



วารสาร

โรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

Volume 28 No. 1 January – April 2025



วารสารโรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital



ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ISSN 3056-9605 (Online)

Volume 28 No. 1 January – April 2025

วารสารโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในประเด็นปัญหาทางสุขภาพ และสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้า กิจกรรมและข่าวสารทางการสาธารณสุข

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

น.พ.สมศักดิ์ ประภูณานวัตร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

บรรณาธิการ

นพ.ศิริวัฒน์ วรามิตร

บรรณาธิการผู้ช่วย

พว.ทักษิณี แดขุนทด

พว.จิรวรรณ ศิริมนตรี

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ชัชฌา ส่วนกระต่าย

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.สุมัทนา กลางการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ปิยะธิดา นาคเกษียร

คณะพยาบาลศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.สุรัชย์ แซ่จิ่ง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อนุชิต ปุญญทลั้งค์

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผศ.นพ.กมล แก้วกิติฉัตร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.พิพัฒน์ เรืองแสง

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.ทัตทรวง ปุญญทลั้งค์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.จินตนา พาวงศ์

นักวิจัยอิสระ

อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

อ.ดร.อัจฉรา คำมะতিษฐ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.ชลการ ทรงศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.เกษร แถวโนนจิว

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

จังหวัดขอนแก่น

อ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

นพ.นิสิต ตงศิริ

พญ.สุภารัตน์ ศิริชัยพรศักดิ์

พญ.ตรีวิจิตร มุ่งภูกลาง

พญ.อภิัญญา กิ่งนาคม

นพ.ปริญญา ไชควิริยะประเสริฐ

พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ

ทพ.ธีรวัต ผายป้อนา

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.ศศิธร กักดีโชติ

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

พว.ปิยนุช บุญกอง

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

น.ส.ภนารัตน์ อวนพล

ภกญ.สุรัชชา สังข์ทอง

ฝ่ายจัดการ

นางสาวพิสุทธิดา ขุนศรี

นางสาวสุพรรณษา ชัยสุพรรณ

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายนอกหน่วยงาน)

รศ.ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ.ณัฏยา พรหมสาขา ณ สกลนคร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

ดร.กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

อ.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ปлма โสบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ดร.อดิพร สำราญบัว

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รศ.ดร.อัจฉริยา พ่วงแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.บัญญัติ ผ่านจันทาร

หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต

โรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี

ศศ.ทนาย.ลิมทอง พรหมดี

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ทนาย.พรทิพย์ พงศ์สวัสดิกรกุล

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

โรงพยาบาลระยอง

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายในหน่วยงาน)

นพ.เกียรติศักดิ์ พรหมเสนาสา

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

พญ.จิตภัตรา จันลาโสม

พว.พัชรिता นพศรี

พว.กัญทิญา วงศ์วัชรรัตน์

พว.จิรวรรณ ศิริมนตรี

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

พว.ปิยนุช บุญกอง

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมศักดิ์การพิมพ์ กรู๊ป อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-711896

เจ้าของ

โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-176000 ต่อ 1042

การบอกรับสมาชิก

- ค่าตีพิมพ์วารสาร บทความละ 3,000 บาท

หมายเหตุ : หากบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้วจะไม่สามารถ
ขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้

ติดต่อสำนักงานวารสาร

งานวารสาร โรงพยาบาลสกลนคร โทร. 042-176000 ต่อ 1042

E-mail : skhjournal@gmail.com

หมายเหตุ :

- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายนอกโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายในหรือภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายในโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- ข้อเขียนและข้อคิดเห็นใด ๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวและเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งสิ้น
- บทความที่ตีพิมพ์ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร การคัดลอกเพื่อพัฒนาเชิงวิชาการต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง



Unบรรณาธิการ

แม้ประเทศไทยจะผลิตแพทย์ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยปีละกว่า 3,000 คน และในปี 2566 มีแพทย์รวมทั้งประเทศมากถึง 68,725 คน หรือเฉลี่ย 1 คนต่อประชากร 962 คน ซึ่งถือว่าเพียงพอตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดไว้ที่ 1 : 1,000 แต่คำถามสำคัญคือ “จำนวนแพทย์ที่เพียงพอ หมายถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมแล้วหรือยัง?”

เมื่อลองศึกษาในรายละเอียด พบว่าแพทย์ในระบบกระทรวงสาธารณสุขมีเพียง 24,649 คน หรือคิดเป็น 48% ของแพทย์ทั้งหมด แต่ต้องแบกรับภาระงานถึง 70 - 80% จากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองและหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ ของรัฐ ขณะที่แพทย์นอกระบบแม้จะมีจำนวนมากกว่าเล็กน้อย แต่กลับรับภาระงานเพียง 30% สะท้อนปัญหา “การกระจายแพทย์ไม่ทั่วถึง” ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข อีกหนึ่งความท้าทายคือ “การรักษาแพทย์ไว้ในระบบ” จากสถิติพบว่าแพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 ลาออกมากที่สุดถึง 9.6% โดยเฉลี่ย 188 คนต่อปี ส่วนอีก 8.1% ลาออกหลังใช้ทุนครบ 3 ปี นั่นแสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพของไทยยังไม่สามารถรักษาทรัพยากรมนุษย์ที่ลงทุนสูงนี้ไว้ได้อย่างยั่งยืน

หนึ่งในแนวทางแก้ไขเรื่องการกระจายตัวของแพทย์ที่เห็นผลชัดเจน คือ “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (CPIRD)” ที่คัดเลือกนักเรียนจากพื้นที่ชนบทเข้าศึกษาแพทย์และส่งกลับไปทำงานในบ้านเกิด สถิติระบุว่าอัตราการลาออกของแพทย์จากโครงการนี้มีเพียง 10% ต่ำกว่าแพทย์จากระบบ กสพท. ซึ่งมีอัตราการลาออกสูงถึง 30% แสดงให้เห็นว่าการผลิตแพทย์จากคนในพื้นที่สามารถเพิ่มโอกาสในการรักษากำลังคนไว้ในระบบได้ดีกว่า

ประเทศไทยไม่ได้ขาดแคลนแพทย์ แต่ยังขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการกระจายและรักษาแพทย์ให้อยู่ในระบบรัฐ การปรับปรุงสวัสดิการ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงาน และสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมควบคู่กับการขยายโครงการ CPIRD ให้ครอบคลุมมากขึ้น อาจเป็นคำตอบของการสร้างระบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพและเท่าเทียมอย่างยั่งยืน

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการ

สารบัญ

● บทบรรณาธิการ	
● นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	
การเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังการตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร	1
<i>ปวีศ ระตะนะอาพร พ.บ.</i>	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่่นนท์ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี	11
<i>กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา ปร.ด. รจนา สุโพธิ์ พย.บ. เกษดาพร ศรีสูว พย.บ.</i>	
พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร	26
<i>อาทิตยา วงศพาน พย.ม.</i>	
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี	39
<i>สยามรัฐ จูงไทย พย.ม. พูลศิลป์ คำอ้น พย.บ.</i>	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	50
<i>ดวงพร เวียงสิมมา พย.ม. สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.</i>	
ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง	62
<i>ศิริวรรณ วิชาสูง พย.ม. วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.</i>	
ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร	73
<i>ทรงศักดิ์ เทเสนา พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว</i>	
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสกลนคร	83
<i>พิชยา ปัญญาดี พ.บ.</i>	
การเปรียบเทียบค่าประमाणน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (eFPG) จากค่า HbA1c และระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (FPG) ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร	95
<i>จินตนา เตชาพิทักษ์ ทนพญ.</i>	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	104
<i>นิกร แพงจันท พย.ม. สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.</i>	

สารบัญ

- คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 116
- แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 120
- ใบ Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา 121
- ใบสมัครสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 123

การเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังการตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน
เมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร

ปวริศ ระตะนะอาพร พ.บ.*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาก่อน และหลังรับบริการด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำที่รับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2566 – 1 ธันวาคม 2567 งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษา ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) และน้ำหนักตัวก่อนและหลังการใช้ระบบแพทย์ทางไกล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในเรือนจำจังหวัดสกลนคร ภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้ค่าสถิติ Paired-T Test ($p < 0.05$) และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์ทางไกล ในภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมด HbA1C และน้ำหนักตัวมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1C \leq 7\%$) และ ไม่ดี ($HbA1C > 7\%$) พบว่ากลุ่มผู้ป่วย $HbA1C > 7\%$ ตัวแปรทั้ง 3 ตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับก่อนการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล ($p < 0.05$) ในผู้ป่วยกลุ่ม $HbA1C \leq 7\%$ มีน้ำหนักตัวลดลง แต่ HbA1C และ FBS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่า การให้บริการแพทย์ทางไกลเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในเรือนจำกลุ่ม $HbA1C \leq 7\%$ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถให้ผู้ป่วยรับบริการแพทย์ทางไกลต่อเนื่องไปได้โดยไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว

คำสำคัญ: ระบบแพทย์ทางไกล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเรือนจำ ระดับน้ำตาลสะสม ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร

* แพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2568 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2568

**Comparison of Treatment Results Before and After Treatment with Telemedicine
in Prisoner Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Sukkasem Primary Care Unit
Sakon Nakhon Hospital**

Pawarit Ratana-arporn M.D.*

Abstract

This study is retrospective research design to compare outcomes before and after treatment by telemedicine of type 2-diabetes prisoner patients who received telemedicine-based care from 1 July 2023 – 1 December 2024. The objective of this research was to compare treatment outcomes, including glycated blood sugar (HbA1C), fasting blood sugar (FBS), and body weight, before and after implementing the telemedicine system. Purposive sampling of type 2-diabetes patients in Sakon Nakhon Provincial Prison under the responsibility of Sukkasem Primary care unit, Sakon Nakhon hospital. Data were collected from medical records and analyzed with the software package program using the Paired-T Test statistic ($p < 0.05$).

Overall data of total patients' records analysis, the results showed that HbA1c and body weight decreased significantly ($p < 0.05$) after got telemedicine-based care. Patient data was further divided into the groups of good glycemic control group ($HbA1C \leq 7$) and poor glycemic control group ($HbA1C > 7\%$). It was found that in the group of patients with $HbA1C > 7\%$, all 3 variables were significantly decreased ($p < 0.05$) after telemedicine-based care. However, for the patients with $HbA1C \leq 7$ group, even though their body weights decreased, but HbA1C and FBS increased significantly. It can be concluded that the telemedicine-based care service may be another option that can implement to diabetic prisoner patients particularly prominent in the group with poor glycemic control ($HbA1C > 7\%$). This also provided the patients to continue following telemedicine-based care instead of out-patient treatment only.

Keywords: Telemedicine, Type 2 diabetes, Prisoner, HBA1C, FBS

* Residency Training in Family Medicine Social Medicine Unit, Sakon Nakhon Hospital

Received: February 19, 2025, Revised: March 20, 2025, Accepted: April 21, 2025

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes mellitus type 2) เป็นเบาหวานชนิดที่พบส่วนใหญ่ เป็นโรคเรื้อรังและไม่หายขาด การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง นำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน² และสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น³

สถิติประเทศไทย ปีพ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีอยู่ที่ร้อยละ 20.44 และในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีอยู่ที่ร้อยละ 21.82⁴ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยมากมายเกี่ยวกับปัจจัยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระบุว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ⁵⁻¹⁰ เพศ⁹ ระดับน้ำตาลในเลือด^{5,9,11} ระยะเวลาการเกิดโรค^{5,7,10,11} ดัชนีมวลกาย¹⁰ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน⁸ การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁶ การมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม⁵ ระดับความรู้/การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค⁷ ความแตกต่างในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน⁸ และความร่วมมือในการติดตามการรักษา⁹

ในการดำเนินงานเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการและการดูแลรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร ได้มีการขยายการรักษาผู้ป่วยศูนย์บริการปฐมภูมิ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและลดความแออัดในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร มีภารกิจดูแล 11 ชุมชน ครอบคลุมประชากร

ประมาณ 12,723 คน (ข้อมูลอ้างอิง 15 พฤษภาคม 2566)¹² รวมทั้งรับผิดชอบการตรวจรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสกลนครด้วย โดยแพทย์เดินทางเข้าทำการตรวจรักษาภายในเรือนจำ ซึ่งพบอุปสรรคอยู่บ้างในด้าน ข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรแพทย์และพยาบาล ระยะเวลาการเดินทางและการประสานงานเบิกตัวผู้ต้องขังเข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามในช่วงการระบาดของโควิด-19 ภายใตกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเพื่อเพิ่มความสะดวกให้ผู้ป่วย ง่ายต่อการตรวจรักษา และลดความแออัดภายในโรงพยาบาล¹³ เริ่มมีการนำระบบแพทย์ทางไกลมาใช้ พบว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงการรักษา เพิ่มช่องทางการให้ความรู้ คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเรือนจำได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น

การแพทย์ทางไกล (telemedicine) คือการนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถสื่อสารสนทนากันแบบเห็นหน้ากันผ่านระบบ video conference เพื่อวินิจฉัยโรคและรักษา นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยวิธีแพทย์ทางไกลนั้นยังมีการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และการตรวจติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลสูง โดยลดระยะเวลาการเดินทางหรือระยะเวลาการรอเบิกตัวผู้ต้องขัง ซึ่งจะสะดวกต่อการติดตามผลการรักษามากขึ้น งานวิจัยที่ผ่านมาจากการศึกษาการติดตามผู้ป่วยด้วยระบบแพทย์ทางไกลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^{14,15} มีคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น¹⁶ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกล¹⁴

แม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะเป็นการเพิ่มช่องทางการให้ความรู้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยได้โดยสะดวกก็ตาม หากยังมีข้อจำกัดในเรื่องประสิทธิภาพของการสื่อสารและการตรวจร่างกาย ซึ่งอาจมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการรักษา ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพการรักษาวินิจฉัยด้วยแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยเรือนจำของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษมมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการทำการศึกษารเปรียบเทียบผลการรักษาซึ่งประกอบด้วยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับน้ำตาลขณะ

อดอาหาร (FBS) และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังเมื่อทำการตรวจรักษาด้วยการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการพิจารณาประเมินแนวทางการตรวจรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาซึ่งประกอบด้วยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังการตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำจังหวัดสกลนคร

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำ ที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล มีผลการรักษาซึ่งประกอบด้วยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และน้ำหนักตัว มีระดับที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบผลก่อนการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองความเห็นชอบให้ดำเนินงานวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No. 050/2567 วันที่รับรอง 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมของการวิจัยโดยเคร่งครัด โดยจะเก็บข้อมูลเฉพาะส่วนที่นำมาวิเคราะห์และจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเพื่อระบุถึงตัวตน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และยาที่ใช้

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ผลการรักษา ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการเข้ารับบริการตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในเรือนจำที่อยู่ในการดูแลของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมือง สุขเกษม จังหวัดสกลนคร ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2566 – 1 ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม sample size calculator โดยใช้ค่า expected difference เท่ากับ 0.38 และ standard deviation of difference เท่ากับ 0.68¹⁵ โดยจะได้กลุ่มตัวอย่างที่ 29 ราย แต่ทางผู้วิจัยประสงค์ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ 64 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การวิจัยในช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อความแม่นยำที่มากขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 88 ราย ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า 8 ราย และเข้าเกณฑ์การคัดออก 16 ราย เนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ และตรวจติดตามไม่ถึง 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยที่จะนำมาวิเคราะห์ผลมีจำนวนทั้งหมด 64 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2¹⁷ โดยระยะเวลาการวินิจฉัยต้องไม่น้อยกว่า 6 เดือนก่อนได้รับการรักษาด้วยแพทย์ทางไกล และมีผล HbA1C ก่อนและหลังรับการตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลโดยติดตามอย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจติดตามการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลตลอดระยะเวลาจนถึงการเจาะเลือด HbA1C, ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ hypoglycemia, เป็นผู้ป่วยที่พ้นสภาพการเป็นผู้ต้องขังก่อนถึงการเจาะเลือดครั้งถัดไป และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่มีโรคร่วมหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขออนุญาตใช้ข้อมูลเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร และดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกข้อมูลเฉพาะที่จะใช้ในการวิจัย ซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ เช่น ข้อมูล HN หรือเลขบัตรประชาชน เป็นต้น แต่จะกำหนดเป็นรหัสแทน เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในส่วนข้อมูลประชากรศาสตร์ผู้วิจัยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับข้อมูลแบบต่อเนื่อง (continuous data) เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสม โดยแสดงข้อมูลเป็นจำนวน (number) และร้อยละในการบรรยายแต่ละกลุ่ม ส่วนข้อมูลกลุ่ม เช่น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ใช้สถิติ Chi-square

การวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยรวม ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C \leq 7%) และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (HbA1C $>$ 7%) โดยกำหนดจากเป้าหมายการควบคุมทั่วไปในผู้ป่วยเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ที่ไม่ตั้งครรภ์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566¹⁷ โดยข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เมื่อได้ทดสอบข้อมูลเบื้องต้นด้วยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test โดยข้อมูล FBS ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และ FBS, HbA1C ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีไม่มีการแจกแจงแบบเป็นปกติ จึงใช้ค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test วัดขนาดความสัมพันธ์โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ข้อมูลน้ำหนักตัว, vHbA1C ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและน้ำหนักตัวในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้ค่าสถิติ Paired-T Test วัดขนาดความสัมพันธ์โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำทั้งหมด จำนวน 64 คน เป็นเพศหญิง 17 คน เพศชาย 47 คน มีค่า HbA1C ระหว่าง 5.9 – 21.5 % ค่า FBS

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของลักษณะทางประชากรกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและไม่ดี (n = 64)

อยู่ระหว่าง 87 – 493 mg/dL และดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 15.41 – 31.24 kg/m² แบ่งออกเป็นสองกลุ่มตามระดับ HbA1c กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี (HbA1C \leq 7%) จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 28 และกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C $>$ 7%) จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 72 เป็นเพศชายร้อยละ 61 และ 78 มีอายุเฉลี่ย 53.5 ± 7.58 และ 49.30 ± 8.71 ปี ระดับ HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 6.3 ± 0.58 และ 9.6 ± 2.78 ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเฉลี่ย 108.94 ± 21.14 และ 178.1 ± 74.24 mg/dL ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.67 ± 4.36 kg/m² และ 23.37 ± 4.69 kg/m² การใช้ยาเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มจะใช้ยาปรับประมาณ 1 ชนิดและ 2 ชนิดเป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 33 และร้อยละ 33 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ร้อยละ 24 และ 54 ส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คือ ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วม 1 โรค ร้อยละ 22 และร้อยละ 61 สำหรับโรคประจำตัวที่พบรวมในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีส่วนใหญ่ มีโรคร่วม 1 โรค และ 2 โรค ร้อยละ 35 และร้อยละ 39 ส่วนการสูบบุหรี่และดื่มสุราก่อนเข้าเรือนจำพบร้อยละ 16 และร้อยละ 9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะทางคลินิกของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การใช้ยาเบาหวาน โรคประจำตัวร่วม การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 1) ส่วนค่า HbA1C และ FBS ที่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นั้น เป็นการยืนยันความถูกต้องของการจำแนกกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ลักษณะ	กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี	p-value
	(n = 18)	(n = 46)	
เพศชาย	11 (61%)	36 (78%)	0.16 ^a
เพศหญิง	7 (39%)	10 (22%)	0.27 ^a
อายุ	53.5 ± 7.58	49.30 ± 8.71	0.38 ^b

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของลักษณะทางประชากรกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและไม่ดี (n = 64) (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (n = 18)	กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (n = 46)	p-value
น้ำตาลสะสมเริ่มแรก (HbA1c)	6.3 ± 0.58	9.6 ± 2.78	< 0.001* ^c
น้ำตาลขณะอดอาหารเริ่มแรก (FBS)	108.94 ± 21.14	178.1 ± 74.24	< 0.001* ^b
ดัชนีมวลกาย (BMI)	22.67 ± 4.36	23.37 ± 4.69	0.09 ^c
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน			0.25 ^a
น้อยกว่า 1 ปี	4(22%)	17(37%)	
มากกว่าเท่ากับ 1 ปี	14(78%)	29(63%)	
การใช้ยาเบาหวาน			0.22 ^a
ไม่มียา	4(22%)	3(7%)	
มียารับประทาน 1 ชนิด	6(33%)	11(24%)	
มียารับประทาน 2 ชนิด	6(33%)	25(54%)	
มียารับประทาน 3 ชนิด	1(6%)	1(2%)	
ยาฉีด	1(6%)	6(13%)	
โรคประจำตัวอื่น			0.12 ^a
ไม่มีโรคร่วม	4(22%)	8(17%)	
มีโรคร่วม 1 ชนิด	11(61%)	16(35%)	
มีโรคร่วม 2 ชนิด	2(11%)	18(39%)	
มีโรคร่วมมากกว่า 2 ชนิด	1(6%)	4(9%)	
สูบบุหรี่	3(17%)	4(9%)	0.35 ^a

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05

^a Chi-square test

^b Independent t-test

^c Mann-Whitney U test

2. เปรียบเทียบผลการรักษาซึ่งประกอบด้วยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังการตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำจังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลทั้งหมด 64 คน มีระดับ HbA1C เฉลี่ยก่อนการรักษา 9.09 ± 2.97 % หลังการรักษากลับเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีระดับ HbA1C เฉลี่ยลดลงเป็น 8.32 ± 2.17 % ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างเฉลี่ย 0.77 ± 3.13;

p = 0.01) ส่วนน้ำหนักตัวนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังการรักษาอยู่ที่ 64.33 ± 12.43 และ 63.22 ± 12.27 kg มีค่าลดลงเฉลี่ย -1.11 ± 2.40 kg (p = 0.001) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของ FBS ก่อนการรักษาอยู่ที่ 158.66 ± 70.99 mg/dL และหลังการรักษาลดลงเป็น 147.83 ± 57.14 mg/dL โดยมีค่าลดลงเฉลี่ย -10.83 ± 77.24 mg/dL (p = 0.13) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ผลศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C \leq 7% นั้น พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อน และหลังการรักษาเท่ากับ 6.24 ± 0.58 % และ 7.92 ± 2.43 % โดยมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.67 ± 2.43 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) ส่วนการเปรียบเทียบ ระดับ FBS นั้น พบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) โดยค่าเฉลี่ยหลังการรักษาด้วยแพทย์ทางไกลเท่ากับ 153.39 ± 69.23 mg/dL มีค่าสูงกว่าก่อนการรักษาซึ่งมีค่าเท่ากับ 108.94 ± 21.14 mg/dL อยู่ 44.45 ± 68.82 mg/dL อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวหลังการรักษากลับมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนการรักษาอยู่ที่ 66.08 ± 11.96 kg และหลังการรักษาลดลงเป็น 64.28 ± 11.57 kg โดยมีความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ที่ -1.80 ± 2.24 kg (ตารางที่ 2)

ผลศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C $>$ 7% นั้น แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนการรักษาอยู่ที่ 10.20 ± 2.77 % และหลังการรักษาลดลงเป็น 8.47 ± 2.07 % โดยมีความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ที่ -1.73 ± 2.85 % ระดับ FBS ก่อนและหลังการรักษา มีค่าเฉลี่ยที่ 178.11 ± 74.24 mg/dL และ 145.65 ± 52.37 mg/dL ตามลำดับ มีค่าลดลงเท่ากับ -32.46 ± 69.73 mg/dL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และน้ำหนักตัวก่อนการรักษาในกลุ่มนี้อยู่ที่ 63.65 ± 12.68 กก. และหลังการรักษาลดลงเป็น 62.80 ± 12.64 กก. โดยมีความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ที่ -0.84 ± 2.43 กก. เป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ข้อมูลนี้แสดงว่าการรักษาด้วยแพทย์ทางไกลสามารถช่วยลดระดับค่าที่ติดตามได้ทั้ง 3 ค่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการรักษาซึ่งประกอบด้วยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังการตรวจรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำจังหวัดสกลนคร ($n = 64$)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	ผู้ป่วยรวมทั้งหมด ($n = 64$)	ผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C \leq 7% ($n = 18$)	ผู้ป่วยที่มีค่า HbA1C $>$ 7% ($n = 46$)
ค่า HbA1C ก่อน (%)	9.09 ± 2.96	6.24 ± 0.58	10.20 ± 2.77
ค่า HbA1C หลัง (%)	8.32 ± 2.17	7.92 ± 2.43	8.47 ± 2.07
ความแตกต่าง HbA1C (%)	-0.77 ± 3.13	1.67 ± 2.43	-1.73 ± 2.85
p-value	0.01^{az}	0.009^{b*}	0.000^{az}
ค่า FBS ก่อน (mg/dL)	158.66 ± 70.99	108.94 ± 21.14	178.11 ± 74.24
ค่า FBS หลัง (mg/dL)	147.83 ± 57.14	153.39 ± 69.23	145.65 ± 52.37
ความแตกต่าง FBS (mg/dL)	-10.83 ± 77.24	44.45 ± 68.82	-32.46 ± 69.73
p-value	0.13^a	0.02^{az}	0.001^{az}
น้ำหนักตัวก่อน (kg)	64.33 ± 12.43	66.08 ± 11.96	63.65 ± 12.68
น้ำหนักตัวหลัง (kg)	63.22 ± 12.27	64.28 ± 11.57	62.80 ± 12.64
ความแตกต่างน้ำหนักตัว (kg)	-1.11 ± 2.40	-1.80 ± 2.24	-0.84 ± 2.43
p-value	0.001^{az}	0.003^{b*}	0.02^{b*}

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

z แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ Asymp. Sig. (2-tailed) < 0.05

a Wilcoxon Signed Ranks Test

b Paired T-test

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำจังหวัดสกลนคร เขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม ก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล โดยผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และน้ำหนักตัว ก่อนเข้ารับบริการตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกลในภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมดพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและน้ำหนักตัวมีค่าลดลงหลังเข้ารับบริการตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกล และหลังจากการวิเคราะห์แยกกลุ่มในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ($HbA1C > 7\%$) พบว่าทั้ง 3 ตัวแปรลดลงอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตภัทร ธิรณชัยบุรณ¹⁵ ซึ่งศึกษาการให้บริการตรวจรักษาผ่านการแพทย์ทางไกลกับการให้บริการตรวจรักษาตามมาตรฐานปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในช่วงร้อยละ 7-9 พบว่าระดับน้ำตาล สะสมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในระยะสั้นแต่พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการบริการผ่านการแพทย์ทางไกลมีระดับน้ำตาลสะสมที่ 24 สัปดาห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐภัตสร เดิมขุนทด¹⁴ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกลมีระดับน้ำตาลสะสม $HbA1C$ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกล และแตกต่างจากการศึกษาของ รัฐศาสตร์ สุดหนองบัว¹⁶ ที่พบว่าค่าเฉลี่ย $HbA1C$ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจผ่านระบบการแพทย์ทางไกลเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจแบบดั้งเดิม มีค่าลดลงในทั้งสองกลุ่มแต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สอดคล้องในประเด็นของการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในกลุ่มที่ได้รับการตรวจผ่านระบบการแพทย์ทางไกลอย่างมีนัยสำคัญ

ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1C \leq 7\%$) มีน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า $HbA1C$ และ FBS มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนรับการรักษาด้วยแพทย์ทางไกล ผลจากงานวิจัยนี้พบว่า สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้คืออยู่แล้วการใช้ระบบแพทย์ทางไกลไม่มีประสิทธิผลที่ดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้

ไม่ดี อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีจำนวนเพียง 18 ราย หากได้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น อาจให้ผลการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น การที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักลดลงนั้น มีได้หลายสาเหตุ เช่น จากอาหารที่บริโภค ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยเรือนจำจะมีข้อจำกัดในด้านอาหารที่มีให้เลือกรับประทาน ได้แก่ อาหารที่ผลิตแจกจ่ายให้ผู้ต้องขัง อาหารและขนมที่มีจำหน่ายในเรือนจำ อาหารที่ญาตินำมาเยี่ยม แต่ชนิดของอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดนั้น ขึ้นอยู่กับการเลือกบริโภคเฉพาะบุคคล นอกจากนี้ อาจยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นต้น โดยการศึกษาของ ไกรพิชิต ประมง¹¹ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ อายุ อาชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ดังนั้นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องคำนึงถึงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำได้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย

การตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกลแม้จะมีกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับแตกต่างจากการให้บริการตรวจรักษาแบบมาตรฐาน ได้แก่ การพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย การได้พบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันพูดคุย แต่กลุ่มผู้ป่วยเรือนจำที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ($HbA1C > 7\%$) ที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ทางไกลมีระดับ $HbA1C$ ลดลงจากก่อนได้รับการบริการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ระบบการแพทย์ทางไกลสามารถนำมาใช้ในการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

การบริการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเรือนจำ มีความลำบากเรื่องการเดินทาง การขออนุญาตออกนอกพื้นที่ และการตรวจติดตามการรักษา โดยจะอำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้และผู้รับบริการ แต่ยังไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางประเภท เช่น กลุ่มที่มีอาการไม่คงที่ ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยในช่วงแรกของโรค หรือผู้ที่มีอาการหนักหรืออยู่ในระยะเฉียบพลัน^{18,19}

ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการประเมินเบื้องต้นถึงประสิทธิผลของการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลในเรือนจำเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดคือ จำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มการทดลอง

อาจยังไม่มากพอแม้ว่าจะเป็นการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ก็ตามและกระบวนการวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเพียงเท่านั้น ข้อมูลอาจมีการคลาดเคลื่อนหรือบันทึกข้อมูลไม่ครบ โดยเฉพาะปัจจัยบางอย่างที่มีผลกระทบต่อผลการรักษาได้ เช่น การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ และงานวิจัยนี้เป็นการเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังเท่านั้นไม่ได้ติดตามผลการรักษาที่นานพอจึงควรมีการศึกษาแบบ cohort study ที่มีการติดตามเป็นระยะเวลานานขึ้น รวมถึงศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การรับประทานยา และการออกกำลังกาย

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเรือนจำจังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล พบว่า ระดับน้ำตาลสะสม ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวลดลง

อย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1C > 7%) การให้บริการแพทย์ทางไกลจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาให้บริการผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถให้ผู้ป่วยรับบริการแพทย์ทางไกลต่อเนื่องไปได้โดยไม่ต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สังกัดกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้การสนับสนุน ชี้นำแนวทางในการจัดทำบทความนี้ และขอบคุณผู้เกี่ยวข้องในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes 2021. *Diabetes Care* 2021;44Suppl1;S73-84.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคมีติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmhthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จังหวัดสกลนคร CUP โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hdc.moph.go.th/snk/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3>
5. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. *มหาสารนครศรีธรรมราชเวชสาร* 2565;5(2).1-12.
6. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc>
7. ปฎิมา ศิลา, ปริมประภา ก้อนแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมเอชบีเอวันซีในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก. *ว. วิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก* 2566;2(2):3-12.
8. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ว. พยาบาลทหารบก 2557;15(3):256–268.
9. Nur Rizka G, Achmad V, Lea N, Yufria A, Rahem L, Pristiany. Factors that contribute to blood sugar control in type 2 diabetes mellitus. *Pharmacy Education* 2023;23(4):48–52.
 10. วรณวลี บุญคำชู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองผักนึ่ง ตำบลกลางดง อำเภอกุ่งเสี้ยน จังหวัดสุโขทัย. ว. ประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 2566.2566;2(1):7–11.
 11. ไกรพิชิต ปรงษ์อ่อง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพังกา จังหวัดสกลนคร. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2563; 23(3):14–26.
 12. หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย. สรุปผลการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุข รอบที่ 2/2566. สกลนคร: หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย; 2566.
 13. Wongprakornkul S. New Era of Healthcare through Business Ecosystem and Telehealth. *Mahidol R2R e-journal* 2020;7(2):1–15.
 14. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารและว. เวชศาสตร์เขตเมือง* 2564;65(1):1–16.
 15. ลลิตภัทร ธีรชัยบุรณ. การศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผ่านระบบการแพทย์ทางไกลกับการรักษาตามมาตรฐานปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. ว. ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2567;7(2):129–141.
 16. รัฐศาสตร์ สูดหนองบัว. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการตรวจผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตรวจแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. ว. *วิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2024;10(2):1–11.
 17. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน* 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
 18. World health organization. Consolidated telemedicine implementation guide [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184>
 19. UNICEF Europe and central Asia. A guide to telemedicine in primary healthcare. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 17]. Available from: [https://www.unicef.org/romania/media/10891/file/A%20guide%20to%20telemedicine %20in%20prima-](https://www.unicef.org/romania/media/10891/file/A%20guide%20to%20telemedicine%20in%20prima-)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่หนอง ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

กุสุมาลี ไพธิปัสสา ปร.ด.*

รจนา สุโพธิ์ พย.บ.**

เกษดาพร ศรีสุวอ พย.บ***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการสำรวจแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการ สุขภาพฟันและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยที่มีอายุแรกเกิด ถึงอายุ 5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่หนอง ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

ผลการวิจัยพบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ เป็นมารดา (ร้อยละ 52.95) การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 41.17) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 35.29) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวสามรุ่น (พ่อแม่ ลูก ปู่ย่า/ตายาย) (ร้อยละ 68.63) รายได้เฉลี่ย 13,686.27 บาท/เดือน มีความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำเดือน (ร้อยละ 55.88) ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก (ร้อยละ 57.85) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุดคือการจัดการตนเอง (ร้อยละ 52.94) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล (ร้อยละ 42.16) พบปัจจัยส่วนบุคคลคือ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำ และลักษณะครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) และ ระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการและสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

* อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่หนอง

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่หนอง

Factors Associated with Health Literacy on Early Childhood Care in The Service Area of Mae Non Health Promoting Hospital, Nong Phai Sub–District, Muang District, Udon Thani Province

Gusumalee Potipatsa Ph.D.*

Rotchana Supo B.N.S**

Kesadaporn Srisuwor B.N.S***

Abstract

This descriptive research by using a cross–sectional survey aimed to study the situation of health literacy in raising young children, personal factors related to health literacy in raising young children, and to study the relationship between health literacy in raising young children and the nutritional status, dental health, and development of young children. The samples included 102 primary caregivers of young children aged from newborn to five years old living in the service area of Mae non health promotion hospital, Nong phai subdistrict, Mueang district, Udon thani province.

The results of the research found that most caregivers were mothers (52.95%), had the highest level of education, which was primary school (41.17%). Most of them were general employees (35.3%) with three–generation families (parents, children and grandparents) (68.63%). The average income was 13,686.27 baht/month, had sufficient income for monthly expenses (55.88%), and had very good health literacy (57.85%). The highest level of health literacy was self–management (52.94%). The lowest level of health literacy was interpersonal communication (42.16%). The personal factors significantly related to the level of health literacy in raising young children (p -value < .05) were education level, income sufficiency for regular expenses, and family type. The level of health literacy in raising young children was significantly related to the nutritional status and dental health of young children (p -value < .05).

Keywords: Health Literacy, Early Childhood Care

* Lecturer, Pediatric and adolescent nursing department, Faculty of Nursing, Shinawatra University

** Registered nurse, Mae Non Health Promoting Hospital, Nong Phai Sub–district, Muang District, Udon Thani Province

*** Registered nurse, Mae Non Health Promoting Hospital, Nong Phai Sub–district, Muang District, Udon Thani Province

บทนำ

การเลี้ยงดูเด็กให้มีคุณภาพเป็นรากฐานของการพัฒนามนุษย์และเป็นหน้าที่ของครอบครัว การที่เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามศักยภาพของครอบครัว จะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในช่วงเด็กปฐมวัย เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาศักยภาพของเด็กทั้งด้านสติปัญญา สังคม และอารมณ์ หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้เด็กได้พัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่ โดยครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย บิดามารดาและคนในครอบครัวจึงต้องมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม ครอบครัวจึงเป็นรากฐานสำคัญของสังคมที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆ ของเด็ก เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนด้านการคุ้มครองความปลอดภัยให้เด็กจนถึงวัยที่เขาสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพภาวะ¹

การพัฒนาผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้มีความรู้ทางด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคนตามนโยบายการพัฒนาคนตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579)² คือ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย และการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยการดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ รวมถึงการดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมให้ชุมชนมีความรอบรู้และเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่ มีการพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการ ความรู้ทางสุขภาพ

ที่ไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ คือ มารดาร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ปู่ ยา ตายาย ร้อยละ 20.9 น้ำหนักเด็กแรกคลอด เฉลี่ย 2,997.03 กรัม และได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.0 เด็กมีนมแม่อย่างเดียวเฉลี่ย 4.27 เดือน ซึ่งปัญหาสำคัญที่สุดในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก คือ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 34.8 และคุณภาพการอบรมเลี้ยงดู ร้อยละ 33.1 โดยผู้เลี้ยงดูใช้คำแนะนำ/ได้รับความรู้ในการดูแลเด็กจากการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในระดับมาก ร้อยละ 49.1 โดยครอบครัวไทยมีการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับไม่ดี/ไม่เหมาะสมถึง ร้อยละ 20.0³ จากผลการสำรวจของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 48.3 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 38.8 และอยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 12.9⁴ และจากผลการวิจัยการศึกษาความรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ปู่ ยา ตายาย เป็น ผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 56.7 มีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับพอใช้ และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.6 โดยมีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ร้อยละ 94.4 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 49.6 จากผลวิจัยบ่งชี้ว่าเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลจากบิดา มารดา โดยครั้งหนึ่งมีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับไม่เพียงพอ⁵ ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวบ่งบอกว่าพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กและยังพบว่า การศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู⁶ และการศึกษาของ Scott BI, Taylor E H and Valerie LF⁷ ที่พบว่ามารดาที่มีความรู้ทักษะการอ่านเขียนไม่ดี และขาดโอกาสทางการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการที่เด็กได้รับโภชนาการที่ไม่ดี ขณะที่เด็กปฐมวัยที่มารดามีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีโอกาสเสี่ยงที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยกว่าเด็กมารดาที่มีความรู้

ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งการส่งเสริมความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู จึงเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพและยังไม่พบการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่แตงที่มีภาระหลักในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านส่งเสริมพัฒนาอนามัยเด็ก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมสำหรับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และครอบครัว โดยการเสริมสร้างความรอบรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็ก สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นการมีฐานข้อมูลสถานการณ์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จึงมีความสำคัญและจำเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการศึกษาตลอดจนการพัฒนาวัฒนธรรมและการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูเหมาะสมมีพัฒนาการสมวัย คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยขึ้นโดยมุ่งหวังนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในการพัฒนาให้เด็กไทยมีการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพและมีพัฒนาการที่สมวัย เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่แตง ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย และลักษณะครอบครัว) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

2. ระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive

Research) โดยการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ณ บ้านแม่แตง หมู่ที่ 1-2 ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี เก็บข้อมูลโดยตอบแบบสอบถาม

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เลขที่ IRB BCNU 300/08/64 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 งานวิจัยนี้ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนำเสนอผล ในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยที่มีอายุแรกเกิด-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่แตง ซึ่งมีทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ที่มีจำนวนเด็กปฐมวัยทั้งสิ้น 179 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ประมาณจากจำนวนประชากร ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนประชากรเป็นหลักร้อยละและเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ 50% ของประชากร⁸ คำนวณได้ 90 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้รวมเป็น 99 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการทำสลากเลือกหมู่บ้าน ที่ละหมู่บ้าน จนกระทั่งรวมยอดจำนวนเด็กปฐมวัยได้ 99 คน เลือกได้หมู่บ้าน 1 บ้านหนองไผ่ มีเด็กปฐมวัย 32 คน หมู่ที่ 2 บ้านแม่แตง มีเด็กปฐมวัย 38 คน และ หมู่ที่ 10 บ้านหนองบัวทอง มีเด็กปฐมวัย 34 คน รวมจำนวนเด็กปฐมวัย 104 คน จึงรวบรวมข้อมูลทั้ง 104 คน แต่มี 2 ครอบครัว ที่ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูลและจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มี

เด็กอยู่ในความดูแล ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี

2) สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้

3) ถามตอบรู้เรื่อง มีการรับรู้ดี

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การให้ยกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่เข้าใจภาษาไทย อ่านเขียนภาษาไทยได้ และไม่ได้ขออนุญาตจากการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และให้อาสาสมัครอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยระหว่างอาสาสมัครตอบแบบสำรวจ หากเกิดความรู้สึกไม่สบายใจในการเข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างโดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการ เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁴ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย ลักษณะครอบครัว การได้รับคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็ก ช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก หน่วยงานที่เข้ารับบริการคลินิกเด็ก สุขภาพดี (Well Child Clinic) และเรื่องที่เข้ารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Child Clinic) ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก โดยกำหนดคุณลักษณะสำคัญในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการ

เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีจำนวนรวม 61 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ มีช่วง คะแนน 8 – 32 คะแนน จัดกลุ่มคะแนน ดังนี้ มีความรอบรู้ระดับดีมาก คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือได้คะแนน 160 – 199 คะแนน มีความรอบรู้ระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 60 – 79 หรือได้คะแนน 120 – 159 คะแนน มีความรอบรู้ระดับไม่ดีพอ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือได้คะแนน น้อยกว่า 120 คะแนน และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ข้อมูลด้านภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย และข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁴ ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในระดับที่น่าไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในบ้านหนองบัวเงิน หมู่ 10 จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วางแผนการดำเนินงานในรายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ให้นักวิจัยทุกคนทราบ และประสานพื้นที่เก็บข้อมูลกับผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน นักวิจัยชี้แจงประโยชน์จากการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่ออาสาสมัครตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ หรือมีบางข้อที่ไม่สามารถตอบได้ สามารถข้ามข้อคำถามนั้น หรือบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งอยู่ในที่มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน โดยส่วนที่ 1 และ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ใช้วิธีเดียวกัน ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังจนเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ทีมผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง จากข้อมูลเวชระเบียน สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และใช้คำถามในการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ เกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถามพร้อมทั้ง อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ แล้วจึงตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 15-20 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบทั้ง 102 ฉบับ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามทั้งหมด นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (IBM SPSS version 26) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) นำเสนอข้อมูลแบบตาราง ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย สุขภาพ

ช่องปาก และภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.08 อายุเฉลี่ย 42.48 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 78 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 52.95 มีระดับการศึกษามากที่สุดคือ ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 41.17 อาชีพส่วนใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 35.29 ลักษณะครอบครัวเป็นส่วนใหญ่เป็นครอบครัวสามรุ่น (พ่อแม่ ลูก ปู่ย่า/ตายาย) คิดเป็นร้อยละ 68.63 รายได้เฉลี่ย 13,686.27 บาท/เดือน มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 10,000 บาท ลงไป ร้อยละ 52.90 มีความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่าย ประจำเดือนเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 55.88 หน่วยงานที่ให้คำแนะนำคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่คือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล (รพศ./ รพท./ รพช./ รพสต.) คิดเป็นร้อยละ 89.21 ช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่คือ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) คิดเป็นร้อยละ 85.29 รองลงมาคือ พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 84.31 หน่วยงานที่เลือกเพื่อเข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic) เป็นส่วนใหญ่ คือ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 90.19 และการเข้ารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (well Child Clinic) ด้วยเรื่องการพาเด็กมารับวัคซีนเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 97.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	3.92
หญิง	98	93.08
อายุ		
18-59 ปี	85	83.33
60 ปี ขึ้นไป	17	16.67
อายุเฉลี่ย 42.48 ปี (S.D. = 13.87)		
อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 78 ปี		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	85	83.34
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	11	10.78
โสด	6	5.88
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.95
ประถมศึกษา	42	41.17
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	17.66
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	15.68
อนุปริญญา/ปวส.	9	8.82
ปริญญาตรี	14	13.72
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	16	15.68
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	29	28.44
รับจ้างทั่วไป	36	35.29
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	7	6.86
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	5.89
พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน	8	7.84
รายได้		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/ 1 เดือน	13,686 บาท	
ต่ำสุด	1,000 บาท	
สูงสุด	50,000 บาท	
0-10000 บาท	54	52.9
10001-15000 บาท	27	26.5
15001-20000 บาท	11	10.8
20001 บาท ขึ้นไป	10	9.8
ความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำเดือน		
เพียงพอ	57	55.88
เพียงพอและเหลือเก็บ	3	2.95
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	30	29.41
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	12	11.76
ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก		
บิดา	3	2.94
มารดา	54	52.95
ปู่ย่า/ตายาย	45	44.11

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัว (พ่อ แม่ ลูก)	15	14.70
ครอบครัวสามรุ่น (พ่อแม่ ลูก ปู่ย่า/ตายาย)	70	68.63
ครอบครัวข้ามรุ่น (ปู่ย่า/ตายาย เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก)	14	13.73
ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (แม่หรือพ่ออยู่กับลูก)	3	2.94
หน่วยงานที่ให้คำแนะนำคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็ก (สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ)		
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล (รพศ./ รพท./ รพช./ รพสต.)	91	89.21
คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชน	54	52.93
ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน	54	52.93
ศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน	60	58.82
ช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก (สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ)		
คนในครอบครัว	41	40.19
พ่อแม่/เพื่อน	62	60.78
เพื่อนที่มีลูก/เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน	60	58.82
แพทย์	66	64.70
พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	86	84.31
ศูนย์เด็กเล็ก	49	48.03
สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)	87	85.29
รายการโทรทัศน์เกี่ยวกับแม่และเด็ก	65	63.72
หนังสือหรือนิตยสารเกี่ยวกับแม่และเด็ก	54	52.94
สื่อออนไลน์ (facebook, line)	67	65.68
คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	58	56.86
เสียงตามสายในชุมชน	4	3.92
หน่วยที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic) (สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ)		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	92	90.19
โรงพยาบาลประจำอำเภอ	48	47.05
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	57	55.88
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	65	63.72
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	54	52.94
การเข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (well Child Clinic) ด้วยเรื่องใด (สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ)		
ฉีดวัคซีน	99	97.05
ตรวจพัฒนาการตามวัย	75	73.52
ปรึกษาสุขภาพลูก	65	63.72

ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.92 ตีมนมมารดาร่วมกับนมผสม เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88.24 ไม่มีฟันผุ คิดเป็นร้อยละ 74.46 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 92.3 มี

ส่วนสูงตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 91.2 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูงสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 85.3 และมีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ 99.02 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	53.92
หญิง	47	46.07
อายุเด็กปฐมวัย		
อายุเฉลี่ย	39.81 เดือน	S.D. 18.60
อายุต่ำสุด	1 เดือน	
อายุสูงสุด	72 เดือน	
น้อยกว่า 1 ปี	11	10.79
1-3 ปี	27	26.47
มากกว่า 3 ปี	64	62.74
การตีมนมของเด็กปฐมวัย (สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ)		
ตีมนมแม่อย่างเดียว	6	5.88
ตีมนมผสมอย่างเดียว	6	5.88
ตีมนมแม่ร่วมกับนมผสม	90	88.24
สุขภาพช่องปากของเด็ก (ดูด้วยตาเปล่า)		
ไม่ผุ	78	76.46
ผุ	18	17.65
ไม่มีฟัน	6	5.89
จำนวนฟันผุ		
ฟันผุน้อยสุด	1 ซี่	3 คน
ฟันผุมากที่สุด	2 ซี่	6 คน
ผลภาวะโภชนาการของเด็ก		
1. น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
- น้ำหนักน้อย	2	1.96
- น้ำหนักค่อนข้างน้อย	3	2.94
- น้ำหนักตามเกณฑ์	93	92.14
- น้ำหนักค่อนข้างมาก	4	3.92
- น้ำหนักเกินเกณฑ์	0	0
2. ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
- เตี้ย	2	1.96
- ค่อนข้างเตี้ย	4	3.93
- ส่วนสูงตามเกณฑ์	93	91.17
- ค่อนข้างสูง	3	2.94
- ส่วนสูงเกินเกณฑ์	0	0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผลภาวะโภชนาการของเด็ก		
3. น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
- ผอม	3	2.94
- ค่อนข้างผอม	6	5.89
- สมส่วน	87	85.29
- ท้วม	2	1.96
- เริ่มอ้วน	2	1.96
- อ้วน	2	1.96
ผลการประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM โดยผู้วิจัย		
- สมวัย		
- สงสัยล่าช้า ระบุ	101	99.02
- ด้าน RLและด้าน EL	1	0.98

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในภาพรวม พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาคือ ระดับต่ำและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.4 และ 9.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่าด้านที่มี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุดคือ การจัดการตนเอง คิดเป็นร้อยละ 53.0 ด้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุดคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล คิดเป็นร้อยละ 42.2 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความรอบรู้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยรายด้านและโดยรวม

ความรอบรู้สุขภาพ	ระดับความรอบรู้			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	12(11.76)	63(61.76)	27(26.48)	3.23 (เต็ม 4)	1.08
ด้านการเข้าใจ	50(49.02)	52(50.98)	0(0.0)	0.71 (เต็ม 1)	0.36
ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ	40(39.21)	22(21.58)	40(39.21)	2.72 (เต็ม 4)	0.15
ด้านการจัดการตนเอง	54(52.94)	28(27.45)	20(19.61)	3.39 (เต็ม 4)	0.77
ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล	48(47.05)	11(10.79)	43(42.16)	2.72 (เต็ม 4)	1.34
ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม	59(57.85)	10(9.80)	33(32.35)		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการ ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value และสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05) คือ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อ (p-value < .05) ดังแสดงในตารางที่ 4-5 การใช้จ่ายประจำ ลักษณะครอบครัว และระดับความรู้

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้			รวม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไคว์ แอสควัวร์	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					2.802	0.246
ชาย	1(0.98)	0 (0.0)	3(2.94)	4(3.92)		
หญิง	48(47.05)	20(19.61)	30(29.42)	88(93.08)		
อายุ					1.909	0.385
18-59 ปี	40(39.21)	10(9.80)	35(34.31)	85(83.33)		
60 ปีขึ้นไป	8(7.84)	0(0.00)	9(8.82)	17(16.67)		
สถานภาพสมรส					4.399	0.355
สมรส/อยู่ด้วยกัน	39(38.23)	9(8.82)	37(36.27)	85(83.33)		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7(6.86)	2(1.96)	2(1.96)	11(10.78)		
โสด	2(1.96)	0(0.0)	4(3.92)	6(5.88)		
ระดับการศึกษา					26.783	0.003*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0(0.0)	2(1.96)	1(.98)	3(2.94)		
ประถมศึกษา	33(32.35)	2(1.96)	7(6.86)	42(41.17)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	10(9.80)	1(.98)	7(6.86)	18(17.65)		
มัธยมศึกษาตอน/ปวช.	8(7.84)	1(.98)	7(6.86)	16(15.68)		
อนุปริญญา/ปวส.	4(3.92)	2(1.96)	3(2.94)	9(8.82)		
ปริญญาตรี	4(3.92)	2(1.96)	8(7.84)	14(13.72)		
อาชีพ					37.324	0.000*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	2(1.96)	5(4.90)	9(8.82)	16(15.68)		
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	13(12.74)	2(1.96)	14(13.72)	29(28.43)		
รับจ้างทั่วไป	28(27.45)	1(0.98)	7(6.86)	36(35.29)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2(1.96)	0(0.0)	5(4.9)	7(6.86)		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3(2.94)	0(0.0)	3(2.94)	6(5.88)		
พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน	0(0.0)	4(3.92)	4(1.96)	8(7.84)		

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้			รวม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไควร์ สแควร์	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำ					42.531	0.000*
เพียงพอ	45(44.11)	1(0.98)	11(10.78)	57(55.88)		
เพียงพอและเหลือเก็บ	0(0.0)	2(1.96)	1(0.98)	3(2.94)		
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	11(10.78)	4(3.92)	15(14.70)	30(29.41)		
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	1(.98)	3(2.94)	8(7.84)	12(11.76)		
ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก					11.274	0.24
บิดา	0(0.0)	0(0.0)	3(2.94)	3(2.94)		
มารดา	24(25.49)	8(7.84)	20(19.61)	54(52.94)		
ปู่ย่า/ตายาย	28(27.45)	2(1.96)	15(14.70)	45(44.11)		
ลักษณะครอบครัว					17.150	0.009*
ครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก)	7(6.86)	2(1.96)	6(5.88)	15(14.70)		
ครอบครัวสามรุ่น(พ่อแม่ ลูก และปู่ย่า/ตายาย)	56(54.90)	7(6.86)	15(14.70)	70(68.62)		
ครอบครัวข้ามรุ่น (ปู่ย่า/ตายายเป็นเลี้ยงดูหลัก)	2(1.96)	1(0.98)	10(9.8)	14(12.74)		
ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (แม่หรือพ่ออยู่กับลูก)	2(1.96)	0(0.0)	1(.98)	3(2.94)		

*แสดงนัยทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย	ระดับความรู้			รวม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไควร์ สแควร์	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ภาวะโภชนาการ					25.681	0.004*
ผอม	0(0.0)	1(0.98)	1(0.98)	2(1.96)		
ค่อนข้างผอม	0(0.0)	0(0.0)	4(3.92)	4(3.92)		
สมส่วน	62(60.78)	7(6.86)	21(20.59)	90(88.23)		

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความรู้			รวม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไคว์ สแควร์	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทั่ว	0(0.0)	0(0.0)	2(1.96)	2(1.96)		
เริ่มอ้วน	0(0.0)	0(0.0)	2(1.96)	2(1.96)		
อ้วน	0(0.0)	1(0.98)	1(0.98)	2(1.96)		
สุขภาพฟัน					12.290	0.015*
ไม่ผุ	52(50.96)	8(7.85)	19(17.65)	79(76.46)		
ผุ	9(8.83)	2(1.96)	7(6.86)	18(17.65)		
ไม่มีฟัน	6(5.88)	0(0.0)	0(0.0)	6(5.88)		
พัฒนาการ					1.989	0.37
สมวัย	58(56.87)	10(9.8)	33(32.35)	101(99.02)		
สงสัยล่าช้า	0(0.0)	0(0.0)	1(0.98)	1(0.98)		

*แสดงนัยทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

วิจารณ์และสรุป

ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของเขตบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่พันธ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 57.85 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ คำสงค์ ชินมาตร⁹ ที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนมาก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 และ การศึกษาของ กันยา โพธิ์ปีติ¹⁰ พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ร้อยละ 88.6 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากหน่วยงานที่ให้คำแนะนำ แนวทางการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ คือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล (รพศ./ รพท./ รพช./ รพสต.) คิดเป็นร้อยละ 89.21 มีช่องทางการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ คือ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) คิดเป็นร้อยละ 85.29 และจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 84.31 ไปรับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic) เป็นส่วนใหญ่ คือ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 90.19

และการเข้ารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (well Child Clinic) ด้วยเรื่องการพาเด็กมารับวัคซีนเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 97.05 เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยรายด้านพบว่า ด้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุดคือ การจัดการตนเอง คิดเป็นร้อยละ 52.94 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ คำสงค์ ชินมาตร⁹ ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาเด็กปฐมวัย) ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3 อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจากสถานบริการและมีช่องทางการได้รับความรู้ใกล้ชิดทำให้มีความมั่นใจในการจัดการตนเองในการเลี้ยงดูเด็กที่ดี การวิจัยครั้งนี้พบความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด (การสื่อสารระหว่างบุคคลระดับไม่ดีพอ) คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล คิดเป็นร้อยละ 42.16 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คำสงค์ ชินมาตร⁹ ที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนมาก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารต่อข้อมูลในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 58.2 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 23.6 อธิบายได้ว่าอาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน คือ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 28.44 และ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.29 เวลาส่วนใหญ่จึงอยู่นอกบ้าน ทำให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูเด็กกับบุคคลอื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนน้อย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) คือ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำ และลักษณะครอบครัว พบในรายงานวิจัยของคำสงค์ ชินมาตร⁹ และ กันยา โพธิ์ปิติ¹⁰ ที่พบความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก กับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก และลักษณะเขตที่อยู่อาศัยทั้งหมด ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ เพศ อายุ และความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถศึกษาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กด้วยตนเอง ประกอบกับการประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน และรับจ้างทั่วไป ที่ไม่ต้องเดินทางไกลไปต่างจังหวัด ตลอดจนการมีความเพียงพอของรายได้ต่อการใช้จ่ายประจำ และลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวสามวัยที่สามารถพึ่งพากันระหว่างเด็กปฐมวัย บิดามารดา และปู่ย่าตายาย จึงทำให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความเครียดน้อย การมีความเครียดน้อยทำให้การรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ เสาวภา ดงหงส์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์¹¹ ที่พบความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีระดับความเครียดในระดับสูงส่งผลต่อความสนใจในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพลดลง แต่จะสนใจความเป็นอยู่และสนใจแก้ปัญหาความเครียดของตนเองมากกว่าสอดคล้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-1.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2562). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

กับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศเกี่ยวกับระดับความเครียดส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต¹²

ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กันยา โพธิ์ปิติ¹⁰ แต่ต่างจากงานวิจัยของ คำสงค์ ชินมาตร⁹ ที่ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ดี มักจะดูแลเลี้ยงดูเด็กให้มีส่วนสูงและรูปร่างสมส่วน อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) จะเห็นว่าพัฒนาการของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่สมวัย ร้อยละ 99.02

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้พบความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมากที่สุด (การสื่อสารระหว่างบุคคลระดับไม่ดีพอ) คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล จึงควรศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อค้นหาปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล
2. การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากหน่วยงานที่ให้คำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่คือ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาลและมีช่องทางได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กเป็นส่วนใหญ่ คือ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรใช้ช่องทางดังกล่าวข้างต้นในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ใหม่ๆ ในเรื่อง การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้ดูแลเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณครอบครัวเด็กปฐมวัยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของเขตรับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่พันธ์ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

3. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย.
ว. สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2559;46(3):205–10.
4. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย [อินเทอร์เน็ต.] [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hp.anamai.moph.go.th/th/thai-early-childhooddevelopmentdata/download/?did=221556&id=127831&reload=>
5. ริโสภัญ ทองไทย, สุพัตรา บุญเจียม, ปิยะ ปุริโส, นิตยา ศรีमानนท์, ลัดดา ตีอันกอง. ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46(1):105–115.
6. Ju Young Lee. Maternal Health Literacy among Low-Income Mothers with Infants. Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of the University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy; 2016.
7. Scott BI, Taylor EH, Valerie LF. Maternal Literacy, Facility Birth, and Education Are Positively Associated with Better Infant and Young Child Feeding Practices and Nutritional Status among Ugandan Children. J Nutr 2015;145:2578–2586.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
9. คำสงค์ ชินมาตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการ และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก. ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567;17(2):140–153.
10. กัญญา โพธิ์ปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. ว. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;15(1):28–50.
11. เสาวภา ดงหงส์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี. ว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564;29(2):13–23.
12. Nakamura-Taira N, Izawa S, & Yamada KC. Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. Psychiatry research 2018;262:221–228.

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

อาทิตยา วงศาพาน พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แบ่ง 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 84 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะรอคอยการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ Median = 11.59 นาที ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ Median = 56 นาที ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่า Median = 9 นาที ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ Median = 33 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังรักษาพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติก่อนการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ± 1.73 หลังการรักษาลดลงเท่ากับ 2.98 ± 1.11 กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนรักษา เท่ากับ 4.77 ± 1.30 หลังการรักษาลดลงเท่ากับ 2.33 ± 1.43 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวดลดลงหลังการรักษา และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่ากับ 25.1 ± 4.8 คะแนนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ± 3.9 ความพึงพอใจของพยาบาล มีความพึงพอใจระดับมาก และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมาก $\text{mean} \pm \text{S.D.} = 38.3 \pm 6.6$

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

รับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2568. รับผิดชอบบทความ: 23 เมษายน 2568

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pain Management in Trauma Patients At Emergency Department, Sakon Nakhon Hospital

Atiya Wongsapan M.N.S.*

Abstract

This developmental research aimed to develop a nursing practice guideline for pain management in trauma patients at the Emergency Department of Sakon Nakhon Hospital using the RAT Model framework. The sample consisted of trauma patients divided into two groups: an intervention group (n = 84) who received care according to the developed guideline and a control group (n = 84) who received standard care. The research instrument was a nursing practice guideline for pain management developed by the researcher, implemented by 30 professional nurses.

The results showed that the waiting time for pharmacological pain management in the intervention group (Median = 11.59 minutes) was significantly shorter than in the control group (Median = 56 minutes). For non-pharmacological pain management, the intervention group also demonstrated significantly reduced waiting times (Median = 9 minutes) compared to the control group (Median = 33 minutes). Regarding pain scores, the control group showed a reduction from pre-treatment (Mean = 4.11 ± 1.73) to post-treatment (Mean = 2.98 ± 1.11), while the intervention group demonstrated a reduction from pre-treatment (Mean = 4.77 ± 1.30) to post-treatment (Mean = 2.33 ± 1.43). Both groups experienced statistically significant reductions in pain scores following treatment. Patient satisfaction was higher in the intervention group (Mean = 25.1 ± 4.8) compared to the control group (Mean = 24.6 ± 3.9). Nurse satisfaction with the guideline was high, and the feasibility of implementing the guideline was also rated high (Mean \pm S.D. = 38.3 ± 6.6).

Keywords: Trauma Patients, Nursing Practice Guideline for Pain Management

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province

Received: February 17, 2025, Revised: March 20, 2025, Accepted: April 23, 2025

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เมื่อมีการบาดเจ็บและเกี่ยวข้องกับการทำลายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริง หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ¹ และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกว่าปวดและจะคงอยู่ตราบที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด ผู้ที่มีความปวดเท่านั้นจึงจะรับรู้ว่ามีปวดมากน้อยเพียงใดและมีลักษณะอย่างไร² และมีอาการปวดเสมอไม่มากก็น้อยตลอดการรักษา³ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่มีรูปแบบการบริการที่ชัดเจน โดยให้บริการผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บและฉุกเฉิน มีภาวะคุกคามชีวิตให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตและลดภาวะคุกคามต่อชีวิต ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านเวลา อีกทั้งยังต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยจำนวนมาก⁴ จากลักษณะงานดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่มักจะถูกกละเลยเรื่องการจัดการความปวดหรือไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ได้รับการจัดการความปวดมีเพียง ร้อยละ 30 และพบว่าร้อยละ 30 ได้รับยานาน และอาจนานถึง 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บาดเจ็บที่มีความปวดมากเท่านั้นที่จะได้รับการจัดการความปวด⁵ ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่มักจะมีอาการช็อก การฉีกขาดของเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ การแตกหักของกระดูกและการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ลักษณะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) พบได้บ่อย โดยพบร้อยละ 60–70 เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น มีระยะเวลาความปวดที่จำกัด สาเหตุความปวดส่วนใหญ่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ ความรุนแรงของความปวดจะสัมพันธ์กับตำแหน่งที่ปวด ชนิดและระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ⁶ อีกทั้งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS) ที่มากกว่า 15 คะแนนจะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและความปวดจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นในขณะที่ชะล้างทำความสะอาดบาดแผล เย็บแผล โดยเฉพาะแผลอุบัติเหตุ (Traumatic wound) ซึ่งเป็นผลที่ไม่สะอาด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องชำระล้างบาดแผลเพื่อลดการติดเชื้อ การทำกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น การชะล้างทำความสะอาดแผลแม้จะเป็นการรักษา แต่ก็เกิดสาเหตุร่วมทำให้เกิดความปวด ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความ

ร่วมมือในการล้างแผลทำให้แผลติดเชื้อตามมาภายหลัง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น กล่าวได้ว่าการจัดการความปวดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยพบความล่าช้าในการจัดการความปวดให้กับผู้ใช้บริการ⁷ พยาบาลร้อยละ 90 มีการประเมินระดับความปวดได้ต่ำกว่าการรายงานจริงของผู้ใช้บริการ⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉินของประเทศไทย พบว่ามีการประเมินความปวดก่อนและหลังการให้กิจกรรมเพื่อบรรเทาปวด เพียงร้อยละ 34.80 และ 16 ตามลำดับ⁹ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดและมีการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวด

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้รับบริการในปีพ.ศ. 2563–2565 จำนวน 8,820 6,692 และ 6,277 คน ตามลำดับ¹⁰ ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บคิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 30–50 จะมีความปวดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บจะมีอาการปวดตลอดเวลา ทั้งในขณะที่พักและขณะที่มีการเคลื่อนไหว ด้วยลักษณะของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะมุ่งสนใจเพื่อแก้ไขสาเหตุการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิตเป็นสำคัญ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาบรรเทาปวดยาระงับสงบจะไปปิดบังอาการ จึงนับเป็นข้อจำกัด ยากต่อการประเมินและการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้บาดเจ็บถูกกละเลยในการจัดการความปวดและได้รับยาระงับความปวดที่ไม่เพียงพอ¹¹ ความปวดเปรียบเหมือนหนูที่วิ่งอยู่ในบ้านเวลากลางคืน พอเวลากลางวันกลับซ่อนตัวเงียบๆ เปรียบเช่นเดียวกับความปวดแนวคิดศึกษาความปวดขั้นพื้นฐานโดยใช้ RAT Model¹² (R: Recognize, A: Assess, T: Treat) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่เข้าใจง่ายและมีประโยชน์ในการศึกษาความปวดและจัดการความปวดได้อย่างครอบคลุมช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความปวด การประเมินและการจัดการความปวด ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดมีการจัดการความปวดที่เหมาะสมช่วยเป็นแนวทางตัดสินใจ การดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความ

ปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยกรอบแนวคิด RAT Model งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร มีองค์ประกอบอย่างไร
2. ผลการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยกรอบแนวคิด RAT Model ไปใช้ในงานเป็นอย่างไร
3. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้และ

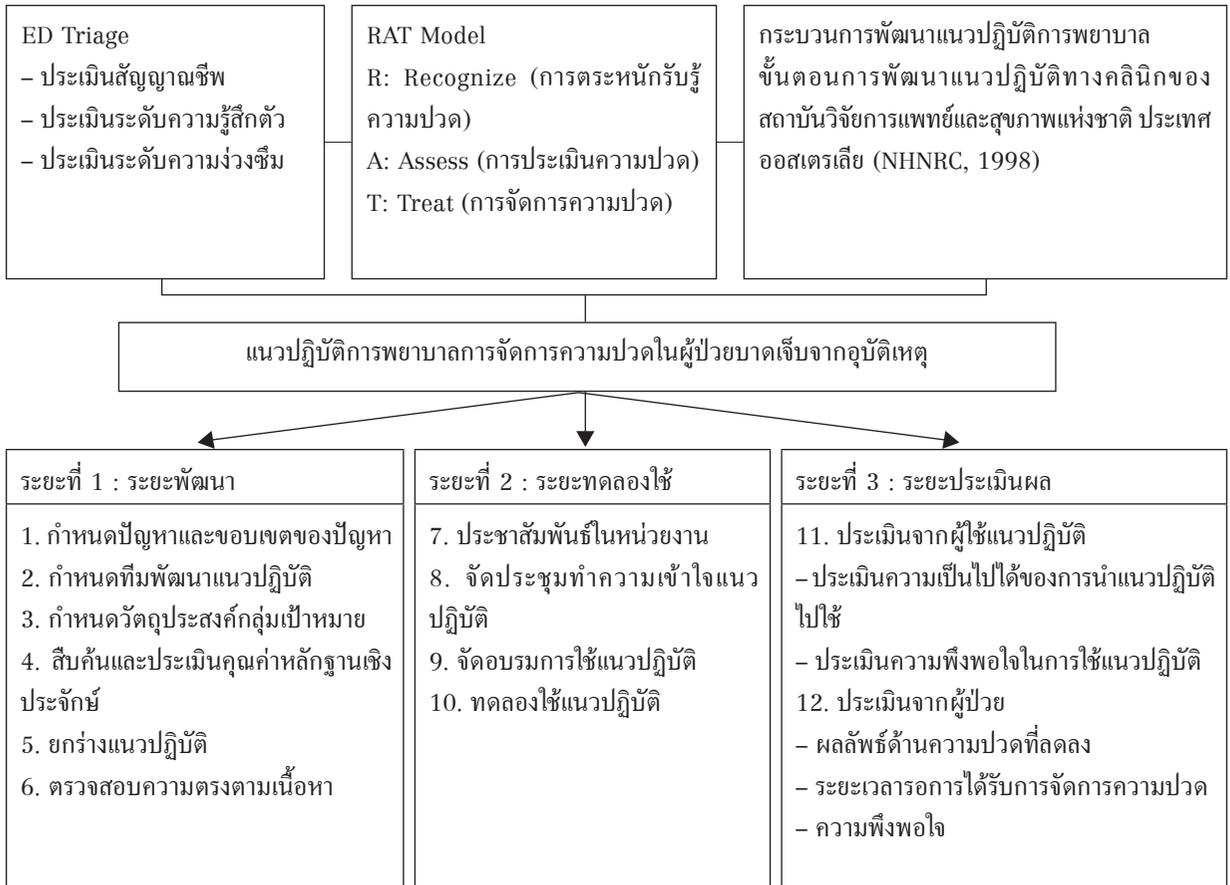
ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับใด

4. ระยะรอยคอยการได้รับการจัดการความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันหรือไม่
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model (ดัดแปลงขั้นตอนจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ สถาบันวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย)

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
 การศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการ

วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์
 โรงพยาบาลสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKNH REC No. 025/2566 ลงวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งผู้วิจัย
 ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์
 และขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความ

ร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สามารถเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาเอง ญาติพามา มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาเอง ญาติพามา มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 84 คน และกลุ่มที่ได้รับได้รับการดูแลตามมาตรฐานการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินการดูแลตามมาตรฐานที่เหมาะสม ตามดุลยพินิจของแพทย์ จำนวน 84 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

การคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Testing two independent means) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าในการคำนวณดังนี้ การทดสอบสมมติฐาน เป็นแบบ 2 ทาง (Two-tails hypothesis) ค่า effect size ขนาดกลาง = 0.50 ค่า alpha = 0.05 (Type I error) ค่า power = 80% (Beta = 20%, Type II error) สัดส่วนของ 2 กลุ่ม = 1 (Ratio n2/n1) โดยคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มารับบริการตามปกติจำนวน 64 คน และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 64 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มละ 64 คน มีจำนวน 2 กลุ่ม เท่ากับ 128 คน

ครั้งนี้ได้เพิ่มอัตราการสูญหาย ร้อยละ 30 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 84 คน รวม 2 กลุ่ม เท่ากับ 168 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้บาดเจ็บเจ็บจากอุบัติเหตุ จากสาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ ที่มีค่าคะแนนความรุนแรง การบาดเจ็บน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (ISS \leq 15) หมายถึง ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีระดับเล็กน้อยถึง ความรุนแรงการบาดเจ็บระดับปานกลาง คำนวณค่าคะแนนจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ IS online กระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้บาดเจ็บ ที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาเอง ญาติพามา มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่ยังไม่ได้รับการจัดการความปวดมาก่อน ซึ่งก่อนส่งต่อผู้ป่วยอาจไม่มีความปวดจึงไม่มีการจัดการความปวดใดๆ มาก่อน แต่เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉินมีความปวดเกิดขึ้น

3. มีความปวดชนิดเฉียบพลันขณะมารับบริการและรอจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินความปวดจากการวัดค่าความปวดแบบ Numerical Rating Scale: NRS มีค่าคะแนนความปวดตั้งแต่ 1 ขึ้นไป

4. มีการรับรู้บุคคล วัน เวลา และสถานที่ปกติ (คะแนนความรู้สึกตัววัดด้วย Glasgow Coma Score: GCS = 15 คะแนน) และสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง

5. เพศชาย และ เพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยซ้ำคนเดิมที่เข้ามาใช้บริการ
2. เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากสถานบริการอื่นที่ได้รับการจัดการความปวดมาแล้ว

3. เป็นผู้ป่วยที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนที่แพทย์มีดุลยพินิจว่ามีข้อห้ามในการให้ยาลดปวดที่มีผลต่อการประเมินระดับความรู้สึกตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model ประกอบด้วย 1) ED Triage ประเมิน

สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความง่วงซึม 2) R: Recognize การตระหนักรู้ความปวด 3) A: Assess การประเมินความปวด 4) T: Treat การรักษา 5) การจัดการความปวด 6) การติดตามอาการ การประเมินผล และการบันทึกทางการพยาบาล 7) การรายงานแพทย์

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ปรับข้อความตามข้อเสนอนี้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบประเมินความพึงพอใจ สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ความพึงพอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน ความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินความพึงพอใจ สำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ความพึงพอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน ความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 1

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ สำหรับพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ แบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนความเป็นไปได้น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ความเป็นไปได้น้อย เท่ากับ 2 คะแนน ความเป็นไปได้ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ความเป็นไปได้มาก เท่ากับ 4 คะแนน ความเป็นไปได้มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ปรับข้อความตามข้อเสนอนี้จากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 1 แปรผลจากผลรวมคะแนน 1-30 พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติ

การพยาบาลไปใช้ ความเป็นไปได้มีน้อย ส่วนผลรวมค่าคะแนน 31-60 คะแนน แปรผลพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มีความเป็นไปได้มาก

4. มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข Numerical Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือวัดระดับความปวด ที่ใช้กันแพร่หลาย ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลายทั่วโลก ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงอีก

5. แบบประเมินความรู้สึกตัว Glasgow Coma Score (GCS) เป็นระบบประเมินแบบคิดคะแนนทางประสาทวิทยาอย่างหนึ่ง เพื่อให้สามารถมีการบันทึกระดับความรู้สึกตัว เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจนเป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย จึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงอีก

6. แบบประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation Score) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาจัดการความปวดกลุ่ม Strong Opioids เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจนเป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย จึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงอีก

7. แบบบันทึกทางการพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยได้นำแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร (FR-MRIPD-D12-3400-000) มาใช้ในการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและบันทึกการพยาบาล โดยเพิ่มรายละเอียดในช่องอื่นๆ ของแบบบันทึก เป็นการบันทึก Sedation Score

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยกรอบแนวคิด RAT Model ประกอบด้วย R: Recognize (การตระหนักรู้ความปวด) A: Assess (การประเมินความปวด) T: Treat (การจัดการความปวด) ดัดแปลงขั้นตอนจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹³ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาล มี 4 ขั้นตอน และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มี 2 ขั้นตอน การดำเนินการในแต่ละขั้นตอน

มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยการทบทวนสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) พบปัญหาในการจัดการความปวดที่ล่าช้าและไม่ครอบคลุมเนื่องจากลักษณะงานของห้องฉุกเฉินที่มุ่งแก้ไขสาเหตุการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิตเป็นสำคัญ และความเข้าใจที่ว่าทำให้ยาบรรเทาปวดอาจปิดบังอาการสำคัญ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ วางแผนร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน ในการกำหนดทีมพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ที่ได้รับการอบรมเรื่องความปวดและการจัดการความปวดที่โรงพยาบาลได้ จัดขึ้นเพื่อเป็นแกนนำพัฒนาการจัดการความปวดในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์หลัก (Primary Outcome) คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ เวลาการจัดการความปวด คะแนนความปวดที่ลดลงหลังการจัดการความปวด และความพึงพอใจในการจัดการความปวด ผลลัพธ์รอง (Secondary Outcome) คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ทีมพัฒนาได้ทำการสืบค้นและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Database และ ThaiLis โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น เช่น “pain management”, “trauma patient”, “emergency department”, “nursing practice guideline” และ “RAT Model” รวมทั้งศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น แนวปฏิบัติของ American Pain Society, Emergency Nurses Association และ World Health Organization แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการ

จัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติร่างแนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวด และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ นำไปทดลองใช้และประเมินผลในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 8 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทั้งหมด 30 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ และขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมง โดยจัดประชุม 2 รอบเพื่อให้ครอบคลุมพยาบาลทั้ง 3 ผลัด

ขั้นตอนที่ 9 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการใช้แนวปฏิบัติ มีการฝึกปฏิบัติการประเมินและจัดการความปวดในสถานการณ์จำลอง รวมระยะเวลาอบรม 6 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 10 นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 84 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ จำนวน 84 คน โดยมีการเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยการจัดการความปวด คะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย ระยะเวลาในการทดลองใช้ 3 เดือน มีทีมพัฒนาทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ขั้นตอนที่ 11 ประเมินจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนว

ปฏิบัติไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 12 ประเมินจากผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีขั้นตอน คือ สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่มีต่อการจัดการความปวด ดังที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอน ที่ 11 สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับ ISS ระดับความรู้สึกตัว ค่าคะแนนความง่วงซึม ค่าคะแนน ความปวด ใช้การบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์

1.2 ความพึงพอใจผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน

2. กลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2.1 ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจก่อนและหลังของกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ สถิติ วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

3. ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ

3.1 ผลลัพธ์การจัดการความปวด ใช้สถิติบรรยาย ด้วยจำนวน ร้อยละ และระยะเวลารอคอยการได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (นาที) ใช้การบรรยาย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อน

และหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติที่ paired t-test เนื่องจากตรวจสอบแล้วว่าการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ กับกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากตรวจสอบแล้วว่าการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ

3.4 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของแบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ใช้การจัดกลุ่มค่าและแจกแจงความถี่

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสกลนคร ตามกรอบแนวคิด RAT Model งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 1) ED Triage การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และระดับความง่วงซึม 2) R: Recognize การตระหนักรู้ความปวด 3) A: Assess การประเมินความปวด 4) T: Treat การรักษา 5) การจัดการความปวด 6) การติดตามอาการ การประเมินผล และการบันทึกทางการแพทย์ 7) การรายงานแพทย์

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ เป็นเพศชาย 50 คน (ร้อยละ 59.5) เพศหญิง 34 (ร้อยละ 40.5) อายุเฉลี่ย mean \pm S.D. เท่ากับ 38.9 ± 15.5 คะแนน ISS มีค่า mean \pm S.D. เท่ากับ 10.3 ± 2 คะแนน

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปและความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ข้อมูล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	51	60.7	50	59.5
หญิง	33	39.3	34	40.5
อายุ (ปี), mean \pm S.D.	37.2 \pm 17.4		38.9 \pm 15.5	
ISS, mean \pm S.D.	10.8 \pm 1.8		10.3 \pm 2.0	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปและความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	64	76.2	47	56
คู่	20	23.8	37	44
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	14	16.7	20	23.8
มัธยมศึกษา	30	35.7	27	32.1
ปริญญาตรี	40	47.6	37	44
Admit				
ไม่ใช้	76	90.5	63	75
ใช้	8	9.5	21	25
ความพึงพอใจ (คะแนน), mean \pm S.D.	24.6 \pm 3.9		25.1 \pm 4.8	

2.2. ระยะรอคอยการได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยาเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.29, 15.30) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 56 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 33, 67.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

2.3. ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.59, 14) ซึ่งน้อยกว่า

กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 33 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 18.59, 62.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

2.4. ระยะเวลารอคอยทั้งหมดพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 52.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 39, 75) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 67.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 46.59, 107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.019) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระยะเวลารอคอยการได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N = 168)

ข้อมูล	n	Median	IQR†	P-value
ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบใช้ยา (นาที)				< 0.001*
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	40	56.00	33, 67.59	
กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ	29	11.59	5.29, 15.30	
ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (นาที)				< 0.001*
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	23	33	18.59, 62.59	
กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ	64	9	5.59, 14	
ระยะเวลารอคอยทั้งหมด (นาที)				0.019*
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	84	67.59	46.59, 107	
กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ	84	52.59	39, 75	

*ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

†IQR = Interquartile Range (พิสัยระหว่างควอไทล์)

2.5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังรักษา เท่ากับ 2.98 ± 1.11 ซึ่งลดลงกว่าก่อนรักษาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ± 1.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังรักษา เท่ากับ 2.33 ± 1.43 ซึ่งลดลงกว่าก่อนรักษา ค่าเฉลี่ยความปวด เท่ากับ 4.77 ± 1.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N = 168)

กลุ่มผู้ป่วย	ช่วงเวลา	n	Mean \pm SD	Mean difference	95% CI	p-value
กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนการรักษา	84	4.11 ± 1.73	1.13	0.84, 1.42	< 0.001*
	หลังการรักษา	84	2.98 ± 1.11			
กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนการรักษา	84	4.77 ± 1.30	2.44	2.07, 2.81	< 0.001*
	หลังการรักษา	84	2.33 ± 1.43			

*ทดสอบด้วย Paired t-test, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 19.5 ± 2.2 คะแนน และหลังใช้มีคะแนนเฉลี่ย 19.5 ± 1.9 คะแนน ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังในทางสถิติ (P-value =

0.810) มีความพึงพอใจระดับมาก ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้, mean \pm S.D. = 38.3 ± 6.6 มีความเป็นไปได้มาก ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีความเป็นไปได้มาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจก่อนหลังของกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	13.3
หญิง	26	86.7
อายุ (ปี), mean \pm S.D.	30.7 \pm 7.3	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	30	100
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน		
2-5 ปี	14	46.7
5-10 ปี	9	30
มากกว่า 10 ปี	7	23.3
ประสบการณ์ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและการจัดการความปลอดภัย		
เคย	24	80
ไม่เคย	6	20
ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาล		
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ, mean \pm S.D.	19.5 \pm 2.2	
หลังใช้แนวปฏิบัติ, mean \pm S.D.	19.5 \pm 1.9	
ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้, mean \pm S.D.		
เป็นไปได้น้อย (1-30 คะแนน)	4	13.3
เป็นไปได้มาก (31-60 คะแนน)	26	86.7

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model ได้แสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจนในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีแนวปฏิบัติที่เป็นระบบในการจัดการความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการได้รับการจัดการความปลอดภัยได้รับการจัดการความปลอดภัยทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติพบว่า ระยะเวลาการรอดชีวิตจากการจัดการความปลอดภัยแบบใช้ยาของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.29, 15.30) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่ม

ที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 56 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 33, 67.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ระยะเวลาการรอดชีวิตจากการจัดการความปลอดภัยแบบไม่ใช้ยาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.59, 14) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 33 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 18.59, 62.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ระยะเวลาการรอดชีวิตทั้งหมด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 52.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 39, 75) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 67.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 46.59, 107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.019) ค่าเฉลี่ยคะแนนความปลอดภัยก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ใช้

และไม่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการรักษา เท่ากับ 2.98 ± 1.11 ซึ่งลดลงกว่าก่อนการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.11 ± 1.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการรักษา เท่ากับ 2.33 ± 1.43 ซึ่งลดลงกว่าก่อนการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.77 ± 1.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการจัดการความปวดโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model ที่นำมาใช้ในการประเมินและจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะทำให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดได้อย่างครอบคลุม เมื่อมีขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนทำให้การจัดการความปวดรวดเร็วขึ้นทำให้ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดลดลง ความพึงพอใจกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.1 ± 4.8 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ± 3.9 แต่ไม่พบความแตกต่างในทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.538$) ให้ความเห็นว่ามีความพึงพอใจระดับมาก อธิบายได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจในการดูแลการจัดการความปวดที่ห้องฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการรอคอยจะมีความแตกต่างกัน ส่วนความเป็นไปได้มากในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อาจเนื่องมาจาก แนวปฏิบัติมีรายละเอียด ขั้นตอน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีความชัดเจน ทำให้พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้มีความพึงพอใจระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดจะส่งผลให้ความปวด

ลดลง และผู้ใช้บริการพึงพอใจ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความสนใจและนำแนวปฏิบัติมาเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่การคัดแยกและคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน (ED Triage) การประเมินและการจัดการความปวดด้วยกรอบแนวคิดแนวคิด RAT Model ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้โดยอิสระและสามารถเรียนรู้ฝึกฝนได้โดยง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล หรือได้รับการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วขึ้น

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ควรส่งเสริม สนับสนุน ในการเพิ่มพูนสมรรถนะในการจัดการความปวดทั้งโรงพยาบาล ต่อยอดการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยในและควรมีพยาบาลผู้จัดการความปวดในหน่วยงาน และครอบคลุมถึงคลินิกการจัดการความปวดในโรงพยาบาล

3. ด้านวิจัย ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the study of Pain [IASP]; 1980.
2. Abebe Dilie Afenigus. Evaluating pain in non-verbal critical care patients: a narrative review of the critical care pain observation tool and its clinical application. *Front Pain Res (Lausanne)* 2024;15(5):1481085.
3. Lewis K, Balas MC, Stollings JL, McNett M, Girard TD, Chanques G, et al. A Focus Update to the Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med* 2025; 53(3):e711–e727.
4. Pande RK. Behavioral Pain Assessment Tool: Yet Another Attempt to Measure Pain in sedated and Ventilated Patients. *Critical Care Medicine* 2020;(8):617–618.
5. Joseph R, Tomanec A, McLaughlin T, Guardida J. A prospective study to compare serial

- changes in pain scores for patients with and without a history of frequent ED utilization. *Heliyon* 2021;7(6):e07216.
6. Haske D, Böttiger BW, Bouillon B, Fischer M, Gaier G, Gliwitzky B, et al. Analgesia in Patients with Trauma in Emergency Medicine. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(46):785–792.
 7. Zanden JED, Wagenaar S, Ter Maaten JM, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. Pain scores, desire for pain treatment and effect on pain satisfaction in the emergency department: a prospective observation Study. *BMC Emerg Med* 2018;18(1):40.
 8. Hangaard MH, Malling B, Mogensen CB. High inter-observer agreement of observer-perceived pain assessment in the emergency department. *BMC Emerg Med* 2018;18(1):8.
 9. Ahmadi S, Vojdani P, MortezaBagi HR. The study of nurses knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency department. *BMC Emerg Med* 2023;23(1):26.
 10. โรงพยาบาลสกลนคร. โปรแกรมบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปีพ.ศ.2563–2566. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
 11. ขนิษฐา แซ่มไร่, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, และ วงจันทร์ เพชรพิเศษเชียร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.
 12. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in Low and Middle Income Countries. *BJA Education* 2018;18(9):265–270.
 13. National Health and Medicine Research Council [NHMRC]. A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines 1998 [Internet]. 1998 [Cited 2010 Mar 16]. Available From: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>
 14. สะอาด กองทุ่งมน. การพัฒนาและการประเมินคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. ว. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;1(3): 191–203.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน จากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี

สยามรัฐ จุงไทย พยม.*

พูลศิลป์ คำอ้น พยบ.**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุม การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาอุบัติการณ์จากเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติ ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี และแบบบันทึกข้อมูลวิจัย ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล 5 ท่าน มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่เดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มผู้ป่วยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ทั้งหมด 128 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 64 ราย กลุ่มควบคุม 64 ราย กลุ่มควบคุมใช้แนวทางมาตรฐานตามปกติ กลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยโดยสุ่มแบบเป็นระบบ ในการเลือกกลุ่มเข้าร่วมวิจัย และทำในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติ เลือกทั้งหมดจำนวน 50 ราย ตามความสมัครใจ วิเคราะห์ผลลัพธ์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi Square และ T-test ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนตามมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันของปัจจัยพื้นฐาน ในการเข้ารับการระงับความรู้สึก ผลลัพธ์หลังการระงับความรู้สึก พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.14) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวัดความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัติจำนวน 50 ราย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, S.D. = 0.52) ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, S.D. = 0.52) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยสามารถนำแนวทางปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ได้จริงเพื่อให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้การระงับความรู้สึก เพื่อเพิ่มคุณภาพในงานการพยาบาลที่มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน การระงับความรู้สึกทั่วตัว

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี

The Development of Nursing Practice for Prevention Nausea and Vomiting from Undergoing Anesthesia in Adult Patient Udonthani Hospital

Siamrat Joongthai M.N.S.*

Pulsil Khumon B.N.S.**

Abstract

This study employed a research and development design with the objective to develop and evaluate the outcomes of a comprehensive practice guideline. The study was divided into three phases: Phase 1 involved examining the incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV) from medical records over a 3-year retrospective period; Phase 2 focused on developing a nursing practice guideline; and Phase 3 evaluated the outcomes of implementing this guideline.

The research instruments included a nursing practice guideline for monitoring and preventing PONV in adults receiving general anesthesia at Udon Thani Hospital, and research data collection forms. These instruments were validated by five anesthesiologists and nurse anesthetists. The sample consisted of patients who received anesthesia at Udon Thani Hospital from June to December 2023. Participants included both patients and professional nurses. The patient sample, calculated to be 128 individuals, was divided into an experimental group (n=64) and a control group (n=64). The control group received standard care, while the experimental group was managed according to the newly developed nursing practice guideline for monitoring and preventing PONV in adults at Udon Thani Hospital. Systematic random sampling was used to select participants for the study, with the control group completed first. The professional nurse sample consisted of 50 voluntary participants who implemented the practice guideline. Data analysis included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) for patient demographics. The incidence of PONV and length of hospital stay were compared between groups using Chi-Square and t-test. Data concerning professional nurses who implemented the guideline, and their satisfaction were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research findings showed no significant differences in baseline characteristics between the experimental and control groups. Post-anesthesia outcomes revealed a statistically significant difference ($p < 0.05$) in the incidence of PONV between groups. Patient satisfaction with the service was at the highest level (mean = 4.47, S.D. = 0.14), with a statistically significant difference at $p < 0.05$. The satisfaction of the 50 nurse anesthetists who used the practice guideline was also at the highest level (mean = 4.59, S.D. = 0.52). Professional nurses' overall satisfaction with the guideline was at the highest level (mean = 4.59, S.D. = 0.52).

Keywords: Nausea and Vomiting, General Anesthesia

* Registered Nurse (Professional Level), Anesthesiology Department, Udon Thani Hospital

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Anesthesiology Department, Udon Thani Hospital

Received: February 26, 2025, Revised: April 9, 2025, Accepted: April 24, 2025

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสาขาติระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) โดยเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ (Service Plan) ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ หนึ่งในมาตรการสำคัญ คือ การจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในสาขาโรคที่เป็นภาระสำคัญของประเทศ อาทิ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง การบาดเจ็บฉุกเฉิน และการดูแลทารกแรกเกิด ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิต และส่งเสริมความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ¹ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับขีดความสามารถในการรักษาโรคที่ซับซ้อนในเขตภูมิภาคมากขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยในการผ่าตัดและการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด²

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ดูแลประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนมากถึง 8 จังหวัด จากสถิติในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา มีผู้รับบริการด้านวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้ ปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 24,323 ราย ปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 23,364 ราย และปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 25,086 ราย มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกที่หลากหลาย หนึ่งในนั้นคือ อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด จากสถิติกลุ่มงานวิสัญญี พบว่า ในระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 พบ การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด 30 – 50 ราย/ปี และในระบบผ่าตัดปกติพบภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเฉลี่ยสูงถึง 720 – 800 รายต่อปี³ โดยทั้งนี้ได้รับการแก้ไขตามแผนการรักษาของแพทย์สังเกตอาการต่อที่ห้องพักรักษาและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ทั้งหมด⁵

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึก (postoperative nausea and vomiting: PONV) เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัดโดยรวมพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 30 แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึก ได้แก่ ผู้หญิง อายุ น้อย มีประวัติเมารถเมาเรือ ไม่สูบบุหรี่ จะพบอุบัติการณ์ได้สูงถึงร้อยละ 80⁶ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ภาวะคลื่นไส้

อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึก คือ อาการคลื่นไส้ (nausea) ความรู้สึกคล้ายจะอาเจียน (retching) หรือ อาการอาเจียน (vomiting) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาหลังผ่าตัดถึง 24 ชั่วโมงภายหลังการระงับความรู้สึก การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ช้าต้องได้รับการดูแลที่ห้องพักรักษาในนานขึ้นและอาจจะต้องนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่งผลให้ไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา⁷

อุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงในผู้ใหญ่ อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient factors) ปัจจัยในระหว่างผ่าตัด (intra-operative factors) ปัจจัยด้านการระงับความรู้สึก และการระงับปวด ปัจจัยหลังผ่าตัด (postoperative factors) การแก้ไขภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด⁸ จากที่ผ่านมากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีได้มีการทบทวนแนวทางการแก้ไขอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการระงับความรู้สึก โดยยึดตามราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทย และยังไม่ได้มีการเขียนแนวทางปฏิบัติขึ้นมาเพื่อให้วิสัญญีพยาบาลใช้กระบวนการทางการพยาบาลอย่างชัดเจน ส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น การใช้แนวปฏิบัติมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดตามแนวทางเดียวกัน

จากสรุปการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการระงับความรู้สึก⁹ ในประเทศไทยพบว่าภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการระงับความรู้สึก (Post-operative Nausea and Vomiting: PONV) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว โดยมีรายงานจากหลายแหล่งในประเทศไทยระบุว่า อุบัติการณ์ของภาวะนี้อยู่ระหว่างร้อยละ 20–30 ในผู้ป่วยทั่วไป และอาจสูงถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้หญิง ผู้ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่มีประวัติเคยเกิด PONV มาก่อน⁹

การศึกษาของ พรทิภา จันทเสนา⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว มีอุบัติการณ์ PONV สูงถึงร้อยละ 45 ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์⁸ ในขณะที่ จูติมา ณะโชติ⁹ รายงานว่า การใช้ยาต้าน

อาเซียนร่วมกับการประเมินความเสี่ยงล่วงหน้าโดยใช้ Apfel Score⁹ สามารถลดอุบัติการณ์ PONV ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

การทบทวนโดย สมาคมวิสัญญีแห่งประเทศไทย แนะนำให้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการตั้งแต่ก่อนผ่าตัด โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล และเลือกใช้วิธีการระงับความรู้สึกและยาที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงการใช้ยา opioid ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงการใช้ยา dexamethasone หรือ ondansetron อย่างเหมาะสมในช่วงท้ายของการผ่าตัด¹¹

จากวรรณกรรมที่ทบทวน พบว่า การจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการระงับความรู้สึก เป็นสิ่งจำเป็นและมีประสิทธิภาพในการลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และลดระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาลในฐานะผู้วิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาลจึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานีขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีโอเร็มในการต้องการความช่วยเหลือตนเองบกพร่องบางส่วน (self-care deficit) ร่วมกับการบทบาทวิสัญญีพยาบาลในการใช้ทักษะ non-technical skill โดยให้มีการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-medication) คลินิกวิสัญญี เยี่ยม 1 วันก่อนผ่าตัด ระยะที่ 2 (Intra-operation) ดำเนินการตามแผนการเยี่ยม ระยะที่ 3 (Post - Operation) ห้องพักฟื้นไปจนถึงการตรวจเยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมง โดยการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในคุณภาพการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานี การเข้ารับการผ่าตัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดประสบการณ์ที่ดีในการเข้ารับการระงับความรู้สึกและบุคลากรทางวิสัญญีให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน

วัตถุประสงค์

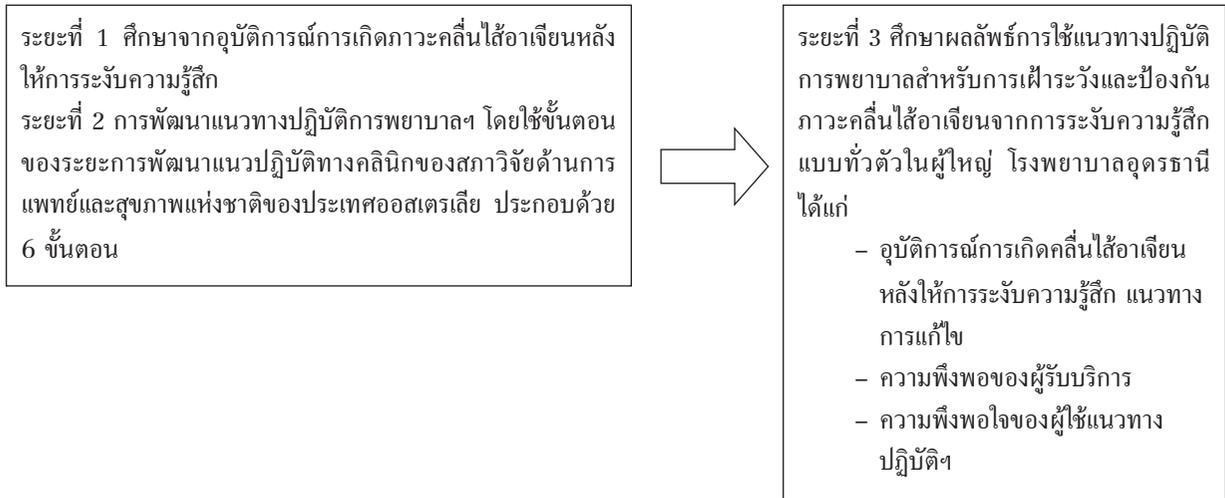
- 1) เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี
- 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการ

พยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานีได้แก่ อุตบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก แนวทางการแก้ไขการเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาและสร้างรูปแบบแนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัดในผู้ใหญ่ กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ระยะให้การระงับความรู้สึก และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก โดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีของโอเร็ม (Orem) ที่ใช้ในการดูแลกระบวนการตนเองของผู้ป่วย และกรอบแนวคิดของ Non-technical skill มาประยุกต์ใช้ โดยคงไว้ซึ่งแผนการรักษาและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน ตามแนวคิดราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวคือ ในส่วนของทฤษฎีการดูแลตนเองแบบโอเร็ม (Orem) ได้นำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนา เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ระบบทางการพยาบาล มีหน้าที่เพื่อช่วยเหลือ บุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือถูกการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ซึ่งการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะคลื่นไส้อาเจียนของจัดเป็นหนึ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและการกระทำที่คาดว่าจะผลลัพธ์ที่ไม่ดีอาจจะเกิด ต้องหาวิธีการหรือการป้องกันในทางวิสัญญีที่ใช้ในการปฏิบัติงาน คือ แนวคิดของการใช้ non-technical skill เป็นทักษะพื้นฐานของวิสัญญีพยาบาลในการป้องกันเฝ้าระวังในการคาดการณ์เหตุการณ์ที่อาจจะเกิดความไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย ดังนั้นในวิจัยนี้ผู้เขียน หมายถึง การที่วิสัญญีพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เมื่อทราบแล้วต้องหาวิธีการจัดการ โดยมีการรายงานแพทย์เพื่อประเมินและให้การรักษาโดยให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดผลลัพธ์ที่ พึงประสงค์ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดตามระยะการพัฒนางานวิจัยและพัฒนา ได้ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

ประเภทของงานวิจัย เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาโดยศึกษาจากอุบัติการณ์การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้ขั้นตอนของระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแนวปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้เผยแพร่ และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติและผู้รับบริการ โดยทำการปรับปรุง ทดลองก่อนนำไปใช้ 2 ครั้ง

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี รหัสโครงการ เลขที่ 58/ 2566 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วย ที่เข้าร่วมในระยะที่ 3 ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ค่า Effect size = 0.50 จากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง Effect size = 0.50 $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.80$ โดยใช้โปรแกรม G – Power คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 128 ราย กลุ่มทดลอง 64 ราย กลุ่มควบคุม 64 ราย¹²

กลุ่มที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลที่ใช้แนวทางปฏิบัติฯ ในระยะที่ 3 จากพยาบาลวิสัญญีพยาบาลที่ยินยอมเข้าร่วมทั้งหมดในกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล จำนวน 50 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยเลือกทั้งหมดหากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มผู้ป่วย)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

- 1) มีความยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยด้วยความสมัครใจ
- 2) ชนิดการผ่าตัด ที่ไม่ซับซ้อน มีระยะเวลาใกล้เคียงกัน
- 3) ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติได้แก่ ASA อยู่ใน Class 1 –3 ตามเกณฑ์การประเมินระดับภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยทางวิสัญญีวิทยา
- 4) อายุอยู่ในช่วง 18 – 65 ปี มีสัมปชัญญะครบบริบูรณ์
- 5) มีแผนได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia)
- 6) โรคประจำตัว มีการควบคุมโรคประจำตัวอยู่ในสภาวะคงที่ (stable)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย
- 2) ชนิดการผ่าตัด มีความซับซ้อน
- 3) ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ผิดปกติ ได้แก่ ASA อยู่ใน Class มากกว่า 3
- 4) ผลตรวจร่างกายก่อนผ่าตัดมีความผิดปกติ
- 5) โรคประจำตัว มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีพอ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยและข้อมูลการตรวจเยี่ยม Pre-Operation ประกอบด้วย เพศ อายุ เฉลี่ย ระยะเวลา ดนังอาหาร ASA Class โรคประจำตัว, ปัญหา

ก่อนผ่าตัด ความเสี่ยงการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึก

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลระหว่างการให้การระงับความรู้สึก Intra-Operation ประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วยระหว่างการระงับความรู้สึก

ตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลหลังการให้การระงับความรู้สึก อุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก แนวทางการแก้ไข

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ 5 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ 7 ข้อ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่

<p>ขั้นที่ 1 พิจารณาปัจจัยเสี่ยงก่อนการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลผู้เยี่ยมประเมินให้ความรู้ผู้ป่วย รายงานแพทย์ทราบหากมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ข้อ และแจ้งวิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัด วันที่จะผ่าตัด</p>	<p>ปัจจัยหลัก มากกว่า 2 ข้อขึ้นไป รายงานแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพศหญิง - อายุน้อยกว่า 50 ปี - ไม่สูบบุหรี่ - มีประวัติPONV หรือเมารถ หรือมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังจากการผ่าตัดครั้งที่ผ่านมา - มีแผนจะได้ยาระงับปวด Opioids <p>ปัจจัยเสริม พิจารณารายงานแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายการผ่าตัดที่อาจกระตุ้นอาการ PONV ได้แก่ การผ่าตัดดุน้ำดี การผ่าตัดสุติเนรีเวชและการผ่าตัดส่องกล้อง ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดตาขา ผ่าตัด ENT ผ่าตัดลูกอัมพา - ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 1 ชั่วโมง - การผ่าตัดที่อาจทำให้เกิดอันตราย หากเกิด PONV เช่น เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในรายที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
<p>ขั้นที่ 2 ปรับปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน กิจกรรมการพยาบาล วิสัญญีพยาบาลประจำห้องได้รับข้อมูลส่งต่อ ปรับแผนการให้การระงับความรู้สึกตามแนวทางปฏิบัติ</p>	<p>รายงานแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์อาจพิจารณาเลือกใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน - หลีกเลี่ยงการใช้ไนโตรสออกไซด์ยาดมสลบหรือยา neostigmine ขนาดสูง หรือให้ใช้ตามวิสัญญีแพทย์กำหนด - การระงับปวด ใช้วิธีการผสมผสาน (multimodal analgesia) เพื่อระงับปวดหลังผ่าตัดหรือใช้ตามวิสัญญีแพทย์กำหนด
<p>ขั้นที่ 3 ประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย</p>	<p>มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 ข้อ ยาป้องกัน PONV 2 ชนิด</p> <p>มีปัจจัยเสี่ยง > 2 ข้อ ยาป้องกัน PONV 3-4 ชนิด</p>

<p>ขั้นที่ 4 รายงานให้วิสัญญีแพทย์ พิจารณาเลือกยาสำหรับป้องกันภาวะ PONV*</p>	<p>ยาหลัก Ondansetron Dexamethasone ให้ในรายไม่มีข้อห้าม ให้ขนาดยาตามแผนการรักษา</p>	<p>ยาร่วม - Metoclopramide - Propofol - Dimenhydrinate</p>
<p>วิสัญญีแพทย์อาจจะให้ยาลด PONV ทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัดเสร็จ 30 นาที</p>		
<p>ขั้นที่ 5 ประเมินผลลัพธ์ รายงาน แพทย์หากพบอาการ PONV</p>	<p>ติดตาม PONV 1 - 24 ชั่วโมงหลังให้การระงับความรู้สึก โดยทีมเยี่ยมหลังผ่าตัดและบันทึกผลลัพธ์ ตาม PONV grading ประเมินความพึงพอใจ และบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจเยี่ยมหลังให้การระงับความรู้สึก</p>	

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยวิสัญญีแพทย์ 3 ท่าน วิสัญญีพยาบาลชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน รวม 5 ท่าน โดยทำการตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหา (Context validity) และหาค่าประเมินความดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยมีค่า CVI ของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ = 0.92 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ = 0.87 โดยสามารถคำนวณค่า Reliability แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ ได้ค่า Reliability = 0.91, 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จากแบบบันทึกข้อมูลแรกๆ ระหว่างการระงับความรู้สึก หลังระงับความรู้สึกสังเกตอาการที่ห้องพักรักษา จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังการระงับความรู้สึกโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียน หลังให้การระงับความรู้สึก จำนวนวันนอน โรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ T-test

ผลการวิจัย

1. ด้านผู้รับบริการ

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ในเรื่องของ เพศ อายุ เฉลี่ย ระยะเวลางดน้ำงดอาหาร ASA Class โรคประจำตัว, ปัญหาก่อนผ่าตัด

ความเสี่ยงการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การระงับความรู้สึก ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับการรายงานแพทย์เพื่อวางแผนได้รับยาป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน (Prophylaxis Preparation) ในกลุ่มทดลองจะมีแนวทางให้รายงานชัดเจนมากกว่า 58 ราย ร้อยละ 90.62 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 ข้อมูลระหว่างการให้การระงับความรู้สึก วิธีการให้การระงับความรู้สึก รายงานผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณเลือด Blood loss ยาและยาดมสลบที่ใช้ระหว่างการให้การระงับความรู้สึกไม่แตกต่างกัน การป้องกันการเกิดคลื่นไส้อาเจียนระหว่างการให้การระงับความรู้สึก กลุ่มทดลอง ได้มีการรายงานวิสัญญีแพทย์และยาได้รับในการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน ทุกราย มากที่สุด Ondansetron 44 ราย ร้อยละ 68.75 และได้รับยาอื่นเสริมเพิ่มเติมคือ Ondansetron + plasil (ยาเสริม) 12 ราย ร้อยละ 18.75 กลุ่มควบคุมได้รายงานวิสัญญีแพทย์ 24 ราย ไม่ได้รับยาในการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มเติม แผนการระงับปวดหลังผ่าตัด ให้ยาแก้ปวดตามสัถยแพทย์หลังผ่าตัด 59 ราย ร้อยละ 92.18 ให้ยาแก้ปวดแบบกดอัตโนมัติโดยผู้ป่วย หรือ IV PCA และ Multimodal technique 5 ราย ต่างจากกลุ่มควบคุมจะได้รับยาแก้ปวดตามสัถยแพทย์หลังผ่าตัดทั้งหมด ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลระหว่างการให้การระงับความรู้สึก

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	P - value
ชนิดวิธีการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว			
General anesthesia with Balance	59(92.18)	50(78.12)	0.20
General anesthesia with inhalation	5(7.81)	14(21.87)	
รวม	64(100)	64(100)	
ปัญหาความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการให้การระงับความรู้สึก			
Hypotension	3(4.68)	17(26.56)	0.65
Hypertension	2(3.12)	2(3.12)	
ไม่เกิด	59(92.18)	45(70.31)	
รวม	64(100)	64(100)	
ยาที่ได้รับ			
Ondansetron	44(68.75)	–	0.01*
Ondansetron + dexamethasone	8(12.5)	–	
Ondansetron + plasil (ยาเสริม)	12(18.75)	–	
รวม	64(100)	–	
แผนการระงับปวดหลังผ่าตัด			
ตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์	59(92.18)	64	0.05*
IV PCA	3(4.68)	0	
Multimodal technique	2(3.12)	0	
รวม	64(100)	64	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

1.3 ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบประกอบด้วยอุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก แนวทางการแก้ไข และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองไม่เกิด เกิดอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน 11 ราย ร้อยละ 17.18 กลุ่มควบคุม เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน 3 ราย เกิดอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน 26 ราย ร้อยละ 40.68 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน

วันนอนลดลง แต่ไม่แตกต่างกัน แนวทางแก้ไขผู้ป่วยทั้งหมด ได้รับรายงานแพทย์และให้การพยาบาลที่ห้องพักรฟื้นและหอผู้ป่วยโดยให้การรักษาตามแผนการรักษาตามอาการ และติดตามอาการอย่างเหมาะสม มีการทบทวนอุบัติการณ์และหาแนวทางลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบประกอบด้วย อุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียน หลังให้การระงับความรู้สึก จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และแนวทางแก้ไข

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 64) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P - value
อุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก				
ไม่เกิด	53(82.81)	35(54.68)	12.763	0.02*
เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน	-	3(4.68)		
เกิดอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน	11(17.18)	26(40.68)		
รวม	64(100)	64(100)		
แนวทางแก้ไข	รายงานแพทย์และให้การพยาบาลที่ห้องพักรฟื้นและหอผู้ป่วยโดยให้การรักษาตามแผนการรักษาตามอาการ			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

1.4 แสดงผลข้อมูลระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการเข้ารับการระงับความรู้สึก กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า กลุ่มทดลองข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด คือ การประเมินและการได้รับการป้องกันเบื้องต้นความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน ทำให้ท่านไม่เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับการระงับความรู้สึก คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.70 ± 0.49 การแปลผลอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนความพึงพอใจในภาพรวม 4.47 ± 0.14 อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการเข้ารับการระงับความรู้สึก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 แสดงการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน

การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน	จำนวน	ร้อยละ
ทุกครั้งที่ทำให้การระงับความรู้สึก	40	(80)
เป็นบางครั้งที่ทำให้การระงับความรู้สึก	10	(20)
นาน ๆ ครั้งที่ทำให้การระงับความรู้สึก	-	-
ไม่เคยเลย ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์/ หรือตามสถานการณ์	-	-
รวม	50	(100)

2.2 ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบตัวในผู้ใหญ่ พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการ

2. ด้านผู้ให้บริการ

2.1 ข้อมูลของบุคลากรที่ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี (n = 50) ข้อมูลทั่วไปพบว่า บุคลากรที่ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ย 40.35 ± 10.35 ปี ส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 36 ราย ร้อยละ 72 ระดับการศึกษามากที่สุดปริญญาตรี 48 ราย ร้อยละ 96 ประสบการณ์ในการทำงานวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 14.65 ± 5.35 เคยผ่านการอบรมภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึก 35 ราย ร้อยละ 70 ดังแสดงในตารางที่ 3

เฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบตัวในผู้ใหญ่ สามารถลดอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น 4.94 ± 0.36 รองลงมา การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึกอาจจะเกิดหลาย

สาเหตุปัจจัย การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ๆ ช่วยให้การพยาบาลได้อย่าง ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น 4.66 ± 0.55 และน้อยที่สุด ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกัน ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่

ข้อ	รายการ	($\bar{X} \pm S.D.$)	การแปลผล
1.	ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกัน ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี	4.50 ± 0.60	มากที่สุด
2.	แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ สามารถใช้ได้เข้าใจง่ายช่วยเตือนให้ท่านไม่ลืมให้การป้องกัน การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน	4.48 ± 0.75	มากที่สุด
3.	การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น	4.66 ± 0.55	มากที่สุด
4.	การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดี ในจาก การเข้ารับบริการการระงับความรู้สึก	4.48 ± 0.43	มากที่สุด
5.	การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ เช่น การลด อาการปวดตึงแผล การขาดสารน้ำสารอาหาร	4.56 ± 0.36	มากที่สุด
6.	การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพการพยาบาล ในหน่วยงานของท่าน ลดการร้องเรียนหลังให้การระงับความรู้สึก	4.51 ± 0.87	มากที่สุด
7.	การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ สามารถป้องกันและลดอุบัติเหตุการนอนโรง พยาบาลนานขึ้น	4.94 ± 0.36	มากที่สุด
รวม		4.59 ± 0.52	มากที่สุด

วิจารณ์และสรุป

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน จากการระงับ ความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานีและเพื่อ ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับ ความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี ได้ดังนี้

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ประกอบด้วย อุบัติการณ์ การเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก แนวทาง การแก้ไขการเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก พบว่า กลุ่มทดลอง เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การ ระงับความรู้สึก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แนวทางแก้ไขผู้ป่วยทั้งหมด ได้รับรายงานแพทย์และ ให้การพยาบาลที่ห้องพักรฟื้นและหอผู้ป่วยโดยให้การรักษา ตามแผนการรักษาตามอาการ และติดตามอาการอย่าง เหมาะสม มีการทบทวนอุบัติการณ์และหาแนวทางลดภาวะ

แทรกซ้อนดังกล่าว สอดคล้องกับ เมธาวิณ ปันธิโก 2560 การศึกษาผลของการใช้แนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลโพธาราม พบอุบัติ การณ์ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ไม่ใช้แนวทาง ป้องกัน ร้อยละ 6.32 และกลุ่มที่ใช้แนวทางป้องกัน ร้อยละ 4.52 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = 0.026$) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคือ เพศหญิง การผ่าตัดเปิดหน้าท้องผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดทาง นรีเวช ซึ่งพบมากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และสิวพร สิริมาศรังสี⁴ ประสิทธิภาพของการให้ยาตามแนวทางป้องกัน ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลปากช่องนานา พบว่า การใช้แนวทางป้องกันสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วย ที่ได้รับการระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ต้องขอ

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีที่อนุญาตเก็บ ข้อมูลและอนุมัติการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิงานวิจัย คณะกรรมการจริยธรรม ที่ให้ข้อเสนอแนะ และผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะกับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แพทย์หญิง ปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริธเนศพล

แพทย์หญิงจิระนาถ ศรีวรรณาศ ขอขอบคุณผู้ป่วย และ บุคลากรทุกท่านที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอ ขอบขอบคุณกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญี พยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานีที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล งานวิจัยสำเร็จผลทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. กรมการแพทย์. แนวทางการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence: CoE). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. สถิติกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี. สถิติการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังให้การระงับความรู้สึก. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2565.
4. ศิวพร ศิริมาศรีงสี. ประสิทธิภาพของการให้ยาตามแนวทางป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลปากช่องนานา. ชัยภูมิเวชสาร 2566;43(2):1-13.
5. อินทิรา ปากันทะและปรกรณ์ ประจัญบาน. รายงานการวิจัยอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนการจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น [อินเทอร์เน็ท]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/7826/2/Fulltext.pdf>
6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันและรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัดโรหวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. วิสัญญีเวชสาร 2564;47(4):374-379.
7. ประไพศรี สายทอง และคณะ. ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาล บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. ว. วิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2566;2(3):1-12.
8. พรทิภา จันทเสนา. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลนครพนม. ว. โรงพยาบาลนครพนม 2565;9(3):37-53.
9. จูติมา ชนะโซติ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังการผ่าตัด. วิสัญญีสาร 2557; 43(2):104 - 115.
10. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: Conclusions from cross-validation between two centers. Anesthesiology. 1999;91(3):693-700.
11. สมาคมวิสัญญีแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังการระงับความรู้สึก. ว. วิสัญญีแพทย์ไทย 2565;14(2):45-5.
12. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principal & method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
13. เมธาวิณ ปันธิโก. การศึกษาผลของการใช้แนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาล โพรธาราม. ว. เขต 4 - 5 2565;36(1):29-3.
14. ศิวพร ศิริมาศรีงสี. แนวทางการป้องกันและจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัด. ว. วิจัยการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566;38(2):45-56.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ดวงพร เวียงสีมมา พย.ม.*

สมปรารถนา ตามา ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุภาคีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ความขัดแย้งในบทบาท การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในหน่วยงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และนโยบายการบริหาร ที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 236 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และแบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 0.89 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ 0.90, 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1) ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ 26.40 คะแนน ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 1.50) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ 10.81 คะแนน ($\bar{X} = 2.70$, S.D. = 1.58) ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ 14.03 คะแนน ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.57) โดยมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ 51.24 คะแนน ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 1.23)

2) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และปริมาณงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 27.2 ($R^2 = 0.272$, $p \leq 0.05$)

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

Factors Influencing Burnout of Professional Nurses in the Operating Room at Center Hospitals in the Northeast

Duangporn Wiangsimma M.S.N.*

Somprathana Dapha Ph.D.**

Abstract

This predictive research aimed to study the burnout level of professional nurses in the operating room at center hospitals in the Northeast and to study the influence of personal factors consisting of age, gender, education, marital status, and operating room experience, and working environment factors, namely workload, job responsibilities, role conflict, social support, organization relationships, compensation and welfare, which influence the burnout of professional nurses in the operating room at center hospitals in the Northeast. The sample group was 236 professional nurses in the operating room at center hospitals in the Northeast. The research instruments included a personal data questionnaire, a work environment factor questionnaire and a burnout measurement questionnaire. The questionnaires of work environment factors and the Maslach Burnout inventory were approved for content validity by 5 experts. The content validity index was 0.87 and 0.89, respectively. The reliability test revealed that Cronbach's Alpha Coefficients were 0.90 and 0.92, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics. Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The findings were as follows:

1) The burnout levels of professional nurses in the operating room at center hospitals in the Northeast consisted of emotional exhaustion was at a medium level had a total score of 26.40 ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 1.50), depersonalization was at a medium level had a total score of 10.81 ($\bar{X} = 2.70$, S.D. = 1.58), and reduced personal accomplishment was at a medium level had total score of 14.03 ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.57). Accordingly, the burnout of professional nurses in the operating room at center hospitals in the Northeast in overall was at a medium level had a total score of 51.24 ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 1.23)

2) The factors influencing the burnout of professional nurses in the operating room at center hospital in the Northeast were factors of work environment consisting of social support, job responsibilities, and workload that could explain professional nurses' burnout accounted for 27.2% variation ($R^2 = 0.272$, $p \leq 0.05$).

Keywords: Burnout, Professional Nurses, Operating Room, Center Hospitals, The Northeast

* Registered Nurse, Operating Room Khon Kaen Hospital

** Corresponding author, Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: February 20, 2025, Revised: March 20, 2025, Accepted: April 21, 2025

บทนำ

สถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดความไม่แน่นอน พร้อมกับมีวิกฤตการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะภาวะวิกฤตในระบบสุขภาพ คือ การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และความก้าวหน้าด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีการผ่าตัดที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และเทคนิคหรือวิธีการผ่าตัดใหม่ ๆ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยจากสภาพแวดล้อมแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลของตัวพยาบาลเอง รวมทั้งภาระงานและลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบคลุมการพยาบาลผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมีบทบาทและหน้าที่ดังนี้ 1) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 2) พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และ 3) พยาบาลช่วยผ่าตัดมือหนึ่ง สำหรับบทบาทพยาบาลช่วยผ่าตัดมือหนึ่งทางสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดนานาชาติ² และสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ได้กำหนดบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของพยาบาลช่วยผ่าตัดมือหนึ่งไว้อย่างชัดเจน ซึ่งต้องผ่านกรอบตามโปรแกรมการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและต้องได้รับใบประกาศนียบัตร แต่ในประเทศไทยบทบาทดังกล่าวยังไม่มีการกำหนดไว้ชัดเจน พยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยผ่าตัดมือหนึ่ง ส่วนมากจะเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่อยู่ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขาดแคลนแพทย์ช่วยผ่าตัด และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าพยาบาลส่วนมากยังไม่เคยผ่านการอบรมการเป็นผู้ช่วยผ่าตัดมือหนึ่งมาก่อน ทักษะการช่วยแพทย์ผ่าตัด มาจากการเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือที่มีความรู้และประสบการณ์ที่ถ่ายทอดกันมา (tacit knowledge) เท่านั้น จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) เป็นปัญหาที่พบมากโดยเฉพาะบุคลากรที่มีอาชีพในการให้บริการ โดยพบได้ประมาณร้อยละ 15-50 ของคนทำงาน บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการ

ทำงานมากที่สุด³ จากสถิติการวิเคราะห์ของ Mental Health Check In (MHCI) ของประเทศไทย ปี 2565 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประมาณ 1 ใน 8 มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะความอ่อนล้าของอารมณ์ จิตใจ และร่างกายที่มีความเครียดสะสมจากการทำงานเป็นเวลายาวนาน รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ มองโลกในแง่ลบ รู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ³ Maslach และ Jackson⁴ ได้สรุปอาการของผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ หมายถึง อาการที่ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกหมดกำลังใจ กาลังใจ และขาดแรงจูงใจในการทำงาน 2) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล หมายถึง การมองผู้อื่นในทางลบ มองผู้รับบริการเสมือนเป็นวัตถุไร้ชีวิตจิตใจ 3) ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล หมายถึง บุคคลจะรู้สึกท้อแท้ต่อตนเอง รู้สึกตนเองด้อยค่าจากแนวคิดของ Maslach⁵ ปัจจัยของภาวะหมดไฟในการทำงาน เกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ คนที่มีอายุมากขึ้นวุฒิภาวะทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวได้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าเพศอื่นอยู่ด้วยความแตกต่างของลักษณะงานและลักษณะของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษาผู้ที่ระดับการศึกษาสูงจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ สถานภาพการสมรส ผู้ที่เป็นโสดมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าผู้ที่สมรสแล้ว ประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยจะเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ง่ายกว่าผู้ที่มีประสบการณ์สูง และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ปริมาณงานที่มากเกินไป ลักษณะงานที่มีความซับซ้อนและกำหนดเวลา ความขัดแย้งและความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ การขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในหน่วยงาน การไม่ได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน และนโยบายการบริหารที่ไม่ตรงกับความคิดเห็นของตน เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

จากบริบทการให้บริการผ่าตัดของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เปิดให้บริการผ่าตัดและส่องตรวจผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาราชการ ตามศักยภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยให้

บริการครบทุกสาขา เพื่อตอบสนองตามนโยบายศูนย์ความเชี่ยวชาญ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรค เทคนิคและขั้นตอนการผ่าตัด เครื่องมือและเครื่องมือพิเศษ ที่ใช้ในการผ่าตัดทุกสาขาที่เปิดให้บริการ ต้องปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีความรับผิดชอบสูง สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและทันเวลาเพราะต้องทำงานแข่งกับเวลา และความวิกฤตของการเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับนวัตกรรมและเทคโนโลยีการผ่าตัดที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่มีการสัมผัสสารเคมี รังสี และมีความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ การบาดเจ็บจากของมีคม เป็นต้น นอกจากนี้การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแล้วยังมีงานที่ได้รับมอบหมายเพิ่ม เช่น งานบริหารพัสดุ ธุรกรรม งานพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติงานในเวลาราชการ พร้อมทั้งมีเวรนอกเวลาราชการและอยู่เวรแบบการรอเรียกขึ้นปฏิบัติงาน (on call) ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในสภาวะการณที่กล่าวมาข้างต้น ซ้ำ ๆ ทุกวันเป็นเวลานานโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความเครียดสะสม เกิดภาวะความอ่อนล้าของอารมณ์ จิตใจ และร่างกายหรือเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน³

จากการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดครั้งแรกในปี 2565 ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่า มีภาวะหมดไฟในระดับสูง ร้อยละ 33.33 ภาวะหมดไฟในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.22 ภาวะหมดไฟในระดับต่ำ ร้อยละ 3.44⁶ ผลกระทบของภาวะหมดไฟในการทำงานต่อพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ามีพยาบาลเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ต้องพบจิตแพทย์ เนื่องจากมีความเครียดสูง ผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงานมีความขัดแย้งและทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน ผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลเกิดอุบัติเหตุการณที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น มีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างการผู้ป่วย ขึ้นเนื้อที่ต่งส่งตรวจทางพยาธิวิทยาสูญหาย การ

ระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัดไม่ถูกต้อง เป็นต้น และมีการอัตราการย้ายหน่วยงานและลาออกของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยให้เหตุผลสาเหตุที่ลาออกและย้ายหน่วยงานว่าเกิดความเครียด เนื่องจากต้องมีการเรียนรู้เทคโนโลยีและการผ่าตัดใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา เงินเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงต้องลาออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน ไม่อยากขึ้นเวรนอกเวลาราชการ ไม่ได้หยุดตามวันที่ต้องการ ทำงานเดิม ๆ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ส่งผลให้การมอบหมายงานไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ องค์กรขาดแคลนอัตรากำลังสูญเสียงบประมาณในการสรรหา และสอนงานบุคลากรใหม่อยู่ตลอดเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในบริบทของต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐ ในกรุงเทพมหานคร⁷ ซึ่งมีบริบทการทำงานที่แตกต่างไปจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และปัจจัยที่ศึกษาแตกต่างกันไปตามบริบทการทำงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษาไปการกำหนดรูปแบบและวิธีการในการจัดการและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

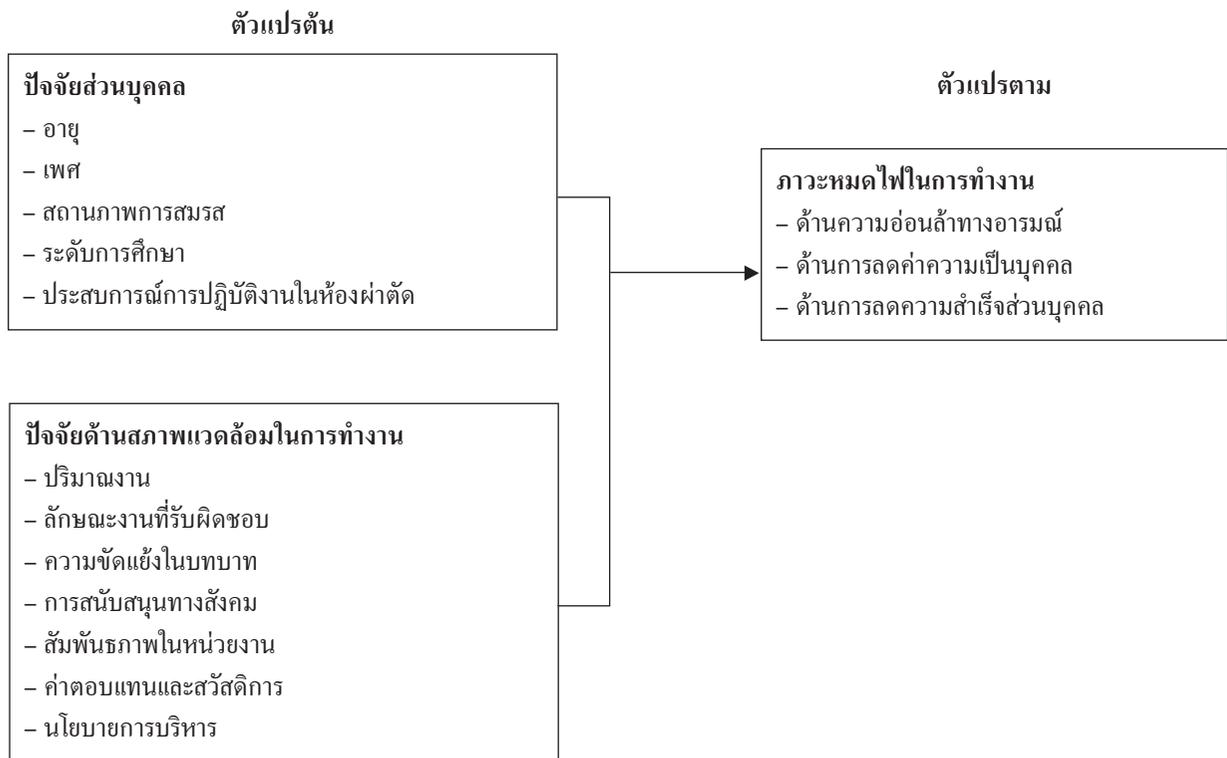
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้ทำการวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการ

ทำงานโดยผู้วิจัยได้ผสมแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของ Maslach⁵ และแนวคิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ของ Maslach และ Jackson⁴ ที่วัดพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความ

อ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 2) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล (depersonalization) และ 3) ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduce personal accomplishment) (แผนภาพที่ 1)

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการวิจัย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 หมายเลข HE 662244 ตามประกาศมหาวิทยาลัยฉบับที่ 2178/2563 และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงพยากรณ์ (predictive research) ครั้งนี้ศึกษาในประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 694 คน ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ 9 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย

โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม รพ.ศรีสะเกษ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างขนาดใหญ่ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับต่ำที่ 0.20⁸ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 เปิดตาราง Power analysis⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ จำนวน 197 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง⁹ จึงได้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จำนวน 236 คน

เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 236 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน¹⁰ (multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มโรงพยาบาล โดยการสุ่มแบบง่าย (simple sampling) ร้อยละ¹¹ โดยการจับฉลาก 5 โรงพยาบาลจากทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลที่

เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มจากขั้นตอนที่ 1 จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เพื่อให้มีการกระจายตัวของหน่วยตัวอย่างครอบคลุมทุกห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการจัดสรรจำนวนตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน¹² (Proportion allocation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 59 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปริมาณงาน จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบ จำนวน 13 ข้อ 3) ด้านความขัดแย้งในบทบาท จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ 5) ด้านสัมพันธภาพในหน่วยงาน จำนวน 8 ข้อ 6) ด้านคำตอบแทนและสวัสดิการ จำนวน 4 ข้อ 7) ด้านนโยบายการบริหาร จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยคะแนนน้อยที่สุดคือ 1 ถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล จำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยคะแนนน้อยที่สุดคือ 0 ถึงคะแนนมากที่สุด คือ 6 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำสาขาการศึกษาวิจัยและบริหาร

การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จิตแพทย์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลขอนแก่น ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 0.89 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ 0.90, 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารทั้งหมด ประกอบด้วย เอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถาม โดยส่งทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงาน จากนั้นให้ผู้ประสานงานชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถามและรวบรวมส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 236 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ภาวะหมดไฟในการทำงานทั้ง 3 ด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยใช้เกณฑ์ในการอ่านระดับความสัมพันธ์ หรือค่า r^{12} ดังนี้

ถ้า r เป็นบวก (+) หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางด้านบวก

ถ้า r เป็นบวก (-) หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางด้านลบ

ค่า $r = 0.00$ แสดงว่า x และ y ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่า $r = 0.01-0.29$ แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่า $r = 0.30-0.70$ แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่า $r = 0.71-1.00$ แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

5. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 236 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 21-25 ปี จำนวน 59 คน ร้อยละ 25.0 โดยอายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี เฉลี่ยอายุ 32.60 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 199 คน ร้อยละ 84.3 และเพศชาย จำนวน 37 คน ร้อยละ 15.7 มีสถานภาพโสด จำนวน 155 คน ร้อยละ 65.7 สถานภาพสมรส จำนวน 73 คน ร้อยละ 30.9 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 8 คน ร้อยละ

3.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 224 คน ร้อยละ 94.9 และระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า จำนวน 12 คน ร้อยละ 5.1 ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ระดับผู้เริ่มต้น (novice) ปฏิบัติงาน 1-2 ปี จำนวน 73 คน ร้อยละ 30.9 ระดับผู้เรียนรู้ (advance beginner) ปฏิบัติงาน 3-4 ปี จำนวน 29 คน ร้อยละ 12.3 ระดับผู้ปฏิบัติ (competent) ปฏิบัติงาน 5-7 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ 11.0 ระดับผู้ชำนาญ (proficient) ปฏิบัติงาน 8-10 ปี จำนวน 37 คน ร้อยละ 15.7 และระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) ปฏิบัติงาน 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 71 คน ร้อยละ 30.1 ประสบการณ์มากที่สุด 31 ปี และประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 14.0 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (n = 236)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
21-25	59	25.0
26-30	59	25.0
31-35	48	20.3
36-40	26	11.0
41-45	15	6.4
46-50	18	7.6
51-55	10	4.2
56-60	1	0.4
$\bar{X} = 32.60$ ปี, S.D. = 8.68, Min = 22 ปี, Max = 59 ปี		
2. เพศ		
หญิง	199	84.3
ชาย	37	15.7
3. สถานภาพการสมรส		
โสด	155	65.7
สมรส	73	30.9
หม้าย/หย่า/แยก	8	3.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (n = 236) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ป.ตรี	224	94.9
ป.โทหรือสูงกว่า	12	5.1
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด		
ผู้เริ่มต้น(1-2ปี)	73	30.9
ผู้เรียนรู้ (3-4 ปี)	29	12.3
ผู้ปฏิบัติ (5-7 ปี)	26	11.0
ผู้ชำนาญ (8-10ปี)	37	15.7
ผู้เชี่ยวชาญ (10 ปีขึ้นไป)	71	30.1
$\bar{X} = 14.0$ ปี, S.D. 0.66, Min = 1 ปี, Max = 31 ปี		
รวม	236	100

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลกระทบต่อภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.77) ได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ความขัดแย้งในบทบาท การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในหน่วยงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และ

นโยบายการบริหาร และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก 3 ลำดับ ได้แก่ ความขัดแย้งในบทบาท ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 1.03) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.88) สัมพันธภาพในหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.29$, S.D. ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 0.88) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 236)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ปริมาณงาน	3.08	1.05	ปานกลาง
2. ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	3.25	1.05	ปานกลาง
3. ความขัดแย้งในบทบาท	3.37	1.03	ปานกลาง
4. การสนับสนุนทางสังคม	3.31	0.88	ปานกลาง
5. สัมพันธภาพในหน่วยงาน	3.29	0.89	ปานกลาง
6. ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	2.81	0.88	ปานกลาง
7. นโยบายการบริหาร	3.05	0.75	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	3.09	0.77	ปานกลาง

3. ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมได้เท่ากับ 26.40คะแนน ($\bar{X} = 2.93$,

S.D. = 1.50) ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดค่าความเป็นบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมได้เท่ากับ 10.81 คะแนน ($\bar{X} = 2.70$, S.D. = 1.58) และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวม

ได้เท่ากับ 14.03 คะแนน ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.57) ระดับปานกลาง คะแนนรวมได้เท่ากับ 51.24 คะแนน (\bar{X} พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวมอยู่ใน

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกเป็นรายด้าน (n=236)

ภาวะหมดไฟในการทำงานในแต่ละด้าน	คะแนนเฉลี่ย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.40	2.93	1.50	ปานกลาง
2. ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล	10.81	2.70	1.58	ปานกลาง
3. ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล	14.03	2.80	1.57	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	51.24	2.81	1.23	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ความขัดแย้งในบทบาท การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในหน่วยงาน และค่าตอบแทนและสวัสดิการ กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และความขัดแย้งในบทบาท ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ สัมพันธภาพในหน่วยงาน การสนับสนุนทางสังคม และค่าตอบแทนและสวัสดิการ ส่วนนโยบายการบริหารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=236)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
ปริมาณงาน	0.508**	< 0.01	ปานกลาง
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	0.407**	< 0.01	ปานกลาง
ความขัดแย้งในบทบาท	0.417**	< 0.01	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-0.454**	< 0.01	ปานกลาง
สัมพันธภาพในหน่วยงาน	-0.430**	< 0.01	ปานกลาง
ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	-0.430**	< 0.01	ปานกลาง
นโยบายการบริหาร	-0.156**	< 0.01	ต่ำ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณพบว่าตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายคือ ตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.399) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ (Beta = 0.264) และ

ปริมาณงาน (Beta = 0.262) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัว สามารถอธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 27.2 ($R^2 = 0.272$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=236)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE (b)	Beta	t	P value
การสนับสนุนทางสังคม	0.637	0.012	0.399	7.223	< .001*
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	-0.481	0.012	0.264	5.277	< .001*
ปริมาณงาน	-0.438	0.012	0.262	5.102	< .001*

F =12.820 (P-value < .001 Constant = -0.103
R = 0.521 $R^2 = 0.272$ Adjust $R^2 = 0.262$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาในระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 51.24 คะแนน ($\bar{X} = 2.81, S.D. = 1.23$)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และปริมาณงาน มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การที่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน มีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทั้งด้านความรู้และทักษะ การมีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ เพียงพอในการใช้งาน เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ และนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด มีช่องทางในการช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น การเจ็บป่วย อุบัติเหตุ หรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ โดย

จัดหาผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน สอดคล้องการศึกษาของ Sillero และ Zabalegui¹³ ที่ศึกษาปัจจัยด้านองค์กรและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในบาร์เซโลนา ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = -0.39$) และการศึกษาของ Dall'Ora และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า การไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลศูนย์ ที่ให้บริการระดับตติยภูมิ ซึ่งมีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสามารถให้การผ่าตัดที่ครอบคลุมทุกสาขา แต่การผ่าตัดแต่ละประเภทมีความไม่แน่นอน ผู้ป่วยสามารถมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ศัลยแพทย์และพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วนมีความรีบเร่งในการทำงานตลอดเวลา นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดยังมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค สารเคมี หรืออันตรายจากการใช้เครื่องมือ รวมทั้งต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะตลอดเวลา เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผ่าตัดใหม่ ๆ จากลักษณะงานที่รับผิดชอบดังกล่าว ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ และคณะ⁷ ได้ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = 0.454$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล และการศึกษาของ Teymoori และคณะ¹⁵ ศึกษามุมมองของพยาบาลห้องผ่าตัดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในกรุงเตหะราน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยจากลักษณะงาน เช่น งานของห้องผ่าตัดมีความเครียดสูง การผ่าตัดที่ซับซ้อน คาดเดาเหตุการณ์ไม่ได้ การทำงานที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ภาระงานมาก และการทำงานที่ใช้สมาธิสูง เสี่ยงต่ออันตรายจากการบาดเจ็บจากของมีคมและการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ปัจจัยด้านปริมาณงาน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป ให้บริการในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Excellence Center) โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดและส่องตรวจครอบคลุมทุกสาขา ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนมากและหมุนเวียนเข้ารับการบริการตลอดเวลา ทั้งผู้ป่วยรายฉุกเฉินและรายนัด ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ให้บริการ การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติงานทั้งในเวลาราชการ พร้อมทั้งมีเวรนอกเวลาราชการและอยู่เวรแบบการเรียกขึ้นปฏิบัติงาน (On call) ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีภาระงานเพิ่มจากการเป็นพยาบาลช่วยผ่าตัดมือหนึ่ง ส่งผลให้ขาดแคลนอัตรากำลัง เนื่องจากต้องไปทำหน้าที่แทนผู้ช่วยศัลยแพทย์ ดังนั้นปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสอดคล้อง การศึกษาของ Almodibeg และ Smith¹⁶ ศึกษา ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในซาอุดีอาระเบีย ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณงานและการขาดแคลนอัตรากำลังมีผลต่อภาวะหมด

ไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และปริมาณงาน โดยพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 27.2 ($R^2 = 0.272$) แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดทำแผนงบประมาณ ในการจัดหาพัสดุ ครุภัณฑ์ รวมทั้งจัดหานวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการบริการผ่าตัดระดับตติยภูมิให้เพียงพอในการใช้งานเพื่อลดภาระงานของพยาบาลวิชาชีพและศัลยแพทย์
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดให้ชัดเจน เพื่อลดภาระงานจากบทบาทที่เพิ่มขึ้นมา เช่น การเป็นพยาบาลช่วยผ่าตัดมือหนึ่ง ส่งผลให้ขาดแคลนอัตรากำลังในการทำบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง หรือควรจัดอัตรากำลังและค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงาน ลักษณะงาน และบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดสรรสวัสดิการต่าง ๆ สำหรับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ขึ้นเวรให้เพียงพอ เช่น หอพัก ที่จอดรถ เพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการเดินทางมาปฏิบัติงาน รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ในด้านปัจจัยและผลกระทบที่เกิดจากภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้อธิบายสาเหตุ ปัญหา และผลกระทบได้ละเอียดมากขึ้น
2. การพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการลดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ซึ่งจะทำให้นักลากรมีความสุขในการทำงาน ส่งผลดีต่อผู้รับบริการและองค์กร เช่น การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ

พยาบาล การพัฒนาระบบสนับสนุนในการให้บริการผู้ป่วย ในการศึกษาวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และหากมีข้อ
ผ่าตัด เป็นต้น ขบพร่องด้วยประการใด ๆ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. อุษาวดี อัศดรวิเศษ. ความก้าวหน้าทางการพยาบาลปริศัลยกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
2. Association of periOperative Registered Nurses. Guidelines for perioperative practice. Denver (CO): AORN; 2023.
3. ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. แพทยสารทหารอากาศ 2563;66(2): 44-52.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behavior 1981; 2(2):99-113.
5. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
6. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น. ผลการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ปี 2565 [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2565.
7. วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ, บุญเต็ม แสงดิษฐ์, ทศพร วิมลเก็จ. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. เวชสารแพทยทหารบก 2561;71(3):163-72.
8. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2021.
9. Israel GD. Determining sample size. Gainesville (FL): Institute of Food and Agricultural Sciences, University of Florida; 2013.
10. Sampath R. Multi-stage sampling techniques in research. Int J Adv Res 2019;7(1):1-5.
11. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: an introduction. 8th ed. Boston (MA): Pearson/Allyn & Bacon; 2007.
12. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
13. Sillero A, Zabalegui A. Organizational factors and burnout of perioperative nurses. CPEMH. 2018;14(1):132-42.
14. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. Hum Resour Health 2020;18(1):41.
15. Teymoori E, Zareiyan A, Babajani-Vafsi S, Laripour R. Viewpoint of operating room nurses about factors associated with the occupational burnout: a qualitative study. Front Psychol 2022;13:947189.
16. Almodibeg BA, Smith H. A cross-sectional survey to explore the prevalence and causes of occupational burnout syndrome among perioperative nurses in Saudi Arabia. Nurs Open 2021;8(1):364-71.

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

ศิริวรรณ วิชาสูง พย.ม.*

วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 12 คน โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Proctor 2001 ได้แก่ การนิเทศตามมาตรฐานผ่านกิจกรรมการเยี่ยมชมและให้ความรู้ การนิเทศตามแบบแผนผ่านการประชุมปรึกษา การเรียนรู้จากคลิปวิดีโอและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ผ่านการให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาาร่วมกัน โปรแกรม ประกอบด้วย ชุดความรู้เรื่องโรคหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงในรูปแบบคลิปวิดีโอ การปฏิบัติการณ์สถานการณ์จำลอง การประเมินความรู้ และการสังเกตขณะฝึกสถานการณ์จำลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Singed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = 0.002$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก สมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 1 เมษายน 2568 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2568

Effects of the clinical supervision program on the competency of professional nurses in caring for patients with ST–Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

Siriwan Wicharsung M.S.N.*

Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental research using one-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a clinical supervision program on professional nurses' competencies in caring for patients with ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI). The purposive sample consisted of 12 professional nurses working in the emergency department at Wichian Buri Hospital, Phetchabun Province. The 5-week clinical supervision program was developed based on Proctor's model (2001), comprising three components: normative supervision through monitoring visits and knowledge provision, formative supervision through consultative meetings, video-based learning and simulation practice, and restorative supervision through counseling and collaborative problem-solving. The program tools included STEMI educational videos, simulation practice, knowledge assessment, and simulation observation. Data were collected using the STEMI Care Competency Assessment Tool, which was validated by five experts and demonstrated a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.80. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Rank Test.

The results revealed that after participating in the clinical supervision program, the professional nurses' competency scores in caring for STEMI patients were significantly higher than before the program implementation at the 0.01 level ($p = 0.002$).

Keywords: Clinical Supervision Program, Competency, Professional Nurses, ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Emergency Nursing Department, Wichian Buri Hospital

** Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author

Received: February 17, 2025, Revised: April 1, 2025, Accepted: April 21, 2025

บทนำ

มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญยิ่งต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเป็นหลักพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายสำคัญในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อลดความผิดพลาดและอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่กำหนดให้มีการนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร¹

สถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบันมีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเป็นด่านหน้าที่สำคัญ ทำหน้าที่ประเมินอาการ จัดลำดับความเร่งด่วน และให้การดูแลช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินชีวิต พร้อมทั้งตัดสินใจประสานทีมดูแลได้อย่างรวดเร็ว โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว ลดความพิการ และช่วยให้ผู้ป่วยสูญเสียน้ำที่น้อยที่สุด² บทบาทสำคัญประการหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องแข่งกับเวลา โดยมีเป้าหมายให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงโดยเร็วที่สุด สมรรถนะที่จำเป็น ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การประสานงานทีม การให้ออกซิเจนและยาตามแผนการรักษา การตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้น การเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินและเครื่องกระตุ้นหัวใจ การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ การประสานงานจัดหาเครื่องมือและเวชภัณฑ์ การเตรียมความพร้อมระบบสนับสนุน และการพัฒนาปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็วและปลอดภัย³

การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางตามบทบาทหน้าที่และมาตรฐานวิชาชีพ จำเป็นต้องมีการนิเทศติดตามอย่าง

ใกล้ชิด การนิเทศเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โดยใช้หลักการนิเทศแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้รับการนิเทศสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทำงาน ทั้งด้านการบริหารจัดการและการปฏิบัติทางคลินิก⁴ และเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารในการกำกับติดตามการปฏิบัติงานและประเมินผลงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ซึ่งการนิเทศทางคลินิกส่งผลในทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม⁵ การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor เป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศ โดยใช้หลักสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) ที่มุ่งสนับสนุนการพัฒนาความสามารถผ่านการจัดสรรทรัพยากรและการวางแผนพัฒนารายบุคคล การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานผ่านกระบวนการสะท้อนคิดและการจูงใจ และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) ที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพบนพื้นฐานของความไว้วางใจและความเสมอภาค⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor ช่วยพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย⁷ จะเห็นได้ว่าหลักการนิเทศตามแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดดั้งเดิมที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายรวมทั้งมีความสอดคล้องและเหมาะสมในการประยุกต์ใช้สำหรับการนิเทศทางคลินิกให้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

จากสถิติของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กระดับ M1 ในเขตบริการสุขภาพที่ 2 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 12.17, 13.02 และ 15.29 ตามลำดับ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งจากการทบทวนสถานการณ์พบปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความล่าช้าในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย

เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่ชัดเจน (Atypical chest pain) ที่บางรายได้รับการตรวจซ้ำกว่ามาตรฐาน 10 นาที การขาดความแม่นยำในการประเมินอาการเบื้องต้น และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึงความล่าช้าในการเตรียมทีมส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ การนิเทศยังขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการนิเทศแบบที่สอนน้องตามประสบการณ์ ขาดการบันทึกและติดตามผลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งไม่มีการนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงมีหลายรูปแบบ ทั้งการจัดอบรม การจัดกระบวนการเรียนรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนขณะปฏิบัติงานจริง การจัดการรายกรณี และการพัฒนาเชิงระบบ⁸ ซึ่งล้วนส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่พัฒนาภายใต้บริบทเฉพาะและยังไม่พบการศึกษาที่พิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีหน้าที่กำกับ ติดตาม และควบคุมคุณภาพ

การบริการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor⁶ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการบริการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ตามกรอบแนวคิดของ Proctor ที่ผสมผสานการนิเทศทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การนิเทศตามมาตรฐาน 2) การนิเทศตามแบบแผน และ 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์⁶ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยใช้กรอบสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 9 ด้าน ของฉวีวงศ์ บุญกาญจน์³ แสดงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้ ขอให้ผู้วิจัยระบุนองค์ประกอบของ Proctor ในตาราง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อม จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ และกระบวนการนิเทศ (Restorative) จากนั้นมอบหมายให้ผู้รับการนิเทศศึกษาแนวปฏิบัติและสื่อการสอนในรูปแบบคลิปวิดีโอด้วยตนเอง ประเมินความรู้ (Formative) และแบ่งกลุ่มผู้รับการนิเทศกลุ่มละ 3 คน แต่ละกลุ่มมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไป เป็นหัวหน้าทีม (Formative)

สัปดาห์ที่ 2-3 ฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง โดยผู้นิเทศสอนและเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการใช้ Standing order STEMI (Normative) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้นิเทศสังเกตและประเมิน หากปฏิบัติไม่ผ่านจะให้ฝึกซ้ำจนกว่าจะผ่านทุกกิจกรรม (Formative) ให้ข้อมูลย้อนกลับ และสะท้อนความรู้สึกล้างการฝึก (Restorative)

สัปดาห์ที่ 4-5 ติดตามและประเมินผล ผู้นิเทศเยี่ยมชมตรวจการปฏิบัติงาน (Normative) ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข (Restorative) ผู้รับการนิเทศสะท้อนความรู้สึกล้างการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยจริง (Restorative)

กิจกรรมการนิเทศ ครอบคลุมการนิเทศตามมาตรฐาน (Normative) ผ่านการเยี่ยมชมตรวจและให้ความรู้ การนิเทศตามแบบแผน (Formative) ผ่านการฝึกปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับ และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative) ผ่านการให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

- 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว
- 2) การประสานงานทีมผู้ดูแลผู้ป่วย
- 3) การให้ออกซิเจนและให้ยาตามแผนการรักษา
- 4) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล
- 5) การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และเตรียมรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน เครื่องกระตุ้นหัวใจ ให้พร้อมใช้งาน
- 6) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจหรือให้ยาละลายลิ่มเลือด
- 7) การประสานงานจัดหาเครื่องมือประเมินสภาพและดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงยาและเวชภัณฑ์
- 8) การเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนการดูแลรักษา
- 9) การปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็วและปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงภายหลังการได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental

research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672013 ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใดๆ ข้อมูลจะได้รับการปกปิด นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ใน

การศึกษาเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ 1.8 จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁹ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 ได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 5 ราย แต่เพื่อให้ครอบคลุมจำนวนบุคลากรทั้งหมด จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง 2) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี 3) ผ่านการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล เช่น ลาพักผ่อน ลาคลอด ลาศึกษาต่อ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ซึ่งผู้วิจัยออกแบบตามกรอบแนวคิดของ Proctor⁶ ประกอบด้วย ชุดความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงในรูปแบบคลิปวิดีโอ เนื้อหาครอบคลุม ความรู้เกี่ยวกับโรค การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การประเมินและคัดแยกผู้ป่วย การรายงานแพทย์ การดูแลขณะให้ยา การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจโดยทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ร่วมกับชุดสถานการณ์จำลองสำหรับฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนถึงการส่งต่อ และกิจกรรมการนิเทศที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมชม การติดตามนิเทศ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการสะท้อนกลับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบ

ด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง และ 2) แบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบสมรรถนะของฉวีพงศ์ บุญกาญจน์³ ครอบคลุมสมรรถนะ 9 ด้าน จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับสมรรถนะต่ำที่สุด (1 คะแนน) ถึงระดับสมรรถนะสูงมาก (5 คะแนน)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกและแบบประเมินสมรรถนะ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบประเมินสมรรถนะเท่ากับ .92 และนำแบบประเมินสมรรถนะไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1 ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .80

วิธีการดำเนินการวิจัย

การปฏิบัติกิจกรรมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาก่อนการทดลอง เริ่มจากทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกและแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากนั้นทำการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินสมรรถนะก่อนการทดลอง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และหย่อนในกล่องที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งนัดหมายกำหนดการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการนิเทศและการประเมินผลหลังการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมการนิเทศตามกรอบแนวคิดของ Proctor⁶ ที่ผสมผสานการนิเทศทั้ง 3 องค์ประกอบ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อม โดยผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศ และกระบวนการนิเทศ (การนิเทศตามหลักสมานฉันท์: Restorative clinical

supervision) จากนั้นมอบหมายให้ผู้รับการนิเทศศึกษา แนวปฏิบัติและสื่อการสอนในรูปแบบคลิปวิดีโอด้วยตนเอง โดยทำการประเมินความรู้อย่างเบื้องต้นของผู้รับการนิเทศ ด้วยการทำแบบทดสอบ โดยการถามตอบพร้อมกันทั้งทีมก่อน เข้าฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง จากนั้นทำการเฉลย และอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติม จนเข้าใจและมีความรู้ที่ถูกต้องตรงกันในทุกข้อ (การนิเทศตามแบบแผน: Formative clinical supervision) แล้วแบ่งกลุ่มผู้รับการนิเทศกลุ่มละ 3 คน แต่ละกลุ่มมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไป เป็นหัวหน้าทีม 1 คน

สัปดาห์ที่ 2-3 เป็นการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง โดยผู้นิเทศสอนและเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการใช้ Standing order STEMI (การนิเทศตามมาตรฐาน: Normative clinical supervision) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมกับเฉลยแบบทดสอบความรู้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน (การนิเทศตามแบบแผน: Formative clinical supervision) จากนั้นให้แต่ละกลุ่มฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเป็นเวลา 20 นาที โดยผู้นิเทศสังเกตและประเมินตามแบบสังเกต หากปฏิบัติไม่ผ่านจะให้ฝึกซ้ำจนกว่าจะผ่านทุกกิจกรรม (การนิเทศตามแบบแผน: Formative clinical supervision) พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับและเปิดโอกาสให้สะท้อนความรู้สึกลับหลังการฝึก (การนิเทศตามหลักสมานฉันท์: Restorative clinical supervision)

สัปดาห์ที่ 4-5 เป็นการติดตามและประเมินผลผู้นิเทศเยี่ยมตรวจการปฏิบัติงาน (การนิเทศตามมาตรฐาน: Normative clinical supervision) ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไข (การนิเทศตามหลักสมานฉันท์: Restorative clinical supervision) รวมทั้งให้ผู้รับการนิเทศสะท้อนความรู้สึกลับจากการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยจริง (การนิเทศตามหลักสมานฉันท์: Restorative clinical supervision)

ทั้งนี้ กิจกรรมการนิเทศทั้งหมด ครอบคลุมการนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) ผ่านการเยี่ยมตรวจและให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติและ Standing order STEMI ซึ่งมุ่งพัฒนาสมรรถนะด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึง

การให้ออกซิเจนและยาตามแผนการรักษา การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) ผ่านการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการศึกษาด้วยตนเองจากคลิปวิดีโอ ซึ่งมุ่งพัฒนาสมรรถนะด้านการเฝ้าระวังอาการ การเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ และการประสานงานจัดหาเครื่องมือและเวชภัณฑ์ และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) ผ่านการให้คำปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพ และการแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งมุ่งพัฒนาสมรรถนะด้านการประสานงานระหว่างทีม การเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุน และการปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาหลังการทดลอง ภายหลังจากใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก 1 สัปดาห์ พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินสมรรถนะตนเอง (Post-test) ใช้เวลา 30 นาที และให้หย่อนลงในกล่องที่ได้จัดเตรียมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และเป็นการวัดผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนหลังที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุโดยเฉลี่ย 32.16 ปี (S.D. = 4.85) ร้อยละ 66.66 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50 เป็นพยาบาลในระดับชำนาญการ และทุกคนเคยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง โดยร้อยละ 50 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และร้อยละ 100 ผ่านการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

2. เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกพบว่า หลังการทดลองคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยของ

พยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 4.83 สูงกว่าคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 3.56 เนื่องด้วยจำนวนตัวอย่างไม่แน่นอน จึงทำการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยอันดับของ

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงโดยรวม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก (n = 12)

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง	Mean Rank	Sum of Rank	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
Negative Ranks	0.0	0	-3.065*	0.002**
Positive Ranks	12.0	78		

*Based on negative ranks

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์และสรุป

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกที่จัดทำขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ Proctor ที่ผสมผสานการนิเทศทั้ง 3 องค์ประกอบ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams และคณะ ที่พบว่า การนิเทศทางคลินิกแบบผสมผสานช่วยพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ โดยองค์ประกอบแต่ละด้านมีส่วนช่วยพัฒนาสมรรถนะที่แตกต่างกัน ดังนี้ องค์ประกอบแรก การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) ที่เน้นการเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ การติดตามนิเทศ และการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติ มีส่วนช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึงการให้ออกซิเจนและยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Park และคณะ ที่พบว่า การนิเทศตามมาตรฐานช่วยให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว¹¹ องค์ประกอบที่สอง การนิเทศตามแบบแผน (Formative Clinical Supervision) ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะผ่านกิจกรรมการประชุมปรึกษา การศึกษาคลินิกวิดีโอ และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง

อาการ การเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ และการประสานงานจัดหาเครื่องมือและเวชภัณฑ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Martinez และคณะ ที่พบว่า การใช้สถานการณ์จำลองในการนิเทศช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถของพยาบาลในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางหัวใจ¹² และองค์ประกอบที่สาม การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative Clinical Supervision) ที่เน้นการให้คำปรึกษา การแก้ปัญหา และการประชุมปรึกษาหารือ มีส่วนสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านการประสานงานระหว่างทีม การเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุน และการปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และ Brown ที่พบว่า การนิเทศที่เน้นการสร้างความร่วมมือและการแก้ปัญหาช่วยพัฒนาทักษะการประสานงานและการทำงานเป็นทีมของพยาบาล¹³ นอกจากนี้ โปรแกรมการนิเทศมีการใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย ทั้งคลิปวิดีโอที่ช่วยให้พยาบาลเห็นภาพการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถทบทวนได้ตลอดเวลา¹⁴ และการจำลองสถานการณ์ที่ช่วยให้พยาบาลได้ฝึกทักษะในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งการใช้สถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกและการจัดการภาวะฉุกเฉิน¹⁵ รวมทั้งการใช้สื่อการสอนแบบผสมผสานช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ¹⁶ ประกอบกับการที่โปรแกรมมีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผล

ให้พยาบาลได้พัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง¹⁷ นอกจากนี้ การพัฒนาสมรรถนะทั้ง 9 ด้านตามกรอบของฉวีพงศ์ บุญกาญจน์³ ผ่านโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เป็นการ พัฒนาสมรรถนะแบบองค์รวมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ผู้ป่วย STEMI ได้ดีกว่าการพัฒนาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง¹⁸ โปรแกรมการนิเทศยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมและ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และ Lee ที่พบว่า การนิเทศที่เน้นการมีส่วนร่วมช่วยสร้างบรรยากาศการ เรียนรู้ที่ดีและเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาสมรรถนะของ บุคลากร¹⁹

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

1. รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อนและหลังการทดลอง จึงมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปร แทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะของพยาบาล เช่น การ เรียนรู้จากการปฏิบัติงานประจำ หรือการได้รับความรู้จาก แหล่งอื่น รวมทั้งไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผล ที่สามารถยืนยันและสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่าง ชัดเจน

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย อาจส่งผลกระทบต่อ การอ้างอิงไปยังประชากรเป้าหมาย (Generalizability) ควรใช้ ผลการวิจัยภายใต้บริบทการศึกษาที่ใกล้เคียงเท่านั้น

3. ระยะเวลาในการติดตามผลค่อนข้างสั้น ซึ่งควรมี การติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการ พัฒนาสมรรถนะทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดเป็น นโยบายให้มีการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกในการ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอฉุกเฉิน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง

- ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในการจัดทำ สื่อการสอน อุปกรณ์สำหรับการจำลองสถานการณ์ และระบบ การติดตามประเมินผลการนิเทศทางคลินิก

- ควรพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการ นิเทศทางคลินิก เช่น ระบบการบันทึกและติดตามผลการ นิเทศ ระบบการประเมินสมรรถนะออนไลน์

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- ควรจัดอบรมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะในการนิเทศทางคลินิกตามองค์ ประกอบทั้ง 3 ด้านของ Proctor

- ควรพัฒนาคู่มือการนิเทศทางคลินิกที่มีรายละเอียดของกิจกรรมการนิเทศและเครื่องมือประเมินผลที่ ชัดเจน

- ควรจัดทำคลังสื่อการสอนและสถานการณ์ จำลองที่หลากหลาย เพื่อให้พยาบาลสามารถทบทวนและฝึก ปฏิบัติได้ตามความต้องการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับ ความคงทนของสมรรถนะพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรม การนิเทศทางคลินิก

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการนิเทศทาง คลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินอื่นๆ เช่น Stroke และ Trauma

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทาง คลินิกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น อัตราการรอด ชีวิต ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษา และภาวะแทรกซ้อน

4. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ และมุมมองของพยาบาลต่อการได้รับการนิเทศทางคลินิก เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความ อนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้ง ให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ ใช้ในงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวิเชียรบุรีที่อนุมัติให้ทำการเก็บกลุ่มตัวอย่าง และ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนการ วิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง; 2565.
2. จรรยา ภูยาฟ้า. การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. ว. การแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2565;2(2):169–75.
3. ฉวีพงศ์ บุญกาญจน์. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช. ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563;3(1):22–34.
4. กองการพยาบาล. แนวทางการนิเทศทางการพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. จีรวัฒน์ ศิริมนตรี, วรรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2564;24(2):1–12.
6. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In: Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B, editors. Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001. p.25–46.
7. บัญญัติ ผ่านจันทร์, วรรณชนก จันทชุม. การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(2):70–84.
8. อรรถวุฒิ พรหมรัตน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI. ว. วิชาการสาธารณสุข 2564;30(2):388–99.
9. ศิริพร สีสันต์, เรณู วิรุณพันธุ์, ณัฐศิกา ไกรครวญ, พิระนันท์ จีระยิ่งมงคล. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี. ว. การบริหารจัดการและนวัตกรรมท้องถิ่น 2565;5(2):347–62.
10. Williams M, Johnson R, Smith P. Impact of integrated clinical supervision on critical care nursing competencies. J Nurs Manag 2023;31(4):789–801.
11. Park Y, Lee S, Kim J. Standard-based clinical supervision in STEMI care: A quasi-experimental study. J Clin Nurs 2023;32(5–6):891–902.
12. Martinez C, Garcia A, Rodriguez M. Simulation-based clinical supervision in cardiac emergency care. Int J Nurs Stud 2024;142:104456.
13. Johnson R, Brown K. Impact of collaborative clinical supervision on team coordination in emergency care. J Emerg Nurs 2023;49(3):278–89.
14. Kim S, Lee J, Park H. Video-based learning in critical care nursing education: A systematic review. Nurse Educ Pract 2023;64:103544.
15. วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, สุภาพร วรรณสันทัด, ศิริพร สิงห์ทอง. ผลของการใช้สถานการณ์จำลองในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉิน. ว. พยาบาลศาสตร์ 2023;41(3):78–92.
16. Chen Y, Wang X, Liu H. Mixed-method teaching approaches in cardiac nursing education: A randomized controlled trial. Nurse Educ Today 2024;118:105644.
17. สมใจ วงศ์เทียนชัย, วิภา แก้วเจริญ, และ นงลักษณ์ พรหมอยู่. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต. ว. พยาบาลศาสตร์ 2023;41(2):45–58.

18. Thompson R, Wilson J, & Brown K. Holistic competency development in STEMI care: A multi-center study. *Critical Care Nursing Quarterly* 2023;46(2):134–147.
19. Anderson K, Lee S. Participatory clinical supervision in nursing: A systematic review. *J Clin Nurs* 2024;33(1):15–28.

ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร

ทรงศักดิ์ เทเสนา พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 85 คน ในช่วง เดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.55 ± 6.49 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.6 น้ำตาลสะสมเฉลี่ย 7.99 ± 1.82 มีปัญหาภาวะโภชนาการ ร้อยละ 43.5 โดยมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 2.4 และเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 41.1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงมีภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (adjusted OR = 3.36 95%CI: 1.19-9.47) ความเสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้า (adjusted OR = 9.07 95%CI: 2.17-37.96)

สรุปผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและเมื่อพบความผิดปกติควรให้คำแนะนำและดูแลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการ เบาหวานชนิดที่ 2

* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 15 เมษายน 2568 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2568

Nutritional Status and Factor Associated Malnutrition Status in Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Sukkasem Primary Care Unit, Sakonnakhon Hospital

Songsak Tesena M.D., Thai Board of Family Medicine*

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study the nutritional status of elderly people with diabetes and the factors affecting malnutrition in elderly people with diabetes. The sample consisted of 85 diabetic patients aged 60 years and over who were treated at the Diabetes Clinic, Sukkasem primary care unit, Sakon Nakhon Hospital during March – April 2024. Data was collected through questionnaires and data recording forms. The data were analyzed using descriptive statistics, and factors affecting malnutrition were analyzed using multivariate logistic regression.

The results showed that the average age of participants was 67.55 ± 6.49 years, 70.6% were female. The mean value of HbA1c was 7.99 ± 1.82 . 43.5% of the participants had nutritional problems, 2.4% were malnutrition and 41.1% were at risk of malnutrition. Factors affecting malnutrition and the risk of malnutrition included well-controlled blood sugar (adjusted OR = 3.36 95%CI: 1.19–9.47), and risk of depression (adjusted OR = 9.07 95%CI: 2.17–37.96).

Diabetic elderly people are at risk of malnutrition. Therefore, nutritional assessment is important and when abnormalities are detected, appropriate advice and care should be provided.

Keywords: Elderly, Nutritional status, Type 2 Diabetes Mellitus

* Department of Social Medicine, Sakon Nakhon Hospital

Received: February 17, 2025, Revised: April 15, 2025, Accepted: April 21, 2025

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2568 โดยมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งการเผชิญกับปัญหาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นตามวัย ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น²

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน ทั่วโลก จากข้อมูลในปีเดียวกัน ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 6 ล้านคน เป็นอันดับ 4 ของเอเชีย รองจากจีน อินโดนีเซีย และญี่ปุ่น จากการคาดการณ์สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ในปี 2573 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 10.5 ของประชากร หรือประมาณ 6.7 ล้านคน³ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานโดยประวัติและค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)³ 6.5% มากกว่าร้อยละ 23⁴ เบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบฉับพลันและเรื้อรังจากภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็กกรวมไปถึง โรคหัวใจขาดเลือด สูญเสียการมองเห็น ถูกตัดขาหรือเท้า และภาวะไตวายระยะสุดท้าย⁵ นอกจากนี้แล้วยังมีการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานมีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ 12 ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่คุมเบาหวานได้ไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการมากกว่าผู้ที่คุมเบาหวานได้ดี 2 เท่า⁶ ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดภาวะเปราะบาง รวมไปถึงภาวะสมองเสื่อม⁷ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁸

สาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการมีทั้งปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรับรส การได้กลิ่นที่หรือความรู้สึกอยากอาหารที่ลดลง ปัญหาของฟัน ปัญหาการกลืนลำบาก ปัญหาการย่อยอาหารและการดูดซึมของลำไส้ การเคลื่อนไหวที่ลดลง ข้อจำกัดของการออกไปซื้ออาหารหรือการเตรียมอาหาร ความเหนื่อยล้า

การเจ็บป่วยและระยะของโรค ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกังวล ภาวะเศร้าโศกเสียใจ ภาวะซึมเศร้า หรือ ความรู้สึกที่ลดลง ด้านสังคม ได้แก่ การอยู่คนเดียวไม่มีเครือข่ายสังคม ความยากจน⁹ และมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง ระดับการศึกษาที่ต่ำ มีโรคประจำตัวหลายโรค การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰ มีผลต่อภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้ศึกษาพบว่า ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี¹¹ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) รักษาด้วยการรับประทานยาเบาหวาน 1-3 ชนิด¹² มีผลต่อภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการโดยแบบฟอร์มการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment หรือ MNA) เป็นเครื่องมือใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก เป็นเครื่องมือคัดกรองที่ผ่านการตรวจสอบสำหรับคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ¹³ โดยแบบประเมินมีความไวร้อยละ 96 และความจำเพาะร้อยละ 98 และมีประสิทธิภาพในการพยากรณ์ร้อยละ 97¹⁴ ทำให้สามารถที่จะช่วยค้นหาความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักหรือซีรัมโปรตีนอย่างรุนแรงได้¹⁵

การดูแลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งในพื้นที่การให้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนครยังไม่เคยมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้ทำงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 เมษายน

2567

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล สกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ COA/1 No. 005/2567 วันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 173 คน ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกร่วมวิจัยโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากสูตรคำนวณตัวอย่างโดยใช้การประมาณสัดส่วน และทราบจำนวนประชากร¹⁸ โดยจำนวนประชากร 173 คน สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.1 กำหนดระดับความมั่นใจที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%) ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างไม่เกินร้อยละ 5 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 78 คน เพื่อขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5% ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 85 คน จากนั้นใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตามสะดวกจากกลุ่มประชากรที่รับบริการผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์แนวทางการวินิจฉัยเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย¹⁶ โดยแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน และสามารถสื่อสารโดยการพูดได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้รับการรักษาหรือกำลังได้รับโภชนาบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน โดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5

ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้ครอบครัว อาชีพ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ปัญหาช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวนมื้ออาหาร ลักษณะอาหารที่บริโภค ลักษณะครอบครัว ความสามารถในการประกอบอาหาร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS-15) ประกอบด้วย ข้อคำถามให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ พัฒนาโดย ณททัยและคณะ¹⁹ มีค่า Cronbach's alpha = 0.85 ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92 และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 0.87 แปลผลเป็นระดับคะแนนรวมดังนี้ คะแนน 0-5 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 เสี่ยงภาวะซึมเศร้า คะแนน 11-15 เป็นภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 ประเมินภาวะโภชนาการโดยแบบฟอร์มการประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment หรือ MNA จำนวน 18 ข้อ แปลผลเป็นระดับคะแนนรวม ดังนี้ คะแนน 24 - 30 มีภาวะโภชนาการปกติ คะแนน 17 - 23.5 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ คะแนนน้อยกว่า 17 มีภาวะทุพโภชนาการ (ขาดสารอาหาร)

ส่วนที่ 5 แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย วันที่วินิจฉัยเริ่มเป็นเบาหวาน โรคร่วม ยาที่ใช้ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.91 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีราย

ละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้ครอบครัว อาชีพ ลักษณะครอบครัว ปัญหาช่องปาก การใช้ยาหลายขนาน ภาวะซึมเศร้า ใช้วิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และระดับโภชนาการโดยใช้ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) เพื่อหาค่าตัวแปรที่ความสัมพันธ์ทางสถิติ จากนั้นจึงนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ < 0.05 มาวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติกส์ (Multiple logistic

regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไป** พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.6 อายุเฉลี่ย 67.55 ± 6.49 ปี สถานภาพการสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 5385.88 ± 2755.47 อาชีพแม่บ้าน ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.52 ± 5.54 ปี ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย $7.99 \pm 1.82\%$ ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายเหมาะสมช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีโรคร่วมได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.2 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 68.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 11.8 ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 2.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัย		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	25	29.4
	หญิง	60	70.6
อายุเฉลี่ย (ปี)		67.55 ± 6.49	
สถานภาพการสมรส	สมรส	56	65.9
	โสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	29	34.1
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	56	65.9
	สูงกว่าประถมศึกษา	8	9.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		5385.88 ± 2755.47	
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	12	14.1
	รับจ้าง	10	11.8
	ค้าขาย	9	10.6
	แม่บ้าน	28	32.9
	ราชการบ้านนาญ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	14.1
	ว่างงาน	14	16.5
ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย (ปี)		9.52 ± 5.54	
น้ำตาลสะสม (HbA1c) เฉลี่ย (%)		7.99 ± 1.82	
การสูบบุหรี่	สูบ	4	4.7
	ไม่สูบ	81	95.3
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	9	10.59
	ไม่ดื่ม	76	89.41

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ปัจจัย		จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายเหมาะสมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ใช่	59	69.4
	ไม่ใช่	26	30.6
โรคประจำตัวร่วม	ความดันโลหิตสูง	75	88.2
	ไขมันในเลือดสูง	58	68.2
	โรคหัวใจและหลอดเลือด	10	11.8
	ไตวายเรื้อรัง	2	2.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย (คน)		2.95 ± 1.54	

2. ภาวะโภชนาการ

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ (n = 48) กับ

กลุ่มเสี่ยงและมีภาวะทุพโภชนาการ (n = 37) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการสมรส การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะซึมเศร้า มีผลต่อภาวะเสี่ยงและทุพโภชนาการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร

ปัจจัย	ภาวะโภชนาการ		Crude Odd (95%CI)	p-value	
	เสี่ยงและมีภาวะทุพโภชนาการ n (%)	ปกติ n (%)			
เพศ	ชาย	10(40.0)	15(60.0)	Ref	0.672
	หญิง	27(45.0)	33(55.0)	1.22(0.48–3.17)	
อายุ (ปี)	< 70	24(40.7)	35(59.3)	ref	0.425
	≥ 70	13(50)	13(50)	1.458(0.58–3.67)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	< 3,000	27(54.0)	23(46.0)	2.94(1.17–7.37)	0.022*
	≥ 3,000	10(28.6)	25(71.4)	ref	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	26(46.4)	30(53.6)	1.15(0.57–3.54)	0.455
	มากกว่าประถมศึกษา	11(37.9)	18(62.1)	ref	
สถานภาพการสมรส	คู่	17(58.6)	12(41.4)	ref	0.046*
	เดี่ยว (โสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่)	20(35.7)	36(64.3)	2.6(1.017–6.40)	
สูบบุหรี่	สูบ	2(50)	2(50)	1.314(0.18–9.80)	0.790
	ไม่สูบ	35(43.2)	46(56.8)	ref	
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	5(55.6)	4(44.0)	1.72(0.43–6.91)	0.446
	ไม่ดื่ม	32(42.21)	4(57.9)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ตัวแปร (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะโภชนาการ		Crude Odd (95%CI)	p-value	
	เสี่ยงและมีภาวะทุพ โภชนาการ n (%)	ปกติ n (%)			
การออกกำลังกาย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ใช่	22(41.5)	31(53.5)	ref	0.629
	ไม่ใช่	15(46.9)	17(53.1)	1.24(0.51-3.01)	
ระยะเป็นเบาหวาน (ปี)	< 10	20(46.5)	23(53.5)	1.28(0.54-3.02)	0.575
	≥ 10	17(40.5)	25(59.5)	ref	
ความรู้สึกรับประทานอาหาร	น้อย	4(66.7)	2(33.3)	3(0.26-35.33)	0.383
	ปานกลาง	31(41.9)	43(58.1)	1.08(0.17-6.86)	
	มาก	2(40)	3(60.0)	ref	
ปัญหาช่องปาก	มี	28(45.9)	33(54.1)	1.41(0.53-3.72)	0.483
	ไม่มี	9(37.5)	15(62.5)	ref	
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ดี	19(61.3)	12(38.7)	3.18(1.27-7.93)	0.014*
	ไม่ดี	18(33.3)	36(66.7)	ref	
มีโรคร่วม	มี	35(42.7)	47(57.3)	ref	0.427
	ไม่มี	2(66.7)	1(33.3)	2.69(0.23-3.81)	
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มี	23(33.8)	45(66.2)	ref	0.001*
	เสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้า	14	3	9.13(2.38-35.02)	
การใช้ยาหลายขนาน	ใช่	22(39.3)	34(60.7)	ref	0.274
	ไม่ใช่	15(51.7)	14(48.3)	1.67(0.67-4.09)	
พักอาศัย	ครอบครัวหรือญาติ	33(42.9)	44(57.1)	ref	0.699
	คนเดียว	4(50)	4(50)	1.33(0.31-5.73)	
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	33(42.3)	45(57.7)	Ref	0.453
	ครอบครัวขยาย	4(57.1)	3(42.9)	1.82(0.38-8.67)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	< 3	13(35.1)	24(64.9)	1.84(0.68-4.45)	0.172
	≥ 3	24(50)	24(50)	ref	
สามารถประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง	ได้	32(41.0)	46(59.0)	ref	0.140
	ไม่ได้	5(71.4)	2(28.6)	3.59(0.66-19.69)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยพหุคูณอิสระ เมื่อปรับตัวแปรที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงและทุพโภชนาการมาวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยพหุคูณอิสระ พบว่า ปัจจัยที่มีผล

ต่อภาวะเสี่ยงและทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้สูงอายุที่

เป็นเบาหวานที่มีที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีความเสี่ยงเกิดภาวะทุพโภชนาการ 3.36 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (adjusted OR = 3.36 95%CI: 1.19–9.47 p = 0.022) (ตารางที่ 3)

ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีความเสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะทุพโภชนาการ 9.07 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (adjusted OR = 9.07 95%CI: 2.17–37.96 p = 0.003) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยพหุคูณอิสระ

ปัจจัย	เสี่ยงและมีภาวะทุพโภชนาการ n(%)	ปกติ n(%)	Adj.Odd (95%CI)	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	< 3,000 27(54.0)	23(46.0)	2.54(0.89–7.24)	0.082
	≥ 3,000 10(28.6)	25(71.4)	ref	
สถานภาพสมรส	คู่ 17(58.6)	12(41.4)	ref	
	เดี่ยว (โสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่) 20(35.7)	36(64.3)	2.01(0.70–5.74)	0.194
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ไม่ดี 18(33.3)	36(66.7)	ref	
	ดี 19(61.3)	12(38.7)	3.36(1.19–9.47)	0.022*
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มี 23(33.8)	45(66.2)	ref	
	เสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้า 14(82.4)	3 (17.6)	9.07(2.17–37.96)	0.003*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุปผล

จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัญหาภาวะโภชนาการ 37 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 43.5 โดยมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 2.4 และเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 41.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Junaid OA และคณะ¹¹ ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 7.3 และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 42.7

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีความเสี่ยงเกิดภาวะทุพโภชนาการ 3.36 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Vischer UM และคณะ¹² พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาหารในระดับดี หรือมีน้ำตาลสะสมในระดับดีมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ แตกต่างการศึกษาของ Thaenpramun R และคณะ²⁰ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ และการศึกษาของ Junaid OA และคณะ¹¹ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

มีความเสี่ยงที่เกิดภาวะทุพโภชนาการ

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีความเสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะทุพโภชนาการ 9.07 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gedik S และคณะ²¹ ซึ่งภาวะซึมเศร้าทำให้ความอยากอาหารลดลงหรือไม่มีความอยากอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ และยังส่งผลถึงสุขภาพด้านร่างกายจิตใจ และคุณภาพการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ²²

ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ จึงควรส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองในคลินิกเบาหวาน และเมื่อพบความผิดปกติควรให้คำแนะนำและดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่น คือ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเพียงคนเดียว ทำให้ลดความแตกต่างของการสื่อความหมายของคำถาม ส่วนข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้มีการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตามสะดวกจากกลุ่มประชากรที่รับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม ทำให้มีประชากรไม่ได้รับการสุ่มอย่างทั่วถึง การศึกษานี้ทำในผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดเรื่อง

การตอบคำถามที่เป็นลักษณะเกี่ยวกับความจำซึ่งอาจจะได้ผลที่ไม่แม่นยำ โดยผู้วิจัยได้แก้ปัญหาโดยการสอบถามผู้ดูแลหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาครั้งนี้ทำในผู้ป่วยนอก ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยใน หรือ กลุ่มที่ติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องสมบูรณ์มากขึ้น อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. ส2559. [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dop.go.th/en/know/2/58>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี” 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/formdownload/th1529476181-813_3.pdf
3. Federation ID. IDF Diabetes Atlas –10th edition [Internet]. 2021 [Cited 2023 Sep 20]. Available from: https://www.diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์; 2564.
5. Li Y, Burrows NR, Gregg EW, Albright A, Geiss LS. Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: US, 1988–2008. *Diabetes care* 2012;35(2):273–7.
6. Ayub LH, Ismail KH. Malnutrition in Elderly Diabetic Patients: A Case–Control Study. *Iraqi J Comm Med* 2018;4:128–32.
7. Nguyen TTH, Vu HTT, Nguyen TN, Dao HT, Nguyen TX, Nguyen HTT, et al. Assessment of nutritional status in older diabetic outpatients and related factors in Hanoi, Vietnam. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2019:601–6.
8. Wen Wei, Lingyu Zhang, Guode Li, Zhidong Huang, Jin Lui, Zhihuang Wu, et al. Prevalence and prognostic significance of malnutrition in diabetic patients with coronary artery disease: a cohort study. *Nutr Metab (Lond)* 2021;18(1):102.
9. Hinke Kruijenga SB, Getty Huisman–de Waal, Cora Jonkers–Schuitema, Mariël Klos, Wineke Remijnse–Meester, Abel Thijs, et al. Guideline on malnutrition recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults; 2017.
10. Lin W–Q, Wang H, Yuan L–X, Li B, Jing M–J, Luo J–L, et al. The unhealthy lifestyle factors associated with an increased risk of poor nutrition among the elderly population in China. *J Nutr Health Aging* 2017;21(9):943–53.
11. Junaid OA, Ojo OA, Adejumo OA, Junaid FM, Ajiboye KJ, Ojo OE, et al. Malnutrition in elderly

สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ศึกษาเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรวมถึงคำแนะนำตลอดจนต่าง ๆ และขอขอบคุณพยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านประจำคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม สำหรับความร่วมมือในงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

- patients with type 2 diabetes mellitus in a Nigerian Tertiary Hospital: a cross-sectional study. *Dialogues in Health* 2022;1:100030.
12. Vischer U, Perrenoud L, Genet C, Ardigo S, Registe-Rameau Y, Herrmann F. The high prevalence of malnutrition in elderly diabetic patients: implications for anti-diabetic drug treatments. *Diabetic Medicine* 2010;27(8):918–24.
 13. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 2002;18(4):737–57.
 14. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999;15(2):116–22.
 15. Guigoz Y. The mini nutritional assessment (MNA®) review of the literature—what does it tell us?. *J Nutr Health Aging* 2006;10(6):466.
 16. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
 17. สุทธิพงษ์ รักเล่ง, สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ. ความชุก ปัญหาจากการใช้ยา และผลลัพธ์ของการใช้ยา หลายขนานในการรักษาผู้ป่วย: การทบทวนวรรณกรรม. *ว. วิชาการสาธารณสุข* 2560;25(6):1084–96.
 18. ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ. การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *ว. มหาวิทยาลัยทักษิณ* 2557;16(2):9–18.
 19. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Van Reekum R. The use of GDS–15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of clinical medicine research* 2013;5(2):101.
 20. Thaenpramun R, Komolsuradej N, Buathong N, Srikrajang S. Association between glycaemic control and malnutrition in older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *British Journal of Nutrition* 2024;131(9):1497–505.
 21. Gedik S, ÜNSAL A, ARSLANTA D. Evaluation of Malnutrition and Depression in Elderly People: A Cross-Sectional Study in Turkey. *Aging Medicine and Healthcare* 2022;13(3):102–109
 22. Wróblewska I, Bartyzel M, Chmielowiec B, Puścion M, Chmielewski JP. The impact of depression on the quality of life in elderly people. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2021; 27(2):199.

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสกลนคร

พิชยา ปัญญาดี พ.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คลินิก พุทธรักษา โรงพยาบาลสกลนคร โดยทำในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 150 คน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประสบการณ์ในอดีต ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ วิเคราะห์แบบ Uni-variate analysis โดยใช้สถิติ Simple logistic regression จากนั้นวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยใช้ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 77 คน (ร้อยละ 51.33) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต คือ เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (Adj.OR 7.87; 95% CI = 1.11-55.62) สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (Adj.OR 3.76; 95% CI = 1.39-10.82) เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน (Adj.OR 7.23; 95% CI = 12.08-25.15) มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR 6.53; 95% CI = 2.45-17.45) และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR 10.35; 95% CI = 3.38-31.70) ดังนั้นควรส่งเสริมปัจจัยด้านความรู้เพื่อเพิ่มอัตราการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: พินัยกรรมชีวิต ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง

* แพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลสกลนคร

Factors in Decision–Making of Cancer Patients’ Living will in Sakonnakhon Hospital

Pitchaya Panyadee M.D.*

Abstract

This study is a cross–sectional analytical study with the objective of examining the factors that influence the decision to create an advance directive in cancer patients, as well as their level of knowledge and attitudes towards advance directives. The study was conducted at the Phuttharaksa Clinic, Sakon Nakhon Hospital, involving 150 cancer patients between September 1 and September 30, 2024. Data was collected using a questionnaire that included general information about the patients, their past experiences, and their knowledge and attitudes towards advance directives. Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, including univariate analysis with simple logistic regression, followed by multivariate analysis using multiple logistic regression.

The results revealed that 77 cancer patients (51.33%) had decided to create a living will. Factors significantly associated with the decision to create a living will included prior experience of being treated in an intensive care unit (Adj. OR = 7.87; 95% CI = 1.11–55.62), the ability to discuss living wills with family members (Adj. OR = 3.76; 95% CI = 1.39–10.82), prior knowledge of living wills (Adj. OR = 7.23; 95% CI = 2.08–25.15), high levels of knowledge regarding living wills (Adj. OR = 6.53; 95% CI = 2.45–17.45), and a positive attitude toward living wills (Adj. OR = 10.35; 95% CI = 3.38–31.70).

In conclusion, promoting knowledge about living wills can help increase the rate of decision–making regarding living wills among cancer patients.

Keywords: Living will, Knowledge about living wills, Attitudes toward living wills, Cancer patients

* Resident in Family Medicine, Social Medicine Work Group, Sakonnakhon Hospital

Received: February 17, 2025, Revised: March 20, 2025, Accepted: April 21, 2025

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้สถานการณ์โรคมะเร็งของไทย จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าปัจจุบันคนไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี และเสียชีวิตวันละ 221 คน หรือ 80,665 คนต่อปี¹ โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า และอาการไม่สบายอื่น ๆ² ซึ่งการดูแลบางอย่างทำไปเพียงเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยเท่านั้นและทำให้สูญเสียเวลารวมถึงค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก

การแพทย์ในปัจจุบันมีการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งสำคัญที่สุด จึงได้คิดค้นเทคโนโลยีขึ้นเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ป่วยกลัวกระบวนการยืดความตาย จึงได้มีการผลักดันจนเกิดกฎหมายเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือ คำสั่งการรักษาล่วงหน้า (advance medical directives) เพื่อไม่ให้แพทย์ยืดความตายของตน³

ในประเทศไทยได้ผลักดันให้มีกฎหมายรองรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่ไม่จำเป็น (living will) คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1⁴ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (living will)⁵ คือ การมีความเชื่อหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในกรณีที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น การเลือกว่าจะรับการรักษาหรือไม่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือในกรณีที่สถานการณ์ทางการแพทย์ที่รุนแรงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ โดยพินัยกรรมชีวิตมักจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงของตนเองล่วงหน้าถึงการรักษาหรือไม่รับการรักษาในกรณีที่เกิดเหตุการณ์วิกฤตทางสุขภาพ เช่น การช่วยชีวิตด้วยเครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่อาจ

ยืดเวลาอยู่รอดแต่ไม่สามารถรักษาคุณภาพชีวิตได้ โดย ข้อดีของการทำพินัยกรรมชีวิต คือ เคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องการหรือไม่ต้องการในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ซึ่งเป็นการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวไม่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการตัดสินใจทางการแพทย์ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง⁶ และช่วยให้การรักษามีความชัดเจน โดยพินัยกรรมชีวิตช่วยให้ทีมแพทย์และครอบครัวทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและการตัดสินใจที่ดีที่สุด สถานการณ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้

ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตและเข้าใจถึงความสำคัญในการตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษามักจะมีทัศนคติที่ดีและเปิดรับการการทำพินัยกรรมชีวิต แต่ผู้ป่วยบางคนอาจมีทัศนคติที่ไม่ยอมรับหรือลังเล เนื่องจากความกลัวหรือไม่เข้าใจในเรื่องการตายและการรักษาในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้⁵

ในประเทศไทยประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้า จากงานวิจัยของกนกพร ภูทอง และคณะ⁷ ที่สอบถามถึงความรู้และทัศนคติต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่า จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 464 ราย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้าเพียงร้อยละ 30.6 เท่านั้น และมีความต้องการที่จะทำหนังสือเจตนาล่วงหน้าในระดับปานกลาง จากงานวิจัยของ พทิน ภูริธรรมโชติ⁸ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตในเกณฑ์สูง และทัศนคติโดยรวมต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติตนเองหรือญาติเคยใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน และมุมมองต่อความตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต และจากการศึกษาของ รุ่งทิวา กังวานสุระ⁹ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ อาชีพข้าราชการเกษียณ เคยดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย และ

การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม พบว่าประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย ความรู้และทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต และบทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจ รวมถึงบริบททางสังคม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาของ Moritz Allner และคณะ¹⁰ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทำพินัยกรรมชีวิต 40 เปอร์เซ็นต์ และการศึกษาของ Pedro Grachinski Buiar และคณะ¹¹ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตถึง 70 เปอร์เซ็นต์

ปัจจุบันงานวิจัยเกี่ยวกับการทำ living will ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างจำกัคนผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรทำพินัยกรรมชีวิตในลำดับต้นๆ ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องความรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ศึกษาในประชากรผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการห้องตรวจคลินิกพุทธรักษา โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 250 ราย ในช่วงวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ เครซี่ และมอร์แกน¹² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร โครงการวิจัยเลขที่ SKHREC No. 005/2567 รับรองวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งที่มารับบริการห้องตรวจคลินิกพุทธรักษา โรงพยาบาลสกลนคร
2. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม (dementia)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมโดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือกรวมประชากรออกจากการศึกษาข้างต้นหลังคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สิทธิการรักษา ศาสนา โรคประจำตัว ประวัติการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ รู้จักพินัยกรรมชีวิต ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถพูดคุยกับครอบครัวเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นข้อคำถามแบบตัวเลือกและเติมข้อความ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต เป็นคำถามแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนจากเกณฑ์ที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักของ Bloom¹³ คือ คะแนน มากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ มีความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่าง 80-60 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด Likert scale¹⁴ ซึ่งเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเลือกตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนน

ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยถ้าเลือกน้อยที่สุดจะได้ 1 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน สำหรับคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 10 ให้คะแนนกลับกัน นำคะแนนมาเฉลี่ยกันในแต่ละมิติการรับรู้ การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ซึ่งแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

(คะแนนสูงสุด - ต่ำสุด)/จำนวนชั้น = $(5 - 1)/3 = 1.33$

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน คือ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาคำถามให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา คำนวณค่าดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ซึ่ง มีค่าสูงสุด +1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์นั้นมาก ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์น้อย และถ้ามีค่า

ติดลบ แสดงว่าเป็นข้อที่ใช้ไม่ได้ ซึ่งงานวิจัยนี้กำหนดค่า IOC 0.5 จึงคงข้อคำถามนั้นไว้

หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งในเขตพื้นที่บริการคลินิกหอบหืด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม จำนวน 40 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ ใช่วิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจในการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 150 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 60.6 ปี (18-100 ปี, S.D. 14.84 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 82 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.3 สถานภาพสมรสร้อยละ 58 สิทธิการรักษามากเป็นสิทธิบัตรทองร้อยละ 78.6 และส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งอย่างเดียวไม่มีโรคร่วมร้อยละ 89.3 หลังจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความประสงค์ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 77 คน และผู้ที่ยังไม่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 73 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	ความต้องการทำฟันยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77) (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (n = 73) (ร้อยละ)	
เพศ			0.976
ชาย	42(28)	40(26.7)	
หญิง	35(23.3)	33(22.0)	
อายุ (ปี)			0.010**
≤60 ปี	29(19.3)	43(28.7)	
> 60 ปี	48(32.0)	30(20.0)	
สถานภาพ			0.693
โสด	14(9.3)	20(13.3)	
สมรส	50(33.3)	37(24.7)	
หม้าย/หย่าร้าง	13(8.7)	16(10.7)	
ระดับการศึกษา			0.078
ประถมศึกษา	38(25.3)	36(24.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9(6.0)	19(12.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9(6.0)	8(5.3)	
ปวส/อนุปริญญา	3(2.0)	4(2.7)	
ปริญญาตรี	18(12.0)	6(4.0)	
รายได้			0.129
Mean +- S.D.	10355.84 ± 13669.90	7398.63 ± 8890.01	
Median (min-max)	5000(500-70000)	5000(0-50000)	
โรคร่วม			0.055
ไม่มีโรคร่วม	65(43.3)	69(46.0)	
มีโรคร่วม	12(8.0)	4(2.7)	
อาชีพ			0.015*
เกษตรกร	16(10.7)	16(10.7)	
รับจ้าง	8(5.3)	18(12.0)	
ค้าขาย	12(8.0)	14(9.3)	
แม่บ้าน	2(1.3)	7(4.7)	
รับราชการ	13(8.7)	2(1.3)	
ว่างงาน	19(12.7)	15(10.0)	
นักบวช	7(4.7)	1(0.7)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77) (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (n = 73) (ร้อยละ)	
สิทธิการรักษา			0.080
บัตรทอง	59(39.3)	59(39.3)	
ประกันสังคม	7(4.7)	13(8.7)	
จ่ายตรง	10(6.7)	1(0.7)	
เงินสด	1(0.7)	0	
ศาสนา			0.381
พุทธ	67(44.7)	68(45.3)	
คริสต์	10(6.7)	4(2.7)	
อิสลาม	0	1(0.7)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ด้านประสบการณ์ในอดีต ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่พินัยกรรมชีวิตได้ร้อยละ 33.3 และผู้เข้าร่วมวิจัยเคยรู้จักเคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักและไม่เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจจากการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้ที่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตสามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำ

พินัยกรรมชีวิตได้ร้อยละ 33.3 และผู้เข้าร่วมวิจัยเคยรู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตมาก่อนเพียงร้อยละ 26.7 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสบการณ์ในอดีต

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77) (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (n = 73) (ร้อยละ)	
เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก			0.010**
เคย	19(12.7)	6(4.0)	
ไม่เคย	58(38.7)	67(44.7)	
เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจจากการเจ็บป่วย			0.049*
เคย	18(12.0)	8(5.3)	
ไม่เคย	59(39.3)	65(43.3)	
สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต			< 0.001**
ใช่	50(33.3)	23(15.3)	
ไม่ใช่	27(18.0)	50(33.3)	
รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน			< 0.001**
ใช่	33(22.0)	7(4.7)	
ไม่ใช่	44(29.3)	66(44.0)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการทำพินัยกรรม สำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 3
ชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัย

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77)	ไม่ต้องการ (n = 73)	
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต			< 0.001**
มีความรู้ระดับต่ำ	20(13.3)	41(27.3)	
มีความรู้ระดับปานกลาง	9(6.0)	14(9.3)	
มีความรู้ระดับสูง	48(32.0)	18(12.0)	
ทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต			< 0.001**
มีทัศนคติระดับต่ำ	10(6.7)	33(22.0)	
มีทัศนคติระดับปานกลาง	22(14.7)	32(21.3)	
มีทัศนคติระดับสูง	45(30.0)	8(5.3)	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยนำผลที่ได้มาวิเคราะห์โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (multivariate analysis) พบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (adjust OR 7.87, 95%CI; 1.11–55.62, p = 0.039) สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (adjust OR

3.76, 95%CI; 1.39–10.82, p = 0.014) เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน (adjust OR 7.23, 95%CI; 12.08–25.15, p = 0.002) มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (adjust 6.53, 95%CI; 2.45–17.45), p < 0.001) และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (adjust OR 10.35, 95%CI; 3.38–31.70), p < 0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต (วิเคราะห์หลายตัวแปร)

ปัจจัย	ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n = 77) (%)	ไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n = 73) (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ					
≤ 60 ปี	29(19.3)	43(28.7)	1	1	
> 60 ปี	48(32.0)	30(20.0)	2.37(1.23–4.57)	1.62(0.61–4.29)	0.331
อาชีพ					
อื่นๆ	64(42.7)	71(47.3)	1	1	
ข้าราชการ	13(8.7)	2(1.3)	7.21(1.57–33.18)	5.88(0.60–57.53)	0.128
เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจจากการเจ็บป่วย					
ไม่เคย	59(39.3)	65(43.3)	1	1	
เคย	19(12.7)	6(4.0)	2.48(1.00–6.12)	0.24(0.034–1.67)	0.149

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต (วิเคราะห์หลายตัวแปร) (ต่อ)

ปัจจัย	ต้องการทำ พินัยกรรมชีวิต (n = 77) (%)	ไม่ต้องการทำ พินัยกรรมชีวิต (n = 73) (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก					
ไม่เคย	58(38.7)	67(44.7)	1	1	
เคย	19(12.7)	6(4.0)	3.66(1.37-9.77)	7.87(1.11-55.62)	0.039*
สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต					
ไม่ใช่	27(18.0)	50(33.3)	1	1	
ใช่	50(33.3)	23(15.3)	4.03(2.04-7.95)	3.76(1.39-10.82)	0.014*
รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน					
ไม่ใช่	44(29.3)	66(44.0)	1	1	
ใช่	33(22.0)	7(4.7)	7.07(2.87-17.40)	7.23(2.08-25.15)	0.002**
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต					
ต่ำ-ปานกลาง	29(19.3)	55(36.7)	1	1	
สูง	48(32.0)	18(12.0)	5.06(2.50-10.23)	6.53(2.45-17.45)	< 0.001**
มีทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต					
ต่ำ-ปานกลาง	32(21.3)	65(43.3)	1	1	
สูง	42(30.0)	8(5.3)	11.42(4.82-27.08)	10.35(3.38-31.70)	< 0.001**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 150 คน มีผู้ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 77 คน (ร้อยละ 51.33) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อธิพงษ์ มุณีโน¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง 180 คน ในบริบทของโรงพยาบาล ดติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตเพียงร้อยละ 37.2 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้ เป็นบริบทของโรงพยาบาลดติยภูมิ ซึ่งอาจมีความพร้อมทาง เทคโนโลยีและการรักษาที่หลากหลายทำให้ผู้ป่วย และญาติ มีความคาดหวังกับการรักษาจนถึงที่สุด จึงไม่ได้พิจารณา การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นเรื่องสำคัญ อีกสาเหตุหนึ่งคือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มาจากคลินิก พุทธรักษา ซึ่งเป็นคลินิกด้านการดูแลแบบประคับประคอง เท่านั้นซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง¹⁵ ที่เป็นแผนกผู้ป่วย นอกมะเร็งทั่วไปจึงมีอัตราการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตที่ สูงกว่า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ เช่น

ความรุนแรงของโรคจากการเจ็บป่วย การได้รับคำปรึกษา และสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์¹⁰ ความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย¹¹ และ แตกต่างจากการศึกษาของ Buiar และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในสหรัฐอเมริกา มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตถึงร้อยละ 70 ทั้งนี้เนื่องจากใน วัฒนธรรมตะวันตกให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระ และ การตัดสินใจส่วนตัว (Autonomy) ดังนั้นการทำพินัยกรรม ชีวิตเพื่อระบุความต้องการด้านการรักษาจึงถือเป็นเรื่องปกติ ต่างจากในเอเชียสำหรับการตัดสินใจรักษาในระยะท้ายมัก เป็นหน้าที่ของครอบครัวมากกว่าตัวบุคคล^{16,17}

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก เป็นปัจจัยส่งเสริม การทำพินัยกรรมชีวิต 7.87 เท่า (Adj.OR = 7.87, 95% CI; 1.11-55.62) หมายความว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

มากกว่า ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Omondi S และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ประวัติการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต อาจเป็นเพราะ การผ่านประสบการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต และกระตุ้นให้พิจารณาการวางแผนล่วงหน้า และในสถานการณ์วิกฤต บุคลากรทางการแพทย์มักให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งอาจรวมถึงการแนะนำเรื่องพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยที่เคยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอาจมีการพูดคุยและวางแผนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคตมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คือ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และศาสนา ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาชีพข้าราชการเกษียณเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้สูงอายุ⁹ อาจเป็นผลมาจากบริบทความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่แตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญความกังวลเกี่ยวกับโรคซึ่งอาจทำให้การตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตถูกเลื่อนออกไป และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ พบว่าการนับถือศาสนาส่งผลให้มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น แต่จากงานวิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่นับถือศาสนา จึงต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

การพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง 3.76 เท่า (Adj.OR = 3.76, 95%CI; 1.39–10.82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{11,16,17,20} โดยเฉพาะการศึกษาของ รุ่งทิศา กังวานสุระ และคณะ⁹ ในการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บริบททางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์และความเชื่อใจต่อครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ¹⁶ เช่น ในครอบครัวที่มีค่านิยมเน้นการดูแลจนวาระสุดท้าย อาจมีการพูดคุยเรื่องพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่าเมื่อเทียบกับครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นเพียงหนึ่งในปัจจัยส่งเสริม

การทำพินัยกรรมชีวิต

การเคอร์ซึ่กพินัยกรรมชีวิตมาก่อนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง 7.23 เท่า (Adj.OR = 7.23, 95% CI; 12.08–25.15) สอดคล้องกับการศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ⁸ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยเคยได้รับข้อมูลช่วยให้เข้าใจวัตถุประสงค์และความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า และลดความเข้าใจผิดหรือความกลัวที่ว่าเอกสารดังกล่าวอาจส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ การรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อนจะช่วยเปิดโอกาสให้บุคคลได้พูดคุยกับครอบครัวหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เกี่ยวกับความต้องการในวาระท้าย¹⁷ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

ปัจจัยด้านความรู้พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR = 6.53, 95%CI; 2.45–17.45) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คือ เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น 6.53 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{8,11,12,16,21} แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตจะทำให้ตระหนักถึงข้อดีของการทำพินัยกรรมชีวิต เช่น การรักษาสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง การลดภาระการตัดสินใจของครอบครัว และลดความขัดแย้งในหมู่ญาติ นอกจากนี้การที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมักเข้าใจว่าพินัยกรรมชีวิตไม่ได้หมายถึงปฏิเสธการรักษา แต่เป็นการกำหนดความต้องการล่วงหน้า ซึ่งความมั่นใจนี้จะช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า การมีทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR = 10.35, 95% CI; 3.38–31.70) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{8,9} พบว่า ทัศนคติที่ดีการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าและการเห็นถึงประโยชน์ของพินัยกรรมชีวิตเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยทัศนคติที่ดีจะช่วยลดความกังวลหรือความกลัว เช่น การควบคุมการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ทำให้มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิต

มากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่คลินิกพุทธรักษา ซึ่งเป็นคลินิกที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาตามคลินิกอื่น ๆ ดังนั้น การขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้ป่วยจากแหล่งบริการอื่น ๆ จะช่วยเพิ่มความหลากหลายในการศึกษาและทำให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น เช่น เอกสารแผ่นพับ วีดิทัศน์ การจัดโครงการให้ความรู้ในชุมชน การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้

บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น

3. ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มุมมองต่อความตาย และ รูปแบบในความต้องการรับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยในแง่ของการส่งเสริมปัจจัยด้านความรู้

4. อาจมีการติดตามต่อเนื่องว่าการทำพินัยกรรมชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร บุคลากรผู้ป่วยนอกแผนกมะเร็ง โรงพยาบาลสกลนคร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. แผนกตรวจสุขภาพ. 5 อันดับ สถิติมะเร็งในคนไทยที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/thTH/phrapradaeng/Article/Details/บทความ-โรคมะเร็ง/5-อันดับ-สถิติมะเร็งในคนไทย-ที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกล>
2. จิตใจ ศิริโส, สุวีพร ธนศิลป์, นพมาศ พัดทอง. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล. ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(2):112-123.
3. พระไพศาล วิสาโล. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอมีเนเตอร์ไพรส์; 2552.
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127, หมวดที่ 1 เรื่อง สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12; 2553, 31 มีนาคม.
5. Hendrickson SC, Amelang M, O'Sullivan T. Patient and family attitudes toward advance care planning: a systematic review. Journal of Palliative Care 2015;31(3):128-135.
6. Karel MJ, Hinrichsen GA. Advance care planning for older adults: Improving the understanding and utilization of advance directives. Clinical Psychology Review 2018;60:1-13.
7. Puthong K, Tirakanoksathit T, Pattarapanuwat P, Pattanasiri S, Kanoptammakul S, Makruasi S, Makruasi N. Knowledge, perceptions, and attitudes of patients regarding advance directives at the End of Life Care at Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. J Med Health Sci 2022; 29(3):107-23.
8. พศิน ภูริธรรมโชติ. ทักษะคิดต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2559;1(1):39-50.
9. รุ่งทิวา กังวานสุระ, ทนงสรรค์ เทียนถาวร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กุลเชษฐ เกษะโกมล. ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักถึงการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ. ว. ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2022;5(1): 33-44.

10. Allner M, Gostian M, Balk M, Rupp R, Allner C, Mantopoulos K, et al. Advance directives in patients with head and neck cancer – status quo and factors influencing their creation. *BMC Palliative Care* 2022;21(1):47.
11. Buiar PG, Goldim JR. Barriers to the composition and implementation of advance directives in oncology: a literature review. *Ecancermedicalscience* 2019;13:974.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607–610.
13. Smith J. Use of Bloom’s Taxonomy in assessment criteria: a guide for educational evaluation. *J Educ Assess* 2020;25(3):145–159.
14. Smith J, Brown A. The use of Likert scale in measuring attitudes toward life planning. *J Educ Psychol* 2019;33(4):221–233.
15. Muneeno A. Selected factors related to living will in persons with cancer [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023.
16. Gao X, Sun F, Ko E, Kwak J, Shen HW. Knowledge of advance directive and perceptions of end-of-life care in Chinese American elders: The role of acculturation. *Palliat Support Care* 2015;13(6):1677–84.
17. Ho LYW, Kwong EWY, Song MS, Kawakami A, Boo S, Lai CKY, et al. Decision-making preferences on end-of-life care for older people: Exploration and comparison of Japan, the Hong Kong SAR and South Korea in East Asia. *J Clin Nurs* 2022;31(23–24):3498–509.
18. Omondi S, Weru J, Shaikh AJ, Yonga G. Factors that influence advance directives completion amongst terminally ill patients at a tertiary hospital in Kenya. *BMC Palliat Care* 2017;16(1):9.
19. Hoe D, Enguidanos S. Association Between Religiosity and Advance Directive Completion in a Nationally Representative Sample (S760). *J Pain Symptom Manage* 2018;55(2):689–690.
20. Arruda LM, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVC. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (Sao Paulo)* 2020;18:eRW4852.
21. Zhu T, Zhang J, Shi Y, Yi J, Zhang Q, Zhao Y, et al. Awareness and Attitudes Toward Advance Care Planning Among Community-Dwelling Older Adults in China: A Mixed-Methods Study. *Am J Hosp Palliat Care* 2020;37(9):743–9.

การเปรียบเทียบค่าประมาณน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (eFPG) จากค่า HbA1c และระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (FPG) ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร

จินตนา เดชาพิทักษ์ ทนพญ.*

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณนาค้นคว้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าประมาณน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาที่คำนวณจากค่า HbA1c (estimated fasting plasma glucose; eFPG) และระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose; FPG) ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 310 ราย ที่มีผลการตรวจระดับ HbA1c และ FPG ในวันเดียวกัน คำนวณค่า eFPG โดยใช้สูตร $eFPG (mg/dL) = (28.7 \times HbA1c) - 46.7$ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง eFPG และ FPG ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Pair T-test

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด eFPG มีค่าเฉลี่ย (mean \pm S.D.) เท่ากับ 185 ± 62 mg/dL ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ FPG ที่มีค่า 143 ± 64 mg/dL และพบว่าค่าทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = 0.538$, $P < 0.001$) ผลทดสอบความแตกต่างพบว่า ค่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีค่า HbA1c 5.6-6.4% และกลุ่ม ที่มีระดับ HbA1c $\geq 6.5\%$ พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง eFPG และ FPG มีค่า $r = 0.355$ และ 0.496 ตามลำดับ และมีผลการทดสอบระหว่าง eFPG และ FPG แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม ($P < 0.001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าระดับน้ำตาลจาก eFPG มีค่าสูงกว่า FPG ทุกกลุ่มที่ศึกษา อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานอาจมีภาวะน้ำตาลต่ำลงจากการควบคุมอาหารก่อนการเข้ารับการตรวจระดับน้ำตาล ส่งผลให้ค่า FPG ต่ำกว่าค่า eFPG ที่ได้จากการคำนวณ ดังนั้น การใช้ค่า eFPG ร่วมกับค่า HbA1c อาจช่วยให้การประเมินภาวะเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมีความแม่นยำมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

คำสำคัญ: ฮีโมโกลบินเอวันซี น้ำตาลกลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหาร ค่าประมาณน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา เบาหวาน

* เทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 24 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2568 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2568

**Comparative Study of Estimated Average Plasma Glucose (eFPG)
from HbA1c Level and Fasting Plasma Glucose Level (FPG) in Diabetic Patients
at Sakon Nakhon Hospital**

Jintana Dechapitak MT.*

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to compare the estimated fasting plasma glucose (eFPG) derived from HbA1c levels with the actual fasting plasma glucose (FPG) in diabetic patients at Sakon Nakhon Hospital. The study included 310 diabetic patients who had same-day test results for HbA1c and FPG. eFPG was calculated using the formula $eFPG \text{ (mg/dL)} = (28.7 \times \text{HbA1c}) - 46.7$. The correlation between eFPG and FPG was analyzed using the correlation coefficient, and differences between the two values were tested using the paired t-test.

The results showed that the mean \pm S.D. of eFPG was 185 ± 62 mg/dL, which was higher than the mean FPG of 143 ± 64 mg/dL. A moderate correlation was found between the two values ($r = 0.538$, $P < 0.001$). The paired t-test indicated a statistically significant difference between eFPG and FPG ($P < 0.001$). When analyzing subgroups based on HbA1c levels, the correlation coefficients between eFPG and FPG were $r = 0.355$ for patients with HbA1c levels between 5.6–6.4% and $r = 0.496$ for those with HbA1c $\geq 6.5\%$. Both subgroups exhibited statistically significant differences between eFPG and FPG ($P < 0.001$).

These findings suggest that eFPG levels are consistently higher than FPG levels in all study groups. This discrepancy may be due to patients experiencing falsely low fasting glucose levels as a result of dietary control before testing, leading to lower FPG values compared to eFPG. Therefore, incorporating eFPG alongside HbA1c in diabetes assessment may enhance the accuracy of glycemic monitoring and blood sugar control, ultimately reducing the risk of long-term complications.

Keywords: HbA1c, Fasting Plasma Glucose, Estimated Fasting Plasma Glucose, Diabetes

* Medical Technologist, Department of Medical Technology and Clinical Pathology, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 90) ทำให้ดัดแปลงผลิตภัณฑ์ไม่ได้เกิดภาวะขาดอินซูลินร่วมด้วย¹ ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 3.2 ล้านคน แต่เข้าถึงระบบบริการเพียงร้อยละ 41² และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบเป็นร้อยละ 9.5 การสำรวจนี้มีการวินิจฉัยด้วยระดับ HbA1c ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานจากระดับ HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.5 ถึงร้อยละ 11.0 ในจำนวนนี้ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 30.6 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน^{3,4} แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งกำหนดโดย American Diabetes Association (ADA) ปี พ.ศ. 2566 คือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (hemoglobin A1C, HbA1c) โดยแนะนำให้มีการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปีในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายและอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปีในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ตั้งเป้าหมาย HbA1c ไว้ที่ร้อยละ 7.5 - ร้อยละ 8⁵ สำหรับประเทศไทยมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่พบแพทย์และตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป้าหมายการควบคุมเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2566 คือ อัตราของระดับ fasting plasma glucose (FPG) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (≥ 80 mg/dL และ ≤ 130 mg/dL) และอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 หากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ตามค่าเกณฑ์ดังกล่าวจะมีผลลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้⁶ การตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา สามารถสะท้อนผลระดับน้ำตาลในวันที่มาเจาะเลือดซึ่งแปรผันตามอาหารที่รับประทาน ส่วนการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม หรือ HbA1c เป็นการตรวจระดับ HbA1c ที่ทำปฏิกิริยา glycation กับกลูโคสในเลือดและกลายเป็น HbA1c (glycated hemo-globin) สะสมอยู่ในเลือด จึงใช้ประโยชน์เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูง ซึ่งจะมีการสะสม HbA1c ในเลือดสูงเช่นกัน จึงจะสามารถประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ก่อนที่ HbA1c จะสลายไปตามอายุของเม็ดเลือดแดง 120 วัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา และระดับของ HbA1c ที่เพิ่มขึ้น หมายถึง อัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีโอกาสูงขึ้น⁷ ค่า HbA1c ที่ตรวจวัดได้ควรสัมพันธ์กับค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด แต่เนื่องจากระดับน้ำตาลกลูโคสขึ้นกับอาหาร หากผู้ป่วยควบคุมอาหารเฉพาะใกล้วันก่อนที่จะมาพบแพทย์ระดับน้ำตาลกลูโคสอาจจะต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและไม่สอดคล้องกับผล HbA1c ส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยอาจทำให้แพทย์ประเมินการรักษาผิดพลาดและไม่สามารถให้คำแนะนำหรือปรับการรักษาได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดและหัวใจ

จากความสัมพันธ์ของค่า HbA1c และระดับน้ำตาลกลูโคส สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA) ได้แนะนำสูตรของ Nathan DM และคณะ⁸ ที่ใช้ประมาณค่าน้ำตาลในพลาสมาจากผลการตรวจวัด HbA1c (estimate average plasma glucose; eFPG) โดยใช้สูตร eFPG (mg/dL) = $(28.7 \times \text{HbA1c}) - 46.7$ เมื่อแทนค่า HbA1c ในสูตรดังกล่าวจะได้ค่าประมาณน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา จากสูตรนี้พบว่าค่า HbA1c และ eFPG มีความสัมพันธ์กันสูงมาก ($r = 0.92$)⁹ ดังนี้

HbA1C (%)	mg/dL*	mmol/L
5	97(76–120)	5.4(4.2–6.7)
6	126(100–152)	7.0(5.5–8.5)
7	154(123–185)	8.6(6.8–10.3)
8	183(147–217)	10.2(8.1–12.1)
9	212(170–249)	11.8(9.4–13.9)
10	240(193–282)	13.4(10.7–15.7)
11	269(217–314)	14.9(12.0–17.5)
12	298(240–347)	16.5(13.3–19.3)

Equivalent A1C levels and estimated average glucose (eAG)

* Data in parentheses are 95% CI. A calculator for converting A1C results into eAG, in either mg/dL or mmol/L, is available at professional.diabetes.org/eA

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าการใช้สูตรนี้อาจจะช่วยประมาณค่าน้ำตาลกลูโคสได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งอาจจะช่วยลดจำนวนผลการตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นที่อาจเกิดจากผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมอาหารเฉพาะวันที่มาเจาะเลือด แต่เนื่องจากสูตรดังกล่าวคิดจากระดับน้ำตาลจากเลือดปลายนิ้วและตรวจวัดโดยใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสกลนคร ที่เจาะจากหลอดเลือดดำและตรวจวัดระดับน้ำตาลกลูโคสด้วยเครื่องวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา 3 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ Bozkaya¹⁰ ในผู้ป่วยเบาหวานชาวตุรกีที่มีระดับน้ำตาลต่ำกว่า 200 mg/dL พบว่ามีค่า FPG ต่ำกว่า eFPG การศึกษาของวิชาญ เกี่ยวการคำ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง มีค่า FPG ต่ำกว่า eFPG ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย หรือการศึกษาของอภิวัฒน์ และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีค่า FPG น้อยกว่า eFPG ซึ่งได้แบ่งกลุ่มเป็น HbA1c น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 และ HbA1c มากกว่าร้อยละ 7 ทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีค่า eFPG มากกว่า FPG ถึงร้อยละ 69 จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำสูตรดังกล่าวมาคำนวณหาค่าประมาณน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (eFPG) จากค่า HbA1c ในผู้เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลสกลนคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองเบาหวานของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566⁶ ตามระดับ

HbA1c คือ กลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน HbA1c ร้อยละ 5.6 – 6.4 กลุ่มที่ 2 ภาวะเบาหวาน HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.5 เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลกลูโคสที่ตรวจวัดได้จากตัวอย่างเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำตรวจด้วยวิธีการในห้องห้องปฏิบัติการ ผลการศึกษาที่ได้ อาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสกลนคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าประมาณน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (eFPG) จากค่า HbA1c และระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (FPG) ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (FPG) ที่ได้จากการตรวจวัดและผลการประมาณค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน (eFPG) มีค่าไม่แตกต่างกัน

วิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2567 จำนวน

310 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเลือกเฉพาะตัวอย่างที่มีผลการตรวจวัดกลูโคสและ HbA1c ในวันเดียวกัน ผู้ป่วยเบาหวานได้งดอาหาร 8 – 12 ชั่วโมง ก่อนเจาะเก็บเลือด ตรวจวัดระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาที่เก็บด้วยหลอดเก็บเลือดที่มีโซเดียมฟลูออไรด์เป็นสารกันเลือดแข็ง ด้วยหลักการ Hexokinase ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติรุ่น DxI700 AU (ประเทศสหรัฐอเมริกา) และตรวจวัดระดับ HbA1c ในเลือดที่มี EDTA เป็นสารกันเลือดแข็งด้วยวิธี Turbidimetric Inhibition Immunoassay ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ Cobas รุ่น c501 (ประเทศสวีเดน) การศึกษานี้ได้ควบคุมคุณภาพการทดสอบด้วยการตรวจสอบควบคุมคุณภาพระดับน้ำตาลกลูโคสและระดับ HbA1c และพบว่าผลตรวจอยู่ในช่วงที่กำหนดทั้งช่วงค่าปกติและผิดปกติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่อ้างอิง SKNH REC No.052/2567 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างวิจัยอย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจระดับน้ำตาลกลูโคส (FPG) และระดับ HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2567 จำนวน 310 ราย นำค่า HbA1c มาประมาณค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาหลังงดอาหาร (estimated FPG; eFPG) ตามสูตรของ Nathan DM และคณะ⁶ โดยแทนค่า HbA1c ที่ได้จากการตรวจวัดในสูตร $eFPG \text{ (mg/dL)} = (28.7 \times \text{HbA1c}) - 46.7$ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้แบ่งเป็นข้อมูล 2 กลุ่มตามระดับ HbA1c ที่ใช้เป็นแนวทางการประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองเบาหวานของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566 คือ กลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน HbA1c 5.6–6.4 % จำนวน 69 ราย กลุ่มที่ 2 ภาวะเบาหวาน HbA1c ≥ 6.5 % จำนวน 241 ราย วิเคราะห์ความสัมพันธ์และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่า eFPG และ FPG ในตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test (KS test) ถ้าค่า $p \geq 0.05$ ถือว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (normal distribution) หาค่าความสัมพันธ์ของ FPG และ eFPG โดยใช้สถิติ Pearson correlation กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้สถิติ Spearman's correlation กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ทดสอบความแตกต่างระหว่าง FPG และ eFPG โดยใช้สถิติ Pair T-test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ค่าพหุคูณทางสถิติใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญ $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการประมาณค่าน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 310 รายพบว่าค่า FPG อยู่ระหว่าง 51–718 mg/dL โดยมีค่า mean \pm S.D. เท่ากับ 143 ± 64 mg/dL มีระดับ HbA1c เท่ากับ 8.1 ± 2.1 % และมีค่าต่ำสุด-สูงสุดเท่ากับ 5.6–18.8 % เมื่อนำข้อมูลชุดนี้ไปคำนวณหาค่า eFPG โดยใช้สูตร $eFPG \text{ (mg/dL)} = (28.7 \times \text{HbA1c}) - 46.7$ พบว่ามีค่า eFPG อยู่ระหว่าง 114–492 mg/dL โดยมีค่า mean \pm S.D. เท่ากับ 185 ± 62 mg/dL ผลการหาค่าความสัมพันธ์ของค่า FPG และ eFPG พบว่ามีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า $r = 0.538$ ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และรูปที่ 1

เมื่อแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มตัวอย่างตามระดับ HbA1c ตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองเบาหวานของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566 ตามระดับ HbA1c คือ กลุ่มภาวะก่อนเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 5.6–6.4 % จำนวน 69 ราย และกลุ่มที่ 2 ภาวะเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ≥ 6.5 % จำนวน 241 ราย พบว่ากลุ่มที่มีระดับ HbA1c 5.6–6.4 % มีค่า FPG อยู่ระหว่าง 51–158 mg/dL ค่า mean \pm S.D. เท่ากับ 113 ± 22 และมีค่า eFPG อยู่ระหว่าง 114–136 mg/dL ค่า mean \pm S.D. เท่ากับ 125 ± 7.0 กลุ่มที่มีระดับ HbA1c ≥ 6.5 % มีค่า FPG ระหว่าง 60–718 ค่า mean \pm S.D. เท่ากับ 152 ± 69 เมื่อนำตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไปหาค่า

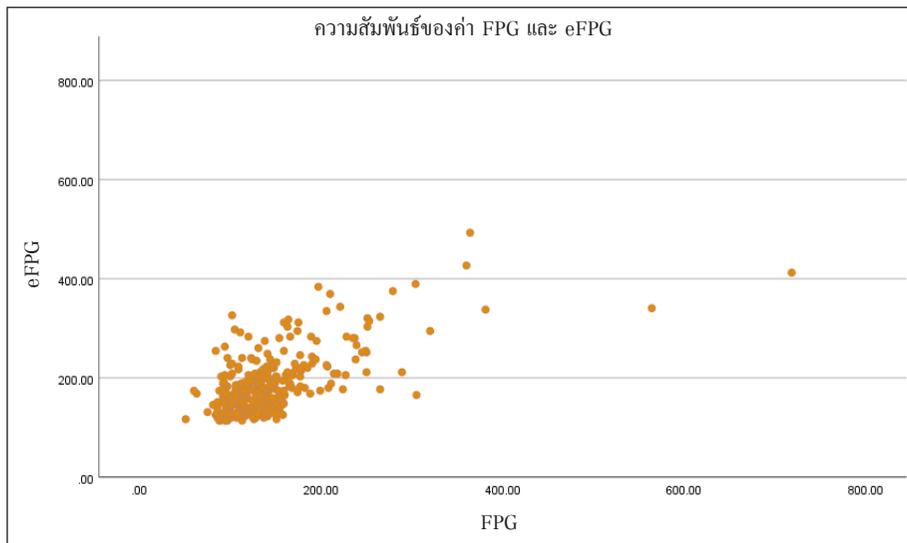
ความสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่า $r = 0.355$ แสดงในตารางที่ 1 รูปที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลกลูโคสที่ได้จาก estimated fasting plasma glucose (eFPG) (mg/dL) และ fasting plasma glucose (FPG)

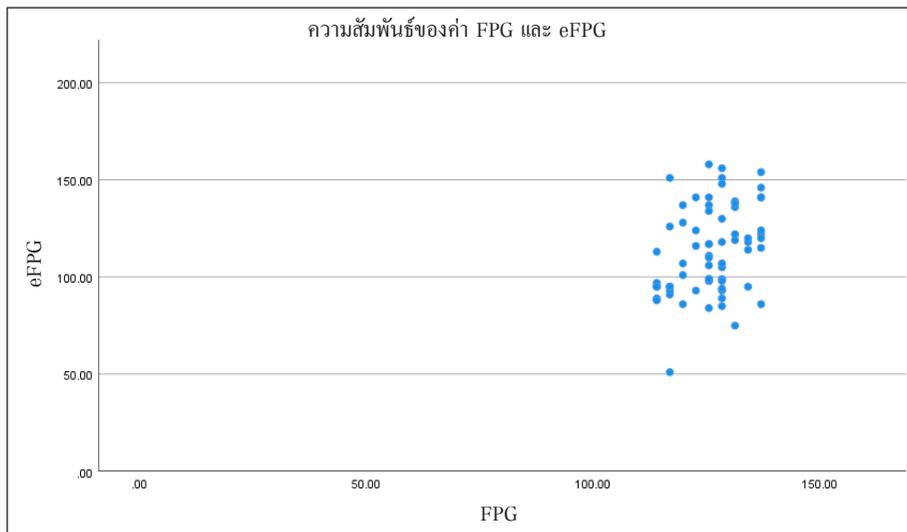
กลุ่มตัวอย่าง	ค่า FPG (mg/dL)	ค่า eFPG (mg/dL)	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value
ตัวอย่างทั้งหมด (N = 310)	143 ± 64 (51-718)	185 ± 62 (114-492)	0.538	< 0.001
HbA1c 5.6-6.4% (n = 69)	113 ± 20 (51-158)	125 ± 7.0 (114-136)	0.355	< 0.001
HbA1c ≥ 6.5% (n = 241)	152 ± 69 (60-718)	203 ± 60 (139-492)	0.496	< 0.001

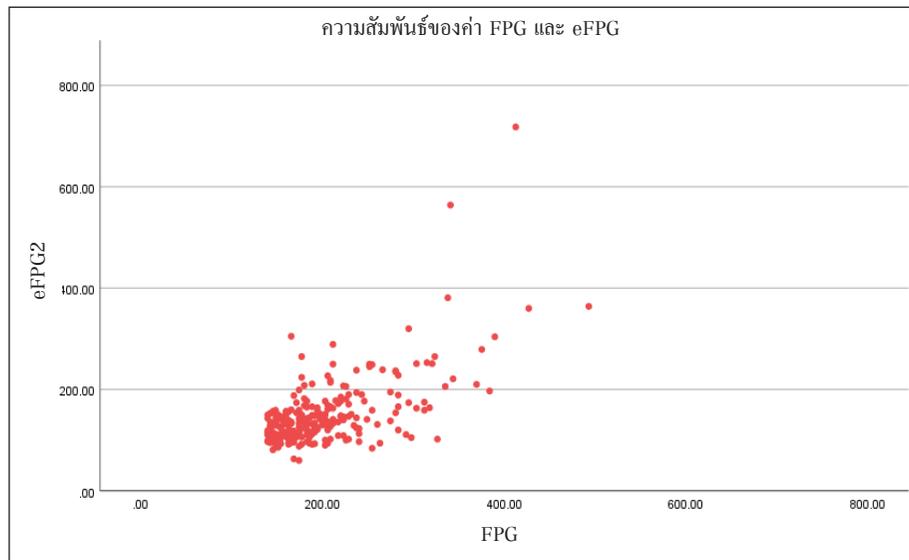
*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของค่า FPG และ eFPG โดยมีความสัมพันธ์ $r = 0.538$ ($P < 0.001$)



รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของค่า FPG และ eFPG โดยมีความสัมพันธ์ $r = 0.355$ ($P < 0.001$)



รูปที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของค่า FPG และ eFPG โดยมีค่า $r = 0.496$ ($P < 0.001$)

ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างค่า FPG และ eFPG พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ HbA1c 5.6–6.4 % และ HbA1c $\geq 6.5\%$ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งสามกลุ่ม ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างระดับน้ำตาลกลูโคสที่ได้จาก estimated fasting plasma glucose (eFPG) (mg/dL) และ fasting plasma glucose (FPG)

กลุ่มตัวอย่าง	Wilcoxon Signed-Rank	p-value
ตัวอย่างทั้งหมด (N = 310)	-12.876	< 0.001*
HbA1c $\geq 6.5\%$ (n = 241)	-11.789	< 0.001*

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ (ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ)

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่างระดับน้ำตาลกลูโคสที่ได้จาก estimated fasting plasma glucose (eFPG) (mg/dL) และ fasting plasma glucose (FPG)

กลุ่มตัวอย่าง	t	p-value
HbA1c 5.6–6.4% (n = 69)	-4.999	< 0.001*

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ (ใช้สถิติ Paired t-test กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ)

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าค่า eFPG ที่คำนวณจาก HbA1c มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่า FPG ที่ได้จากการตรวจเลือดจากพลาสมาด้วยวิธีการในห้องปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงเนื่องจากการควบคุมอาหารก่อนเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ค่า FPG ต่ำกว่า eFPG ประมาณค่าน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจาก HbA1c

กลไกที่อาจอธิบายความแตกต่างระหว่างค่า eFPG

และ FPG ได้คือ ค่า HbA1c เป็นค่าที่สะท้อนระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วง 2–3 เดือนที่ผ่านมา ขณะที่ค่า FPG เป็นค่าที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระยะสั้น เช่น การอดอาหารก่อนตรวจและปัจจัยทางเมตาบอลิซึมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมอาหารก่อนเข้ารับการรักษา อาจส่งผลให้ค่า FPG ต่ำกว่าค่าจริง ทำให้เกิดผลลวงในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การประมาณระดับน้ำตาลกลูโคสโดยการคำนวณจากค่า HbA1c มีค่าสูงกว่าการตรวจวัดในพลาสมา เนื่องจากการพัฒนาสูตรได้นำ

ค่าน้ำตาลที่มาจากค่า HbA1c จำนวน 2700 ค่า ที่ตรวจวัดด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์ (และการวัดด้วยเครื่อง continuous glucometer (CGM) ทั้งในกลุ่มคนปกติ กลุ่มที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานชนิดที่ 2⁹ ซึ่งมีผลตรวจวัดระดับน้ำตาลที่กว้าง จึงอาจทำให้ผลการศึกษารั้งนี้พบว่าระดับกลูโคสที่ได้จากวิธี eGFR และ FPG มีความสัมพันธ์กันปานกลางและมีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม

ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Bozkaya¹⁰ ผู้ป่วยเบาหวานชาวตุรกีที่มีระดับน้ำตาลต่ำกว่า 200 mg/dL พบว่ามีค่า FPG ต่ำกว่า eFPG และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ เกี่ยวการคำ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง มีค่า FPG ต่ำกว่า eFPG ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอภิวัฒน์ และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีค่า FPG น้อยกว่า eFPG แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลในพลาสมาแบบต่ำลง แม้ค่า FPG และ eFPG ในการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกในระดับปานกลาง แต่ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าค่า FPG และ eFPG แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และตัวอย่างที่วิเคราะห์แยกกลุ่ม ซึ่งเป็นไปได้ว่าค่า FPG และ eFPG มีค่าต่างกันมาก จึงส่งผลให้ผลการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกัน ($P < 0.001$)

ผลลัพธ์ของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ FPG เพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนระดับน้ำตาลที่แท้จริงของ

ผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ค่า eFPG ร่วมกับค่า HbA1c อาจช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ค่า FPG ต่ำกว่าค่าจริง เนื่องจากการควบคุมอาหารก่อนการตรวจ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าค่า eFPG และ FPG จะมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = 0.538$) แต่ค่าทั้งสองไม่สามารถใช้แทนกันได้โดยตรง เนื่องจากค่า FPG ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาการอดอาหาร การเผาผลาญของร่างกาย และโรคร่วมอื่น ๆ ดังนั้น การใช้ค่า eFPG ควบคู่กับ HbA1c อาจช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับ HbA1c และ eFPG เช่น ภาวะโลหิตจาง โรคไต ปัจจัยทางพันธุกรรม
2. ควรมีการศึกษาดลองเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อติดตามผลของการใช้ eFPG ควบคู่กับ HbA1c ในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจสอบความสอดคล้องของค่าเหล่านี้กับภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษานี้ ผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกที่สนับสนุนการศึกษานี้ และทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโรค ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
3. วิชัย เอกพลากร. Thai National Examination Survey and System Development for Innovation and Policy Making Utilization. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2022.
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญม, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. Glycemic target [Internet]. [cited 2024 Jan 31]. Available from: http://www.care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมือง; 2566.
7. Mekvanich N. The relationship between fasting plasma glucose and hemoglobin A1c for creating average plasma glucose chart in diabetic patients of Pranangklaio Hospital. *J Med Tech Assoc Thai* 2014;42:4974–89.
8. Nathan DM, Kuenen J, Borg R, Zheng H, Schoenfeld D, Heine RJ. Translating the A1c assay into estimated average glucose values. *Diabetes Care* 2008;31(8):1473–8.
9. American Diabetes Association. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 2025;48(Supplement_1):S128–S136.
10. Bozkaya G, Ozgu E, Karaca B. The association between estimated average glucose levels and fasting plasma glucose levels. *Clinics* 2010;65(11):1077–80.
11. Keowkarnkah W. Estimated plasma glucose from hemoglobin A1c of diabetic patients at Lampang Hospital. *J Med Tech Assoc Thailand* 2012;40(2):4236–43.
12. อภิวัฒน์ กองเกิด, ปภาวดี หงษ์อาจ, จินดารัตน์ ตระกูลทอง, วิสุทธิ์ กังวานตระกูล, ลี้มทอง พรหมดี. การประมาณค่ากลูโคสในพลาสมาจากฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ว. เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด* 2557;26(1):31.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นิกร แพงจันทิ พย.ม.*
สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ๑ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับการรับรู้ในการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ๑ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.36) 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประสบการณ์การได้รับความรู้/อบรมด้านการจัดการที่มีคุณภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ ($r = 0.20$, $p < 0.03$) และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ นโยบายขององค์กร วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว การจัดการความรู้ การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล และระบบสนับสนุนการจัดบริการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ ($r = 0.53, 0.60, 0.54, 0.67$ และ 0.57 ตามลำดับ, $p < 0.01$) และ 3) ตัวแปร การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล และวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว ร่วมกันพยากรณ์การจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ๑ ได้ร้อยละ 51.50 ($R^2 = 0.515$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร คุณภาพบริการวิสัญญีพยาบาล มาตรฐานการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
E-mail: nikopa@kku.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ E-mail: somdapa@kku.ac.th
รับบทความ: 24 เมษายน 2568 แก้ไขบทความ: 24 เมษายน 2568 รับผิดชอบบทความ: 24 เมษายน 2568

**Factors Influencing Quality Service by Nurse Anesthetists at
Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.**

Nikorn Pangcharntho M.S.N.*

Sompratthana Dapha Ph.D.**

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors influencing the quality service provision of nurse anesthetists at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The sample consisted of 108 nurse anesthetists from Srinagarind Hospital. The research tool was questionnaire divided into 3 parts: 1) a personal information questionnaire, 2) a questionnaire on environmental factors in the workplace, and 3) a questionnaire on the perception of quality service provision by nurse anesthetists at Srinagarind Hospital. The content validity was checked by 5 experts, yielding content validity coefficients of 0.86 and 0.87, respectively. Reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficients of 0.97 and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficients and stepwise multiple regression analysis.

The results of the research found that 1) the level of perception regarding quality service provision by nurse anesthetists at Srinagarind Hospital was at a high level ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.36), 2) personal factors regarding experience in receiving education/training in quality management had a low positive correlation ($r = 0.20$, $p < 0.03$), and workplace environmental factors—including organizational policies, adaptive organizational culture, knowledge management, perception of the nurse anesthetist's role, and support systems for service provision—had moderate positive correlations ($r = 0.53, 0.60, 0.54, 0.67$, and 0.57 respectively, $p < 0.01$), and 3) the variables of perception of the nurse anesthetist's role and adaptive organizational culture together predicted 51.50% ($R^2 = 0.515$, $p < 0.001$) of the quality service provision of nurse anesthetists at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Keywords: Organizational Structure Change, Quality of Nurse Anesthesia Services, Nurse Anesthetist Practice Standards, Nurse Anesthetists

* Registered Nurse, Nurse anesthetist, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
E-mail: nikopa@kku.ac.th

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
E-mail: somdapa@kku.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ ก่อเกิดความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีในด้านต่าง ๆ รวมถึงองค์ความรู้ในการพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพและทันต่อการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ด้านสาธารณสุข เป้าหมายในการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพมีความยั่งยืน ผ่าน 4 ยุทธศาสตร์ที่เป็นเลิศ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) ระบบบริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ระบบบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล¹ เป็นสิ่งที่ทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องสร้างเป้าหมายร่วมกันเพื่อการออกแบบระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดการพัฒนาคำสั่งความรู้ในการบริการพยาบาลมุ่งสู่ความเป็นเลิศได้อย่างยั่งยืน โดยงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้วยวิสัยทัศน์การเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับโลกที่มีคุณค่าต่อสังคมไทยและมวลมนุษยชาติ ให้การตระหนักในค่านิยมร่วม “ACTS+3S” คือ การมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (agility) ให้บริการด้วยความใส่ใจในผู้รับบริการ (customer target) มีรูปแบบบริการที่มีการนำใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรมใหม่ ๆ (technology and innovation) ให้การเกื้อกูลสังคม (social devotion) และเพื่อการเข้าถึงบริการได้ง่าย (simple) มีคุณภาพและความปลอดภัย (safety) เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (satisfaction)² รวมถึงให้การดำเนินงานตามทิศทางเข็มมุ่งของฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ smart hospital โดยไม่พบข้อร้องเรียนบริการ 2) การพัฒนาระบบความปลอดภัยมุ่งเน้นระบบสำคัญ (zero BMS error: blood, medication, surgery) 3) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศด้วยมาตรฐานสากล 4) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และ 5) การพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล³

การจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ แสดงถึงการมอบ

บริการของวิสัญญีพยาบาลที่มีมาตรฐานเชิงวิชาชีพ แต่จากสถานการณ์ปัจจุบันทั้งในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ต่างประสบปัญหาความแออัด บุคลากรไม่เพียงพอ ระยะเวลารอตรวจนานขึ้น อาจส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไม่พึงพอใจ นำมาสู่การร้องเรียนและฟ้องร้องได้⁴ รวมถึงในงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ มีการขยายจุดบริการเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับการเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศอย่างครบวงจร (medical hub) ได้แก่ คลินิกเตรียมและประเมินผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนมารับบริการระงับความรู้สึก (Srinagarind pre-anesthesia assessment clinic: SPAC) คลินิกระงับปวดเรื้อรัง (chronic pain clinic) และบริการวิสัญญีแบบบูรณาการในและนอกเวลาราชการ (special medical clinic: SMC) เป็นต้น การเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยการให้บริการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงถึงขั้นวิกฤตส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการวิสัญญีเพิ่มมากขึ้นในทุกปี โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 มีผู้รับบริการ จำนวน 20,975 ราย 19,413 ราย และ 23,322 ราย ตามลำดับ ส่งผลต่อการบริหารอัตราค่าจ้างที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อตอบสนองต่อบริการวิสัญญีได้อย่างครอบคลุม ในรายงานสถิติการให้บริการทางวิสัญญีในปี พ.ศ. 2565 ยังพบว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงทางวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การบาดเจ็บของฟัน ความคลาดเคลื่อนทางยา และภาวะหัวใจหยุดเต้น รวมถึงพบข้อเสนอนะของผู้ใช้บริการวิสัญญี อาทิเช่น บุคลากรผู้ให้บริการไม่มีการแจ้งชื่อและตำแหน่งงาน ไม่มีการแขวนป้ายชื่อระบุตัวตนของบุคลากร ในขณะที่นอนรอผ่าตัดพบว่าตำแหน่งที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเลื่อนหลุด เป็นต้น⁵ และจากการเป็นสถาบันที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน และนักเรียนวิสัญญีพยาบาลฝึกหัด วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาททั้งการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก การเป็นครูผู้สอนให้กับนักเรียนวิสัญญีพยาบาลฝึกหัดทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และการให้คำปรึกษาแก่ทีมวิสัญญีที่มีประสบการณ์น้อย ทำให้บางครั้งการปฏิบัติงานในบทบาทของวิชาชีพยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ส่งผลกระทบต่อเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ของทีม

บางครั้งยังมีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองและความรับผิดชอบในงาน รวมถึงในงานวิสัญญีพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสายการบังคับบัญชาจากเดิมสังกัดสาขาวิชาวิสัญญีวิทยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ไปสังกัดฝ่ายการพยาบาลในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ด้วยเหตุผลเพื่อการรองรับยุทธศาสตร์การพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน และเกิดการบริหารทรัพยากรร่วมกันในองค์กรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ซึ่งจากการสำรวจพบว่าวิสัญญีพยาบาลยังมีความวิตกกังวลในด้านการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายบริหาร ระเบียบปฏิบัติงานในและนอกเวลาราชการ ขั้นตอนการจัดทำผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพบริการวิสัญญี เป็นต้น

จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่า 1) แนวโน้มของผู้รับบริการวิสัญญีเพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงการเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศอย่างครบวงจร ทำให้การบริการวิสัญญีต้องขยายจุดบริการเพื่อครอบคลุมการให้บริการ ส่งผลต่อการบริหารอัตรากำลังที่มีอยู่อย่างจำกัด 2) การให้บริการวิสัญญีในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและวิกฤตฉุกเฉิน พบว่ามีอุบัติการณ์ความเสียหายรุนแรงเกิดขึ้นบ่อยครั้ง รวมถึงมีข้อเสนอแนะของผู้รับบริการวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการวิสัญญีที่อาจลดลงได้ 3) บทบาทของวิสัญญีพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดเวลา การมีบทบาทเป็นทั้งผู้ปฏิบัติงาน และผู้สอนงานแก่ทีมวิสัญญีทำให้บางครั้งการปฏิบัติงานเกิดปัญหาในการสื่อสาร การรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และ 4) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างสายการบังคับบัญชา ส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลมีความวิตกกังวลในนโยบายบริหาร และระเบียบปฏิบัติงาน เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาลลดลงได้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน⁷ โดยบริบทของงานวิสัญญีพยาบาลในปัจจุบันส่วนบุคคล พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และประสบการณ์ได้รับความรู้/การอบรม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญ

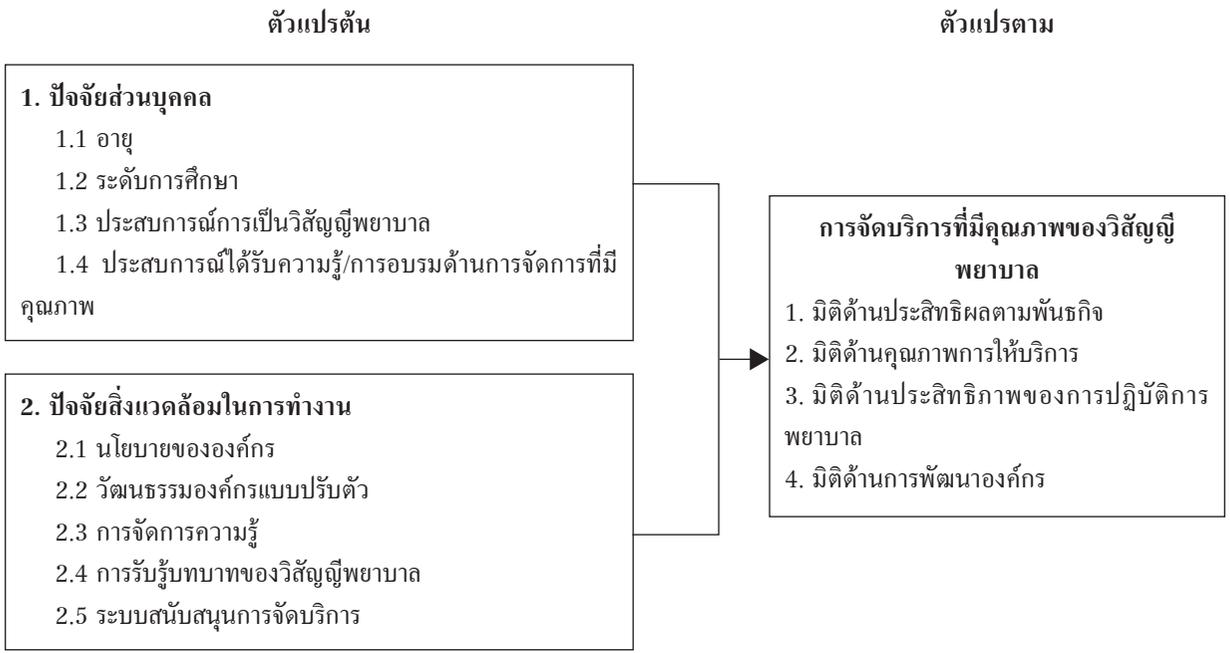
ทางสถิติ^{8,9} และมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ¹⁰ สำหรับปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่านโยบายขององค์กร เป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเข้าใจในทิศทางขององค์กร และก่อให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความก้าวหน้าต่อสภาวะการณ์ปัจจุบันได้ และจำเป็นต่อการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งการเปลี่ยนโครงสร้างสายการบังคับบัญชา การขยายจุดบริการ และการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการ รวมถึงการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในงานวิสัญญีพยาบาลเฉพาะทาง สร้างความปลอดภัยในบริการวิสัญญี การสร้างการรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาลเพื่อให้สามารถแสดงบทบาทในขอบเขตที่ถูกต้องเหมาะสม และการมีระบบสนับสนุนการจัดบริการที่ดีจะช่วยส่งเสริมการจัดบริการวิสัญญีพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น เกิดความพร้อมในการบริการวิสัญญีที่เป็นเลิศได้^{11,12} ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในบริบทของงานวิสัญญีพยาบาล โดยใช้แนวคิดคุณภาพบริการวิสัญญีพยาบาลของสำนักการพยาบาลมาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย ที่ประกอบด้วย 1) มิติด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ 2) มิติด้านคุณภาพการให้บริการ 3) มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และ 4) มิติด้านการพัฒนาองค์กร¹³ โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และเพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายความเป็นเลิศในทุกมิติของการให้บริการของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ McCormick et al⁷ ในการศึกษาตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการศึกษา ประกอบด้วย 1) นโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดีของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ¹⁴ 2) วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัวของ Denison¹⁵ 3) การจัดการความรู้เชิงโมเดลของ Nonaka และ Takeuchi¹⁶ 4) การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาลของทัตพิชา อุปศรี และกัญญาดา ประจุศิลป์¹⁷ และ 5) ระบบสนับสนุนการจัด

มหาชน)¹⁸ และในการศึกษาตัวแปรตาม ใช้กรอบแนวคิด คุณภาพบริการวิสัญญีพยาบาลของสำนักการพยาบาลทั้ง 4 มิติ ประกอบด้วย 1) มิติด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ **แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

ของการปฏิบัติกรพยาบาล และ 4) มิติด้านการพัฒนา องค์กร¹³ ดังแผนภาพที่ 1



วัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ

วิธีการวิจัย

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประจำมหาวิทยาลัยขอนแก่น ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2567 หมายเลขสำคัญ HE661600 ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ วิสัญญีพยาบาลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (rule of thumb)

ของ Schumacker and Lomax¹⁹ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 – 20 คนต่อตัวแปร ในการวิจัยนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 คนต่อ 1 ตัวแปร โดยมีการศึกษาตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ คือ 90 คน และทำการศึกษาในวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ทุกคนจำนวนทั้งสิ้น 112 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นวิสัญญีพยาบาล และประสบการณ์ได้รับความรู้/การอบรมด้านการจัดการที่มีคุณภาพ รวมทั้งหมด 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย นโยบายขององค์กร¹⁴ 5 ข้อ วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว¹⁵ 4 ข้อ การจัดการความรู้¹⁶ 4 ข้อ การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล¹⁷

4 ข้อ และระบบสนับสนุนการจัดบริการ¹⁸ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 24 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด²⁰ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สนับสนุนการจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สนับสนุนการจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สนับสนุนการจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สนับสนุนการจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สนับสนุนการจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาลในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการบูรณาการแนวคิดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพวิสัญญีพยาบาลของสำนักการพยาบาล¹³ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านประสิทธิภาพตามพันธกิจ 1 ข้อ มิติด้านคุณภาพการให้บริการ 16 ข้อ มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล 5 ข้อ และมิติด้านการพัฒนางานองค์กร 4 ข้อ รวมทั้งหมด 26 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด²⁰ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง การจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง การจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง การจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง การจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง การจัดบริการวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และ 0.87 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนัค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานวิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 90 ฉบับ ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ประสานงานวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้แจ้งไปยังกลุ่มตัวอย่างทุกคนอีกครั้งภายใน 2 สัปดาห์ และได้แบบสอบถามกลับคืนมารวมทั้งสิ้น จำนวน 108 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 96.42 เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2567 ถึง กรกฎาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) พบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขทุกประการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 40.10 ปี มีอายุน้อยที่สุด 28 ปี และมีอายุมากที่สุด 60 ปี ช่วงอายุระหว่าง 31-35 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 30.60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 96.30 มีประสบการณ์การเป็นวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 12.26 ปี ช่วงประสบการณ์การเป็นวิสัญญีพยาบาลมากกว่า 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 50.00 และมีประสบการณ์การได้รับความรู้/การอบรมด้านการจัดการที่มีคุณภาพ ร้อยละ 67.60

2. ผลระดับการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ในการจัดบริการที่มีคุณภาพมิติโดยรวมมีระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.36)) เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติพบว่า มิติที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงมากที่สุด ($\bar{X} = 4.78$, S.D. = 0.26) รองลงมา คือ มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.44) มิติ

ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ ($\bar{X} = 4.31, S.D. = 0.56$) องค์กร ($\bar{X} = 3.88, S.D. = 0.70$) ดังตารางที่ 1 และมิติที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติด้านการพัฒนา

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ จำแนกตามมิติ (n = 108)

มิติการจัดบริการที่มีคุณภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
1. มิติด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ	4.31	0.56	มากที่สุด
2. มิติด้านคุณภาพการให้บริการ	4.78	0.26	มากที่สุด
3. มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล	4.56	0.44	มากที่สุด
4. มิติด้านการพัฒนาองค์กร	3.88	0.70	มาก
รวม	4.50	0.36	มากที่สุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านการมีประสบการณ์ได้รับความรู้ หรือการอบรมด้านการจัดการที่มีคุณภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.20$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ (n = 108)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.16	0.09	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.04	0.67	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การเป็นวิสัญญีพยาบาล	0.15	0.10	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การได้รับความรู้/การอบรมด้านการจัดการที่มีคุณภาพ	0.20	0.03	ระดับต่ำ

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล ($r = 0.67$) ด้านวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว ($r = 0.60$) ด้านระบบสนับสนุนการจัดการ (r = 0.57) ด้านการจัดการความรู้ ($r = 0.54$) และด้านนโยบายขององค์กร ($r = 0.53$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ (n = 108)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
นโยบายขององค์กร	0.53	< 0.001	ปานกลาง
วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว	0.60	< 0.001	ปานกลาง
การจัดการความรู้	0.54	< 0.001	ปานกลาง
การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล	0.67	< 0.001	ปานกลาง
ระบบสนับสนุนการจัดการ	0.57	< 0.001	ปานกลาง

* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ผลการวิเคราะห์พบว่าประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมากที่สุด ($\beta = 0.494$) และวัฒนธรรมองค์กร

แบบปรับตัว ($\beta = 0.310$) โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ได้ร้อยละ 51.50 ($R^2 = 0.515$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ($n = 108$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std. error	beta (B)	t	p-value
การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล	0.322	0.054	0.494	5.974	< 0.001
วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว	0.200	0.053	0.310	3.742	< 0.001

Constant = 2.243, R = 0.718, $R^2 = 0.515$, Adjusted $R^2 = 0.506$, F-change = 14.000 (Sig. < 0.001)

วิจารณ์และสรุปผล

1. จากผลการศึกษาพบว่า วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ มีระดับการรับรู้การจัดบริการที่มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.36) เรียงตามระดับการรับรู้มากที่สุดถึงน้อยที่สุดได้ ดังนี้ 1) มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มีระดับการรับรู้การจัดบริการที่มีคุณภาพมากที่สุด ($\bar{X} = 4.78$, S.D. = 0.26) โดยวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ให้บริการระงับความรู้สึกด้วยคำเนิ่งถึงคุณภาพการให้บริการเป็นสำคัญให้การดูแลตามมาตรฐานการระงับความรู้สึกทุกระยะของการผ่าตัด และพบว่า การคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ร่วมงานอย่างเพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.78) จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เคารพในความคิดเห็นและการตัดสินใจของทีม ส่งเสริมการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี และมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจะช่วยสร้างความสัมพันธ์และส่งเสริมความร่วมมือในการทำงานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของระบบบริการวิสัญญีของจารุจิตร ประจิตร และคณะ พบว่าสามารถลดอัตราการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด และลดอัตราการเลื่อนผ่าตัดได้ และเกิดความพึงพอใจต่อระบบบริการวิสัญญีพยาบาล²¹ รวมถึงการศึกษาของ Hossny EK, et al พบว่าการสร้างบรรยากาศที่ดี และมีความสุภาพต่อกันจะสามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น และเกิดบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นได้²² 2) มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.44)

วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ประจำแต่ละห้องผ่าตัดมีความรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย การใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางวิสัญญีได้อย่างปลอดภัย และยังพบว่าทำให้บริการทางวิสัญญีพยาบาลในการมอบหมายงานที่เหมาะสมกับสมรรถนะและผลิตภาพของงาน (productivity) มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.71) อาจเนื่องจากในบางครั้งผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคมีระยะเวลาในการผ่าตัดแตกต่างกัน มีจำนวนผู้ป่วยหลายรายในห้องผ่าตัด จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ รวมถึงผู้ป่วยบางรายอยู่ในระยะที่วิกฤต จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาชีวิต และมีการบริหารอัตรากำลังในการปฏิบัติงานให้เกิดความเพียงพอ โดยการดึงอัตรากำลังไปช่วยในห้องผ่าตัดที่ขาดแคลนอัตรากำลัง หรือมีภาระงานที่มากนอกเหนือจากความเชี่ยวชาญในโซนบริการของตนเอง เป็นต้น ส่งผลให้การมอบหมายงานอาจมีความไม่เหมาะสมกับสมรรถนะ จึงควรสนับสนุนส่งเสริมในการเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค โดยการจัดการสอนพนักงาน (on the job training) การจัดอบรมฝึกปฏิบัติการ (workshop) ในการระงับความรู้สึกที่มีความซับซ้อนเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจในการระงับความรู้สึกเฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ โพธิ์ทอง และคณะ พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความต้องการด้านความรู้ในเรื่องการพยาบาลก่อนระงับความรู้สึก ด้านทักษะในเรื่องการดมยาสลบในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดระบบประสาท และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในเรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)

การอบรมแบบฝึกปฏิบัติ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อ e-learning เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยที่มีความเฉพาะทางในวิสัญญีพยาบาลได้²³ 3) มิติด้านการปฏิบัติงานตามพันธกิจ ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.56) โดยวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ มุ่งเน้นผลลัพธ์ตามข้อตกลงขององค์กร โดยการทบทวน OKRs (objective and key results) ร่วมกับทีมวิสัญญีประจำห้องผ่าตัด การเน้นย้ำในที่ประชุมวิสัญญีพยาบาลประจำสัปดาห์ การให้ความร่วมมือในโครงการพัฒนาคุณภาพงาน รวมถึงการสนับสนุนการวิจัย และการเรียนการสอนทุกหลักสูตรได้เป็นอย่างดี ซึ่งการปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาลให้บรรลุ OKRs ทีมผู้บริหารวิสัญญีพยาบาล และวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะต้องมุ่งเป้าหมายร่วมกันในการกำหนดโครงการพัฒนาคุณภาพงานให้มีความสอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการได้สอดคล้องกับสถานการณ์ ช่วยให้การปฏิบัติงานตามพันธกิจประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กรได้²⁴ 4) มิติด้านการพัฒนาองค์กร มีระดับการรับรู้การจักระบบบริการที่มีคุณภาพน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.70) ในองค์กรได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงาน การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย การศึกษาเพิ่มพูนความรู้จากการเข้ารับฟังวิชาการประจำสัปดาห์ เป็นต้น ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี มีคะแนนเฉลี่ยรายชื่อน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.2$, S.D. = 1.36) ถึงแม้จะมีทีมตอบสนองเร่งด่วน (rapid response team: RRT) ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตในห้องผ่าตัด และจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง แต่ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้กับบุคลากรภายในกลุ่ม จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ สนับสนุนและจัดสรรช่วงเวลาที่ให้กับทีม RRT จัดการฝึกอบรมให้กับวิสัญญีพยาบาลทั้งองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ สุภตระกูล และคณะ ในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าด้านความรู้และด้านทักษะหลังการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งการมีทักษะที่ดีเกิดจากการได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีคุณภาพ และ

สร้างชื่อเสียงให้กับองค์กรได้²⁵

2. ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การจักระบบบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล และวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันพยากรณ์การจักระบบบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ได้ร้อยละ 51.50 ($R^2 = 0.515$) อภิปรายผลได้ ดังนี้ 1) การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีอิทธิพลทางบวกต่อการจักระบบบริการที่มีคุณภาพ ($\beta = 0.494$) กล่าวคือ การรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาลถือเป็นสิ่งที่วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ต้องตระหนักรู้ในทุกขั้นตอนของการให้บริการ ประกอบด้วยบทบาทด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางในการระงับความรู้สึก บทบาทด้านผู้จัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง บทบาทด้านผู้ให้ความรู้และให้คำปรึกษา และบทบาทด้านการพัฒนาและควบคุมคุณภาพบริการวิสัญญี โดยการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ การนำใช้ผลงานวิจัยในงาน และการศึกษาวิจัยจากงานประจำ เพื่อพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสมปรารถนา ดาผา และคณะ พบว่าการรับรู้บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาล มีอิทธิพลทางบวกต่อการจักระบบบริการที่มีคุณภาพ ($\beta = 0.437$)¹¹ รวมถึงการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = 0.562$) เมื่อรวมกับบรรยากาศองค์กร และประสบการณ์ในการทำงาน สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดได้ร้อยละ 52.20 ($R^2 = 0.522$)²⁶ ดังนั้นการรับรู้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ จึงสามารถทำให้เกิดการปฏิบัติงานให้การระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดบริการที่มีคุณภาพได้ 2) วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์และมีอิทธิพลทางบวกต่อการจักระบบบริการที่มีคุณภาพ ($\beta = 0.310$) กล่าวคือ ในปัจจุบันงานวิสัญญี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ มีการขยายจุดบริการวิสัญญีเพิ่มขึ้น เพื่อการเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศ การเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง มีศักยภาพสมรรถนะสูงในการดูแลรักษาประจำภูมิภาค รวมถึงการเปลี่ยนโครงสร้างสายการบังคับบัญชา และการรับนโยบายเข็มมุ่งจากฝ่ายการ

พยาบาลโดยตรง ทำให้ทั้งผู้บริหารและวิสัญญีพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบการปรับตัวให้เกิดความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเตรียมความพร้อมให้บริการวิสัญญีที่มีคุณภาพในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น ตามแนวคิดของ Denison¹⁵ ประกอบด้วย การสร้างการเปลี่ยนแปลง (creating change) ด้วยมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นำวิธีการบริหารจัดการใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในงาน เช่น การมีหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยงาน คอยช่วยบริหารอัตรากำลัง รวมถึงการวางแผนเพิ่มหน่วยงานวิสัญญีพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการขยายจุดบริการวิสัญญีในอนาคต เป็นต้น การมุ่งเน้นผู้รับบริการ (customer focus) ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพในการระงับความรู้สึกแบบองค์รวม การนำใช้กระบวนการพยาบาลในงานวิสัญญีพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น และการเรียนรู้ขององค์กร (organization learning) ด้วยการสรุปบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานมาเรียนรู้ การกล่าวชมเชยกับบุคลากรที่สร้างผลงานหรือเป็นแบบอย่างที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรมีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด²⁷ รวมถึงวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว (beta = 0.319) เมื่อร่วมกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วม สามารถพยากรณ์การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของผู้บริหารทางการพยาบาลได้ร้อยละ 72.90 ($R^2 = 0.729$)²⁸ ดังนั้นเมื่อองค์กรมีวัฒนธรรมแบบปรับตัวจะช่วยให้อาสาวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารวิสัญญีพยาบาล ควรให้ความสำคัญต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล ด้วยการกำหนดนโยบาย และเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพของงานวิสัญญีพยาบาลให้มีความชัดเจน มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และทิศทางการมุ่งของโรงพยาบาล มีการสื่อสารกับบุคลากรเพื่อให้เกิดการรับรู้ สร้างความเข้าใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติงานตามนโยบายได้ทั่วทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเสริมการรับรู้ และการแสดงบทบาทของวิสัญญีพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริม

การสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ดำเนินการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่พร้อมต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมถึงวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น ให้การระงับความรู้สึกได้หลากหลายชนิด การผ่าตัด สามารถหมุนเวียนอัตรากำลังได้อย่างเหมาะสม อาทิเช่น สนับสนุนส่งเสริมการสอนพนักงาน (on the job training) การจัดอบรมฝึกปฏิบัติการเฉพาะทาง (workshop) การจัดสรรเวลาให้กับบุคลากรได้รับการอบรมฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง การมอบหมายงานให้บุคลากรรับผิดชอบโครงการพัฒนาคุณภาพงานบริการ และการส่งเสริมการจัดทำผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้อาสาวิสัญญีพยาบาลมีความพร้อมทั้งด้านการบริหาร ด้านวิชาการ และด้านบริการที่มีคุณภาพ มีความพร้อมในการเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศได้อย่างยั่งยืน

2. วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ควรให้ความสำคัญต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล ด้วยการให้ความร่วมมือปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายขององค์กร ทบทวนเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพก่อนปฏิบัติงานอยู่เสมอ ตระหนักถึงการแสดงบทบาทของวิสัญญีพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีมาตรฐานวิชาชีพ และครอบคลุมกระบวนการพยาบาล อันแสดงถึงเอกลักษณ์ทางวิชาชีพได้อย่างชัดเจน คำนึงถึงความพึงพอใจในบริการทั้งจากผู้รับบริการ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งช่วยให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ดี และการสร้างวัฒนธรรมแบบปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กร อันได้แก่ มีความยืดหยุ่นในการทำงาน ให้การระงับความรู้สึกแบบองค์รวม เรียนรู้ร่วมกับทีมในการถอดบทเรียนจากข้อผิดพลาดในการให้บริการ เป็นต้น รวมถึงให้ความร่วมมือในแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของทีมบริหารวิสัญญีพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนากระบวนการให้บริการที่มีคุณภาพของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะได้องค์ความรู้ใหม่ในการออกแบบบริการที่มีความเป็นเลิศ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและองค์กรยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น ในการทดลองใช้

ขอบคุณวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง และ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2565; งานนโยบายและแผน ฝ่ายวางแผนและพัฒนาคุณภาพ. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
3. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ประกาศฝ่ายการพยาบาลที่ 03/2566 เรื่อง วิสัยทัศน์ พันธกิจและเข็มมุ่ง ประจำปี 2566–2567. ขอนแก่น: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2566.
4. อารยา พลสม, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, และปานตา อภิรักษ์นภานนท์. ความพึงพอใจในบริการงานพยาบาลวิสัญญีของผู้ป่วยผ่าตัดระบบประสาทไขสันหลัง สถาบันประสาทวิทยา. ว. สุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2562; 25(1):88–107.
5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานสถิติงานบริการประจำปี พ.ศ. 2565. (Annual statistical service report 2022). ขอนแก่น: สาขาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คำสั่งคณะแพทยศาสตร์ที่ 949/2565 เรื่อง การแบ่งหน่วยงาน และหน่วยงานย่อยในคณะแพทยศาสตร์. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
7. McCormick EJ, & Ilgen DR. Industrial and organizational psychology. 8th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1985.
8. รงรอง เรืองจิระอุไร, สมฤทัย บุญชูดวง, วิศรา วรอุสิน, และมลิวัดย์ ออพวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของวิสัญญีพยาบาลในการช่วยเหลือวิสัญญีแพทย์ ในการนิดาชาาระดับความรู้สึกเข้าเส้นประสาทส่วนปลาย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36(2):209–216.
9. สมพร คำพรรณ, พลภาพรรณ คำพรรณ, และณัฐนันท์ คงกิจดำรง. การศึกษาช่องว่างระหว่างการรับรู้ และการปฏิบัติตามแนวทาง SIMPLE ของวิสัญญีพยาบาลประเทศไทย. ว. สภาการพยาบาล 2558;30(3):98–111.
10. Li Y, Gong W, Kong X, Mueller O, Lu G. Factors associated with outpatient satisfaction in tertiary hospitals in China: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2020;17(19): 7070.
11. สมปรารถนา ดาผา, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, & วรณชนก จันทชุม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(2):115–125.
12. Meesala A, Paul J. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: thinking for the future. J Retail Consume Serv 2018;40:261–9.
13. ศิริมา ลีละวงศ์. มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี. ใน: ธัญรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจิมวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยางกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, สารา วงษ์เจริญ, บรรณาธิการ. มาตรฐานการพยาบาลใน โรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี. สำนักการพยาบาล; 2551. หน้า 284–314.
14. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. นโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดี. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2551.
15. Denison DR. Corporate culture and organizational effectiveness. New York: Wiley; 1990.

16. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press; 1995.
17. ทัดพิชา อุปศรี, กัญญาดา ประจุศิลป์. การศึกษาบทบาทวิสัญญีพยาบาล. ว. พยาบาลทหารบก 2565;23(1):494-501.
18. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
19. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
20. บุญชม ศรีสะอาด. วิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
21. จารุจิตร ประจิตร์, อัสนี วันชัย, และจิตกนิษฐ์ ศรีจักรโคตร. ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. ว. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(3):56-67.
22. Hossny EK, Sabra HE. Effect of nurses' perception of workplace civility climate on nurse-physician collaboration. Nurse Open 2021;8(2):620-627.
23. จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สุภาภรณ์ วรอรุณ, ขวัญฤทัย พันธู, ประภา รัตนไชย, และลักษมี ทองโกลม. การศึกษาการพัฒนาคณากรวิสัญญีพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ว. วิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563;36(3):259-272.
24. มยุรี เพ็ชรคง, ประภาพร ชูกำเนิด. ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารงานตามแนวคิด OKRs experience of head nurses in administration base on OKRs concepts. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41(4):26-37.
25. วันเพ็ญ สุภตระกูล, สุภักษณา ดันขาว, และฐาปณี องคสิทธิ์. ผลของการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ. ว. นครพิงค์ 2561;9(1):39-50.
26. วิภิญญา ลือเลื่อง, วิภาพร วรหาญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.kku.world/w7tuz3>
27. ธนพร มาสมบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
28. ปรีธดา ไตรยะวงศ์, สมปรารถนา ดาผา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(3):61-71.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลสกลนครยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือไม่ได้รอตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความที่รับพิจารณาตีพิมพ์มี 8 ประเภท คือ

- 1. นวัตกรรม (Innovation)** เป็นรายงานผลงานสิ่งประดิษฐ์คิดค้นใหม่หรือดัดแปลงแนวความคิดหรือวิธีการผ่าตัดใหม่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์และทางสาธารณสุขได้
- 2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน
- 3. รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผลการรักษาผู้ป่วย ที่มีความน่าสนใจ เช่น ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยากหรือการบาดเจ็บหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ
- 4. กรณีศึกษา (Case Study)** เป็นการศึกษาเชิงลึกของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีบทสรุปและเสนอข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้
- 5. บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ และมีบทสรุปวิจารณ์ และไม่ควรเกิน 10 หน้า
- 6. บทสัมมนา-ประชุมวิชาการ (Conference-symposium)** เป็นบทความที่รวบรวมจากผลการประชุมวิชาการ การสัมมนาทางคลินิกและการประชุมอื่นๆ ที่น่าสนใจ
- 7. ย่อวารสาร (Journal abstract)** เป็นบทความสั้นที่แปลและเรียบเรียงจากวารสารต่างประเทศ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่าน
- 8. จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor)** ได้แก่ จดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวข้อง

กับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์แล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อ ๆ ความยาวไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบด้วย

9. บทความวิจัยอย่างสั้น (Short communication) เป็นบทความวิจัยฉบับย่อ เป็นรูปแบบการรายงานการศึกษาแบบกระชับ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษา แต่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหาที่นำเสนอ รูปแบบที่เขียนเป็นลักษณะคล้ายนิพนธ์ต้นฉบับ แต่จะสั้นและกระชับกว่า ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะส่งบทความให้ติดต่อ วารสารโรงพยาบาลสกลนคร งานห้องสมุดโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร 042-176000 ต่อ 1042 และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แนบไฟล์บทความที่พิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word มาที่ E-mail address: skhjournal@gmail.com กองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบตามคำแนะนำ

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง บทความที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ ข้อเขียนและความคิดเห็นใดๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนครเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข และไฟล์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Word for Windows ในกระดาษสัน ขนาด 8½ นิ้ว x 11 นิ้ว (A4) ด้วยอักษร Cordia New ขนาด 15 จำนวนไม่เกิน 10-12 หน้ากระดาษ (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) พิมพ์หน้าเดียว เว้นขอบทุกด้านประมาณ 1 นิ้ว ตาม Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URMs) ที่รวบรวมโดย International Com-

mittee of Medical Journal Editors (ICMJE) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309-15 (updated February 2006) และสามารถสืบค้นได้ที่ <http://www.icmje.org/index.html> โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)

บทนำ (Introduction) ซึ่งระบุกรอบแนวคิด (ถ้ามี) และวัตถุประสงค์ของบทความ

วิธีการวิจัย (Methods) ต้องระบุหัวข้อ “ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม” ด้วย

ผลการวิจัย (Results)

วิจารณ์ (Discussion) และสรุป (Conclusion)

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

เอกสารอ้างอิง (References)

ตาราง (Table)

ภาพ (Illustrations)

คำบรรยายภาพ (Legends for Illustration)

ต้นฉบับภาษาไทยควรพยายามใช้ถ้อยคำและศัพท์ภาษาไทยมากที่สุด โดยใช้ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์ อังกฤษ-ไทยและพจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ตัวสะกดให้อิงตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547

ตัวอย่างชื่อเรื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for Medical Procedure Training, a Trial in Blood Collection Procedure Training

บทคัดย่อ

ให้เขียนบรรยายในลักษณะ Structured abstract ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาประกอบด้วย

หลักการและเหตุผล (Background)

วัตถุประสงค์ (Objective)

วิธีการวิจัย (Methods)

รูปแบบการศึกษา (Design) เช่น descriptive,

case-control, randomized controlled trial

สถานที่ศึกษา (Setting) เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

การรักษา (Intervention) ถ้ามี เช่น ยาที่ใช้ การผ่าตัด

การวัดผล (Measurements)

ผลการวิจัย (Results)

สรุป (Conclusions)

คำสำคัญ (Key words) 2 ถึง 5 คำ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ ต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการวิจัย (Methods) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำกรวิจัย โดยบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับบทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วย ผู้นิพนธ์ต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการฯ

ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ

ให้พิมพ์แยกไว้ท้ายบทความ มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิที่ไม่รัดกุม ช้ำซ้อน หรือมากเกินไปจนความจำเป็น สำหรับภาพให้บันทึกโดยใช้นามสกุล .jpg หรือ .tif

การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [(95%confidence interval (X, Y)] ชนิดของสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t test หรือ ANOVA test เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง โดยใช้ตัวเลขอารบิกด้วยยกไม่ใส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงใน

เนื้อหา โดยเขียนตามแบบของ URMs หรือที่เรียกกันว่า Vancouver Style ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309–15 (updated February 2006) และชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

บทความในวารสาร (Journal article)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อย่อวารสาร / ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

เนสินี ไชยเอียง, อรวรรณ บุราณรักษ์, สมเดช พินิจสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ลีลาธนาพิพัฒน์, ชายดา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทยใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2548;20(1):3–10.

Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005;88:845–8.

ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma,) และตามด้วย และคณะ หรือ et al. สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

สรราชัย ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

Vatanasapt V, Sriipa B. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000.

บทในหนังสือ (Chapter in a book)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทในหนังสือ. / ใน: / ชื่อ

บรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อหนังสือ. / พิมพ์ครั้งที่. / เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์. / หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

บุญเกิด คงยิ่งยศ. เกสัชจลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. เกสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2548. หน้า 27–53.

Sriipa B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sriipa B, editors. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000. p. 65–99.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

– CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

– บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตและบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article on the Internet and E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อย่อวารสาร / [อินเทอร์เน็ต]. / เดือนปีที่ตีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. / เข้าถึงได้จาก: / http://

Authors. / Article Title. / Journal Title / [Internet]. / Date of publication / [Date of citation];Volume number(Issue number):first page–last page. / Available from: / http://

ตัวอย่าง

รุ่งนภา จันทรา, สุทธานันท์ กัลละ, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จิราพร วัฒนศรีสิน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน-ธันวาคม 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]; 5:133–45. เข้าถึงได้จาก:

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111206/86935/>

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required

- เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / [อินเทอร์เน็ต]. / เมือง: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / เข้าถึงได้จาก: / <http://>

- สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่าง ๆ

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร. / ชื่อเรื่อง. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่.

Advanced Life Support Group. *Acute medical emergencies: the practical approach*. London: BMJ Books; 2001.

มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ; 2552.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจวิเคราะห์เมลามีน: คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ [National guideline for melamine testing]. นนทบุรี: กรม; 2552.

- วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีที่พิมพ์.

Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

- เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ (Conference proceedings)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / ใน: / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อการประชุม; / วัน เดือน ปีที่ ประชุม; / สถานที่จัดประชุม. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปี

พิมพ์. / หน้า / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182-91.

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ขอส่ง นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article) รายงานผู้ป่วย (Case study)
 อื่นๆ ระบุ

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

คำสำคัญ (ภาษาไทย)

คำสำคัญ (ภาษาอังกฤษ)

ผู้เขียนหลัก (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

หมายเหตุ: กรณีมีผู้เขียนร่วมมากกว่า 1 คน ให้ระบุเฉพาะคนที่ 1 คนอื่นๆ ระบุในบทความย่อ

ผู้รับผิดชอบบทความ ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

โดยบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ลงนาม

(.....)

Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา

1. เอกสารที่ต้องส่ง

- หนังสือขอตีพิมพ์ตามแบบฟอร์มของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร
- กรณีเป็นนักศึกษา ให้แนบหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าบทความได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว
- สำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (นิพนธ์ ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา)

2. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อผู้เขียนแต่ละคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์คนละบรรทัด ชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษ ให้เขียนเต็ม ตามด้วยอักษรย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวา
- ใช้ *, **, *** แสดงลำดับของผู้เขียน
- ส่วนท้ายของหน้าให้ ขยายความของ * ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ ขณะทำวิจัย และสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา และระบุชื่อของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ต่อท้ายสถานที่ทำงาน
- ชื่อเรื่องจัดกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 17
- บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษสอดคล้องกันและเขียนอย่างกระชับ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 15
- แยกบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้อยู่คนละหน้า
- บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างย่อ
- อธิบายการดำเนินงานวิจัยพอสังเขป
- มีข้อสรุปสำคัญ (important conclusions) ที่ได้จากการศึกษา
- ระบุคำสำคัญไม่เกิน 2- 5 คำ (เรียงลำดับตามความสำคัญ) ต่อท้ายบทคัดย่อแต่ละภาษาคำสำคัญไทย และอังกฤษมีความสอดคล้องกัน

3. กรณีการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ให้มีหัวข้อ “พิจารณาทางด้านจริยธรรม” โดย

- ระบุในส่วนของวิธีการวิจัย (Method) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประจำสถาบันที่ทำวิจัย
- เขียนอธิบายว่าผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างไร
- นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา ได้แนบสำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำการวิจัย

4. เนื้อหา (Text)

- ไม่ต้องจัดแบ่งคอลัมน์
- แต่ละส่วนของเนื้อหาไม่ต้องใส่หมายเลข แต่หัวข้อใช้ตัวหนา จัดชิดซ้ายและเรียงลำดับดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการวิจัย ผลการวิจัย วิเคราะห์และสรุปผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ตาราง และหรือ ภาพ บทความภาษาอังกฤษมีหัวข้อดังนี้ Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions, Acknowledgements,

References, Table or Illustrations)

- หัวข้อเรื่องรองให้ใช้ตัวหนา ย่อหน้า 1 แท้ไป
- ใช้คำย่อเมื่อมีการใช้คำนั้นบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องใช้คำเต็มอีก
- คำว่า “et al.” ไม่ต้องทำตัวเอน เว้นช่องว่างระหว่างคำว่า “และ” ในการอ้างอิงผู้เขียนสองคน คำว่า “และคณะ” เขียนติดกัน
- การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใช้ตัวเลขอารบิกด้วยวงเล็บไม่ใส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง เรียงตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา
- วิธีการศึกษาควรเขียนในรูปบรรยาย แยกเนื้อหาด้วยย่อหน้า
- ระบุช่วงเวลาดำเนินการศึกษาและสถานที่ทำการศึกษาอย่างชัดเจน
- ระบุการวิเคราะห์ทางสถิติหรือที่มาของค่าทางสถิติที่จะใช้ประกอบตารางผลการศึกษาย่างชัดเจน

5. เอกสารอ้างอิง References (เขียนอ้างอิงตามคำแนะนำของวารสาร)

- เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อหาบทความ โดยเขียนตามแบบของ Vancouver style
- ทุกอ้างอิงต้องมีการอ้างในเนื้อหา
- มีการให้ URLs ที่เข้าถึงได้ สำหรับเอกสารที่อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต

6. ตาราง (Tables)

- ตารางสร้างโดยใช้คำสั่งแทรกตารางใน Microsoft Word ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12-14
- ชื่อตารางอยู่เหนือตาราง จัดชิดซ้าย
- ตัวย่อในตาราง ให้มีคำอธิบายอยู่ด้านล่างของตาราง ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12
- การแสดงนัยสำคัญให้ ใช้ สัญลักษณ์ * หรือ ** สำหรับ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ
- การแสดงค่าเฉลี่ยต้องมีค่าการกระจายอย่างใดอย่างหนึ่งประกอบ เช่น %CV, SD, SE, ค่าต่ำสุด-สูงสุด, พิสัย เป็นต้น
- หากมีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่า p-value ต้องแสดงค่า standard error of mean (SEM) ประกอบ

7. ภาพ (Figures)

- ชื่อภาพอยู่เหนือภาพ จัดชิดซ้าย
- ภาพหรือกราฟที่แสดงไม่ซับซ้อนจนทำความเข้าใจได้ยาก
- ระบุชื่อแกนและหน่วยที่ชื่อแกนของกราฟ (ถ้ามี)



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
“วารสารโรงพยาบาลสกลนคร”

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานภาพของผู้พิมพ์ นิสิต / นักศึกษา อาจารย์ บุคคลทั่วไป

หมายเลขโทรศัพท์ E-mail address :

มีความประสงค์ที่จะตีพิมพ์บทความวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

หมายเหตุ

- ค่าตีพิมพ์บทความ จำนวนเงิน 3,000 บาท/เรื่อง หากบทความของท่านเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้ กรุณาโอนเงินค่าตีพิมพ์บทความไปที่

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาสกลนคร (ประเภทออมทรัพย์)

ชื่อบัญชี : มูลนิธิโรงพยาบาลสกลนคร

เลขที่บัญชี : 412-3-00875-5

- กรุณาโอนเมื่อได้รับแจ้งจากฝ่ายจัดการของวารสารแล้วเท่านั้น

ข้าพเจ้าโอนเงินจำนวน บาท (.....) ดังได้แนบเอกสารการโอนเงินมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้พิมพ์

(.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการชำระเงินเป็นอันถูกต้อง และได้ลงทะเบียนคุมรายชื่อสมาชิกไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ฝ่ายจัดการวารสาร

(.....)

วันที่





โรงพยาบาลสกลนคร

SAKONNAKHON HOSPITAL

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน”

พันธกิจ

1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

ค่านิยม

“TEAMS”



Teamwork

มุ่งมั่น
การทำงาน
เป็นทีม



Excellent service

การบริหาร
สู่
ความเป็นเลิศ



Achievement

มุ่งมั่น
สู่
ความสำเร็จ



Moral

ดำรงไว้
ซึ่งคุณธรรม



Service mind

บริการ
ด้วยหัวใจ

อัตลักษณ์

“รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ”

