงออกต่อการต้องเผชิญกับความเครียด ที่จะต้องไปปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งบางคนอาจมีพฤติกรรมปฏิเสธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ซึ่งล้วนเป็นกลไกการเผชิญกับความเครียด

ด้านจิตใจ

1. ให้ความเคารพและยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง
2. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งตอบสนองตามความเหมาะสม
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติอธิบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
4. ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตรและมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติ (สำอังก์ ดันวิเชียร, 2557)

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี รูปร่างอ้วน ผิวดำแดง ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 95 กิโลกรัม สถานภาพ สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพค้าขาย ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : วิงเวียนศีรษะ จุกแน่นหน้าอก 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

- 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แน่นหน้าอก 15 นาที นั่งพักแล้วหายเอง

2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการวิงเวียนศีรษะ จุกแน่นหน้าอก ร้าวไป ไหล่ซ้าย ใจเต้น เหงื่อแตก จึงมาโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธพรหมธรรมะ แก้ว ส่งมาจาก OPD

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธพรหมธรรมะ แก้ว รับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาดยา ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร : ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี

ระยะเวลารับไว้ในโรงพยาบาลถึงผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน :

17 พฤศจิกายน 2566 เวลา 13.20 น. ถึง เวลา 15.3 น. **สภาพโดยทั่วไปแรกพบ :** รู้สึกตัวดี บ่นวิงเวียนศีรษะ จุกแน่นหน้าอก ร้าวไปไหล่ซ้าย ใจเต้น เหงื่อแตก vital sign แรกพบ T 36.9°C, PR 106/min, RR 20/min, BP 128/67 mmHg, O₂ sat 95 % DTX 136 mg% ติด EKG 12 lead พบว่ามี ST-elevate V2-V6 พยาบาลประเมินคัดแยกเป็นผู้ป่วยวิกฤต สีชมพู (Triage Level 2) ประกาศ STEMI FAST TRACK ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดูแลให้นอนพักบนเตียงศีรษะสูง 30 องศา เวลา 13.23 น. Consult อายุรแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น anteriorlateral wall STEMI ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง pain score 10/10 คะแนน แพทย์พิจารณาให้ ASA gr v (325) 1 tab เคี้ยวทันที และ Plavix (75) 8 tab รับประทานทันที เวลา 13.40 น. ให้ยา streptokinase 1.5 mu เข้าทางหลอดเลือดดำ หยด ใน 1 ชั่วโมง อาการดีขึ้น อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง pain score 5 คะแนน เวลา 13.40 น. ได้รับผล Troponin-I 28.951 ng/mL (ค่า Positive) เวลา 13.54 น. แพทย์พิจารณาติดต่อ refer ร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร เวลา 14.10 น. ขณะได้รับยา ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อ ใจเต้น แพทย์พิจารณาให้ hold Streptokinase ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น RR 40/min O₂ sat 92% ให้ Etomidate 10 mg IV และ Diazepam 10 mg IV x 2 ครั้ง ก่อน on ET tube No 7.5 ลึก 23 Cms หลังใส่ ET tube BP 80/50 mmHg PR 128/min แพทย์พิจารณาให้ NSS 300 cc. IV drip in 15 นาที then 20 cc./hr dopamine 200 mg : 5% D/W 96 ml IV 10 cc./hr ผลข้างเคียงของการได้รับยา Streptokinase มีหนาวสั่น แต่ไม่มีผื่นหรือจุดเลือดออกใดๆ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติ ST-elevate V2-V6 มากกว่าเดิม vital sign T 36.6°C, PR 92/min, RR 22/min, BP 136/74 mmHg O₂ sat 98 % เวลา 14.51น. ร.พ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร รับrefer เวลา 15.30 น.จึงได้ส่งrefer ไป ร.พ. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

การตรวจร่างกายตามระบบ :

- ศีรษะ มีขนาดและรูปร่างปกติ สะอาดไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อนหรือสิ่งผิดปกติใด ๆ ไม่มีแผลที่ใบหน้า ไม่มีปากเบี้ยวหรือบวมบริเวณใบหน้าใบหู ได้รูปปกติทั้ง 2 ข้าง ไม่มีบาดแผลหรือ discharge ไหลซึมออกมา
- ตา รูปร่างปกติ มองเห็นชัดทั้ง 2 ข้าง สีของเยื่อตาปกติ เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีค้อนเนื้อ และต้อกระจก
- จมูก รูปร่างได้สัดส่วน การรับกลิ่นปกติ
- ปาก รูปร่างปกติ ไม่มีเบี้ยว การพูดชัดเจน ลิ้นเคลื่อนไหวปกติ การรับรสปกติ
- คอไม่มีบวมโต ต่อมทอนซิลไม่โต เส้นเลือดดำไม่โป่งพองเคลื่อนไหวได้ปกติ
- ระบบทางเดินหายใจรูปร่างทรงอกปกติ การขยายของทรวงอกขณะหายใจเข้าและออก เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดไม่มีเสียง Wheezing และ Creptitation
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด PR 106 /min เร็วแต่สม่ำเสมอ, RR 20/min, BP 128/67 mmHg, เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง ตรวจ EKG ก่อนได้รับยา Streptokinase พบว่ามี ST-elevate V2-V6 หลังได้รับยา Streptokinase พบว่ามี ST-elevate V2-V6 มากกว่าเดิม
- ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลืองต่อมน้ำเหลืองที่คอ รักแร้และขาหนีบไม่โต เปลือกตาล้างไม่ซีด
- ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะปกติไม่มีแสบขัด
- ระบบทางเดินอาหารไม่เคยมีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารไม่มีก้อนบริเวณท้องไม่มี Guarding
- สภาพจิตใจและอารมณ์แรกพบ พุดคุยรู้เรื่อง รับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี

ข้อเสนอแนะ

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยที่ต้องตั้งรับในการดูแลผู้ป่วยระยะเริ่มแรกที่มีอาการหรือการเตรียมความพร้อมสำหรับรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในระบะวิกฤตเพื่อรักษาชีวิต ในระยะฟื้นฟูโดยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ความพร้อมที่เตรียมควรเป็นความพร้อมทั้งในด้านอุปกรณ์ช่วยชีวิต และบุคลากรทางด้านพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการอบรมเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจ ทำให้ได้แนวทางสำคัญที่ประกอบด้วยการบริหารจัดการผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะช็อกเหตุจากหัวใจตลอดจนเป็นการช่วยเหลือในระยะวิกฤต เพื่อรักษาชีวิต สามารถนำผู้ป่วยย้ายส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องตามความเหมาะสม ทำให้พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เห็นประเด็นสำคัญที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ในโรคเดียวกันและโรคต่าง ๆ ทำให้เพิ่มสมรรถนะประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

เอกสารอ้างอิง

กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โหมยชัยวัฒน์, เลิศลักษณ์ เขาวนทวิ, ปานเทพ คมนานุรักษ์, อรพรรณ ไชยวรรณ, และวิบูลย์ สุพุทธิธาดา. (2557). การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนพับลิชชิง.

เกรียงไกร เสงี่ยม. (2556). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : มิตรสัมพันธ์.

จริยา ดันติธรรม. (2557). กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2550). การพยาบาลโรคหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.

ผ่องศรี ศรีมรดก. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ. เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร : โอกรูป เพรส.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และกนกพร แจ่มสมบุญ. (2552). มาตรฐานการพยาบาลโรคหัวใจ. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (บ.ก.). มาตรฐานการพยาบาล CVT : แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 92-101). กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

วิจิตรา กุศลภัก, และพวงผกา กรีทอง. (2556). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรา กุศลภัก (บ.ก.). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 5). (น. 251-288). กรุงเทพมหานคร: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

ศรินทร์ต์ ศรีประสงค์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ฟูไเราะ (บ.ก.). การพยาบาลอายุรศาสตร์. (น. 189-236). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1, สมุทรปราการ: เนกสเปปดิไซน์.

ลำออง ดันวิเชียร. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.

อนุแสง จิตสมเกษม. (2560). ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic Shock). วารสารเวชบำบัดวิกฤต สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. 25(2), หน้า 10-23

เรื่อง : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

นายอรรถสิทธิ์ ชูชนะ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 9 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส
3. ปัจจัยสนับสนุน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน
4. ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระตัวกับพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง .002 - 0.586

บทนำ

ประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,070.6 ล้านคนใน ปี พ.ศ.2543 เป็น 7,851.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2568 และจากสถิติพบว่า ยุโรปเป็นภูมิภาคที่กำลังเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” มากที่สุดในโลก โดยมีสัดส่วนของประชากร วัยเด็กน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 16 และมีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุมากที่สุดคือ ร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมดในยุโรป ในขณะที่ประชากรไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันจาก 62.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 เป็น 72.3 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงสร้างของประชากรโลก และประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่คล้ายคลึงกัน ดังจะเห็นได้จากสารประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำรวจประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2560 จำนวน 62,829,000 คน พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 6,824,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมดและจากการคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2568 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 เท่ากับร้อยละ 9.22 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2548 นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมด ได้รับการคาดหมายว่าจะเพิ่มขึ้นถึงระดับ ร้อยละ 11 และ 15 ตามลำดับ (วันดี โกะกุล, 2562) จะเห็นว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันยังมีโครงสร้างประชากรที่มีประชากรวัยสูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับโลก ส่วนในระดับภูมิภาคเอเชีย พบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง แต่ถ้า

พิจารณาปัจจัยภายในประเทศไม่ว่าจะเป็นอัตราเจริญพันธุ์รวมของหญิง 1 คน พบว่า เป็นอัตราที่ต่ำกว่าระดับทดแทน (1.7 คน) โดยมีแนวโน้มลดลงจากอดีตและคาดว่าจะลดลงอีกในอนาคต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563)

ทั้งนี้เนื่องจากสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาทางการแพทย์ ด้านสุขภาพในปัจจุบันกำลังเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้คนไทยมีอัตราตายที่มีแนวโน้มต่ำลงและมีอายุยืนยาวขึ้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้โครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ (Aging Society)” การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สถานการณ์ดังกล่าวนี้ เป็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับนานาประเทศในโลก ซึ่งประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับ มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นนโยบายระดับชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่ใช้คุ้มครองผู้สูงอายุโดยตรงคือพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2547 และในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และพัฒนาความรู้เพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงนโยบายในการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาที่เน้นคุณภาพของคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งจะทำให้สังคมไทยในอนาคตเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้อย่างไร้ที่ติ ตามจากโครงสร้างทางประชากรของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา เช่น ปัญหาเกี่ยวกับปริมาณและอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาที่อยู่อาศัย เพราะเมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงจากเกษตรไปสู่ภาคอุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายแรงงานคนหนุ่มสาวเข้าสู่เมืองทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ปัญหาเรื่องรายได้ที่ลดลงและเมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ไม่มีรายได้ หากการเกื้อหนุนจากบุตรหลานที่ไม่เพียงพอ ใครจะเป็นผู้ดูแล ปัญหาสวัสดิการด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุ ควรได้รับในฐานะที่เขยเป็นผู้เสียภาษีหรือผู้ให้แก่สังคม (ในขณะที่ยังหนุ่มสาว) ปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตที่เสื่อมโทรมลงตามวันเวลา เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2562) สาเหตุของปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อกลายเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือความเสี่ยงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้พฤติกรรมแย่ลง เช่น การบริโภคไขมันสูง การพักผ่อน และการออกกำลังกายน้อยลง ส่วนด้านสุขภาพจิตที่มีความเครียดสูงขึ้น เนื่องจากวิถีทางเศรษฐกิจและสังคมที่มี

ความรุนแรงจนไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ ด้านสุขภาพทางสังคม เช่น ความเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีผลให้ชีวิตที่เคยแวดล้อมด้วยความอบอุ่นของครอบครัวต้องลดลง สมาชิกในครอบครัวขาดที่พึ่ง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น มลพิษทางอากาศ ฝุ่นละออง ควันพิษ มลพิษทางน้ำและทางเสียง การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะมีการศึกษาพบว่าสุขภาพนับเป็นปัญหาของผู้สูงอายุโดยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยมากกว่าหนึ่งโรค องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน รวมทั้งอาจพบโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น สมอเสื่อม โรคกระดูกและข้อ ทั้งนี้พบว่าโรคหัวใจ มะเร็งและเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายใน 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2563) จากการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ คือ 1) โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโรคที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีลำดับความสำคัญสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า/เข่าอักเสบ อุบัติเหตุ ตาบอด และสั่นหลังโกง 2) ปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่นโรคความดัน ซึ่งเป็นโรคที่มีลักษณะสัมพันธ์กับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคนี้นสูงกว่าในชนบท กลุ่มอาการสมอเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมเป็นอย่างมาก

ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอยู่ร่วมกันหลายคนทั้ง ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก หลาน สมาชิกทุกคนในครอบครัวช่วยเหลือเกื้อกูลดูแลซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับการยกย่องและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน เป็นผู้คอยอบรมสั่งสอนแก่บุตรหลาน ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครอบครัวมีความเป็นปัจเจกมากขึ้น และแยกตัวออกตั้งครอบครัวใหม่หรือไปสู่ตลาดแรงงานในสังคมเมืองและโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น เมื่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปค่านิยมดั้งเดิมเกี่ยวกับความเคารพนับถือที่มีต่อผู้สูงอายุ และความผูกพันของคนรุ่นใหม่ที่มีต่อผู้สูงอายุเริ่มลดลง ระบบการศึกษาในปัจจุบันได้เน้นการศึกษายอบรมในสถาบันการศึกษามากกว่าที่จะมีการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุไปสู่ลูกหลาน ส่งผลให้บทบาทของผู้สูงอายุในการสั่งสอนอบรมสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลงไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของร่างกายไปในทางเสื่อมสภาพจึงมีปัญหาสุขภาพได้ง่าย ผู้สูงอายุ

พบการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ จากบทบาทการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์มาเป็นผู้ดูแล เพราะลูกหลาน มีการศึกษาสูงขึ้นและมีเจตคติที่เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุลดลง จึงมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เหน่า ไม่มีความอบอุ่นทางด้านจิตใจ ประชากรผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงของอวัยวะทางด้านร่างกาย

จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางของประเทศไทย ที่ยังคงมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยจากการสำรวจข้อมูลประชากร ประจำปี 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2565: ออนไลน์) จังหวัดสมุทรสาครมีประชากรทั้งสิ้น 421,829 คน มีประชากรสูงอายุจำนวน 91,256 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2564 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุ 80,771 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น

สำหรับในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า ปี 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 31,540 คน คิดเป็นร้อยละ 8.40 ปี 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุ 39,530 คน คิดเป็นร้อยละ 9.57 และปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 45,290 คน คิดเป็นร้อยละ 10.74 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้เขตอำเภอเมืองสมุทรสาครกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังในการเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความผาสุกและเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรให้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไป และจากการทบทวนงานวิจัย พบว่ายังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร และมีอะไรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

คำถามของงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 – เดือนมีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 45,280 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี และมอร์แกน (1973, อ้างถึงใน ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2546) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ดีผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผล

ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว การวิเคราะห์หาปัจจัยสนับสนุน และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการแจกแจง ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.50 มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 49.75 อายุมากที่สุด 95 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 70.23 ปี ส่วนใหญ่ สถานภาพส่วนใหญ่ เป็นคู่ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 52.75 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.00 และรายได้ต่อปี เฉลี่ย 17,760 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 5,000 บาทต่อปี และรายได้สูงสุด 240,000 บาทต่อปี

2. ปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยสนับสนุน ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 32.00 ระดับสูง ร้อยละ 61.75 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.25

2.1 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อยู่ในระดับ สูงมาก จำนวน 4 ข้อ มีข้อที่อยู่ในระดับ สูง 6 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ บุคคลในครอบครัวให้ กำลังใจท่านเสมอ รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวท่านให้ ความสนใจผลการตรวจสุขภาพของท่าน และข้อที่มีค่าเฉลี่ย

น้อยที่สุด คือ ท่านมีเพื่อนที่ช่วยให้กำลังใจและช่วยคิด เมื่อ ท่านต้องตัดสินใจในสิ่งที่มีความสำคัญ

2.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัวและเพื่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว และเพื่อน ภาพรวมอยู่ใน ระดับสูงเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่ได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน อยู่ในระดับสูง มาก จำนวน 2 ข้อ มีข้อที่อยู่ในระดับสูง 8 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ย มากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับดูแลสุขภาพ ตนเองจากครอบครัว รองลงมา คือท่านได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากครอบครัว และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายจากเพื่อน

2.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางการสนับสนุน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงินและแรงงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงินและแรงงานภาพ รวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อที่ได้รับการ สนับสนุนทางอารมณ์อยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 3 ข้อ มีข้อ ที่อยู่ในระดับสูง 8 ข้อ และมีข้อที่อยู่ในระดับต่ำ 1 ข้อ ข้อที่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อ เจ็บป่วย รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวและญาติ พี่น้องคอย ช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เพื่อนช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงิน

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ด้าน อยู่ ในระดับดี 8 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการ พัฒนาการการรู้จักตนเอง รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ทางศาสนา และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อ พิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 6 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน รองลงมาคือ ท่านรับประทานอาหาร ตรงเวลา และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านหลีกเลี่ยงอาหาร ที่มีไขมัน เช่นเนื้อสัตว์ที่ติดมัน หรือ เนย กะทิ

3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ภาพ รวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมการ ออกกำลังกายอยู่ในระดับดี จำนวน 6 ข้อ ที่เหลืออีก 3 ข้อ

มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ หลังจากออกกำลังกาย ท่านไม่รับประทานอาหารเช้า รองลงมาคือ ถ้ารู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันที และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งหัวใจเต้นเร็ว และรู้สึกเหนื่อย

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 เมื่อท่านรู้สึกว่าร่ากายมีอาการผิดปกติ ท่านจะรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา รองลงมาคือ ท่านตรวจสุขภาพกับแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อเกิดความเครียดท่านจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3.5 พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 7 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ขณะพูดคุยกับบุคคลอื่นท่านจะรักษามารยาทในการสนทนา เช่นการเป็นผู้ฟังที่ดี ไม่พูดคำหยาบคำทอไม่ว่าร้ายใคร ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในครอบครัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีและข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านและครอบครัวมีการพูดคุย ทำให้เกิดความเข้าใจในครอบครัว

3.6 พฤติกรรมการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ข้อ อยู่ในระดับดี 6 ข้อ ที่เหลืออีก 3 ข้อ มีพฤติกรรมการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านจะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวทุกครั้งเมื่อมีโอกาส รองลงมาคือ ท่านสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เป็นประจำ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

คือ ท่านจะดูแลสุขภาพตามที่แพทย์สั่งให้สะอาดเมื่อมีเวลาว่าง

3.7 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ 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 พฤติกรรมการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุพบว่า พฤติกรรมการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 7 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านไปร่วมงานประเพณี หรืองานพิธีต่างๆ เช่น งานบวช งานสมรส เมื่อได้รับเชิญ รองลงมาคือ ท่านจะแสดงสีหน้ายิ้มแย้มทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสทุกเวลาเห็นก็อยากพูดคุยทักทายท่าน และท่านเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านมักจะเดินทางไปเยี่ยมเยียนบุตรหลาน/ญาติพี่น้องที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกัน

3.9 พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 4 ข้อ อยู่ในระดับดี 3 ข้อ ที่เหลือ 1 ข้อ อยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านยึดหลักการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว รองลงมาคือ ท่านยึดหลักธรรมทางศาสนาในการดำรงชีวิต และ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา

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

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Analysis) ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วน

บุคคล ได้แก่ อายุ เพศชาย เพศหญิง สถานภาพสมรส สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ระดับการศึกษา รายได้ มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน จากครอบครัวและเพื่อน กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ 13 ตัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.02 – 0.586 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 6 ตัวแปร คือ อายุ ($r = 0.245$), เพศหญิง ($r = 0.002$), สถานภาพสมรส ($r = 0.175$), การสนับสนุนทางอารมณ์ จากครอบครัวและเพื่อน ($r = .515$) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน ($r = .586$) และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์การเงินและแรงงาน จากครอบครัวและเพื่อน ($r = .505$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัวพบว่า

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1995) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจและเป็นตัวกำหนดความต้องการ ในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลของบุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติ หรือภาวะเจ็บป่วย และสอดคล้องกับแนวคิดของ Honlon and

Pickett (1994) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น สอดคล้องกับ Frey and Denyes (1999) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวัยรุ่นที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกัน คือ อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชน และสังคม (Orem, 1990) ดังนั้นพฤติกรรมบางอย่างจึงมีผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อธิบายได้ว่าในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท ซึ่งผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่านิยม วัฒนธรรม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศรีกรรณ ลังกาพันธ์ (2561) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพ

อนามัยของตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับปิยะพรรณ เทียนทอง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครปฐม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางครอบครัว ได้แก่ เพศ การศึกษาโดยที่เพศชายจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร สุธรรมวิจิตร (2561) ซึ่งได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างศึกษาเฉพาะกรณีแรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า เพศชายมีการดูแลสุขภาพระดับปานกลางในขณะที่เพศหญิงมีการดูแลสุขภาพในระดับมาก

1.3 สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิด จึงส่งผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนรวมของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์เกิดความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลในบั้นปลาย คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งสอดคล้องกับ สอนพร ขาวบาง นิภา พรรณ สุขศิริ และ นริศา กุลสรารุช (2563) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุชั้ย เลื้อยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.4 ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้ผู้สูงอายุมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาจึงปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากความพร้อมในการดูแลตนเองจึงน้อยลง และการศึกษาสูงยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้รายได้ของครอบครัวดีขึ้น มีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีกว่าจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าการวิจัยในครั้งนี้ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งทำให้ไม่มีความแตกต่างกัน ด้วยการศึกษาจึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ประภัสสร สุธรรมวิจิตร (2561) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างศึกษาเฉพาะกรณีแรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานไม่แตกต่างกัน

1.5 รายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากความสูงอายุทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงสุขภาพร่างกายด้วย กล่าวคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม (จำเรียง กุระสุวรรณ, 2562) ในปัจจุบันรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของพรคริน ลังกาพินธุ์ (2561) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองไม่แตกต่างกัน

1.6 โรคประจำตัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโรคเบาหวานรักษาไม่หายขาดถ้าในผู้ป่วยที่ละเลยต่อการดูแลตนเอง และปล่อยไว้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดปัญหากับอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย เกิดการทำลายสุขภาพที่ละน้อย และทำให้เกิดโรค

แทรกซ้อนต่างๆ ที่มีอันตรายร้ายแรง พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ไม่ได้ระบุแยกโรคประจำตัวที่ชัดเจน และผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคต่างๆ ใกล้เคียงกันเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินาถ คำใจหนัก (2562) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามถูกต้องโดยรวมทั้ง 6 ด้าน

2. ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า

2.1 การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1995) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นปัจจัยด้านความรักใคร่ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การยอมรับ เอาใจใส่ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักใคร่ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา โอพารกิจวานิช (2562) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักเรียนที่มี

1) ลักษณะพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

2) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ครูและเพื่อน

3) การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความรู้ข้อมูลข่าวสาร

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1995) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ของเด่นดวงดี ศรีสุระ (2561) พบว่า การได้รับความรู้

คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพจากสถานศึกษาและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางด้านการเงินของ

2.3 การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงานจากครอบครัว และเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1995) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงานเป็นปัจจัยด้านการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยสิ่งของ เงินทอง เวลา หรือบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์ระวีวงศ์ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับจากหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อร่วมงาน เพื่อน/ญาติ ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน ด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการได้รับจากพ่อแม่/คู่สมรส/ลูก อยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ไม่ดีเป็นบางข้อ เช่น มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ดังนั้นควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และกระตุ้นให้ตระหนักถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีต่อไป

1.2 จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเมื่อเกิดความเครียด ท่านจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้นควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการจัดการความเครียด เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมากต่อไป

1.3 ผลการวิจัยนี้ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานทางสาธารณสุขในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ให้มีความสมบูรณ์ ให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและดูแลตนเองได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในระดับจังหวัด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2.2 การศึกษาปัจจัยในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2.3 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

2.4 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์หารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2.5 การศึกษาถึงความรู้ของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นภูมิปัญญา วัฒนธรรม ประเพณี ท้องถิ่นและมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

จำเรียง คุรุเมสุวรรณ นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ดันติบูล.(2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลความสามารถในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เด่นดวงดี ศรีสุระ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตาม ยุทธศาสตร์เมืองไทย แข็งแรงของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ธีรวิมล เอกะกุล.(2546). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ.(2662). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุไทยที่ อายุยืนยาวและแข็งแรง. นนทบุรี : สามดีการพิมพ์.

ประภัสสร สุธรรมวิจิตร.(2561). การดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง : ศึกษาเฉพาะกรณี แรงงานก่อสร้าง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปิยะพรรณ เทียนทอง.(2563). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรคริน ลังกาพันธ์.(2561). การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ศึกษา เฉพาะกรณี: ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์ โรง

พยาบาลราช วิถี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วันดี โภคะกุล. (2562). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ศิริพร พงษ์ระวีวงศ์.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สนองพร ขาวบาง นิภาพรณ สุขศิริ และนริสา กุลสราวุธ.(2563). การผลิตสื่อวีดิทัศน์พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน จังหวัดนนทบุรี, วารสารสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิรินาถ คำใจหนัก.(2552). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย. กรุงเทพฯ : กลุ่มงาน วิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.(2565). ข้อมูลประชากร. ออนไลน์ [www.http://skno.moph.go.th/](http://skno.moph.go.th/)

สุจิตรา โอพารกิจวานิช. (2562). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2563). ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการใน ทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Frey, M. A. and Denyes, M.J. (1999). Health and illness self care in adolescents with IDDM : A test of Orem's theory, Advance nursing science. 12 (January 1989) : 67-75.

Honlon, K.H., and G.E. Pickett. (1994). Public Health Administration and Practice. 8th ed. St. Louis : Times Mirrow/Mosby College Publishing, 1984.

Orem, E.D.. (1995). Nursing : Concepts of Practice. 2nd ed. New York : Mc Graw Hill.

Orem, E.D..(1990). Nursing : Concepts of Practice. 1st ed. New York : Mc Graw Hill.

Tiden, V.P. (1995). Issues of conceptualization and measurement of social support in the Construction of nursing theory, Research in Nursing and Health. (January 1995) : 199-206.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Effects of Health Promotion Program on Health Promoting Behavior Prevent Dementia in the Elderly ,Bangkhla District, Chachoengsao Province

ศุภร น้อยใจบุญ¹ พย.บ., วท.ม. , ชุติกานจน์ ถาวรเจริญ¹ พย.บ.

Suporn Noijaiboon¹ B.N.S., M.Sc. Chutikan Taworncharoen¹ B.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research design) รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จัดโปรแกรมสร้างให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*power 3.1.9.4 จำนวน 45 ราย วิเคราะห์ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ Paired T-Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปพัฒนาเพื่อใช้กับชมรมผู้สูงอายุอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้ โดยคำนึงถึงความต่อเนื่องของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามการสนับสนุนจากครอบครัว และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

¹กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม โรงพยาบาลบางคล้า

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการหนึ่งในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการทำงานของสมองชั้นสูงหลายส่วน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งบุคลิกภาพ เป็นผลให้รบกวนการทำงาน การเข้าสังคม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะประสาธน์ เป็นต้น¹

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก มีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี² จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยง และปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ รวมถึงภาวะสมองเสื่อมเป็นซึ่งโรคหนึ่งที่พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยหลายด้าน การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก อายุคาดเฉลี่ยของเพศชายจะเพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนเพศหญิงจะเพิ่มเป็น 80 ปี ดังนั้นการที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย³

จากแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁴ ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์⁵ ได้แก่

มโนทัศน์ที่ 1 ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences)

มโนทัศน์ที่ 2 ความคิดและ ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behavior-specific cognition and affect) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นแกนสำคัญนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ อิทธิพลด้วยสถานการณ์ และ

มนทัศน์ที่ 3 พฤติกรรมที่แสดงออกหรือผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม ประกอบด้วย พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) ความต้องการ และความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) ประกอบด้วยพฤติกรรม จำนวน 8 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) ด้านโภชนาการ (nutrition) การมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการกับความเครียด (stress management) ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมในดูแลสุขภาพทั่วไป การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การปฏิบัติตามหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา การทำบุญใส่บาตร การไหว้พระ การสวดมนต์ เป็นต้น จึงเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผนปรับวิถีการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่ความปกติสุขในชีวิต รวมทั้งการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสนใจในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้โดยประยุกต์ทฤษฎีของ Pander เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- 1) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 - 1) กิจกรรมทางกาย
 - 2) ด้านโภชนาการ
 - 3) การจัดการความเครียด
 - 4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
 - 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - 6) พัฒนาการจิตวิญญาณ

พฤติกรรมสุขภาพป้องกันการเกิดภาวะต่างๆของผู้สูงอายุได้ถูกต้องเหมาะสม

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการรักษาศัลยกรรมโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบางคล้า จำนวนทั้งหมด 1,198 คน คิดเป็นสัดส่วน 1 : 1.61 ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจและนโยบายสาธารณะ ปัญหานี้จะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อมอาจจะไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมทางกาย 2) ด้านโภชนาการ 3) การจัดการความเครียด 4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ 6) พัฒนาการจิตวิญญาณ

ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งส่งผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁴ 6 ด้าน ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมใน ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 1,107 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มากกว่า 20 ปี ประเมินแบบทดสอบ MMSE Thai 2002 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความพิการหรือเป็นโรคประจำตัวที่ร้ายแรง เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม มีทักษะการสื่อสารการพูด การเขียนได้ และทักษะการเคลื่อนไหวดี สมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.4.9 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล ค่า effect size เท่ากับ 0.5 และ ค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 45 คน ตัวแปรประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของเพนเดอร์เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁴ โดยจัดกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม เน้นการมีส่วนร่วม การลงมือทำ การแสดงความคิดเห็น การใช้บุคคลต้นแบบและแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการจัดกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม⁶ ประกอบด้วย ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล และด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงซึ่งมีจำนวน 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดทฤษฎี หลังจากผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านโดยมีค่า CVI เท่ากับ .84 ตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหา (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีของ Cronbach's เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในภาพรวมมีค่า 0.967 และแบบทดสอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทั้งฉบับ โดยใช้วิธีของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน KR207 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ทั้งฉบับ เท่ากับ .87

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired T-Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา หมายเลขโครงการ PH_CCO_REC 015/2566 รับรองเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 70 ปี สถานภาพคู่ สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา อยู่ร่วมกับคู่สมรสและลูกหลาน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท โดยรายได้มาจากเบี้ยยังชีพ และครอบครัว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ต้องพบแพทย์ 1-2 ครั้ง มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนทุกครั้ง และส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ ก่อนเปรียบเทียบภาพรวมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n = 45)

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	45	2.64	.54	-13.31	< .00*
หลังได้รับโปรแกรม	45	3.37	.26		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 2.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .54 และ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .26 การเปรียบเทียบ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดย paired t-test มีค่าเท่ากับ -13.31 ซึ่งมีผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n = 45)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	45	.68	.24	- 6.62	< .00*
หลังได้รับโปรแกรม	45	.89	.08		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ .68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .24 และ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ .89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .08 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดย paired t-test

มีค่าเท่ากับ - 6.62 ซึ่งมีผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. พฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 45)

พฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.44	.54		
หลังได้รับโปรแกรม	3.34	.26		
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			-10.35	< .00*
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.59	.56		
หลังได้รับโปรแกรม	3.35	.36		

ต่อตารางที่ 3

พฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การออกกำลังกาย			-9.15	< .00*
-ก่อนได้รับโปรแกรม	2.54	.80		
-หลังได้รับโปรแกรม	3.45	.39		
โภชนาการ			-6.11	< .00*
-ก่อนได้รับโปรแกรม	2.84	.62		
-หลังได้รับโปรแกรม	3.36	.32		
การจัดการความเครียด			-7.76	< .00*
-ก่อนได้รับโปรแกรม	2.46	.79		
-หลังได้รับโปรแกรม	3.13	.45		
การพัฒนาจิตวิญญาณ			-5.02	< .00*
-ก่อนได้รับโปรแกรม	3.42	.59		
-หลังได้รับโปรแกรม	3.91	.29		
พฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม			-12.58	< .00*
-ก่อนได้รับโปรแกรม	2.71	.53		
-หลังได้รับโปรแกรม	3.43	.24		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 2.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .53 ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 3.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .24 ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ -12.58 ซึ่งมีผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าทุกด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

จากผลการศึกษา พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยมีความ

สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆที่ใช้ทฤษฎีของเพนเดอร์ในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง เป็นการกระตุ้นความจำ ความคิด ทำให้ผู้สูงอายุ มีภาวะสมองที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{8,9,10} ที่พบว่าการกระตุ้นการรู้คิดส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถทางสมองดีขึ้น ในด้านของความจำ กระบวนการคิด ทักษะการบริหารจัดการ การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร และทักษะทางสังคมดีขึ้น ซึ่งการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกจะช่วยป้องกันและชะลออาการของภาวะสมองเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้น โดยใช้ 3 หลักการได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง การระลึกความหลัง และการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่นำมาออกแบบเป็นกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่มที่มีแบบแผน สามารถช่วยกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจเชิงซ้อน ความสามารถด้านการบริหารจัดการ การเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา ความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์ และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว

การกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้าน สามารถพัฒนาการทำหน้าที่ของสมองให้ดีขึ้น ชะลอการเสื่อมถอยของสมอง ส่งเสริมด้านการรู้คิด การรับรู้ วันเวลา สถานที่ เพิ่มระดับความจำ ทักษะการใช้ภาษา การวางแผนและการตัดสินใจแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่า การกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผลให้ความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้น ช่วยส่งเสริมให้มีการรู้คิดที่ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาด้วยยา

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) อาจเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ดำเนินการมีความเหมาะสม และผู้สูงอายุนำไปปรับใช้ให้เกิดการมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุจึงให้ความสนใจดำเนินการตามโปรแกรม โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงประโยชน์ และความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมจากการเรียนรู้ร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษา^{11,12,13} ที่พบว่า การแสดงให้เห็นให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงประโยชน์ และความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมให้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตัวผู้สูงอายุได้นำไปปรับใช้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งเกิดจากผลของโปรแกรมเน้นการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดที่สามารถพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้ อันจะส่งผลให้ลดโอกาสการเกิดโรคสมองเสื่อมที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ดังนั้น เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์ได้กระทำ และพฤติกรรมที่คงอยู่เกิดจาก

การเรียนรู้และนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา^{14,15} ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของครอบครัวและชุมชนน้อย และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านวิตามินและแร่ธาตุ จึงอาจส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ยังไม่เพียงพอสำหรับ การป้องกันการเกิดโรค โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีผลต่อความเครียด ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่มากพอ และยังมีจุดอ่อนในการควบคุมตัวแปรเกิน อาทิ การเลือกผู้ดูแลผู้ที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน การใช้เวลาในการทดลองที่น้อยหรือมากเกินไป ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมและการดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไป ทำให้บางราย การดูแลยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เวลาในการดูแลใกล้ชิดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลของการวิจัยไปใช้ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปพัฒนาเพื่อใช้กับชมรมผู้สูงอายุอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้พัฒนาให้เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและสนับสนุนจากครอบครัวและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต สถานะสุขภาพ โรคและการบาดเจ็บของผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ
3. ควรติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมและมีการเพิ่มเติมกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. ควรมีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพร่วมกันแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรม ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ แนวทางในการศึกษา ในการทำวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคล้า เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลบางคล้าทุกท่านชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำและผู้สูงอายุอำเภอบางคล้าทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, บุปผา ใจมั่น, วิจิตรา จิตรักษ์, ศิริณพร บุสหงษ์, และ เขาวลิต ศรีเสริม. (2020). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและ เทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 620-631.
2. World Population Ageing 2 0 0 9 . Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2009.
3. พิสมัย วรรณขาม, สุทธิพร มูลศาสตร์, และกฤษฎา พรทิพย์กาญจนเรชา. (2019). ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok), 35(3), 1-12.
4. Pender, N. J. (2011). Health promotion model manual
5. จักรชัย ประภัสร์. (2553). การพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตร์ สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. คุยภินิพนธ์ปรัชญาคุณภินิจิต (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์) คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
6. เคียรธิดา ศรีเสมอ และวรรณภา อินติระชา (2564). ประสิทธิภาพของการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 9(1), 86-100.
7. ไพศาล วรคำ. (2558). การวิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 7). มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์.
8. อรพรรณ น้อยวัฒน์ และ อารยา ประเสริฐชัย (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. Ratchaphruek Journal, 13(1), 36-45.

9. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตยา สุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยง หรือมีภาวะสมองเสื่อม. Thai Red Cross Nursing Journal, 9(2), 145-158.

10. ผกามาศ พิมพ์ธรา, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พัฒน์วนิชชา. (2565). การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพ สมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30(3), 1-12.

11. อริยา วิชัยดิษฐ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และมุกิตา พนาสธิต (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม.

12. มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยรัชชา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว และจิราวุธ กุจะพันธ์ (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสาร มจร.วิชาการ; 22(43-44):86-98.

13. ชมัยพร วรรณปักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านโคกสะอาด ตำบลสีแก้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม, 12(27), 082-097.

14. สุนันท์พนิช รัตนพันธ์พงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียดและการดูแลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. Thai Journal of Nursing, 67(4), 21-24

15. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, เจมส์ณิณี รื่นฤดีภิรมย์ และ สุวรีย์ เพชรแต่ง (2565). ปัจจัย ที่มี อิทธิพล ต่อ พฤติกรรมการ ป้องกัน ภาวะ สมอง เสื่อม ใน ผู้ สูงอายุ ที่ อาศัย ใน ชุมชน จังหวัด ปทุมธานี. Songklanagarind Journal of Nursing, 42(3), 97-110..

การประเมินผลการกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

ศิริลักษณ์ มั่นศรี* นว.ตสณ.

บทคัดย่อ

การกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีกระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลแผนเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้หน่วยบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีการดำเนินการด้านรายจ่ายตามแผนเงินบำรุง ถูกต้องตามระเบียบและมีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารใช้ในการควบคุม กำกับ การใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงพบว่า ผู้รับผิดชอบขาดการชี้แจงนโยบาย และกระบวนการในการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน หน่วยบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจัดทำแผนเงินบำรุง โดยนำข้อมูลมาจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) ผู้บริหาร/คณะกรรมการ ขาดการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงและแผนจัดซื้อจัดจ้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขาดการกำกับติดตามการปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้าง มีการปรับแผนจัดซื้อจัดจ้างล่าช้า ส่งผลให้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน การบริหารคลังพัสดุ การเบิกจ่ายพัสดุ ไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด และการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้ล่าช้า และไม่เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชี ส่งผลให้เจ้าหนี้ไม่เป็นปัจจุบัน และความมืออยู่จริง ของเจ้าหนี้ไม่ครบถ้วนถูกต้อง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ให้หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการทบทวนแผนเงินบำรุงให้ครอบคลุมทั้งด้านรายรับ - รายจ่ายของหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการเงินของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2) ข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนเงินบำรุงต้องเชื่อมโยงจากหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้อง และมีสอบทานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

3) การจัดทำแผนเงินบำรุงต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ของหน่วยบริการ และต้องสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และแผนจัดซื้อจัดจ้าง

4) ให้มีการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง และแผนจัดซื้อจัดจ้าง โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบแผน - ผล และรายงานให้ผู้บริหารและคณะกรรมการทราบเป็นรายไตรมาส

5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการกำหนดแนวทางการกระบวนการในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ อย่างเป็นรูปธรรม

6) ให้หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการจัดทำแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการและแผนการจัดซื้อจัดจ้าง และให้ครอบคลุมรายการทั้งด้านรายรับ-รายจ่ายของหน่วยบริการ และควรมีการทบทวนปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

7) หน่วยบริการควรปรับแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ก่อนดำเนินการตามกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อไม่ให้เกิดการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน

8) การบริหารคลังพัสดุ การเก็บ การบันทึก และการเบิกจ่ายพัสดุให้ดำเนินการตามระเบียบอย่างเคร่งครัด และ

9) การรับรู้เจ้าหนี้ และการบริหารจัดการเจ้าหนี้ ให้ดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด

คำสำคัญ

การกำกับ ติดตาม, เงินบำรุง, แผนเงินบำรุง และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Evaluation of the supervision and monitoring of expenditures under the subsidy plan of service units under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health, Health Region 3

Sirilak Mansri* Nav.

Abstract

The supervision, monitoring and expenditure of subsidy plans by service units under the Office of the Permanent Secretary for Public Health Region 3 aims to ensure that service units under the Office of the Permanent Secretary for Public Health Region 3 have a process for supervising, monitoring and evaluating the subsidy plan for efficient so that the service units under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health in the 3rd health region have to implement the expenditure according to the subsidy plan. orderly and efficient and to be a tool for executives to control effectively supervising the expenditure of money outside the budget. The results of the evaluation of the efficiency of the maintenance plan found that the person responsible lacks policy clarification. and the process of preparing a clear maintenance plan The service unit has a misunderstanding in the formulation of the subsidy plan. The information is taken from the income projection and expense control plan (Planfin). Executive/Board Lack of supervision and monitoring of performance according to the subsidy plan and procurement plan. The Provincial Public Health Office lacks supervision and follow-up on adjusting the subsidy plan to be consistent. suitable for the current situation The stipend plan is inconsistent with the annual operating plan. and procurement plan The procurement plan has been adjusted late. As a result, procurement is carried out outside the plan. warehouse management parcel disbursement Not in accordance with the regulations and delayed recognition of creditors and not in accordance with accounting standards As a result, creditors are not current. and existence Therefore, the suggestions

are as follows: 1) Every service unit should conduct a review of the subsidy plan to cover both the income and – service expenses So that executives can use it as a tool for managing the money of the department for maximum efficiency. 2) The input data for the preparation of the maintenance plan must be linked from relevant internal departments. There is a review of information between departments. 3) The preparation of the contribution plan must be considered in the form of a committee. of the service unit and must be consistent with the strategic plan and procurement plan By analyzing and comparing plans – results and reporting to the executives and the Board of Directors on a quarterly basis. 5) The Provincial Public Health Office should set guidelines regulatory process Follow up on the implementation of the service unit's maintenance plan. 6) Have every service unit prepare a subsidy plan in accordance with the action plan and the procurement plan. and to cover both income–expense items of the service unit And there should be a review and adjustment of the maintenance plan to be consistent and suitable for the situation. At least once a year. 7) The service unit should adjust the procurement plan. before proceeding with the procurement process in order to avoid procurement outside the plan; 8) warehouse management, storage, recording and disbursement of materials must be strictly in accordance with the regulations; and 9) creditor recognition. and creditor management to proceed in accordance with the regulations

keyword : supervision , follow-up, subsidy , subsidy plan and service units under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health, Health Region 3

บทนำ

พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 ส่วนที่ 5 เงินนอกงบประมาณและทุนหมุนเวียน มาตรา 61 เงินนอกงบประมาณให้มีเท่าที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกรมการเงินนอกงบประมาณนั้น ทั้งนี้ ให้นำความในมาตรา 37 วรรคสอง มาบังคับใช้กับการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณด้วยโดยอนุโลม โดยการก่อหนี้ผูกพันและการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานของรัฐในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการดำเนินงานต้องเป็นไปอย่างโปร่งใส คำนึงค่าและประหยัด โดยพิจารณาเป้าหมาย ประโยชน์ที่ได้รับ ผลสัมฤทธิ์ และประสิทธิภาพของหน่วยงานของรัฐและต้องเป็นไปตามรายการและวงเงินงบประมาณรายจ่ายของหน่วยงานของรัฐ และมาตรา 79 ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ตรวจสอบภายใน โดยให้ผู้ตรวจสอบภายในกำหนดเป้าหมายทิศทางการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน เพื่อสนับสนุนการบริหารงาน และการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยจัดให้มีการประกันคุณภาพงานตรวจสอบภายใน ให้ผู้ตรวจสอบภายในปฏิบัติงานตรวจสอบ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และแนวปฏิบัติการตรวจสอบภายในด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการของกรมบัญชีกลาง รวมทั้ง ติดตามผลการตรวจสอบเสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่หน่วยรับตรวจ เพื่อให้การปรับปรุงแก้ไขของหน่วยรับตรวจเป็นไปตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบ เสนอแนะการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง การควบคุมการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง สอบทานความถูกต้อง และความเชื่อถือได้ของข้อมูลการดำเนินงาน และการเงินการคลังตรวจสอบระบบการดูแลรักษาและความปลอดภัยของทรัพย์สินของหน่วยรับตรวจ วิเคราะห์และประเมินความมีประสิทธิภาพประหยัดคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร (กระทรวงการคลัง, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดประเด็นที่ 6 คือ ระบบธรรมาภิบาล และการตรวจสอบภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2565 และจากการลงพื้นที่ตรวจสอบและประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 3 ยังพบปัญหาค่อนข้างมาก เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการขับเคลื่อนให้หน่วยบริการในสังกัดจัดทำแผนเงินบำรุง ให้ครอบคลุมทั้งด้านรายรับ - รายจ่ายของหน่วยบริการ แต่แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ และแผนจัดซื้อจัดจ้าง และขาดกระบวนการให้หน่วยบริการทบทวนปรับแผนให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันขาดผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนที่ชัดเจน และเป็นปัจจุบัน กระบวนการนำเข้าข้อมูลแผนเงินบำรุงขาดกระบวนการกำกับติดตามวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง การดำเนินการตามมารการ 4P (Plan, Procurement, Port, Pay) ของหน่วยบริการ ไม่ครบถ้วนถูกต้อง แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ และแผนจัดซื้อจัดจ้าง มีการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน กระบวนการ/ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารคลังพัสดุ การจัดทำบัญชีคุมวัสดุ/stock card และการเบิกจ่ายพัสดุไม่ได้ดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ย่อมแสดงให้เห็นแล้วว่าการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้จัดทำ การกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 มีกระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลแผนเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพ มีการดำเนินการด้านรายจ่ายตามแผนเงินบำรุงได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่กำหนดไว้ และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารในการควบคุม กำกับการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง ใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบ และประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการสำหรับผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพงานด้านการตรวจสอบภายใน มีผลการตรวจสอบภายในทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่เชื่อถือได้ เป็นการยกระดับมาตรฐานการตรวจสอบภายใน ซึ่งจะสร้างความโปร่งใสให้กับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีกระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลแผนเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีการดำเนินการด้านรายจ่ายตามแผนเงินบำรุง ถูกต้องตามระเบียบและมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารใช้ในการควบคุม กำกับการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2565

ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 5 จังหวัด รวมจำนวน 54 แห่ง ดังนี้

1. จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลกำแพงเพชร และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล โรงพยาบาลไทรงาม โรงพยาบาลคลองลาน โรงพยาบาลไพร่ทอง โรงพยาบาลวัดชัยบุรี โรงพยาบาลคลองขลุง โรงพยาบาลพรานกระต่าย โรงพยาบาลลานกระบือ โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา โรงพยาบาลปางศิลาทอง โรงพยาบาลบึงสามัคคี และโรงพยาบาลโกสัมพีนคร

2. จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมโนรมย์ โรงพยาบาลวัดสิงห์ โรงพยาบาลสรรพยา โรงพยาบาลสรรคนบุรี โรงพยาบาลหันคา โรงพยาบาลหนองมะโมง และโรงพยาบาลเนินขาม

3. จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโกรกพระ โรงพยาบาลชุมแสง โรงพยาบาลหนองบัว โรงพยาบาลบรรพตพิสัย โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว โรงพยาบาลตากลิ โรงพยาบาลท่าตะโก โรงพยาบาลไพศาลี โรงพยาบาลพยุหะคีรี โรงพยาบาลลาดยาว โรงพยาบาลตากฟ้า โรงพยาบาลชุมตาบง และโรงพยาบาลแม่วงก์

4. จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวังทรายพูน โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โรงพยาบาลบางมูลนาก โรงพยาบาลโพทะเล โรงพยาบาลสามง่าม โรงพยาบาลทับคล้อ โรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชตะพานหิน โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลสากเหล็ก โรงพยาบาลบึงนาราง และโรงพยาบาลดงเจริญ

5. จังหวัดอุทัยธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทัพทัน โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ โรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลหนองขาหย่าง โรงพยาบาลบ้านไร่ โรงพยาบาลลานสัก และโรงพยาบาลห้วยคต

1. ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) ศึกษากฎ ระเบียบและหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2562 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564

2) ศึกษาแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ประเด็นที่ 6 ระบบธรรมาภิบาล ตัวชี้วัด : การกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

3) ดำเนินการลงพื้นที่กำกับ ติดตาม ประเมินผลแผนเงินบำรุงในหน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ในเขตสุขภาพที่ 3

4) เก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกลงในกระดานทำการ

5) จัดทำรายงานผลการตรวจสอบ สรุปประเด็นสำคัญ และจัดทำไฟล์นำเสนอผลการตรวจสอบ เพื่อเสนอในที่ประชุมสรุปตรวจราชการในแต่ละจังหวัด

6) ส่งรายงานผลการตรวจราชการ เพื่อเผยแพร่บนเว็บไซต์กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. แนวทางการตรวจสอบและประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุง

2.1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

1. มีคำสั่งคณะกรรมการหรือการมอบหมายหน้าที่ในการจัดทำแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ

2. มีรายงานการประชุมของคณะกรรมการ/คณะทำงาน/อื่นๆ การประชุมการจัดทำแผน

3. มีกระบวนการนำเข้าสู่ข้อมูลแผนเงินบำรุงที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล)

4. แผนเงินบำรุงได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ

5. รายการที่แสดงในแผนเงินบำรุง มีรายการแยก รายละเอียด ดังนี้

ด้านรายรับ

5.1 รายได้ค่ารักษาพยาบาล

5.2 รายได้บริจาค

5.3 รายได้ลักษณะอื่น

ด้านรายจ่าย

5.4 งบบุคลากร

5.5 งบดำเนินงาน

5.5.1 ค่าตอบแทน

5.5.2 ค่าใช้สอย

5.5.3 ค่าวัสดุ

5.5.3 ค่าสาธารณูปโภค

5.6 งบลงทุน

5.7 งบรายจ่ายอื่น ๆ

6. มีการกำกับติดตามการดำเนินการตามแผนเงินบำรุง เสนอผู้บริหาร

7. กรณีมีการปรับแผนระหว่างปี มีการขออนุมัติปรับแผนจากผู้มีอำนาจ

8. มีแผนการจัดซื้อ/จ้าง ประกอบแผนเงินบำรุงและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ

9. มีกระบวนการติดตามเร่งรัดลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลค้างชำระ

10. มีคณะกรรมการในการบริหารเจ้าหน้าที่

11. การจัดทำแผนเกินดุล สมดุล ขาดดุล (ไปดรรชนี)

2.2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับ ติดตามหน่วยบริการทุกแห่ง (รพศ./รพท./รพช.)

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้รับผิดชอบสอบทานแผนเงินบำรุงก่อน เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอนุมัติแผน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการกำหนดแนวทาง/กระบวนการกำกับติดตามแผน-ผล เงินบำรุง อย่างเป็นรูปธรรม

3. มีการทบทวน/ปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ

เป้าหมาย

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีแผนเงินบำรุงเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน

1. มีการเปรียบเทียบแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุง กับผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง (ไตรมาส 2) โดย

1.1 ด้านรายรับ พิจารณาจากรายรับรวม ร้อยละ 50 (ต.ค.64 - มี.ค. 65)

1.2 ด้านรายจ่าย พิจารณาจากรายจ่ายรวม ร้อยละ 50 (ต.ค.64 - มี.ค.65)

2. มีการรายงานผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหารทราบ

เป้าหมาย

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามแผนรายจ่ายเงินบำรุง โดยมีขั้นตอน/กระบวนการ ถูกต้องเป็นไปตามระเบียบ กฎหมาย PLAN

1. แผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุงสอดคล้องกันแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อ/จัดจ้าง

2. กรณีมีการก่อหนี้ผูกพันที่มีระยะเวลา มากกว่า 1 ปี ต้องมีแผนกลยุทธ์ทางการเงินรองรับ

3. (ดูแผนการจัดหาพัสดุประจำปี) จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (มีการจัดทำข้อมูลที่ทำเป็น ได้แก่ สำรวจความต้องการของฝ่าย/กลุ่มงาน และข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ประเมินการใช้ในปีต่อไป ข้อมูลปริมาณคลังคงเหลือ ข้อมูลราคาต่อหน่วย (ราคากลาง ราคาอ้างอิง) กำหนดวงเงินจัดซื้อและงบประมาณจัดสรร)

PROCUREMENT สุ่มเอกสารเพื่อตรวจสอบกระบวนการซื้อ/จ้าง เป็นไปตามระเบียบกำหนด

4. รายการที่ซื้อ/จ้าง (รายการที่สุ่ม) อยู่ในแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี

5. จัดทำรายงานขอซื้อขอจ้างเสนอหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขอความเห็นชอบ

6. หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผู้ชนะในระบบสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและหน่วยงานของรัฐและเปิดเผยโดยเปิดเผย ณ สถานที่เปิดเผยของหน่วยงาน

7. การทำจัดสัญญาหรือข้อตกลง ลงนามในสัญญาตามแบบที่คณะกรรมการ นโยบายกำหนดหรือข้อตกลง และบันทึกในระบบ e - GP (ในกรณีเงินเกิน 5,000 บาท)

8. จัดทำรายงานการตรวจรับพัสดุในระบบ e - GP (ในกรณีเงินเกิน 5,000 บาท) และรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐทราบตามระเบียบฯ

PORT

การควบคุม เบิก-จ่าย และการเก็บรักษา (วัสดุ)

9. จัดทำบัญชีหรือทะเบียนคุมวัสดุ ตามแบบที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด และมีหลักฐานการรับเข้าและจ่ายออกเป็นปัจจุบัน

10. รายการตามเอกสารที่ผู้คุมตรวจได้มีการบันทึกทะเบียนคุมรับ-จ่ายวัสดุครบทุกรายการ ได้แก่ รับจากการจัดซื้อ จัดจ้าง จ้างทำของ การรับบริจาค การรับสนับสนุน การรับโอนและการยืม และมีหลักฐานการรับเข้าและจ่ายออกครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

การเบิก - จ่าย

11. ใบเบิกพัสดุลงลายมือชื่อผู้มีสิทธิเบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติส่งจ่าย วัน เดือน ปีที่เบิก-จ่าย และเลขที่ใบเบิกให้ครบถ้วน (ชื่อ-สกุล ให้ชัดเจน)

การรายงาน

12. มีการจัดทำรายงานยอดวัสดุคงเหลือครบถ้วนทุกคลัง (รวมคลังย่อยทุกคลัง) ถูกต้องตรงกับงานบัญชี เป็นปัจจุบันทุกสิ้นเดือน

PAY

13. เอกสารที่ผู้คุมตรวจได้บันทึกที่รับรู้เข้าหนี้เมื่อตรวจรับพัสดุตามระเบียบกำหนดแล้ว ถูกต้อง ครบถ้วน

14. จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้รายตัวเป็นปัจจุบัน

15. การตรวจสอบบัญชีคุมเจ้าหนี้รายตัว เปรียบเทียบกับเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้าง มียอดถูกต้องเป็นปัจจุบัน (ตรวจสอบความมีอยู่จริงของเจ้าหนี้)

16. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหนี้การค้า หรือมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน

17. มีแผนบริหารจัดการเจ้าหนี้ และมีการกำหนดหลักเกณฑ์การชำระหนี้อย่างเป็นรูปธรรม

18. จัดทำรายงานเจ้าหนี้การค้าเสนอผู้บริหารทราบทุกสิ้นเดือน

* การประเมิน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2565

มีและสมบูรณ์ (n1)	= 2 คะแนน
มีแต่ไม่สมบูรณ์ (n2)	= 1 คะแนน
ไม่มี (n3)	= 0 คะแนน
NA	= หน่วยงานไม่ต้องดำเนินการ

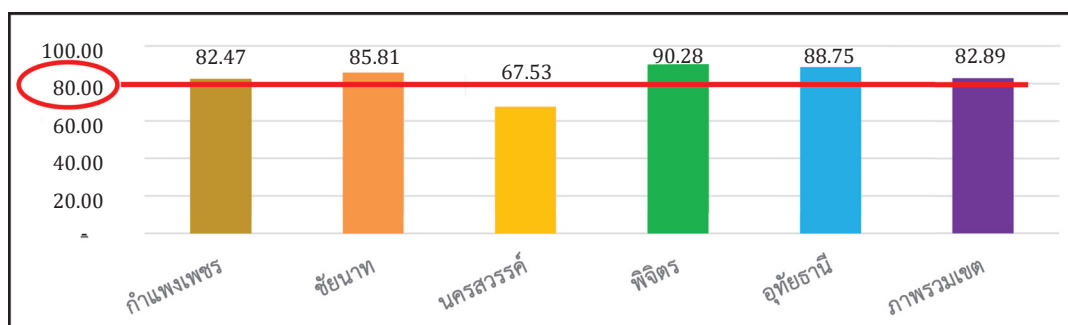
สรุปผล

ผลการกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2565 สรุปได้ดังนี้

1. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการขับเคลื่อนให้หน่วยบริการในสังกัดจัดทำแผนเงินบำรุง ให้ครอบคลุมทั้งด้านรายรับ - รายจ่ายของหน่วยบริการ แต่แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ และแผนจัดซื้อจัดจ้าง ขาดผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน กระบวนการนำเข้าสู่ข้อมูลแผนเงินบำรุง มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง โดยนำมาจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) แต่ยังไม่ครบถ้วนการกำกับติดตามวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง และแผนจัดซื้อจัดจ้าง การจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัวไม่ครบถ้วนทุกสิทธิทำให้ขาดกระบวนการเร่งรัดติดตามลูกหนี้ค้างชำระ การบริหารจัดการเจ้าหนี้ค้างชำระ ไม่ได้เข้ากระบวนการพิจารณาโดยคณะกรรมการหรือผู้บริหาร บุคลากรมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ในการจัดทำแผน และขาดการสอบทานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน จากการประเมินประสิทธิภาพการจัดทำแผนเงินบำรุงหน่วยบริการตามกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โดยการประเมินต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลการประเมินรายละเอียดดังนี้

กราฟแสดงผลการประเมินประสิทธิภาพแผนเงินบำรุง (ภาพรวมรายจังหวัด)



ตารางสรุปผลการประเมินประสิทธิภาพการจัดทำแผนเงินบำรุงตามกลุ่มเป้าหมายรายจังหวัด

ลำดับที่	จังหวัด	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
1	กำแพงเพชร	83.72	80.88
2	ชัยนาท	97.30	74.32
3	นครสวรรค์	60.00	75.68
4	พิจิตร	95.95	84.29
5	อุทัยธานี	92.31	85.37

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

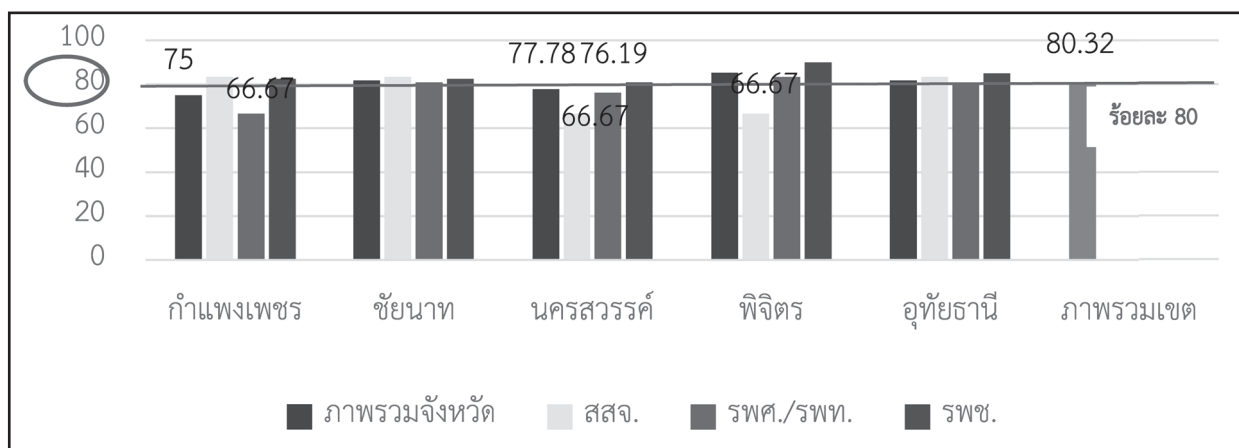
1. หน่วยงานผู้รับผิดชอบขาดการชี้แจงนโยบาย และกระบวนการในการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน
2. หน่วยบริการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการจัดทำแผนเงินบำรุง โดยนำข้อมูลมาจากแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin)
3. ผู้บริหาร/คณะกรรมการ ขาดการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงและแผนจัดซื้อจัดจ้าง

2. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการกำกับติดตามหน่วยบริการในสังกัดให้ดำเนินการจัดทำแผนเงินบำรุงให้ครบถ้วนทุกแห่ง แต่ขาดกระบวนการให้หน่วยบริการทบทวนปรับแผนให้สอดคล้อง

เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน การดำเนินการตามมารการ 4P (Plan, Procurement, Port, Pay) ไม่ครบถ้วนถูกต้อง แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ และแผนจัดซื้อจัดจ้าง มีการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผนกระบวนการ/ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารคลังพัสดุ การจัดทำบัญชีคุมวัสดุ/stock card และการเบิกจ่ายพัสดุไม่ได้ดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด จากการประเมินประสิทธิภาพด้านการควบคุม กำกับติดตามแผนเงินบำรุงและการใช้จ่ายตามแผนเงินบำรุง ตามกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละ 3 แห่ง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โดยการประเมินต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลการประเมินรายละเอียดดังนี้

กราฟแสดงผลการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมกำกับติดตามแผนเงินบำรุงและการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง



ผลการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมกำกับติดตามแผนเงินบำรุงและการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง

ลำดับที่	จังหวัด	ภาพรวมจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
1	กำแพงเพชร	75	83.33	66.67	82.5
2	ชัยนาท	81.82	83.33	80.95	82.5
3	นครสวรรค์	77.78	66.67	76.19	80.95
4	พิจิตร	85.32	66.67	83.33	90
5	อุทัยธานี	81.82	83.33	80.95	85

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการประเมินประสิทธิภาพด้านการควบคุม กำกับ ติดตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัด ผลการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 แห่ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 2 แห่ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร พบว่าการกำกับติดตามและสอบทานแผนเงินบำรุงก่อนเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ แต่ไม่ได้ดำเนินการมอบหมายผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร ขาดการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง และขาดกระบวนการ/แนวทางในการทบทวนปรับแผนให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ประเมินประสิทธิภาพด้านการควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง ตามมาตรการ 4P ผลการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลอุทัยธานี และไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกำแพงเพชร และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยผู้ตรวจเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 5 ชุด ได้แก่ ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุสำนักงาน และวัสดุงานบ้านงานครัว ผลการประเมินดังนี้

- Plan แผนเงินบำรุง ที่ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ไม่สอดคล้องกับแผนจัดซื้อจัดจ้าง และแผนปฏิบัติการประจำปี การจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างไม่ครอบคลุมการซื้อจ้างทุกประเภท ส่งผลให้มีการจัดซื้อนอกแผน

- Procurement พบว่าขั้นตอนการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด ได้แก่ ขั้นตอนการตรวจรับพัสดุ ในระบบ e-GP ไม่ได้จัดทำรายงานการตรวจรับพัสดุ ในระบบ e-GP และขาดการรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบ และไม่ได้นำเอกสารการตรวจรับแบบชุดจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วนก่อนส่งเอกสารให้การเงินเพื่อขออนุมัติเบิกจ่าย

- Port การควบคุม การเบิกจ่าย เก็บรักษาพัสดุ พบว่าขาดการรายงานยอดวัสดุคงเหลือในคลังย่อย การจัดทำทะเบียนคุมวัสดุ/Stock card ไม่ครบทุกรายการ และไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้วัสดุคงเหลือไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามบัญชีคุม การจัดทำใบเบิกวัสดุไม่ครบถ้วนทุกรายการ และลงลายมือชื่อในใบเบิกไม่ครบถ้วน และมีการจ่ายวัสดุก่อนได้รับอนุมัติ

- Pay การบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ พบว่าการรับรู้เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับรู้เจ้าหน้าที่ ณ วันที่ตรวจรับ ส่งผลให้บัญชีเจ้าหน้าที่ไม่เป็นปัจจุบัน และบันทึกบัญชีรับรู้เจ้าหน้าที่จากใบส่งของ โดยไม่เป็น

ตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ ทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่รายตัวกับชุดเอกสารจัดซื้อ/จ้าง ไม่ถูกต้อง และไม่เป็นปัจจุบันและดำเนินการจ่ายชำระหนี้ล่าช้า ขาดการมอบหมาย/แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเจ้าหน้าที่ และขาดการจัดทำแผนบริหารเจ้าหน้าที่อย่างเป็นรูปธรรม

โรงพยาบาลชุมชน ประเมินประสิทธิภาพด้านการควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงตามมาตรการ 4P ผลการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินทุกแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลวชิรารมี จังหวัดพิจิตร และโรงพยาบาลหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี โดยผู้ตรวจเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 5 ชุด ได้แก่ ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุสำนักงาน และวัสดุงานบ้านงานครัว ผลการประเมินดังนี้

- Plan แผนเงินบำรุง ที่ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้าง การจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างไม่ครอบคลุมการซื้อจ้างทุกประเภท

- Procurement พบว่าการปรับแผนจัดซื้อจัดจ้างล่าช้า ส่งผลให้มีการจัดซื้อนอกแผน และขั้นตอนการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด ได้แก่ ขั้นตอนการประกาศผู้ชนะไม่ครบทุกช่องทางตามที่ระเบียบกำหนด

- Port การควบคุม การเบิกจ่าย เก็บรักษาพัสดุ พบว่ามีการดำเนินการตรวจรับพัสดุเข้าคลัง ลงทะเบียนเพื่อควบคุมพัสดุ แต่พบข้อสังเกต ขาดการรายงานยอดวัสดุคงเหลือในคลังย่อย การจัดทำทะเบียนคุมวัสดุ/Stock card ไม่ครบทุกรายการ และไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้วัสดุคงเหลือไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามบัญชีคุม การจัดทำใบเบิกพัสดุไม่ครบถ้วนทุกรายการ และลงลายมือชื่อไม่ครบถ้วน

- Pay การบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ พบว่าการรับรู้เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับรู้เจ้าหน้าที่ ณ วันที่ตรวจรับ ส่งผลให้บัญชีเจ้าหน้าที่ไม่เป็นปัจจุบัน และบันทึกบัญชีรับรู้เจ้าหน้าที่จากใบส่งของ โดยไม่เป็นตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ ทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่รายตัวกับชุดเอกสารจัดซื้อ/จ้าง ไม่ถูกต้อง และไม่เป็นปัจจุบันและดำเนินการจ่ายชำระหนี้ล่าช้า ขาดการมอบหมาย/แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเจ้าหน้าที่ และขาดการจัดทำแผนบริหารเจ้าหน้าที่อย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขาดการกำกับติดตาม

การปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

2. แผนเงินบำรุงไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้าง

3. มีการปรับแผนจัดซื้อจัดจ้างล่าช้า ส่งผลให้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน

4. การบริหารคลังพัสดุ การเบิกจ่ายพัสดุ ไม่เป็นไปตามที่ระเบียบกำหนด

5. การบันทึกบัญชีเจ้าหนี้ล่าช้า และไม่เป็นไปตามมาตรฐานการบัญชี ส่งผลให้เจ้าหนี้ไม่เป็นปัจจุบัน และความมืออยู่จริง ของเจ้าหนี้ไม่ครบถ้วนถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1) ให้นำหน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการทบทวนแผนเงินบำรุงให้ครอบคลุมทั้งด้านรายรับ-รายจ่ายของหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการเงินของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2) ข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนเงินบำรุงต้องเชื่อมโยงจากหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้อง และมีสอบทานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

3) การจัดทำแผนเงินบำรุงต้องผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงในรูปแบบคณะกรรมการฯ ของหน่วยบริการ และต้องสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และแผนจัดซื้อจัดจ้าง

4) ให้มีการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงและแผนจัดซื้อจัดจ้าง โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบแผน - ผล และรายงานให้ผู้บริหารและคณะกรรมการทราบเป็นรายไตรมาส

5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการกำหนดแนวทาง กระบวนการในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ อย่างเป็นรูปธรรม

6) ให้หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการจัดทำแผนเงินบำรุงให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการและแผนการจัดซื้อจัดจ้าง และให้ครอบคลุมรายการทั้งด้านรายรับ-รายจ่ายของหน่วยบริการ และควรมีการทบทวนปรับแผนเงินบำรุงให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับสถานการณ์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

7) หน่วยบริการควรปรับแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ก่อนดำเนินการตามกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อไม่ให้มีการจัดซื้อจัดจ้างนอกแผน

8) การบริหารคลังพัสดุ การเก็บ การบันทึก และการเบิกจ่ายพัสดุให้ดำเนินการตามระเบียบอย่างเคร่งครัด

9) การรับรู้เจ้าหนี้ และการบริหารจัดการเจ้าหนี้ ให้ดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด

2) ปัจจัยความสำเร็จ

1) มีการกำหนดแนวทางในการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดทำแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) มีการดำเนินการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง การกำกับ ติดตาม การดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด เพื่อป้องกันการเกิดวิกฤตทางการเงิน

3) หน่วยงานผู้รับผิดชอบควรดำเนินการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุงที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดทำแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ควรมีการกำหนดแนวทาง กระบวนการในการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานของหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด รวมถึงกำหนดให้มีการรายงานเปรียบเทียบแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุง กับผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้บริหารใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อป้องกันการเกิดวิกฤตทางการเงิน

3) ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

1) การดำเนินการจัดทำแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการให้ครบทุกแห่ง

2) กระบวนการนำเข้าข้อมูล การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และการพิจารณาแผนเงินบำรุงต้องดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการเพื่อความครบถ้วน ถูกต้องและมีประสิทธิภาพของแผนเงินบำรุง

3) การกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง และแผนจัดซื้อจัดจ้าง โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แผน - ผล และรายงานให้ผู้บริหารและคณะกรรมการทราบเป็นรายไตรมาส

4) สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดมีกระบวนการแนวทาง การควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ อย่างเป็นรูปธรรม

5) หน่วยบริการมีการควบคุมการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการตามมาตรการ 4P อย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการคลัง กรมบัญชีกลาง. (2562). ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2562. กองกฎหมาย กรมบัญชีกลาง.

กระทรวงการคลัง กรมบัญชีกลาง. (2561). หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561. กองกฎหมาย กรมบัญชีกลาง.

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.