



**วารสาร
โรงพยาบาลมหาสารคาม**

เจ้าของ :

โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
นายแพทย์ประเสริฐ ศรีสารคาม	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์สถาพร ณ ราชสีมา	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางคณินิจ ศรีชะโคตร	หัวหน้าพยาบาล

บรรณาธิการ :

นายแพทย์สถาพร ณ ราชสีมา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ :

นายแพทย์ธนิน ฐิติพรรณกุล
แพทย์หญิงณัฐวรรีร์ตต์ เอนกวิทย์

กองบรรณาธิการภายใน (ทุกสาขา)

นายสถาพร ณ ราชสีมา	นายธนิน ฐิติพรรณกุล
นางสาวณัฐวรรีร์ตต์ เอนกวิทย์	นางเบญจมาศ ดวงคำน้อย
นางสาวนลินี ยมศรีเคน	นางเพียงใจ ลวกุล
นางสาวกิตติยา ตียาภักดิ์	นายกฤษณ์ โสภณวิวัฒน์
นายสมคริต ศรีพลแทน	นายเก่งกาจ อุ่นฤทธิ์
นายภาณุวัฒน์ ชันธสะอาด	นายมารุต ตำหนักโพธิ
นางสุทธีวรรณ โสภณวิวัฒน์	นายเอื้อพงศ์ ลิ้มปพนาสิทธิ
นางสุขใจ บุรณบัญญัติ	นางสาวจันทร์จิรา ควรรติกุล
นางสาวเบญจวรรณ ธรรมปัญญาวัฒน์	นายฉัตรชัย ยมศรีเคน
นายศิโรตน์ จันทรักษา	นางสาววิภาวดี แสนโคตร
นางสาวอินทิรา อนันต์พินิจวัฒนา	นายเพิ่มศักดิ์ นามวิจิตร
นายเฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล	นายอาคม ทิวทอง
นางสาวนฤมล เสงสนันกุล	นางสาวอัจฉริยา แสนมี
นางสาวแพรวพรรณ พรหมยศ	นางสาวญาณพันธุ์ ถายา
นางพีรภาว ภัทรพงศานต์	นายสัจจชน ช่างถม

นายอนันตเดช วงศ์รียา
นางสาวพัชราพร ชมภูคำ
นางสาวกนกพร โชคคติวัฒน์
นางสาวกาญจนาภรณ์ ตาราไธ
นายอดิศักดิ์ ถมอุดทา
นางสาวสมทรง บุตรตะ
นางพุทธกัญญา นารถศิลป์
นางวัฒนา สว่างศรี
นางจุลินทร ศรีโพนทัน
นางดวงแก้ว พรธนพราว
นางอุไรรัตน์ ฉายาพัฒน์
นางเบญจพร เองวานิช
นายสิทธิพงษ์ ปาปะกั้ง
นางสาวพูนทรัพย์ สมกล้า
นางอรวรรณ ชุบสุวรรณ

นางสาววิลาสินี ส่งเสริม
นางสาวกนกพร บุตรमारศรี
นางสาวเพ็ญภา เหลียงไพบูลย์
นางชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์
นางสาวอัญชุลี ประคำทอง
นางวไลพร ปักเคราะห์กา
นางบุญมี ชุมพล
นางวิศรุตดา ตีเมืองซ้าย
นางเพิ่มพูน ศิริกิจ
นางรำไพ เกตุจิระโชติ
นางวิภาดา ดวงพิทักษ์
นางสาวชวมัย ปินะเก
นางปาริชาติ ศรีหนู
นางศุภรินทร์ ยิ้มศิริ
นางสาวประถมพร มาตย์วิเศษ

กองบรรณาธิการภายนอก

นพ.ดร.ธรรมสรณ์ จีระอำพรวัฒน์
พญ.ศิริณา ศรีธธาพิสิฐ
พญ.วัลภา อุดชาชน
นพ.พรอนันต์ โดมทอง
นพ.สุธี ทรกุลพันธ์
พญ.วัลลภา บุญพรหมมา
นพ.พงศ์ศิลป์ ทองเหลา
พญ.อภิญา โขติพันธ์
ผศ.พญ.กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม
ผศ.นพ.เพิ่มศักดิ์ พหลภาคย์
ผศ.พญ.อนงค์พร วงศ์พุทธะ
พญ.อมรรัตน์ เพ็ญภัทรกุล
นพ.อิทธิพล วงษ์พรหม
นพ.สุรเชษฐ์ ต้นทัตประเสริฐ
พญ.วนิดา ผาตาล
นพ.กฤตพงศ์ สมบูรณ์
ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ
นพ.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ

โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลขอนแก่น
โรงพยาบาลศรีนครินทร์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์
โรงพยาบาลศิริราช
โรงพยาบาลรามาริบัติ
โรงพยาบาลอุดรธานี
โรงพยาบาลอุดรธานี
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

นพ.กฤต โกวิททางกูร	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
พญ.ศรีสกุล เจียมจิต	โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา
พญ.เมธาสิณี โพธิสุวรรณ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
นพ.ชาญชัย ธงพานิช	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น
นพ.สุชาติ ทองแป้น	โรงพยาบาลบรบือ
นพ.วัศพล ทองสมบุญ	โรงพยาบาลวาปีปทุม
พญ.สาธิตา เรืองสิริภคกุล	โรงพยาบาลกุดรัง
นพ.ทิว อุดชาชน	โรงพยาบาลโคกโพธิ์ชัย
นพ.กฤษณะ ระดาพัฒน์	โรงพยาบาลยางตลาด
นพ.อภิชาติ วีระวงศ์ชานนท์	โรงพยาบาลชุมแพ
นพ.ธนเดช วงศ์จารุกร	โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
นพ.ชาญวิทย์ โพธิสุวรรณ	โรงพยาบาลบุญทริก
นพ.ปวิทย์ ยวงเงิน	โรงพยาบาลกำแพงแสน
รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.พงศธร พหลภาคย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.ภัทรี พหลภาคย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.แพรว โคตรรุฉิน	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.อธิปัตย์ มีสิงห์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.คมสันต์ ชำรงค่อนันตสกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ.สุภัชชา ประเสริฐเจริญสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ.อมรรัตน์ เต็มธนะกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ.จตุพร ดวงกำ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.จิตาภา ผูกพันธ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.เทอดศักดิ์ จันทะวงษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.นพ.ณรงค์ศักดิ์ จันทะวัง	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ภญ.ดร.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.อาภรณ์ คำก้อน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์สุรพันธ์ สืบเนียม	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ชัยยุทธ วงศ์พันธ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ.ภญ.จิรียุตา คำสีเขียว

อาจารย์ศตวรรษ อุตศาสตร์

ดร.นฤมล เอนกวิทย์

ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์

ดร.นิสากร วิชัยบุลย์

ดร.จารุณี อินทฤทธิ์

ดร.สุปิยา วิริไฟ

อาจารย์จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ

อาจารย์ชนิสรา แสนนบุตร

ดร.ศิริภาณี อิ่มน้ำขาว

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

ดร.อุ๋นใจ เครือสลิตย์

อาจารย์วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

วิทยาลัยบรมราชชนนี สงขลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์

ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

กองบรรณาธิการและผู้จัดการ

นางสาวนิกานต์ดา ทองน้อย

นายวีระยุทธ บุญหลัง

บรรณาธิการปฏิบัติการ

เจ้าพนักงานห้องสมุด

สำนักงาน :

ห้องสมุด (วารสารวิชาการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง

จังหวัดมหาสารคาม 44000

อีเมลล์ : mskh.journal@gmail.com โทรศัพท์ 0-4371-1750-4 ต่อ 9420 กต 1017

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความพิเศษ บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย รวมทั้งปกิณกะสาระความรู้ด้านสาธารณสุข ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการ
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขร่วมกับสาขาวิชาชีพทั่วประเทศ



กำหนดออก :

เผยแพร่ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index>

พิมพ์ที่ :

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-543

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย
วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป
และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง



บทบรรณาธิการ

หลังจากเราชาวสาธารณสุขร่วมแรงร่วมใจกันต่อสู้กับโควิด 19 กันมากกว่า 2 ปีเศษ ขณะนี้ประเทศของเรา กำลังก้าวสู่ระยะ post pandemic ให้พวกเราอยู่ร่วมกับโควิด 19 แบบ next normal เราจะเห็นการเปลี่ยนแปลง แบบก้าวกระโดดในหลายๆ ด้าน เช่น digital health innovation มีการพัฒนาระบบ telehealth, telemedicine ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยลดการสัมผัส แต่ไม่ลดมาตรฐานความปลอดภัย มีการพัฒนาโรงพยาบาลภายใต้นโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) เพื่อช่วยขับเคลื่อนให้บรรลุวิสัยทัศน์ของกระทรวง สาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี ระบบสุขภาพยั่งยืน

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ ยังคงมีความหลากหลาย มีเนื้อหาที่น่าสนใจ ทั้งเรื่อง health promotion and prevention เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น , เรื่องการรักษาโรคสำคัญ เช่น มะเร็งลำไส้ ภาวะการติดเชื้อใน กระแสเลือด ปัญหาทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเครียดและความวิตกกังวลต่อ covid 19 ของผู้มารับ บริการ เป็นต้น หวังว่าเนื้อหาจะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ ของท่านผู้อ่านได้

สุดท้ายนี้ ทีมงานวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมเป็นแรงใจให้กับทุกท่านในการสร้างสรรค์สิ่งดีๆ งานวิจัย นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยทุกคน มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนต่อไป

นายแพทย์สถาพร ณ ราชสีมา

บรรณาธิการ

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นวารสารด้านวิชาการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะเผยแพร่ผลงาน วิชาการทางการแพทย์ พยาบาล การสาธารณสุขและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความ สะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทบทความที่สามารถลงตีพิมพ์ได้แก่

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) ได้แก่ บทความที่เสนอผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคย ตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น ๆ

รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจ ใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้รวมทั้งวัตถุประสงค์) รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและ วิธีการศึกษา) วิจารณ์สรุปอภิปรายผล และเอกสาร อ้างอิง

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านการแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาลการสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์หรือ บทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความวิชาการ (review article) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ ในวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและ วิเคราะห์วิจารณ์หรือ เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความหรือสาระความรู้ได้แก่ บทความอื่น ๆ หรือรายงานที่เกี่ยวข้องกับ ด้านการแพทย์ สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ หรือบทความที่ส่งเสริม ความเข้าใจอันดีต่อผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้วด้านล่าง 1 นิ้วขอบ ซ้าย 1.5 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำเนียรให้ครบถ้วน ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของ บทความ และมี การกำหนดคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณา ตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษใน ข้อความ ภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อ เรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม

1. **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 ตัวหนา พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุ **วัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา** หัวข้อบทคัดย่อใช้ตัวอักษร ขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา พิมพ์ชิดขอบทั้งสองด้าน และมีความยาวไม่เกิน 250 คำ

3. **คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ “คำสำคัญ:” เป็นตัวภาษาไทย และ “Keywords:” ภาษาอังกฤษใต้ บทคัดย่อ (Abstract) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา

4. เนื้อหา (Text) บทความวิจัยประกอบด้วย...

➤ **บทนำ (Introduction)** บอกความสำคัญ หรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวัตถุประสงค์ และ อารวมการทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

➤ **ความเป็นมาหรือปัญหา**

➤ **วัตถุประสงค์** เพิ่มรายละเอียดจากบทคัดย่อ

➤ **รูปแบบและวิธีวิจัย** เนื้อหาเพิ่มเติมรายละเอียดขึ้นจากจากบทคัดย่อ ผลการศึกษา: (เพิ่มรายละเอียด จากบทคัดย่อ เช่นแสดงตารางหรือสรุปผลฯ)

➤ **อภิปรายผล** อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุม ต่าง ๆ ควรมีการอ้างหลักการหรือทฤษฎีมาสนับสนุนหรือหักล้างอย่างเป็นเหตุผลเป็นผล

หมายเหตุ : เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (หากเกิน 12 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติม หน้าละ 300 บาท)

5. เอกสารอ้างอิง (References) เขียนในรูปแบบ (Vancouver) คือเรียงลำดับตามเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับเป็นตัวยกในเนื้อหา

6. ตาราง รูป และสมการ

- ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง
- รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาของบทความ
- สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์

หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

7. การส่งต้นฉบับ ส่งต้นฉบับที่ระบุชื่อผู้เขียน จำนวน 1 ชุด แล้วส่งมาที่... <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index> หรือ กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม เบอร์โทรศัพท์ 043711750-4 ต่อ 9420 กด 1017 mskh.journal@gmail.com

การเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใช้หลักการดังนี้

- 1) การอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่างๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิก เป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียง ลำดับก่อนหลังตามการอ้างอิง
- 2) ไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง
- 3) หลีกเลี่ยงการอ้างอิงเอกสารติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (personal communication) เว้นแต่จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่หาไม่ได้จากสิ่งตีพิมพ์สาธารณะต่างๆ ซึ่งกรณีนี้ควรอ้างอิงชื่อบุคคล และวันที่ที่ติดต่อ สื่อสารภายในวงเล็บด้วย

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year)

3. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

4. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน .

5. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

6. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]: ปีที่ [หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภทหรือระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

สารบัญ

	หน้า
การศึกษาพิษเคมีเบื้องต้นและฤทธิ์การต้านเชื้อแบคทีเรียของสารสกัดสะแกนา ฉัตรลดา หงส์วิสัย, ศิรินทิพย์ พรหมเสนาสา, นฤวัตร ภัคดี, ภาณิชา พงศ์นราทร พงศธร ทองกระสี, ฉัตรชนก นุกูลกิจ, ทัดติกา แก้วสูงเนิน เพ็ญศิริ จันทร์แอ และจรินยา ชุนทะवाद	14
ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ของนักศึกษาพยาบาล เจียมจิต โสภณสุขสถิต	24
ภาวะ re-displacement ในกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่รักษาด้วย วิธีอนุรักษ์นิยม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลพศกมลพิสัย ทศพร อัครแสง	36
รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม นิตยา ฤทธิศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันทาญ	50
ความชุกและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก ประภาพรรณ วีระศิริ	64
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, ศศิธร รุจนเวช และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	77
ปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปาไลตา พูลเพิ่ม, นงเยาว์ มีเทียน และอภิญา วงศ์พิริโยธา	88

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเปรียบเทียบการรักษามะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับการฉายรังสี ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด หลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พิชญดา ดารุณิกร และอรทัย สืบเมือง	100
การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลหนองคาย รัชดาพร ปุยนุเคราะห์	113
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ในองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์	127
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท วไลพร ปักเคราะห์, นิสากร วิบูลชัย, วุฒิชัย สมกิจ, สุชญญ์ญา เดชศิริ จิรพร อินนอก และสิรินารถ ประพาศพงษ์	140
ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม วิสัย คะตา, พชนี สมกำลัง และนาฏนภา อารยะศิลป์ประธ	154
ภาวะซีมีเคร่าหลังคลอดและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรก และมารดาหลังคลอดครั้งหลัง สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุภาพัทธ์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว กิ่งแก้ว สิทธิ และธรรมวรรณ บุรณสรร์	164
บทบาทของผู้ปกครองในการประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM สิทธิพงศ์ ปาปะกั้ง	176



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สุขนิตย์ พรหมรัมย์	186
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง มหาสารคาม อาคม ทิวทอง	197

การศึกษาพฤษเคมีเบื้องต้นและฤทธิ์การต้านเชื้อแบคทีเรียของสารสกัดสะแกนา

Phytochemical screening and antibacterial activity of *Combretum quadrangulare kurz.* extracts

ฉัตรลดา หงษ์วิลัย¹, ศิริทิพย์ พรหมเสนา², นฤวัตร ภัคดี³, ภาณีชา พงศ์นราทร⁴, พงศธร ทองกระสี⁵,
ฉัตรชนก นุกุลกิจ⁶, ทัญทิกา แก้วสูงเนิน⁷, เพ็ญศิริ จันทรแอ⁸ และจรินยา ขุนทะवाद^{9*}
Chatlada Hongwilai¹, Sirintip Promsensa², Naruwat Pakdee³, Panicha Pongnaratorn⁴,
Pongsathorn Tongkasee⁵, Chatchanok Nukulkit⁶, Thanthika Kaewsoongnern⁷, Pensiri Chan-ae⁸
and Jarinya Khoontawad^{9*}

¹แพทย์แผนไทย กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลบ้านม่วง

²อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^{3,5,6,7,8}อาจารย์ สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

^{4,9}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

¹Thai traditional medicine, Thai traditional and alternative medicine department, Banmuang hospital, Banmuang district, Sakon Nakhon

²Lecturer, Department of Thai traditional medicine, Faculty of Science, Udon Thani Rajabhat University

^{3,5,6,7,8}Lecturer, Department of Thai traditional medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan Sakon Nakhon Campus

^{4,9}Assistant Professor Dr., Department of Thai traditional medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan Sakon Nakhon Campus

(Received: 16 October 2021 Revised: 3 August 2022 Accepted: 10 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาฤทธิ์ทางพฤษเคมีและฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* ของสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา (*Combretum quadrangulare kurz.*)

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยนำสารสกัดส่วนสดและแห้งของ กิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา ที่สกัดด้วยเอทานอล 95% ตรวจสอบหาสารพฤษเคมี และทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อ *Staphylococcus aureus* ด้วยวิธี Disc diffusion และ Broth dilution วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA

ผลการศึกษา : เมื่อนำสารสกัดส่วนสดและแห้งมาตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้นพบว่า สารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบ พบสารพฤษเคมีที่แตกต่างกัน แต่พบสารพฤษเคมีที่เหมือนกัน คือ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน และแทนนิน การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ด้วยวิธี Disc diffusion พบว่าสารสกัดจากสะแกนาสามารถยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่สารสกัดจากส่วนแห้งมีโซนการยับยั้งได้ดีกว่าส่วนสด

โดยสารสกัดจากส่วนแห้งที่ดีที่สุดคือกิ่ง มีค่าเฉลี่ยของบริเวณโซนใสเท่ากับ 20.00 ± 0.50 มิลลิเมตร มีค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดที่สามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย (Minimal inhibitory concentration, MIC) เท่ากับ 1.95 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Minimal bactericidal concentration, MBC) เท่ากับ 3.91 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร สารสกัดจากส่วนสดที่มีโซนการยับยั้งดีที่สุดคือผลสด มีค่าเฉลี่ยของบริเวณโซนใสเท่ากับ 15.00 ± 0.00 มิลลิเมตร มีค่า MIC เท่ากับ 1.95 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร และค่า MBC เท่ากับ 3.91 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

สรุปผลการศึกษา : จากผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสะแกนามีคุณสมบัติในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียได้ ซึ่งในอนาคตอาจนำไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพได้

คำสำคัญ : สะแกนา, สารพฤกษเคมี,ฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย, สแตปไฟโลคอคคัส ออเรียส

Corresponding Author: *E-mail: Jarinya.ko@rmuti.ac.th

ABSTRACT

Objective : To study phytochemical screening and antibacterial activity on *Staphylococcus aureus* from fresh and dry parts of the branches, barks, fruits and leaves of *Combretum quadrangulare* Kurz.

Method : Analytic study by experimental research from fresh and dried parts from branches, barks, fruits and leaves extracted with 95% ethanol for phytochemical screening and antibacterial activity against *Staphylococcus aureus* by Disc diffusion method and Broth dilution method. The statistics were determined by One-Way ANOVA.

Results : The results of phytochemical screening of fresh and dried parts from branches, barks, fruits and leaves extracts showed different phytochemicals. However, flavonoids, saponins and tannins were found in all parts. The antibacterial activity on *S. aureus* were tested by using disk diffusion method. The results showed that *S. aureus* were inhibited by the herbal extracts. The dried extracts had the better antibacterial performance than the fresh part. The highest antibacterial activity was found in dried part of branches extracts that have inhibition zone diameter of 20.00 ± 0.50 mm, Minimal inhibitory concentration (MIC) of 1.95 mg/mL, Minimal bactericidal concentration (MBC) of 3.91 mg/mL while the highest antibacterial effect in fresh extracts are fruits that showed the inhibition zone diameter of 15.00 ± 0.00 mm, MIC of 1.95 mg/mL, MBC of 3.91 mg/mL, respectively.

Conclusion : The results of this study show that *C. quadrangulare* Kurz. have the ability in antibacterial. This knowledge may be developed into herbal product in the future.

Keywords : *Combretum quadrangulare* Kurz, Phytochemical, Antibacterial activity, *Staphylococcus aureus*

บทนำ

การดำรงชีวิตประจำวันในปัจจุบันนั้นต้องสัมผัสกับเชื้อแบคทีเรียมากมาย โดยเชื้อแบคทีเรียจะก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ นั้นขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งหากได้รับเชื้อแบคทีเรียเข้าไปอาจทำให้ระบบในร่างกายทำงานผิดปกติ เช่น การทำงานของเอนไซม์ผิดปกติไป หรืออาจทำให้ร่างกายมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ซึ่งอาการผิดปกติต่าง ๆ จะต้องรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันที่เป็นเคมีสังเคราะห์และในบางครั้งอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ในปัจจุบันจึงมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรให้เกิดประโยชน์มากขึ้น เนื่องจากสมุนไพรบางชนิดนั้นมีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ได้ เช่น เปลือกอบเชยจีน เปลือกผลทับทิม⁽¹⁾ ใบกระวาน⁽²⁾ แก่นฝาง และดอกกานพลู⁽³⁾ เป็นต้น ปัจจุบันกลุ่มคนยุคใหม่จึงหันมาสนใจนำสมุนไพรมาใช้มากขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น

สะแกนา มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Combretum quadrangulare* Kurz. จัดอยู่ในวงศ์ Combretaceae จัดเป็นไม้ยืนต้น พบได้ตามธรรมชาติบริเวณป่าดงดิบและป่าโปร่งในประเทศไทย จากภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนโบราณของประเทศไทยและประเทศเวียดนามมีการใช้ส่วนต่างๆ ของสะแกนาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น เช่น เมล็ดและใบ แก้วใช้และใช้เป็นยาถ่ายพยาธิ รากใช้รักษาฝีหนอง เป็นต้น⁽⁴⁾ นอกจากนี้สารสกัดจากใบสะแกนายังมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ⁽⁵⁾ มีความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง⁽⁶⁾ สารสกัดจากเมล็ดสะแกนาสามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรียได้⁽⁷⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา (Preliminary) ของคณะผู้วิจัยพบว่าสารสำคัญในเปลือกต้น กิ่ง และใบสะแกนา พบสารต้านอนุมูลอิสระ และสารประกอบฟีนอลิกซึ่งมีคุณสมบัติในการต้านจุลชีพได้^{(8), (9)} ตลอดจน

ลดความเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกหรือโรคที่เกิดจากภาวะร่างกายขาดความสมดุล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับส่วนต่าง ๆ ของสะแกนา การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองหาสารพฤษเคมีเบื้องต้นและเปรียบเทียบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* ของสารสกัดจากส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา โดยข้อมูลจากการศึกษานี้ อาจจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นประโยชน์ในการนำสะแกนามาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพต่อไปในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การเตรียมสารสกัด

นำกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนาสดมาล้างทำความสะอาดแล้วล้างให้แห้ง จากนั้นหั่นให้เป็นชิ้นเล็กๆ ขนาดประมาณ 2x1 เซนติเมตร แล้วนำไปอบที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง หลังจากแห้งแล้วนำไปบดด้วยเครื่องบดแบบหยาบ เป็นเวลา 10 นาที ส่วนตัวอย่างสดจะไม่อบแห้ง แต่จะหั่นให้มีขนาดเล็กกลง และนำไปบดเลย เป็นเวลา 10 นาที ซึ่งสมุนไพรที่บดให้ได้ปริมาณอย่างละ 500 กรัม ใส่ลงในขวดสีชา เติมน้ำกลั่นความเข้มข้น 95% ลงไป ปริมาตร 2,000 มิลลิลิตร ในอัตราส่วน 1:4 ทำการสกัดด้วยวิธีการแช่ (Maceration) เก็บไว้ให้พ่นแสง แช่ทิ้งไว้เป็นเวลา 7 วัน เขย่าทุกวัน เมื่อครบกำหนดตามเวลา จึงนำสารสกัดมากรอง แล้วนำสารที่ได้มาระเหยตัวทำละลายออกโดยใช้เครื่องระเหยแห้งแบบสูญญากาศ (Rotary evaporator) ที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส จากนั้นเมื่อสารสกัดแห้งสนิทแล้วจึงนำไปเก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียส แล้วนำไปคำนวณหาปริมาณผลผลิตร้อยละ (%Yield)

$$\text{ผลผลิตร้อยละ} = \frac{a}{b} \times 100\%$$

a = น้ำหนักสารสกัดที่ได้ (กรัม)

b = ปริมาณสมุนไพรที่ใช้ในการสกัด (กรัม)

2. การตรวจสอบสารพิษเคมีเบื้องต้น

การตรวจสอบหาสารพิษเคมีเบื้องต้น แบ่งการทดสอบสารออกเป็น 11 กลุ่ม โดยอาศัยการสังเกตปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอน ดัดแปลงจากวิธีของศรีนรัตน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ดังนี้

2.1 การตรวจสอบแอนทราควิโนน จะนำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ไปอุ่นบนเครื่องอังน้ำเป็นเวลา 5 นาที และหยดกรดไฮโดรคลอริก (10% HCl) จำนวน 2-3 หยด ปล่อยให้สารละลายเย็นลงที่อุณหภูมิห้อง แล้วนำของเหลวที่ได้เติมคลอโรฟอร์ม จำนวน 2-3 หยด และเติมแอมโมเนีย (10% NH₃) จำนวน 2-3 หยด จากนั้นให้ความร้อนโดยการต้ม ถ้าสารละลายเปลี่ยนสีเป็นสีแดงชมพูแสดงว่าพบแอนทราควิโนน

2.2 การตรวจสอบฟลาโวนอยด์ นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร เติมสารละลายตะกั่ว อะซิเตท (10% Lead acetate) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร แล้วเขย่า หากพบว่าสารละลายเปลี่ยนเป็นสีเหลืองอมเขียวแสดงว่าพบฟลาโวนอยด์

2.3 การตรวจสอบซาโปนิน ใช้การทดสอบแบบการเกิดฟอง โดยนำสารสกัด 1 มิลลิลิตร เติมน้ำกลั่นปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร นำไปอุ่นบนเครื่องอังน้ำเป็นเวลา 5 นาที จากนั้นเขย่าอย่างแรง ถ้าปรากฏฟองเกิดขึ้นในหลอดทดลองแสดงว่าพบซาโปนิน

2.4 การทดสอบแทนนิน นำสารสกัด 1 มิลลิลิตรเติมสารละลายเฟอร์ริกคลอไรด์ (0.1% FeCl₃) จำนวน 2-3 หยด ถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีน้ำตาลอ่อนอมเขียวแสดงว่าพบแทนนิน

2.5 การทดสอบคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่าแล้วกรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำสารที่ได้จากการกรองไปเติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H₂SO₄) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ถ้าปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลตรงรอยต่อระหว่างชั้นของสารสกัดกับกรดซัลฟิวริก แสดงว่าพบคาร์ดิแอกไกลโคไซด์

2.6 การทดสอบคูมาริน นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ละลายด้วยเอทานอล (50% EtOH) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่าแล้วกรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำสารที่ได้จากการกรองไปเติมสารละลายโซเดียมไฮดรอกไซด์ (6M NaOH) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร แล้วเขย่า ถ้าสารละลายเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเข้มแสดงว่าพบคูมาริน

2.7 การทดสอบโพลิบาแทนนิน นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ละลายด้วยน้ำกลั่น จากนั้นกรองส่วนที่ไม่ละลายออก แล้วนำของเหลวที่ได้ไปเติมสารละลายไฮโดรคลอริก (HCl) 2 มิลลิลิตร ถ้าปรากฏตะกอนสีแดงแสดงว่าพบโพลิบาแทนนิน

2.8 การทดสอบเทอร์ปีนอยด์ นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่าแล้วกรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำสารที่ได้จากการกรองไปเติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H₂SO₄) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ถ้าปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลตรงรอยต่อระหว่างชั้นของสารสกัดกับกรดซัลฟิวริกแสดงว่าพบเทอร์ปีนอยด์

2.9 การทดสอบสเตียรอยด์ นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่า แล้วกรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำสารที่ได้จากการ

กรองไปเติมกรดกลacialแอซีติก (Glacial acetic acid) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่าแล้วเติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H₂SO₄) จำนวน 2-3 หยด ถ้าสารละลายเปลี่ยนสีเป็นสีน้ำเงินหรือน้ำเงินเขียวแสดงว่าพบสเตียรอยด์

2.10 การทดสอบไกลโคไซด์ นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร ละลายด้วยน้ำเดือด ปริมาตร 10 มิลลิลิตร แล้วทำการกรอง จากนั้นนำสารที่ผ่านการกรองปริมาตร 2 มิลลิลิตร ไปทำการไฮโดรไลซิสด้วยกรดไฮโดรคลอริก แล้วทำให้เป็นอัลคาไลน์ด้วยสารละลายแอมโมเนีย (NH₃) จากนั้นเติมสารละลายเบนเนดิกต์ 5 หยด แล้วนำไปต้มจนเดือด หากปรากฏตะกอนสีแดงอมน้ำตาลแสดงว่าพบไกลโคไซด์

2.11 การทดสอบอัลคาลอยด์ นำสารสกัด 1 มิลลิลิตร เติม Wagner's reagent ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ถ้าปรากฏตะกอนสีน้ำตาล แสดงว่าพบอัลคาลอยด์

3. การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย

การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* B-2-1381 (*S. aureus*) ด้วยวิธี Disc diffusion เริ่มจากการเตรียมสารสกัดโดยการนำสารสกัดจากส่วนสดและแห้งของ กิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา อย่างละ 0.5 กรัม ละลายด้วย 10% เอทานอล ปริมาตร 1,000 ไมโครลิตร ผสมให้เข้ากัน จนกว่าสารละลายจะไม่มีตะกอน แล้วคูดสารสกัดแต่ละชนิด ปริมาตร 25 ไมโครกรัม ลงบน Paperdisc (WhatmanTM) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 6 มิลลิเมตร ที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว และทิ้งไว้ให้แห้งที่อุณหภูมิห้อง ทำการเตรียมเชื้อแบคทีเรียโดยนำไม้พินสำลีปลอดเชื้อจุ่มเชื้อแบคทีเรียที่ปรับค่าความชื้นให้ตัวควบคุมเชิงลบ ใช้ 10% เอทานอล และตัวควบคุมเชิงบวกใช้ Tetracycline disc (OxoidTM) ความเข้มข้น 30 ไมโครกรัม/ดิสก์ จากนั้นนำไปป้อนที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง (ทำการทดสอบ 3 ซ้ำ)

แล้ววัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางโซนใส (Inhibition zone) ที่เกิดขึ้น บันทึกผลโดยวัดเป็นหน่วยมิลลิเมตร (mm)

4. การทดสอบหาความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ (Minimal inhibitory concentration, MIC) และความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าได้เชื้อ (Minimal bactericidal concentration, MBC)⁽¹¹⁾

การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* โดยการทดสอบหาค่า MIC และ MBC โดยวิธี Broth dilution method โดยเจือจางความเข้มข้นของสารสกัดส่วนสดและส่วนแห้ง ในช่วง 0.98-125 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร จากนั้นนำเชื้อที่มีค่าความขุ่นเท่ากับ McFarland standard no. 0.5 หยดลงผสมกับสารสกัดที่ความเข้มข้นต่างๆ ลงในหลอดทดลองในอัตราส่วน 1:1 แล้วเขย่าให้เข้ากัน แล้วนำไปป้อนที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เมื่อครบกำหนดเวลาแล้วทำการอ่านผล โดยค่า MIC สังเกตได้จากหลอดสุดท้ายที่ไม่มีการเจริญของเชื้อแบคทีเรียหรืออาหารเลี้ยงเชื้อไม่ขุ่น จากนั้นนำไปหาค่า MBC โดยนำความเข้มข้นที่ได้จากค่า MIC มาเกลี่ยลงบนจานอาหารเลี้ยงเชื้อที่ทำการแบ่งช่องสำหรับแต่ละความเข้มข้น ปริมาตร 2 ไมโครลิตร แล้วนำไปป้อนที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง (ทำการทดสอบทั้งหมด 3 ซ้ำ) โดยค่า MBC สังเกตได้จากจะไม่พบการเจริญของเชื้อแบคทีเรียในช่องที่เกลี่ยเชื้อลงไป

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการสกัดสารจากส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนาด้วยวิธีการหมัก โดยใช้ตัวทำละลาย 95% เอทานอล ในอัตราส่วน สมุนไพรหนัก 500 กรัม ต่อตัวทำละลายปริมาตร

2,000 มิลลิลิตร (1:4) จะได้สารสกัดหยาบจากส่วนสดที่มีลักษณะเหนียวข้นสีดำ และสารสกัดหยาบจากส่วนแห้งที่มีลักษณะเหนียวข้นสีน้ำตาลดำ โดยมีค่าร้อยละสารสกัด (%Yield) ในสารสกัดส่วนสดและแห้งมากที่สุดคือใบ รองลงมาคือผล เปลือก และกิ่ง ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

จากการตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดหยาบส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา พบว่าสารพฤกษเคมีที่พบเหมือนกันในสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบ คือ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน และแทนนิน สารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่งและเปลือกพบไกลโคไซด์ ส่วนสารสกัดส่วนสดและแห้งของผลและใบพบสารพฤกษเคมีชนิดเดียวกันคือ คูมาริน แต่ในสารสกัดส่วนสดพบ สเตียรอยด์ นอกจากนี้สารสกัดส่วนแห้งของใบแห้งยังพบคาร์ดิแอกไกลโคไซด์และเทอร์ปีนอยด์ ซึ่งไม่พบในสารสกัดส่วนอื่นๆ และไม่พบแอนทราควิโนน โพลลาแทนนิน และอัลคาลอยด์ในสารสกัดทั้งหมด (ตารางที่ 2) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสารสกัดจากใบสะแกนาที่สกัดด้วยเฮกเซนทดสอบหาค่าประกอบทางเคมีด้วยวิธี Gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS) พบสารกลุ่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ 3,7,11,15-tetramethyl-2-hexadecen-1-ol และ n-Doddecanol ในปริมาณที่ค่อนข้างสูง (58.31 และ 14.66% ตามลำดับ) แต่ไม่พบสารกลุ่มเทอร์ปีน⁽¹²⁾ การศึกษาของ Nantachit⁽¹³⁾ พบองค์ประกอบทางเคมีของเมล็ดสะแกนาที่สกัดด้วย 95% เอทานอล คือ Steroidal alkaloid ที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียได้ การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา พบสารพฤกษเคมีที่แตกต่างกัน โดยสารสกัดที่พบสารพฤกษเคมีมากที่สุดคือใบแห้ง พบทั้งหมด 6 ชนิด ได้แก่ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน แทนนิน คาร์ดิแอกไกลโคไซด์ คูมาริน และเทอร์ปีนอยด์

การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* ของสารสกัดส่วนสดและแห้ง กิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา ด้วยวิธี Disc diffusion method ผลการทดสอบพบว่าสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนาสามารถยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ได้ ซึ่งสารสกัดส่วนสดและแห้งมีฤทธิ์ในการยับยั้งได้แตกต่างกัน โดยสารสกัดจากส่วนแห้งที่มีโซนการยับยั้งได้ดีกว่าส่วนสด คือ กิ่ง เปลือก และใบ ฤทธิ์การยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ของสารสกัดจากส่วนแห้งที่ดีที่สุดคือ กิ่ง รองลงมาคือ เปลือก ใบ และผล ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยขนาดของบริเวณโซนใสเท่ากับ 20.00 ± 0.50 , 16.00 ± 0.30 , 15.00 ± 0.00 และ 13.00 ± 1.10 มิลลิเมตร ตามลำดับ สารสกัดจากส่วนสดที่มีฤทธิ์การยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ดีที่สุดคือ ผล รองลงมาคือ ใบ เปลือก และกิ่ง ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยขนาดของบริเวณโซนใสเท่ากับ 15.00 ± 0.00 , 14.00 ± 0.00 , 13.00 ± 0.60 และ 9.00 ± 0.50 มิลลิเมตร ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งพบว่าสารสกัดจากสะแกนามีประสิทธิภาพดีกว่าสารสกัดจากสมุนไพรบางชนิด เช่น ใบเพกา⁽¹⁴⁾ และไพโรเซีย⁽¹⁵⁾ เป็นต้น

การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* ของสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา โดยหาความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ (Minimal inhibitory concentration, MIC) และความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อ Minimal bactericidal concentration, MBC) ด้วยวิธี Broth dilution ผลการทดสอบพบว่าผลสดและกิ่งแห้งมีประสิทธิภาพในการยับยั้งและฆ่าเชื้อได้ดีที่สุด คือมีค่า MIC เท่ากับ 1.95 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร และค่า MBC เท่ากับ 3.91 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร (ตารางที่ 4) ซึ่งให้ผลที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Nantachit⁽¹²⁾ พบว่าสารสกัดเมล็ดสะแกนาสามารถยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ได้ โดยการศึกษาของบุคคล

ดังกล่าวยังให้ผลไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Nopsiri⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาฤทธิ์การยับยั้งเชื้อแบคทีเรียของ น้ำมันหอมระเหยจากใบสะแกนา พบว่าสามารถยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ได้

ตารางที่ 1 ร้อยละสารสกัดยับยั้งต่อน้ำหนักแห้ง (%Yield) ของสารสกัดส่วนสดและแห้งของสะแกนาที่สกัดด้วย 95% เอทานอล

ชื่อวิทยาศาสตร์	ส่วนของพืช	น้ำหนัก (g)	น้ำหนักสาร (g)	% Yield	
<i>Combretum quadrangulare</i> Kurz.	กิ่ง	สด	500	12.65	2.53
		แห้ง	500	13.28	2.66
	เปลือก	สด	500	14.78	2.96
		แห้ง	500	16.54	3.31
	ใบ	สด	500	109.25	21.85
		แห้ง	500	103.52	20.70

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดส่วนสดและแห้งของสะแกนา

ลำดับ	สารพฤกษเคมี	กิ่ง		เปลือก		ผล		ใบ	
		สด	แห้ง	สด	แห้ง	สด	แห้ง	สด	แห้ง
1	แอนทราควิโนน	-	-	-	-	-	-	-	-
2	ฟลาโวนอยด์	+	+	+	+	+	+	+	+
3	ซาโปนิน	+	+	+	+	+	+	+	+
4	แทนนิน	+	+	+	+	+	+	+	+
5	คาร์ดิแอกไกลโคไซด์	-	-	-	-	-	-	-	+
6	คูมาริน	-	-	-	-	+	+	+	+
7	โพลบาแทนนิน	-	-	-	-	-	-	-	-
8	เทอร์ปีนอยด์	-	-	-	-	-	-	-	+
9	สเตียรอยด์	-	-	-	-	+	-	+	-
10	ไกลโคไซด์	+	+	+	+	-	-	-	-
11	อัลคาลอยด์	-	-	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ: - หมายถึง ไม่พบ และ + หมายถึง พบ

ตารางที่ 3 ฤทธิ์การยับยั้งเชื้อ *Staphylococcus aureus* ที่ทดสอบด้วยเทคนิค Disc diffusion method ของสารสกัดส่วนสดและแห้งของสะแกนา

ส่วนของสารสกัด		ขนาดของบริเวณโซนใส (mm) <i>S. aureus</i> (Mean±SD)
กิ่ง	สด	9.00±0.50 ^{bcdefghi}
	แห้ง	20.00±0.50 ^{acdefghi}
เปลือก	สด	13.00±0.60 ^{abdhi}
	แห้ง	16.00±0.30 ^{abcfgi}
ผล	สด	15.00±0.00 ^{abcfi}
	แห้ง	13.00±1.10 ^{abdeghi}
ใบ	สด	14.00±0.00 ^{abdfi}
	แห้ง	15.00±0.00 ^{abcfi}
Positive control	Tetracycline	34.00±0.48 ^{abcdefgh}
Negative control	50% Alcohol	-

หมายเหตุ : - หมายถึง ไม่มีการยับยั้งเชื้อ

มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

a คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดกิ่งสด

b คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดกิ่งแห้ง

c คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดเปลือกสด

d คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดเปลือกแห้ง

e คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดผลสด

f คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดผลแห้ง

g คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดใบสด

h คือ เมื่อเทียบกับสารสกัดใบแห้ง

i คือ เมื่อเทียบกับ Positive control

ตารางที่ 4 ค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย (Minimal Inhibitory Concentration, MIC) และค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Minimal Bactericidal Concentration, MBC) ต่อเชื้อ *Staphylococcus aureus*

ส่วนของสารสกัด		MIC (mg/mL)	MBC (mg/mL)
กิ่ง	สด	15.63	31.25
	แห้ง	1.95	3.91
เปลือก	สด	15.63	31.25
	แห้ง	7.81	15.63
ผล	สด	1.95	3.91
	แห้ง	3.91	7.81
ใบ	สด	15.63	31.25
	แห้ง	7.81	15.63

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาฤทธิ์การต้านเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* ของสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนาที่สกัดด้วยตัวทำละลาย 95% เอทานอล มีค่าร้อยละสารสกัดหยาบต่อน้ำหนักแห้ง (%Yield) ในสารสกัดส่วนสดและแห้งมากที่สุดคือใบ จากนั้นนำไปศึกษาหาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น 11 ชนิด พบว่าสารสกัดส่วนสดและแห้งของกิ่ง เปลือก ผล และใบสะแกนา มีสารสารพฤกษเคมีที่พบเหมือนกัน คือ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน และแทนนิน แต่ไม่พบแอนทราควิโนน โพลลาแทนนิน และอัลคาลอยด์ในสารสกัดทั้งหมด ฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียพบว่าสะแกนาสามารถยับยั้งเชื้อ *S. aureus* ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ สารสกัดส่วนแห้งพบว่ากิ่งมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อแบคทีเรียดีที่สุดและในสารสกัดส่วนสดพบว่าผลมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อแบคทีเรียดีที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการศึกษาลำดับถัดไป ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาประเด็นของความปลอดภัย ความเป็นพิษจากการใช้สมุนไพรสะแกนาใน

สัตว์ทดลอง และศึกษาความมั่นคงปลอดภัย ก่อนพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ และพัฒนาเป็นยาสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการแพทย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bereksi MS, Hassaine H, Bekhechi C, Abdelouahid DE. Evaluation of antibacterial activity of some medicinal plants extracts commonly used in Algerian traditional medicine against some pathogenic bacteria. *Pharmacognosy j.* 2018;10(3):507-512.
2. Al-Mariri A, Safi M. In vitro antibacterial activity of several plant extracts and oils against some gram-negative bacteria. *Iran J Med sci.* 2014;39(1):36-43.
3. Kondo S, Temrangsee P, Sattaponpan C, Ittharat A. Antibacterial activity of Thai herbal plants and development of hand washing gel

- product. *J Med Assoc Thai.* 2017;100(6):18-22.
4. Banskota AH, Tezuka Y, Tran Q, Kadota S. Chemical constituents and biological activities of Vietnamese medicinal plants. *Curr Top Med Chem.* 2003;3(2):227-248.
 5. Nopsiri W, Chansakaow S, Putiyanan S, Natakankitkul S, Santiarworn, D. Antioxidant and anticancer activities from leaf extracts of four *Combretum* species from Northern Thailand. *CMU J. Sci. (Thailand).* 2014;13(2):195-205.
 6. Chittasupho C, Athikomkulchai S. Nanoparticles of *Combretum quadrangulare* leaf extract induce cytotoxicity, apoptosis, cell cycle arrest and anti-migration in lung cancer cells. *J Drug Deliv Sci Technol.* 2018;45:378-387.
 7. Nantachit K, Santiarworn D, Khantawa B. Antibacterial activity of the seeds of *Combretum quadrangulare* Kurz (Combretaceae). *CMU J. Sci. (Thailand).* 2006;5(3): 333-339.
 8. Macé S, Hansen LT, Rupasinghe HV. Antibacterial activity of phenolic compounds against *Streptococcus pyogenes*. *Medicines.* 2017;4(25):1-9.
 9. Miklasinska-Majdanik M, Kepa M, Wojtyczka RD, Idzik D, Wasik TJ. Phenolic compounds diminish antibiotic resistance of *Staphylococcus aureus* clinical strains. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2018;15 (2321):1-18.
 10. Chattheeranant S, Sabajjai V. Phytochemical screening and antioxidant activity of *Clerodendrum disparifolium* leaves. *KKU Sci. J.* 2013;41(3):723-730.
 11. Cockerill RF, Wikler AM, Alder J, Dudley NM, Eliopoulos MG, Ferraro JM, et al. Clinical and laboratory standards institute; methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically. Approved standard-ninth edition. Pennsylvania USA:Wayne;2012.
 12. อูชา ทองไฟโรจน์, สาวิตร์รังศ์ตั้งถิ่นฐาน, วันชัย สังข์สุข, ภูวดล โกมณเทียร, สุรพงศ์ รัตนะ. การศึกษาความหลากหลายและพฤกษเคมีของพืชหอมในพื้นที่ป่าปู้ป่าทาม กลุ่มแม่น้ำชี จังหวัดมหาสารคาม. *ว. แก่นเกษตร.* 2554;39(ฉบับพิเศษ):384-391.
 13. Nantachit K, Tuchinda P, Khantawa B, Roongjang S. Antibacterial activity of extract and an isolated steroidal alkaloid from the seeds of *Combretum quadrangulare* Kurz. *JPP.* 2016;4:261-267.
 14. สุจิตรา ยาหอม, รุ่งฤดี ทิวทอง. ฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัดหยาบใบเพกา. *ว. วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 2562;47(3):459-467.
 15. Cheng D, Zhang Y, Gao D, Zhang H. Antibacterial and anti-inflammatory activities of extract and fractions from *Pyrrhosia petiolosa* (Christ et Bar.) Ching. *J Ethnopharmacol.* 2014;155(2):1300-1305.
 16. Nopsiri W, Chansakaow S, Putiyanan S, Natakankitkul S, Nantachit K, Khantawa B, Santiarworn D. Chemical constituents and antibacterial activity of volatile oils of *Combretum latifolium* Bl. and *C. quadrangulare* Kurz leaves. *CMU J. Sci. (Thailand).* 2015;14(3):245-256.

ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of Applying the Empowerment Evaluation Model on Graduate Identity Development in Nursing Students

เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์

Jiamjit Sophonsuksathit

พยาบาลวิชาชีพ สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จังหวัดตรัง 92000
Nurse Instructor Boromarajonani College of Nursing, Trang 92000

(Received: 25 January 2021 Revised: 29 June 2022 Accepted: 6 July 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนา อัตลักษณ์บัณฑิต
ของนักศึกษาพยาบาล

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ตรัง ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาล ได้แก่ ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 55
คน และ 2) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 115 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

- 1) รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต
- 2) แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต
- 3) แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต และ
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับคะแนนคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิตทั้งภาพรวมและรายด้าน
(ด้านจิตบริการ การคิดเชิงวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ) สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจารย์ผู้สอนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต
สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อ
พัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลจากการประยุกต์ใช้รูปแบบในระดับมาก

สรุปผลการศึกษา : รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล
มีผลต่อการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลที่ชัดเจนทุกด้าน

คำสำคัญ : การประเมินแบบเสริมพลัง อัตลักษณ์บัณฑิต นักศึกษาพยาบาล

Corresponding e-mail: jiamjit@bcnt.ac.th

ABSTRACT

Objectives : This research studied the application of the developed empowerment evaluation model to develop nursing students' identity.

Methods : This research was semi - experimental design. The developed model was tried out in Boromarajonani College of Nursing, Trang by specific sampling from 30 colleges. The research informants were 55 personnel of the College classified into administrators, instructors, and mentoring nurses; and 115 third year nursing students. The research instruments were the empowerment evaluation model to develop nursing students' identity, a nursing student's identity assessment form, a questionnaire on knowledge and understanding concerning the operation to develop nursing student's identity, and a questionnaire on satisfaction with the developed model. Statistics employed for data analysis were the mean, standard deviation, t-test,

Results : This research findings that the results of application of the developed empowerment evaluation model to develop nursing students' identity, it was found that 1) the post-try out behaviors based on nursing student's identity of the nursing students were significantly higher than their pre-try out counterpart behaviors 2) the post-try out knowledge and understanding concerning the operation to develop nursing student's identity of the nursing college personnel was significantly higher than their pre-try out counterpart knowledge and understanding at the .05 level of statistical significance; and 3) the nursing college administrators, instructors, and mentoring nurses were satisfied with the developed empowerment evaluation model to develop nursing students' identity at the high level.

Conclusion : Implementation of the Empowerment Assessment Model is used to development of the graduate identity among nursing students.

Keywords: Empowerment evaluation, graduate identity, nursing student

ความสำคัญของปัญหา

กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนอย่างมากและรวดเร็ว เกิดการปฏิรูประบบต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างครบถ้วน ทั้งนี้ในระบบบริการสุขภาพของไทยพยาบาลจัดเป็นกำลังหลักที่สำคัญต่อกระบวนการดำเนินงาน พยาบาลเป็นผู้ให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง และมีความเป็นองค์กรขนาดใหญ่ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่วิทยาศาสตร์และศิลปะการเอื้ออาทร (Caring) พยาบาลจึงต้องมีคุณลักษณะที่เหมาะสมทั้งด้านบุคลิกภาพและด้านปฏิบัติการพยาบาล เช่น การไตร่ตรอง ตัดสินใจ ความรับผิดชอบ ความอดทน อดกลั้น การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ เป็นต้น ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวจึงกลายเป็นอัตลักษณ์ของพยาบาล ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของสถานศึกษาพยาบาลในการปลูกฝัง อัตลักษณ์ที่พึงประสงค์ของพยาบาลตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล⁽¹⁾

วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรพยาบาลไปปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ⁽²⁾ มุ่งเน้นผลิตบัณฑิตพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพที่เน้นชุมชน มีจิตวิญญาณการให้บริการสุขภาพในชุมชนอย่างมีอาชีพที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽³⁾ ได้กำหนดคุณลักษณะเฉพาะเรียกว่า “อัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล” เพื่อจัดการศึกษาให้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณลักษณะตามอัตลักษณ์บัณฑิต

ที่กำหนดนี้ อัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก คือการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหา และความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลักประกอบด้วย

1) จิตบริการ (S = Service mind)

2) การคิดเชิงวิเคราะห์ (A=Analytical Thinking) และ

3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P=Participation)⁽⁴⁾

คุณลักษณะทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะแสดงพฤติกรรมในลักษณะบูรณาการ ไม่แยกเป็นส่วน ๆ ดังนั้นกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลจึงมีลักษณะบูรณาการเชื่อมโยงกันภายใต้บริบทการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์ มุ่งเน้นให้เกิดสมรรถนะตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 ซึ่งได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ไว้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ รวมทั้งการจัดโครงการและกิจกรรมเสริมหลักสูตรและมีการประเมินที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างปลอดภัยตามขอบเขตของวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบและเป็นผู้ร่วมงานที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม

อย่างไรก็ตามการดำเนินการเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลที่ผ่านมา ยังเป็นการดำเนินการด้านการจัดการเรียนการสอนที่ยึดโยงอยู่กับสมรรถนะและเนื้อหาตามรายวิชา การจัดโครงการและกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ ดำเนินไปตามบริบทของสถานศึกษา ทั้งนี้อาจยังไม่สามารถกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตได้อย่างยั่งยืน จากการศึกษากระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ พบว่า อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตอยู่ในระดับดี ทั้ง 3 ด้าน โดยด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล คือขาดการวางแผนแบบเชื่อมโยงเป้าหมายและกิจกรรมไม่ชัดเจน ยากต่อการนำไปปฏิบัติ ขาดความต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานและประเมินผล และไม่สามารถบูรณาการกับการเรียนการสอนและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ⁵ เหล่านี้เป็นปัญหาของกระบวนการดำเนินงานทั้งสิ้น ดังนั้นหากสามารถพัฒนาเทคนิควิธีการ และกลไกต่างๆ ที่เหมาะสม จะช่วยให้กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสม และเป็นรูปธรรมมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล รูปแบบถูกพัฒนาจากแนวคิดการประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) ของเฟตเทอร์แมน (Fetterman)⁽⁶⁾ ที่เป็นกระบวนการให้บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา โดยใช้มนทัศน์ของการประเมิน เทคนิคการประเมิน และข้อค้นพบจากการประเมิน ไปกระตุ้นให้

เกิดการพัฒนาปรับปรุง มีวิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการดำเนินงานที่มีลักษณะเอื้อต่อการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เน้นให้ผู้เกี่ยวข้องในองค์กรเข้ามาร่วมเรียนรู้ จนในที่สุดสามารถตัดสินใจหรือกำหนดตนเองได้ ทั้งนี้จะช่วยให้กระบวนการดำเนินงานในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราง มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Semi-experimental design) โดยนำรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก⁽⁸⁾ ไปใช้กับสถานศึกษา มีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

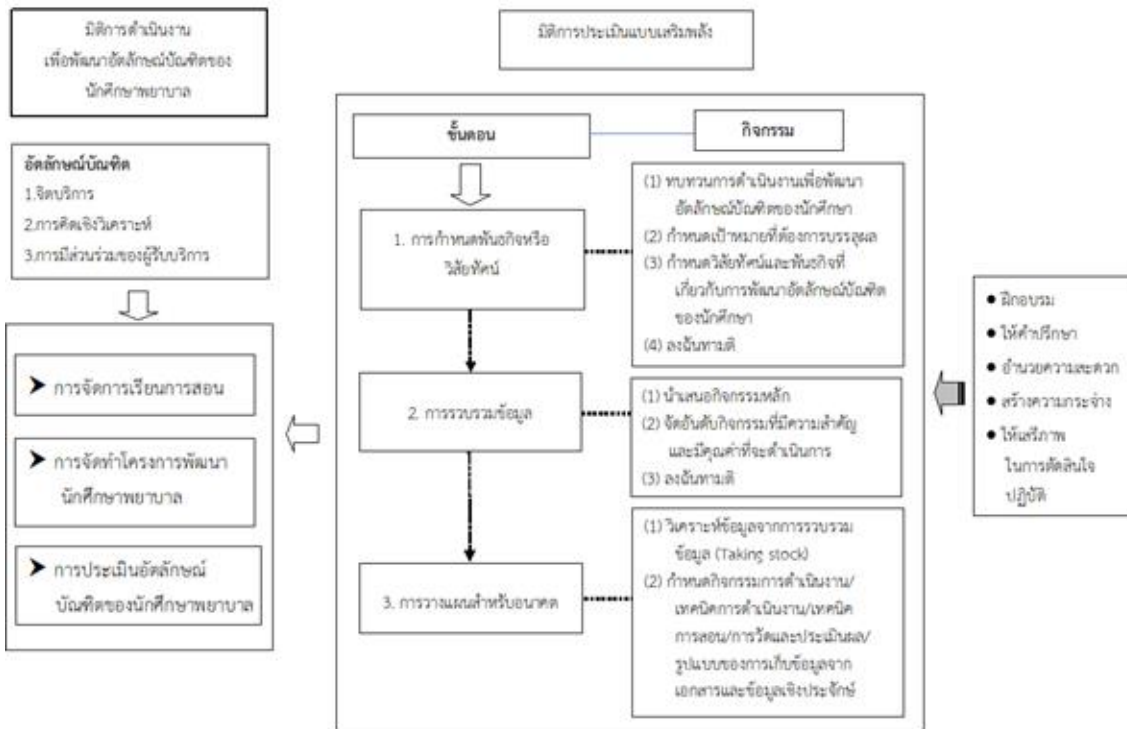
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระ

บรมราชชนก จำนวน 30 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 1 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง กำหนดเกณฑ์การพิจารณาเป็นสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ผ่านการประเมินคุณภาพภายในระดับเครือข่าย และ ผู้บริหาร บุคลากรและนักศึกษา มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย สามารถดำเนินงานตามกระบวนการจนเสร็จสิ้น ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มที่อยู่ร่วมในกระบวนการวิจัย ในปีการศึกษา 2562 ประกอบด้วย ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน จำนวน 40 คน พยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 15 คน และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 115 คน

2. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลัง เพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล เป็นรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่พัฒนาโดย เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 2 มิติ คือ มิติการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัต

ลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล และมิติการประเมินแบบเสริมพลัง โดยมิติการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการดำเนินงานประกอบด้วยการจัดการเรียนการสอน การจัดโครงการพัฒนานักศึกษาและการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล และมิติการประเมินแบบเสริมพลัง เป็นขั้นตอนการประเมินแบบเสริมพลัง มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดพันธกิจหรือวิสัยทัศน์ (Establishing Mission or Vision Statement) 2) การรวบรวมข้อมูล (Taking Stock) และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคต (Planning for the Future) โดยมียุทธวิธีในการดำเนินการ ได้แก่ 1) การฝึกอบรม 2) การให้คำปรึกษา 3) การอำนวยความสะดวก 4) การสร้างความกระจ่าง และ 5) การให้เสรีภาพในการปฏิบัติ มิติทั้งสองมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันโดยที่กระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินการตามขั้นตอนการประเมินแบบเสริมพลัง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

2.2 แบบประเมินคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (4) ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง (3) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2) และไม่ปฏิบัติ (1) มีองค์ประกอบตามประเด็นการประเมิน อัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก กับคุณลักษณะอัตลักษณ์นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข คือ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านจิตบริการ 2) ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content

Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล การจัดการศึกษาพยาบาล และการวัดและประเมินผล จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับนิยาม (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 1.00 และปรับปรุงรายการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเลือกใช้ภาษาที่เหมาะสม และการจัดข้อคำถามไปทิศทางเดียวกัน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

2.3 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัต

ลักษณะบัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน การจัดโครงการเพื่อพัฒนานักศึกษา และการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล และ ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการประเมินแบบเสริมพลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินแบบเสริมพลังและยุทธวิธีการเสริมพลัง มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน สำหรับคำตอบ ใช่ และ 0 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล การจัดการศึกษาพยาบาล และการวัดและประเมินผล จำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (IOC) เท่ากับ 1.00 และปรับปรุงรายการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเลือกใช้ภาษาที่เหมาะสม ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้บริหาร และอาจารย์ผู้สอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ตามวิธีของ คูเดอร์ - ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR- 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน การจัดทำโครงการพัฒนานักศึกษา และการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล และ ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาบุคลากรของสถานศึกษา ได้แก่ กระบวนการฝึกอบรม การอำนวยความสะดวก การสนับสนุน การสร้างความกระฉับกระชวย และการมีเสรีภาพในการ

ตัดสินใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล การจัดการศึกษาพยาบาล และการวัดและประเมินผล จำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (IOC) เท่ากับ 1.00 และปรับปรุงรายการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเลือกใช้ภาษาที่เหมาะสม ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้บริหาร และอาจารย์ผู้สอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .92

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การประยุกต์ใช้รูปแบบในสถานศึกษา

3.1.1 ประสานสถานศึกษา ได้รับการ

สนับสนุนให้จัดเป็นโครงการพัฒนาบุคลากร หลักสูตรการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตนักศึกษาพยาบาลโดยประยุกต์ใช้การประเมินแบบเสริมพลัง

3.1.2 จัดเตรียมคู่มือและกำหนดการ

ในการดำเนินงาน

3.1.3 เตรียมบุคลากร โดย 1)

ประชุมสร้างความเข้าใจกับฝ่ายบริหารและบุคลากรในสถานศึกษา โดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้รูปแบบ และ แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล และ แนะนำและอธิบายวิธีใช้คู่มือการดำเนินงาน 2) จัดฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้อง อัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก และการประยุกต์ใช้การประเมินแบบเสริมพลัง เป็นการฝึกอบรมทั้งสถานศึกษา

3.1.4 ดำเนินงานตามขั้นตอนของ

รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้เทคนิค

การประชุมและระดมสมอง มีกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และกลุ่มพยาบาลที่เลี้ยง คือ 1) การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ ทบทวนผลการดำเนินงานการพัฒนาการศึกษาตามอัตลักษณ์บัณฑิตในด้านการจัดการเรียนการสอน การจัดทำโครงการพัฒนานักศึกษา และการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต 2) การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคต เพื่อให้ได้กิจกรรมการดำเนินงานและยุทธวิธีการบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่กำหนด

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และพยาบาลที่เลี้ยงประเมินนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โดยดำเนินการทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ และเก็บคืนด้วยตนเอง

3.2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยนำแบบวัดไปให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และพยาบาลที่เลี้ยงตอบประเมินตนเอง โดยทำการวัด 2 ครั้ง คือก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ และเก็บคืนด้วยตนเอง

3.2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยนำ

แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และพยาบาลที่เลี้ยงตอบ และเก็บคืนด้วยตนเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 เปรียบเทียบผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยการทดสอบค่าที (Paired sample t-test)

4.2 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยการทดสอบค่าที (Paired sample t-test)

4.3 วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การศึกษาผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า

1) เปรียบเทียบผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับคะแนนคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิต สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งภาพรวมและรายด้าน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

คุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิต	ก่อน		หลัง		t
	M	S.D.	M	S.D.	
ด้านจิตบริการ (105 คะแนน)	90.54	8.79	98.00	6.67	20.78
ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (55 คะแนน)	45.75	4.53	50.31	3.55	19.86
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (125 คะแนน)	102.09	10.45	115.43	5.79	15.74
ภาพรวม (285 คะแนน)	238.38	21.74	263.73	15.52	19.68

* มีระดับนัยสำคัญที่ .05

4.2 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้บริหาร

อาจารย์ผู้สอน และพยาบาลพี่เลี้ยง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งภาพรวมและรายด้าน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

ความรู้ความเข้าใจ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	M	S.D.	M	S.D.	
ด้านการจัดการเรียนการสอน	10.85	0.88	12.38	1.19	8.96*
ด้านการจัดทำโครงการเพื่อพัฒนานักศึกษา	3.93	0.53	4.60	0.50	8.12*
ด้านการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล	6.33	1.42	7.53	0.60	7.30*
ด้านแนวคิดของการประเมินแบบเสริมพลัง	10.03	0.48	11.08	0.89	8.86*
ภาพรวม	31.13	1.80	35.58	1.82	16.76*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และพยาบาลพี่เลี้ยง มีความพึงพอใจต่อ

การดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ในระดับมากทุกด้าน แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล หลังทดลองใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

การดำเนินงาน	ความพึงพอใจ		ความหมาย
	M	S.D.	
ด้านการจัดการเรียนการสอน			
1 การกำหนดผลการเรียนรู้ที่ต้องการและจุดประสงค์	4.33	0.47	มาก
2 การเรียนการสอนที่เน้นอัตลักษณ์บัณฑิต	4.33	0.47	มาก
3 การกำหนดเนื้อหาในรายวิชา	4.35	0.62	มาก
4 การจัดทำ/ปรับแผนการสอนที่บูรณาการอัตลักษณ์บัณฑิต	4.18	0.55	มาก
5 การเตรียม/จัดทำสื่อการเรียนการสอน	4.18	0.68	มาก
6 การออกแบบ/กำหนดวิธี/สร้างเครื่องมือในการวัดและประเมินผลการเรียนการสอน	4.08	0.62	มาก
การวัดและประเมินผลอัตลักษณ์บัณฑิตในรายวิชา			
7 การวัดและประเมินผลอัตลักษณ์บัณฑิตในรายวิชา	4.10	0.78	มาก
8 ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนที่เกิดกับนักศึกษา	4.10	0.63	มาก
9 พฤติกรรมของนักศึกษาตามอัตลักษณ์บัณฑิต	4.03	0.70	มาก
เฉลี่ย	4.18	0.62	มาก
ด้านการจัดโครงการพัฒนานักศึกษา			
10 การกำหนดตัวชี้วัดและจุดเน้นของโครงการที่เชื่อมโยงกับอัตลักษณ์บัณฑิต	3.83	0.68	มาก
11 การกำหนดวัตถุประสงค์โครงการ/เป้าหมาย	4.35	0.62	มาก
12 การกำหนดวิธี/กิจกรรมในโครงการที่ผู้เรียนมีส่วนร่วม	4.18	0.55	มาก
13 ประสิทธิภาพของการดำเนินงานโครงการที่เกิดกับนักศึกษา	4.18	0.68	มาก
14 พฤติกรรมของนักศึกษาตามอัตลักษณ์บัณฑิต	4.08	0.62	มาก
เฉลี่ย	4.12	0.62	มาก

อภิปรายผล

ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมตามคุณลักษณะของอัตลักษณ์บัณฑิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลและการพัฒนาบุคลากรตามรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการดำเนินงานตามรูปแบบมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและยุทธวิธีการพัฒนาและเสริมพลังตามแนวคิดการประเมินแบบเสริมพลังโดยการฝึกอบรมทั้งสถานศึกษา

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร จนเกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน เกิดทักษะในการดำเนินงานจนสามารถดำเนินการเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตนักศึกษาพยาบาลได้ครบถ้วน เป็นการสร้างความกระจำงัดในภาระงานที่ปฏิบัติ การได้รับคำปรึกษาในการแก้ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ได้รับการเสริมพลัง ได้เรียนรู้หลักเกณฑ์และวิธีการจนสามารถออกแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลได้สอดคล้องกับนโยบายต้นสังกัด ช่วยให้ผู้บุคลากรมีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนจัดการศึกษาพยาบาลของสถาบัน จึงทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกที่ดี และส่งผลให้ผู้บุคลากรเห็นความสำคัญว่าการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการร่วมกัน และการอำนวยความสะดวกในระหว่างการทำงาน ได้แก่ การจัดทำเอกสารใช้ในการปฏิบัติ ประกอบด้วย คู่มือการดำเนินงาน แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต แบบรายงานการประสานงานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในสถานศึกษา ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการสนับสนุนผลักดันความสำเร็จในการดำเนินงานและช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักร่วมกัน สอดคล้องกับหลักการของการประเมินแบบเสริมพลัง⁽⁶⁾ ที่นำเสนอโดย เฟตเทอร์แมน (Fetterman) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความตระหนักในคุณค่าและตัดสินใจด้วยตนเอง รวมทั้งกระบวนการรวมพลังในการปฏิบัติงานยังช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานนั้นร่วมกันอีกด้วย แสดงว่าการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณลักษณะของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Black, P. B., Chitty, K. K. Professional Nursing : Concept & Challenge. Missouri : Mosby/Elsevier; 2011.
2. นภชา สิ่งทวิธรรม, ยุพาวดี ชันทบัลลัง. สถานการณ์การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ของสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อความต้องการของระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(3):218-25.
3. ปัทมา ทองสม, อัจฉรา จันทเพชร, ลิลลี่ ศิริพร, และ ชลธิ์ หาญเบญจพงศ์. กระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3):547-60.
4. กลุ่มพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการใช้เครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ปรับปรุงที่1). กรุงเทพมหานคร; 2556.
5. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, และวิทวัส ดิษยะศริน สัตยรักษ์. การศึกษากลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. วารสารหาดใหญ่วิชาการ 2558; 13(2):117-32.
6. Fetterman, D.M., Kaftarian,S.J., & Wandersman,A (Eds.). Empowerment Evaluation : Knowledge and Tools for Self-Assessment, Evaluation Capacity Building, and Accountability. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.
7. เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, วรณดี แสงประทีปทอง, สมคิด พรหมจ้อย, และกรกนก ถัธธนนท์. การประยุกต์ใช้ รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลัง



เพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. (ปริญญานิพนธ์
ดุขฎฐิบัณฑิต). สาขาวิชาการประเมินการศึกษา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.

8. กิตติพร เนาว์สุวรรณ. การพัฒนาตัวบ่งชี้อัต
ลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข. (ปริญญานิพนธ์ดุขฎฐิบัณฑิต).
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัย
หาดใหญ่; 2557.

ภาวะ re-displacement ในกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่รักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยม และปัจจัยที่ เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

Re-displacement and associated factors of fracture distal end radius in Phayakkaphumpisai Hospital

ทศพร อัครแสง

Tossaporn Akkrasaeng

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 44110
MD Department of Orthopedic Phayakkaphum Phisai Hospital Phayakkaphum Phisai District Mahasarakham
44110

(Received: 26 May 2022 Revised: 5 August 2022 Accepted: 12 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาภาวะ re-displacement และปัจจัยที่สัมพันธ์กับกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่รักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

วิธีการดำเนินการวิจัย : รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by retrospective data collection) โดยการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยทางระบบคอมพิวเตอร์เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ที่รักษาในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2561- 31 ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา : จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 91 ราย พบว่าอายุอยู่ระหว่าง 16-89 ปี, ส่วนสูง 140-178 เซนติเมตร, น้ำหนัก 35-97 กิโลกรัม, ข้างที่หักข้างซ้ายมากกว่าเล็กน้อย 51.6%, ส่วนใหญ่ชนิดข้างขวา 95.6%, กลไกการบาดเจ็บเป็นแบบ Low energy 82.4%, ประเภทของกระดูกหักเป็นแบบ Bending fracture 72.5%, การรักษาทั้งหมดเป็นการรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมโดยการใส่เฝือก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์หลังจากการรักษา และที่ระยะเวลา 4-5 สัปดาห์หลังจากการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบไปด้วย Unacceptable alignment, Associated ulnar fracture , Residual post-reduction displacement, Dorsal comminution, และมีอาการปวดหลังการรักษา และอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา : ในผู้ป่วยสูงอายุที่มี displacement ใน post reduction และ dorsal comminution จากภาพภาพถ่ายทางรังสี มีโอกาสเกิด re-displacement มากขึ้น ดังนั้นในกลุ่มนี้จึงควรพิจารณาติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิด re-displacement หลังการเข้าเฝือก หรือพิจารณารับการรักษาด้วยการผ่าตัด

คำสำคัญ : กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก, re-displacement associated factors, โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย Corresponding Author: *E-mail: torskyjao@gmail.com



Abstract

Objectives : To study re-displacement and associated factors in fracture distal end radius in Phayakkaphumpisai Hospital.

Methods : This is an analytic study by retrospective data collection from medical records, from patients who were diagnosed with fracture distal end radius in Phayakkaphumpisai hospital from 2019 to 2021.

Result : Ninety-one patients were enrolled in this study. Age was between 16 to 89 years olds. Height was between 140 to 178 cm. Bodyweight was between 35 to 97 kilograms. The left side fracture was 51.6%. Low energy trauma was 82.4% Type of fracture was Bending fracture 72.5%. All are conservative treatments. Associated factors of re-displacement in 4-5 weeks with statistically significant include complete displacement, associated ulnar fracture, residual post-reduction displacement, dorsal comminution and pain. The mean age of the re-displacement group is higher than in another group.

Conclusion : The older patient with re-displacement in post reduction and dorsal comminution has a higher risk for re-displacement in the later period. So the closed observation for re-displacement monitoring in conservative treatment is necessary or surgical treatment is considered.

Keyword : fracture distal end radius, re-displacement, associated factors, Phayakkaphumpisai Hospital

บทนำ

กระดูกเรเดียสส่วนปลายหักเป็นการหักที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งพบได้มากถึงประมาณ 18% กระดูกหักในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมากกว่า >640,000 รายต่อปี และใช้งบประมาณในการรักษาถึง 170 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และยังพบว่ามียอัตรการเกิดกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักเพิ่มมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) and the American Society for Surgery of the Hand ได้ร่วมมือกันพัฒนาแนวทางการรักษากระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก⁽¹⁾ ซึ่งแนวทางการรักษาก็ยังต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ บริบทและผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยอนุรักษนิยมหรือการผ่าตัด ซึ่งโดยปกติการรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยม เช่น การใส่เฝือก ก็ใช้ในกรณีที่กระดูกหักแบบไม่เคลื่อน และการผ่าตัดก็เป็นการรักษาในกรณีที่กระดูกหักมีการเคลื่อนมากและมีความไม่มั่นคง มีการใช้การศึกษาของ Asadollahi และคณะ ในปีพ.ศ. 2558⁽²⁾ เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาโรคกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักในเด็กด้วยวิธีดิงกระดูกให้เข้าที่พบว่าเกิดการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาด้วยวิธีดิงกระดูกให้เข้าที่ในผู้ป่วย 39 รายคิดเป็นร้อยละ 28.8 โดยมีปัจจัยหลักที่ทำให้การดิงกระดูกให้เข้าที่ล้มเหลวคือ กระดูกเรเดียสส่วนปลายหักร่วมกับเกิดการเคลื่อนของกระดูกตั้งแต่นั้น ซึ่งกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักร่วมกับเกิดการเคลื่อนของกระดูกมีความเสี่ยงที่จะเกิดการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาด้วยวิธีดิงกระดูกถึง 7 เท่า เทียบกับกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่ไม่เกิดเกิดการเคลื่อนของกระดูก การดิงกระดูกให้เข้าที่ตรงตามกายวิภาคช่วยลดการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาด้วยวิธีดิงกระดูก การศึกษาของ Makhni และคณะ ใน

ปีพ.ศ. 2551⁽³⁾ เรื่องอายุของผู้ป่วยกับผลของการรักษาโรคกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักด้วยวิธีอนุรักษนิยมจากการตรวจทางภาพถ่ายรังสีพบว่าอัตราการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 64 โอกาสเกิดการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาจะเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Ho และคณะ ในปีพ.ศ. 2558⁽⁴⁾ เรื่องปัจจัยพยากรณ์โรคจากการเคลื่อนของกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักภายหลังการรักษาด้วยวิธีดิงกระดูกให้เข้าที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษา ได้แก่ กระดูกหักแบบเคลื่อนออกจากกัน อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย และปัจจัยที่ทำให้เกิดกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักร่วมกับกระดูกเคลื่อนคือ ulnar variance

ปัจจุบันมีการรักษากระดูกเรเดียสส่วนปลายหักหลากหลายรูปแบบ มีงานวิจัยถึงผลการรักษาในต่างประเทศและในประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาภาวะ re-displacement ในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ของผลการรักษาภาวะดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาภาวะ re-displacement ในกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่รักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมหลังจัดกระดูกให้เข้าที่และใส่เฝือกในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ re-displacement ในกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่รักษาในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวินิจฉัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) by retrospective data collection โดยการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยทางระบบคอมพิวเตอร์

เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ที่รักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2561- 31 ธันวาคม 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

Inclusion criteria

1. ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก โดยที่ไม่มีการบาดเจ็บของกระดูกข้อมือที่รักษาในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
3. ผู้ป่วยที่สามารถมาติดตามการรักษาหลังการใส่เฝือกเป็นระยะเวลา 1 เดือน
4. ไม่มีบาดแผลเปิดบริเวณใกล้เคียงกับบริเวณกระดูกเรเดียสส่วนปลายที่หัก

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติดตามการรักษาจนครบ 1 เดือน

รายละเอียดที่เก็บ

- เพศ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, BMI, โรคประจำตัว, อายุ, ข้างที่ถนัด, ข้างที่หัก
- กลไกการบาดเจ็บ⁵: ความรุนแรงจากภายนอกที่ทำให้กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก

- Low energy คือ การบาดเจ็บที่เป็นผลมาจากการล้มความสูงระดับที่ยืนหรือต่ำกว่า
- High energy คือ การบาดเจ็บประเภทอื่น เช่น ตกจากที่สูงมากกว่าระดับที่ยืน หรือ อุบัติเหตุจากรถ
- ชนิดของการหัก(Fernandez classification)
 - Type 1 : Bending fractures of the metaphysis
 - Type 2 : Shearing fractures of the joint surface
 - Type 3 : Compression fracture of the joint surface
 - Type 4 : Avulsion fractures of ligament attachments
 - Type 5 : Combined fracture
- วิธีการรักษา; Casting
 - Closed reduction and Short arm cast
 - Without closed reduction and short arm cast
- Radial Height →Radial Height Injury film, Radial Height Post Reduction, week 1- 2, week 4-5
- Radial inclination→Radial inclination Injury film, Radial inclination Post Reduction, Radial inclination week 1- 2, week 4-5
- Volar tilt→Volar tilt Injury film, Volar tilt Post Reduction, Volar tilt week 1- 2, week 4-5

- Ulnar fracture (Distal ulnar fracture in the same side of distal end radius fracture)
 - Volar comminution (Distal end radius)
 - Dorsal comminution (Distal end radius)
 - Ulnar variance
 - Pain (at 4-5 week follow up)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) แปลงเป็นรหัสบันทึกเพื่อป้อนลงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (22.0) ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ p-value < 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, Standard Deviation, Pearson Chi-square, Odds ratio, 95% Confidence Interval

นียมคำศัพท์ Acceptable Alignment^(6,7,8)

Radiologic Measurement	Nomal	Recommended Limits
Positive ulnar variance (mm)	- 0.9	2-3
Carpal malalignment		None
Dorsal tilt (degrees)		Neutral if carpus malaligned <10 degrees if carpus aligned
Palmar tilt (degrees)	11	No limit if carpus aligned
Gap or step in joint (mm)		≤ 2
Radial Height (mm)	11-12	Shortening <3
Radial inclination (degrees)	22	Decrease < 5

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 91 ราย พบว่า อายุอยู่ระหว่าง 16-89 ปี, ส่วนสูง 140-178 เซนติเมตร, น้ำหนัก 35-97 กิโลกรัม, ข้างที่หักข้างซ้ายมากกว่าเล็กน้อย 51.6%, ส่วนใหญ่ถนัดข้างขวา 95.6%, กลไกการบาดเจ็บเป็นแบบ Low energy 82.4%, ประเภทของกระดูกหักเป็นแบบ Bending fracture 72.5%, การรักษาทั้งหมดเป็นการใส่เฝือก ส่วนรายละเอียดของกระดูกหักต่างๆ ได้แสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ displacement post-reduction อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบไปด้วย Complete displacement, และมีอาการปวดหลังจากการรักษา

ส่วนรายละเอียดปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับ Re-displacement post-reduction ได้แสดงในตารางที่ 2 และอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์หลังจากการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติประกอบไปด้วย เพศ, Complete displacement, Associated ulnar fracture, Dorsal comminution, และมีอาการปวดหลังการรักษา ส่วนรายละเอียดปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์หลังจากการรักษาได้แสดงในตารางที่ 3 และอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (47.8 ปี กับ 62.6 ปี, p value 0.000)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 4-5 สัปดาห์หลังจากการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบไปด้วย Complete displacement, Associated ulnar fracture, Dorsal comminution, และมีอาการปวดส่วนรายละเอียดปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 4-5 สัปดาห์หลังจากการรักษาได้แสดงในตารางที่ 4 และอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (43.0 ปี กับ 62.7 ปี, p value 0.000)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 91)

อายุ (ปี) (range, mean \pm S.D.)	16-89, (56.91 \pm 15.63)
ส่วนสูง (เซนติเมตร) (range, mean \pm S.D.)	140-178, (157.12 \pm 8.50)
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (range, mean \pm S.D.)	35-97, (56.82 \pm 13.02)
ข้างที่หัก (%)	ขวา 48.4%
	ซ้าย 51.6%
ข้างที่ถนัด (%)	ขวา 95.6%
	ซ้าย 4.4%

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กลไกการบาดเจ็บ (%)	High energy 17.6%
	Low energy 82.4%
ชนิดของการหัก (%)	Type 1: Bending fracture 72.5%
	Type 2: Shearing fracture 12.1%
	Type 3: Compression fracture 15.4%
ได้รับการทำ close reduction	77 ราย (84.6%)
Unacceptable alignment (%)	พบ 74.7%
	ไม่พบ 25.3%
Closed reduction (%)	พบ 60.4%
	ไม่พบ 39.6%
Associated ulnar fracture (%)	พบ 19.8%
	ไม่พบ 80.2%
Volar comminution (%)	พบ 68.1%
	ไม่พบ 31.9%
Dorsal comminution (%)	พบ 25.3%
	ไม่พบ 74.7%
พบ Displacement post-reduction (%)	พบ 61.5%
	ไม่พบ 38.5%
พบ Re-displacement หลังสัปดาห์ที่ 1-2 (%)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	พบ 71.4%
พบ Re-displacement หลังสัปดาห์ที่ 4-5 (%)	ไม่พบ 28.6%
มีอาการปวดหลังจากการรักษาสัปดาห์ที่ 4-5 (%)	มี 14.3%
	ไม่มี 85.7%
Radial inclination injury (range, mean \pm S.D.)	4-32.20 (20.45 \pm 5.32)
Radial height injury film (range, mean \pm S.D.)	-5.40-14.70 (7.31 \pm 3.64)
Volar tilt injury film (range, mean \pm S.D.)	-40.70-26.40 (-9.29 \pm 13.44)
Ulnar variance injury film (range, mean \pm S.D.)	-1.80-7.60 (2.00 \pm 1.77)
Radial inclination post-reduction (range, mean \pm S.D.)	0.00-29.60 (22.35 \pm 4.38)
Radial height post-reduction (range, mean \pm S.D.)	1.10-13.80 (9.30 \pm 2.49)
Volar tilt angle post-reduction (range, mean \pm S.D.)	-19.70-19.80 (-0.07 \pm 7.47)
Ulnar variance post-reduction (range, mean \pm S.D.)	-1.70-7.50 (1.37 \pm 1.51)
Radial inclination week 1-2 (range, mean \pm S.D.)	6.50-35.90 (21.19 \pm 4.43)
Radial height week 1-2 (range, mean \pm S.D.)	-2.90-16.20 (8.04 \pm 3.13)
Volar tilt angle week 1-2 (range, mean \pm S.D.)	-25.90-21.10 (-2.97 \pm 10.32)
Ulnar variance week 1-2 (range, mean \pm S.D.)	-2.00-6.70 (1.94 \pm 1.66)
Radial inclination week 4-5 (range, mean \pm S.D.)	1.50-29.30 (20.39 \pm 4.60)
Radial height week 4-5 (range, mean \pm S.D.)	-7.20-14.30 (6.59 \pm 3.60)
Volar tilt angle week 4-5 (range, mean \pm S.D.)	-30.70-24.60 (-5.97 \pm 12.67)
Ulnar variance week 4-5 (range, mean \pm S.D.)	0.00-9.20 (2.79 \pm 2.11)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Displacement post-reduction

ปัจจัยต่าง ๆ		Re-displacement		p-value	OR (95% CI)
		after post-reduction			
		No	Yes		
เพศ	ชาย	19	6	0.863	1.099 (0.377-3.206)
	หญิง	49	17		
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	39	9	0.130	20.92 (0.797-5.494)
	มากกว่า 60 ปี	29	14		
ข้างที่หัก	ขวา	32	12	0.671	0.815 (0.316-2.100)
	ซ้าย	36	11		
ข้างที่ถนัด	ขวา	64	23	0.234	0.736 (0.649-0.834)
	ซ้าย	4	0		
กลไกการบาดเจ็บ	High energy	13	3	0.508	1.576 (0.406-6.113)
	Low energy	55	20		
Complete displacement	ไม่พบ	23	0	0.001*	1.511 (1.275-1.791)
	พบ	45	23		
Associated ulnar fracture	ไม่พบ	27	9	0.961	1.024 (0.389-2.697)
	พบ	41	14		
Volar comminution	ไม่พบ	56	17	0.380	1.647 (0.537-5.049)
	พบ	12	6		
Dorsal comminution	ไม่พบ	25	4	0.085	2.762 (0.844-9.037)
	พบ	43	19		
มีอาการปวดหลังจากการรักษา	ไม่พบ	62	16	0.010*	4.521 (1.333-15.330)
	พบ	6	7		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ภายหลังจากการรักษา

ปัจจัยต่าง ๆ		Re-displacement		p-value	OR (95% CI)
		at 1-2 th week			
		No	Yes		
เพศ	ชาย	12	13	0.025*	1.726 (0.678-4.391)
	หญิง	23	43		
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	26	22	0.001*	4.465 (1.764-11.299)
	มากกว่า 60 ปี	9	34		
ข้างที่หัก	ขวา	14	30	0.208	0.578 (0.245-1.360)
	ซ้าย	21	26		
ข้างที่ถนัด	ขวา	33	54	0.628	0.611 (0.082-4.548)
	ซ้าย	2	2		
กลไกการบาดเจ็บ	High energy	9	7	0.107	2.423 (0.810-7.252)
	Low energy	26	49		
Complete displacement	ไม่พบ	20	3	0.000*	23.556 (6.155-90.146)
	พบ	15	53		
Associated ulnar fracture	ไม่พบ	23	13	0.000*	6.340 (2.492-16.129)
	พบ	12	43		
Volar comminution	ไม่พบ	30	43	0.298	1.814 (0.585-5.626)
	พบ	5	13		
Dorsal comminution	ไม่พบ	22	7	0.000*	11.846 (4.156-33.768)
	พบ	13	49		
มีอาการปวดหลังจากการรักษา	ไม่พบ	34	44	0.014*	9.273 (1.149-74.858)
	พบ	1	12		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Re-displacement ที่ระยะเวลา 4-5 สัปดาห์ภายหลังจากการรักษา

ปัจจัยต่าง ๆ		Re-displacement		p-value	OR (95% CI)
		at 1-2 th week			
		No	Yes		
เพศ	ชาย	9	16	0.334	0.862 (0.622-1.1095)
	หญิง	17	49		
อายุ	น้อยกว่า 60 ปี	22	26	<0.0001*	8.250 (2.547-26.721)
	มากกว่า 60 ปี	4	39		
ข้างที่หัก	ขวา	10	34	0.232	1.172 (0.903-1.520)
	ซ้าย	16	31		
ข้างที่ถนัด	ขวา	24	63	0.332	1.448 (0.539-3.892)
	ซ้าย	2	2		
กลไกการบาดเจ็บ	High energy	6	10	0.384	0.852 (0.569-1.276)
	Low energy	20	55		
Complete displacement	ไม่พบ	18	5	0.000*	27.000 (7.850-92.862)
	พบ	8	60		
Associated ulnar fracture	ไม่พบ	19	17	0.000*	7.664 (2.741-21.426)
	พบ	7	48		
Volar comminution	ไม่พบ	22	51	0.506	1.510 (0.446-5.106)
	พบ	4	14		
Dorsal comminution	ไม่พบ	18	11	0.000*	11.045 (3.844-31.736)
	พบ	8	54		
มีอาการปวดหลังจากการรักษา	ไม่พบ	26	52	0.014*	0.667 (0.570-0.780)
	พบ	0	13		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

กระดูกเรเดียสส่วนปลายหักเป็นการหักที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปัจจุบันการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี แต่การรักษาแบบอนุรักษ์นิยมในกรณีที่กระดูกเรเดียสส่วนปลายหักเคลื่อนไม่มาก แนวของกระดูกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยการใส่เฝือกยังเป็นวิธีที่ใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป ดังนั้นการระบุปัจจัยที่จะทำให้เกิด re-displacement ในผู้ป่วยก่อนการใส่เฝือกจึงมีความสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก

การศึกษาของ Hove และคณะ⁽⁹⁾ ในปี 1994 ในผู้ป่วย 645 รายที่มีกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก และได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม พบว่า volar tilting, radial length และ อายุ พยากรณ์ถึงภาวะ nonunion

การศึกษาของ Kim และคณะ⁽¹⁰⁾ ในปี 2001 พบ loss of reduction in radial angulation, volar tilting, and radial length เกิดขึ้นได้บ่อยใน 2 สัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บ เมื่อรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม

การศึกษาของ Jenkins และคณะ⁽¹¹⁾ ในปี 1989 พบ 5% ของผู้ป่วย loss of reduction ในช่วงสัปดาห์แรก และการศึกษาของ Foldhazy และคณะ⁽¹²⁾ พบ dorsal angulation เกิดขึ้นบ่อย ในช่วง 2 ถึง 4 สัปดาห์หลังการจัดกระดูกครั้งแรกในผู้ป่วยที่อายุมาก

การศึกษาของ Makhni และคณะ⁽³⁾ ในปีพ.ศ. 2008 เรื่องอายุของผู้ป่วยกับผลของการรักษาโรคกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักด้วยวิธีไม่ผ่าตัดจากการตรวจทางภาพถ่ายรังสีพบว่าอัตราการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 64 โอกาสเกิดการเคลื่อนของกระดูกภายหลังการรักษาจะเพิ่มขึ้นตาม

อายุของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่มี re-displacement มีอายุที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี re-displacement อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยนี้ ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก และได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม ที่มี displacement ใน post reduction และ dorsal comminution มีโอกาสเกิด re-displacement มากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho-Wook Jung และคณะ⁽⁴⁾ ในปี 2015 ในผู้ป่วย 132 ราย ที่มีกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก และได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม พบการเคลื่อนที่มากขึ้นในภาพถ่ายรังสีครั้งแรก บ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ที่สูงขึ้นในการเกิด secondary displacement และผู้ป่วยที่อายุมาก มีโอกาสเกิด late secondary displacement development ได้มากขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า dorsal comminutions ไม่มีผลโดยตรงต่อ secondary displacement

การศึกษาของ Lafontaine และคณะ⁽¹³⁾ ในปี 1989 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงของกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี ได้แก่ dorsal angulation $> 20^{\circ}$, Dorsal comminution, intra-articular radiocarpal fracture, associated ulnar fracture ซึ่งหากมีปัจจัยดังกล่าวตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ควรติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด เพื่อทำการจัดกระดูกอีกครั้ง หรือให้การรักษาโดยการผ่าตัดในกรณีที่มีการ Secondary displacement ได้อย่างรวดเร็ว

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ซึ่งพบว่า Associated ulnar fracture และมีอาการปวดหลังการรักษา ยังสัมพันธ์กับการเกิด re-displacement ด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ คือ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังดังนั้น อาจจะมีข้อมูลบางส่วนที่ขาดหายไป และเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยเพียงแห่งเดียว การรักษาทำการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปภายใต้การดูแลปรึกษาของแพทย์เฉพาะทางทั้งที่โรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยและโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งอาจมีความแตกต่างในเรื่องความชำนาญในการรักษา การใส่เฝือก การประเมินอาการขณะติดตามการรักษา

การถ่ายภาพรังสีซึ่งมีการบันทึกโดยระบบคอมพิวเตอร์ (PACS : Picture Archiving and Communication System) ได้เริ่มมีการนำมาใช้ที่โรงพยาบาลพศกภูมิพิสัยเมื่อ สิงหาคม 2561 อาจจะทำให้มีกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ ในอนาคตที่จะมีการศึกษาเรื่องนี้อีก ควรศึกษาแบบ prospective multicenter study

สรุปผลการศึกษา

ในผู้ป่วยสูงอายุที่มี displacement ใน post reduction และ dorsal comminution จากภาพถ่ายทางรังสี มีโอกาสเกิด re-displacement มากขึ้น ดังนั้นในกลุ่มนี้จึงควรพิจารณาติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิด re-displacement หลังการเข้าเฝือก หรือพิจารณารับการผ่าตัดเร็วขึ้นเมื่อมีข้อบ่งชี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lauren M. Shapiro, Robin N. Kamal. Distal Radius Fracture Clinical Practice Guidelines-Updates and Clinical Implications. J Hand Surg Am. 2021;46(9):807-811.

2. Saeed Asadollahi, Keat S. Ooi, Raphael C. Hau. Distal Radial Fractures in Children: Risk Factors for Redisplacement Following Closed Reduction. J Pediatr Orthop 2015;35:224-228
3. Makhni EC, Ewald TJ, Kelly S, Day CS. Effect of patient age on the radiographic outcomes of distal radius fractures subject to nonoperative treatment. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1301-8.
4. Ho-Wook Jung, Han pyo Hong, Hong Jun Jung, Jin Sam Kim, Ho Youn Park, Kun Hyung Bae, et al. Redisplacement of Distal Radius Fracture after Initial Closed Reduction: Analysis of Prognostic Factors. Clin Orthop Surg. 2015;7(3):377.
5. Diamantopoulos AP, Rohde G, Johnsrud I, Skoie IM, Hochberg M, Haugeberg G. The epidemiology of low- and high-energy distal radius fracture in middle-aged and elderly men and women in Southern Norway. PLoS One. 2012;7(8):e43367. doi:10.1371/journal.pone.0043367
6. M.D. Court-Brown, Charles M. (Editor), M.D. Heckman, James D. (Editor), M.D. McQueen, Margaret M. (Editor), M.D. Ricci, William M. (Editor), M.D. Tometta, Paul, III Rockwood and Green's Fractures in Adults (2 Volume Set) 8th Edition by (Editor)
7. SCOTT W. WOLFE, MD, WILLIAM C. PEDERSON, MD, SCOTT H. KOZIN, MD, MARK S. COHEN, MD :Green's Operative Hand Surgery - 8th Edition - Elsevier



8. L. Scott Levin, MD, FACS Joshua C. Rozell, MD Nicholas Pulos, MD J Am Acad Orthop Surg 2017;25: 179-187
9. Hove LM, Solheim E, Skjeie R, Sorensen FK. Prediction of secondary displacement in Colles' fracture. J Hand Surg Br. 1994;19(6):731-6.
10. Kim JO, Yun YH, Kim DW, Koh YD, Yoo JD, Chang J. Evaluation of radiological results after closed reduction in colles' fracture. J Korean Fract Soc. 2001;14(1):113-20
11. Jenkins NH. The unstable Colles' fracture. J Hand Surg Br. 1989;14(2):149-54.
12. Földhazy Z, Tömkvist H, Elmstedt E, Andersson G, Hagsten B, Ahrengart L. Long-term outcome of nonsurgically treated distal radius fractures. J Hand Surg Am. 2007 Nov;32(9):1374-84.
13. Lafontaine M, Hardy D, Delince P. Stability assessment of distal radius fractures. Injury. 1989 ;20(4):208-10.

**รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม**
**The Community Based Treatment and Care Model For Drug Rehabilitation
: A Case Study in a village , Mueang District, Mahasarakham Province**

นิตยา ฤทธิศรี^{1*}, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร², ศุภลักษณ์ จันทาญญ³
Nittaya Ritsri¹ , Sukunya wattanapraphaijit² , Supaluk Junharn³

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

^{2*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

^{3*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

^{1*}Professional Nurse, Community Nursing Work Group, Mahasarakham Hospital 44000

^{2*}Professional Nurses, Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Maha Sarakham
Province 44000

^{3*}Professional Public Health Scholars, Social Medicine Group, Mahasarakham Hospital 44000

(Received: 22 February 2022 Revised: 2 August 2022 Accepted: 9 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ระยะเวลาวิจัย 1 มิถุนายน 2561–31 ธันวาคม 2563 ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัยได้แก่ ผู้ติดยาเสพติด 21 คน แกนนำชุมชน 15 คน ตัวแทนแกนนำครอบครัว 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใน อบต. 1 คน ใน รพ.สต 2 คน ครูและพัฒนาชุมชน 2 คน ดำรงอยู่ในพื้นที่ 2 คน รวม 78 คน

ผลการศึกษา : พบว่า ปี 2561 มีผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 23.07 ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตสร้างความเดือดร้อนไม่ได้รับการดูแล 2 ราย ยาเสพติดถูกนำเข้ามาโดยกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ปี 2562 นำปัญหามาวิเคราะห์และหาแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง พบผู้ติดยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตได้รับการดูแล 1 ราย จาก 2 ราย ปี 2563 นำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน และมาตรการของชุมชน บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 21 ราย พบว่า ผู้ติดยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการบำบัด 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.47 (ต้องโทษจำคุก 2 ราย) ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตทุก



รายได้รับการรักษา ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ผ่านการบำบัดทุกคนไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลการศึกษา : การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่นๆ ได้รูปแบบของการบำบัดรักษาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง, ผู้ใช้ยาเสพติด

Corresponding Author: *E-mail: nittaya011@hotmail.com

Abstract

Objective : to study the problem in context of drug treatment in the community, develop a community based treatment and care model, and to study the effectiveness of the model for drug rehabilitation.

Method : this study was participatory action research (PAR), using the concepts of Kemmis and McTaggart (1988), which were collected data in June 1, 2018 to December 31, 2020 in a village, NongWaeng Subdistrict, Mueang, Mahasarakham Province. Sample group included 21 drug users, 15 community leaders, 24 family leaders, 11 public health volunteers, 3 people in charge of drug rehabilitation, 2 teachers and 2 local polices, totaling 78 persons.

Results : It was found that in 2018, 23.07% of drug users received treatment, two of those who were addicted to psychological problems were left unattended. The drugs were brought by the labor force. In 2019, these problems were analyzed and found ways to prevent and solve drug problems through a strong community process, it was found 37.50% of drug users, a person with mental illness was cared for, accounting for 50%. In 2020, the problems were developed according to the community based treatment and care (CBTx), using the 9-step strong community process with the 4-step community treatment process and the community measures in order to rehabilitate 21 drug users. The results were found that 19 drug users revealed themselves for receiving the therapy, accounting for 90.47% (2 persons were imprisoned), a drug addict with psychotic symptoms who was treated, accounted for 100%. All of them passed the criteria for quality indicators of the Ministry of Public Health. Furthermore, 100% of those who undergo treatment do not repeat drug use and have a good quality of life.

Conclusion : The community based treatment and care for drug rehabilitation which communities must be prepared to participate in every process by integrating a strong community with the rehabilitation treatment that can be monitored. This is a treatment method that less interferes with normal daily life than other treatments, it also can be a form of treatment that the community needs and suitable for the context of the area.

Keywords : Community based treatment and care, Drug rehabilitation

ความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15 – 64 ปี หรือในประชากรทุก 20 คน จะมีผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ประมาณ 1 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่สภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษาจำนวนประมาณ 29.5 ล้านคน คิดเป็นเกือบบรร้อยละ 12 ของผู้ใช้ยาเสพติด และคิดเป็นร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก มีเพียง 1 ใน 6 คน ที่เข้าถึงการบำบัดรักษาจากการติดยาเสพติด⁽¹⁾

ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดในปี 2559 ประมาณ 1.4 ล้านคน และในจำนวนนี้อันุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่ามีภาวะแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ 12 - 44 ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อประเทศทั้งในด้านสาธารณสุข ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลสถานการณ์พื้นที่แพร่ระบาดของยาเสพติดจากหมู่บ้าน/ชุมชน ในปี 2560 จากหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศจำนวน 81,936 แห่ง พบว่ามีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหา ยาเสพติดจำนวน 24,314 แห่งคิดเป็นร้อยละ 30⁽²⁾ เนื่องจากเดิมการบำบัดมีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปีละ

ประมาณ 200,000 รายในระบบ สมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ ปัญหาคือ ระบบสมัครใจไม่ใช้การสมัครใจที่แท้จริง เป็นการบังคับกึ่งสมัครใจ ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามในชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การแก้ไขปัญหา ยาเสพติด รัฐบาลได้มีแนวทางการดำเนินงานโดย ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 แนวทางการนำผู้เสพติดเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู มีการแต่งตั้ง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) ทุกจังหวัด โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนโดยการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมด้วย โดยถือว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ซึ่งปี 2559-2561 โรงพยาบาลมหาสารคามมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ จำนวน 231 ราย 224 รายและ 277 ราย แต่พบว่าในปี 2560-2561 ยังมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแล้วถึงร้อยละ 22.07 และร้อยละ 11.03 ตามลำดับ⁽³⁾ พบปัญหาในการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย ดังนั้นเพื่อดำเนินการตามนโยบายที่เน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นผู้เสพรายใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม ชุมชน และมีการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอน ระยะเวลา และค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ และมีการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด จำเป็นต้องบูรณาการและบริหารจัดการระบบการ

บำบัดรักษาทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ให้ประสานสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างจริงจัง และดำเนินการให้ครบวงจรไปถึงขั้นการติดตาม ช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาหลังการบำบัดจนทำให้ ผู้เสพยาเสพติดกลับมาเป็นกำลังของครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ⁽⁴⁾ ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อการขาดงานและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ⁽⁵⁾ ทั้งนี้การดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้ การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Base Treatment and Care) ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่สีแดง ชุมชนตระหนักรู้ มีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดในชุมชนตลอดกระบวนการ ซึ่งการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นบริการที่จะบูรณาการ การรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน เป็นบริการแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆและกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกัน เป็นวิธีการบำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ และช่วยให้

ลดมลทินของผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีความคาดหวัง ถึงผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อให้ได้รูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วย ยาเสพติดโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา/บริบทของการบำบัดยาเสพติดในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

เนื้อหา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ครั้งนี้ มีที่มาจากการบูรณาการแนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Approach) เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ ชุมชน ครอบครัว และสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการดูแล บำบัดติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเสพยาเสพติดและบริบทของชุมชน นำเข้าสู่การพัฒนาในรูปแบบผ่านกระบวนการประกอบด้วย 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผลลัพท์ปฏิบัติงาน (Reflex) จำนวน 3 วงรอบ โดยนำเอา

ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละวงรอบมาวิเคราะห์และทบทวน เพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมกับพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานผ่านเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหา/บริบทของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน

หมู่บ้านที่ศึกษามีข้อมูลการระบาดของยาเสพติด โดยมีรายชื่อผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด มาจากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองเมืองมหาสารคามจำนวน 26 รายชื่อ คิดเป็นร้อยละ 5.99 ของประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน มีผู้ค้ายาเสพติด 1 ราย แต่มีจุดแข็งคือเป็นชุมชนที่มีการวางระบบ การปกครองชัดเจน แบ่งอาณาเขตคุ้ม 5 คุ้มแต่ละคุ้มมีคณะกรรมการดูแลจำนวน 10-15 คน คณะกรรมการมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบดูแลความเป็นอยู่ของทุกครัวเรือน และมีการสรุปรายงานผลปัญหาสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และอื่นๆ แก่กรรมการหมู่บ้านเป็นประจำทุกเดือน ในการแก้ไขปัญหายาทุกปัญหาชุมชนจะมีการจัดทำประชาคมเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้ความสำคัญในที่ประชุมและรับรอง เป็นวาระของชุมชนตามเสียงข้างมาก ซึ่งการแก้ไขปัญหายาเสพติดของหมู่บ้านเป็นมติที่เห็นพร้อมต้องกันในการที่จะต้องรับดำเนินการ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมาเช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น นอกจากนั้นยังเป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ อาทิหมู่บ้าน

พอเพียง ชุมชนน่าอยู่ หมู่บ้านปลอดภัย และมีกิจกรรมส่งเสริมความรักและเอื้ออาทร เช่น กิจกรรมถนนสายบุญ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมลงแขกเกี่ยวข้าว เป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ปี 2561 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวินิจฉัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)⁶ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P1 : Plan) จัดประชุมทีมวิจัย และผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ศึกษาศานการณ์ปัญหา วางแผนกิจกรรมหาความต้องการร่วมกับชุมชน

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A1 : Action) ประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ศึกษาศานการณ์การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน สนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O1 : Observe) ลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด ในชุมชน ทำการสังเกตการดำเนินงาน จัดบันทึกอย่างรอบคอบรอบด้าน ประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R1 : Reflex) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์สะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์และปัญหา จำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในหมู่บ้าน ตามบัญชีรายชื่อผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด จากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคาม (คป.ปส.อ) จำนวน 26

รายชื่อ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน หรือ พชม.หมู่บ้าน ให้ความสำคัญกับปัญหาเสพติด มีกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหา โดยรพ.สต. แกนนำหมู่บ้าน และสำรวจในพื้นที่ได้ทำการสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษา มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ชุมชนและทำประชาคมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาความต้องการในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน กรรมการหมู่บ้านได้ตั้งกติกาเรื่องการห้ามนำยาเสพติดเข้ามาในหมู่บ้าน ห้ามดื่มสุราในสถานที่สาธารณะเช่นวัด โรงเรียน ศาลากลางบ้าน ส่วนสถานการณ์ปัญหาในหมู่บ้าน มีกลุ่มผู้ใช้แรงงานและวัยรุ่นต่างหมู่บ้านนำยาเสพติดเข้ามาในหมู่บ้าน มีกลุ่มแว่นซักรถจักรยานยนต์เสียงดังตั้งวงดื่มสุราที่กระท่อมน้อยท้ายหมู่บ้าน โดยไม่เกรงกติกากองหมู่บ้านและไม่เข้าร่วมเวทีประชาคมหมู่บ้าน

ปี 2561 มีการสุ่มตรวจปีสภาวะกลุ่มเสี่ยงพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดจำนวน 26 ราย ทั้งหมดยอมรับว่า ใช้น้อยแต่สมัครใจรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามเพียง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.07 อีก 20 รายจะขอใช้วิธีการเลิกด้วยตนเอง ผลลัพธ์ของการบำบัด พบว่า อัตราการหยุดเสพ 3 เดือน หลังการบำบัด และร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ได้เพียงร้อยละ 16.16 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ติดยาที่มีอาการทางจิต สร้างความเดือดร้อนไม่ได้รับการดูแล 2 ราย (ญาติปฏิเสธการช่วยเหลือจากชุมชน)

ผู้วิจัยสรุปรวบรวมและสะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ปี 2562 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P2 : Plan) จัดประชุมทีมวิจัยรวบรวมประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้มาวางแผนกิจกรรมร่วมกับชุมชน

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A2 : Action) ประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และค้นหาความต้องการแก้ไขปัญหาในชุมชน ด้วยรูปแบบที่ชุมชนต้องการ โดยจัดกระบวนการชุมชนเข้มแข็งจำนวน 3 วัน โดยเจ้าหน้าที่สำรวจ ชุมทีมวิจัยและพยาบาลใน รพ.สต. ร่วมดำเนินกิจกรรม เพื่อคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงและสร้างแรงจูงใจให้เข้าบำบัด ทำประชาคมเพื่อให้โอกาสผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดในการกลับมา เป็นคนดีของชุมชนเกี่ยวกับยาเสพติด

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O2 : Observe) ผู้วิจัยและทีมลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมชุมชนเข้มแข็งและการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ทำการสังเกตการดำเนินงาน จดบันทึกอย่างรอบคอบรอบด้าน ประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R2 : Reflex) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานเพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์และปัญหา จากการใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติด 24 ราย ยอมรับปัญหาแต่สมัครใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ใช้ยาเสพติด 15 ราย จะขอเลิกด้วยตนเอง ผลลัพธ์การบำบัดพบว่า อัตราการหยุดเสพ 3 เดือน หลังการบำบัด และร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ได้เพียงร้อยละ 22.22 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตและยังสร้างความเดือดร้อน

ให้กับชุมชนซึ่งญาติยอมรับ เปิดใจให้โอกาสชุมชนเข้าช่วยเหลือและได้รับการดูแล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50

ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาด ยังมีกลุ่มผู้ใช้แรงงานและวัยรุ่นต่างหมู่บ้านนายาเสพติดเข้ามาในหมู่บ้าน มีกลุ่มแว่นซ์บริดจ์กรยานยนต์ลดลง และมีสถานที่มั่วสุมเสพยาบริเวณกระท่อมน้อยท้ายหมู่บ้าน เป็นประจำ มีผู้ค้ายาที่ไม่เกรงกลัวกฎหมาย 1 ราย สะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ปี 2563 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P3 : Plan) จัดประชุมที่มีวิจัยรวบรวมประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้มาวางแผนกิจกรรม

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A3 : Action) ศึกษาข้อมูลการบำบัดฟื้นฟูในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต. จัดประชาคมค้นหาปัญหาความต้องการการดำเนินงาน ทำการสนทนากลุ่มย่อยในกลุ่มแกนนำ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนารูปแบบตามแนวคิดที่ได้ และปรับปรุงด้านอื่นๆตามข้อเสนอแนะของชุมชน และชุมชนสามารถร่วมปฏิบัติได้ สรุปเป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O3 : Observe) ลงพื้นที่ร่วมปฏิบัติการตามแผนกิจกรรม และสังเกตการดำเนินงาน จดบันทึกอย่างรอบคอบรอบด้าน จัดประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R3 : Reflex) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการ

ดำเนินงาน ประชุมสรุปและสะท้อนผลการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน ตำบลและอำเภอตามลำดับ

ผลลัพธ์ ปี 2563 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การค้นหาสาเหตุความต้องการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ร่วมกับการทำประชาคมครั้งที่ 1 มีการพบปะผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำทางธรรมชาติเพื่อสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

- ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญและชุมชนต้องการแก้ไขมากที่สุด สาเหตุของปัญหามาจากครอบครัวแตกแยก เด็กอยู่กับตายาย มีแหล่งมั่วสุมในหมู่บ้าน กลุ่มผู้ใช้แรงงานต้องการเพิ่ม ความขยัน

- มีการประกาศวาระหมู่บ้าน/ชุมชนคัดเลือก คณะกรรมการหมู่บ้านจากผู้นำและผู้นำธรรมชาติ

- จัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ทุกครัวเรือนเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ใช้ประชาชนเป็นหลัก มีการรณรงค์ผ่านสื่อหอกระจายข่าว การประชุมคุ้ม การพูดคุยทำความเข้าใจกับครอบครัวโดยอ้อม.

- จัดอบรมโรงเรียนผู้นำแก่แกนนำหมู่บ้านในหมู่บ้านและแกนนำทุกหมู่บ้านในตำบล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างเครือข่ายพื้นที่รอยต่อในตำบล

- จัดอบรมทักษะการคัดกรองด้วยแบบประเมินV2 การตรวจปัสสาวะ การให้คำแนะนำแบบสั้นและการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (BA/BI) แก่ อสม.ยาเสพติดทุกคนในหมู่บ้าน

2. การคัดกรองผู้เข้าบำบัดแบบสมัครใจ

คัดแยกผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการ
พิณฆาตรายชื่อจากผู้ร่วมประชาคม มีการนำแนวคิด
ถึงปัญหามาใช้คัดแยกกลุ่มต่างๆในหมู่บ้านออกเป็น 3
กลุ่มและให้การดูแลตามการคัดแยก ดังนี้

2.1 กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่ไม่ยุ่ง
เกี่ยวกับยาเสพติด จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน สร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันทางใจและขยายเครือข่ายให้ห่างไกลยา
เสพติด

2.2 กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ
การใช้ยาเสพติดอายุ 10-60 ปี คัดกรอง ด้วยแบบ
ประเมิน V2 และตรวจปัสสาวะร้อยละ 100 นำรายชื่อ
ลงในถึงปัญหาแล้วแยกผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดออกเป็น
3 กลุ่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ตาม
ศักยภาพและความต้องการของชุมชนดังนี้

- กลุ่มใช้ คะแนน V2 =2-3 คะแนน
ให้การช่วยเหลือภายในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
อสม.และแกนนำ ช่วยให้การแนะนำให้กำลังใจในการ
หยุดใช้ยา นัดตรวจปัสสาวะ ณ ที่ทำการหมู่บ้าน

- กลุ่มเสพ คะแนน V2 =4-26
แบ่งเป็นกลุ่มเสพยา คะแนน V2 =4-15 ให้การ
ช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำ BI 1-2 ครั้งแล้ว
ติดตามช่วยเหลือโดยชุมชน ส่วนกลุ่มเสพยาสูง คะแนน
V2 =16-26 ส่งเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือนัด
ทำCBT/Mo Matrix/Csg ที่ รพ.สต. หรือส่งโรงพยาบาล
ตามต้องการ

- กลุ่มติด คะแนน V2 =27 ขึ้นไป
ส่งเข้าบำบัดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.3 กลุ่มออกจากถัง หมายถึงกลุ่มที่ผ่าน
การบำบัดรักษาจากทุกรูปแบบ และนำเข้าสู่
กระบวนการติดตามโดยชุมชน ยกย่องให้เป็น
“ต้นแบบ” โดยจะได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความ

ต้องการ ชุมชนให้โอกาสเข้าร่วมกิจกรรม เน้นการสร้าง
คุณค่าและป้องกันการเสพยา

3. การบำบัดฟื้นฟู ได้จากความต้องการมีส่วน
ร่วมของชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ ที่ต้องการควบคุมการ
ใช้ยาด้วยตนเอง กิจกรรมการบำบัดประกอบด้วย การ
ให้คำแนะนำแบบสั้นและการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น
(BA/BI) ในชุมชนร่วมกับกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรม
พัฒนาจิตอาสาการบายศรีสู่ขวัญ การเสริมพลังจิตอาสา
ด้วยการยกย่องให้เป็นคนดีของชุมชน

4. การติดตามหลังการบำบัด ผู้วิจัยและทีม
ชุมชน ร่วมติดตามดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพและสังคม
ด้วยการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมพัฒนา
สภาพแวดล้อมของชุมชน การฝึกอาชีพ เสริมรายได้
ตามโครงการวิถีคนกล้าโคกหนองนาโมเดล การตรวจ
ปัสสาวะทุก 1เดือนการมอบทุนอาชีพ จากงบประมาณ
กองทุนหมู่บ้าน นอกจากนั้น ทุกครอบครัวได้ร่วมทำ
MOU เพื่อให้ความร่วมมือในการตรวจปัสสาวะสำหรับ
สมาชิก10-60 ปี และรับรองว่าจะร่วมดำเนินงานบำบัด
ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และคงความ
เข้มแข็ง ของชุมชนร่วมกัน

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบ บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยา
เสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มียุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด
21 ราย ผู้ใช้ยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการบำบัด
19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.47 (กลุ่มผู้ใช้ยาผันตัวเป็น
ผู้ค้าต้องโทษจำคุก 2 ราย) ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิต 1
รายยอมรับการช่วยเหลือและได้รับการรักษาใน
โรงพยาบาล อัตราการหยุดเสพยา 3 เดือน หลังการบำบัด
และร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์
ที่กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี การดำเนินงาน
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข
นอกจากนั้นผู้ผ่านการบำบัดด้วยรูปแบบดังกล่าวยัง
ได้รับการยอมรับดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น
มีโอกาสรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยโครงการวิถีคน

กล้าโคกหนองนาโมเดล และโครงการอื่นๆ ในการสร้าง ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี อาชีพเสริมรายได้ หลังการติดตาม 1 ปี ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 สรุปรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน	การบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน	การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน
ขั้นตอนที่ 1 สืบสภาพชุมชน ศึกษา บริบทพื้นที่	1. การค้นหาบุคคลค้นหาครอบครัว ที่มีปัญหาเสพติดโดยสันติวิธี	1. แกนนำมีการจัดประชุมกรรมการ หมู่บ้าน นำวาระปัญหาชุมชนระดม ความเห็นเพื่อร่วมดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ 2 พบประเภณนำ/ผู้นำ ธรรมชาติ	ร่วมกับการใช้รูปแบบชุมชนเข้มแข็ง กิจกรรมบิณฑบาต รายชื่อส่ง	2. จัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์ด้วยรูปแบบ ต่างๆเพื่อสร้างการรับรู้เข้าใจ และให้ความ ร่วมมือในการดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีประชาคม ครั้งที่ 1 เพื่อประกาศวาระหมู่บ้าน/ชุมชน	คณะกรรมการหมู่บ้านเพื่อยืนยัน รายชื่อ	
ขั้นตอนที่ 4 รณรงค์ประชาสัมพันธ์		
ขั้นตอนที่ 5 คัดแยกผู้ที่มีพฤติกรรม เกี่ยวกับยาเสพติด (เวทีประชาคม ครั้งที่ 2)	2. การคัดกรอง 2.1 มีการนำแนวคิด ” ถังปัญหา ” มาใช้คัดแยกประชาชนในหมู่บ้าน	จัดทำแนวทางการป้องกันยาเสพติดใน ชุมชน -จัดอบรมชุด ชรบ.เพื่อเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด
ขั้นตอนที่ 6 แนวทางการป้องกันยา เสพติด	เป็น 3 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด) 2.2 การใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ มีปัญหาเสพติด แยกเป็นกลุ่มใช้ กลุ่มเสพและกลุ่มติด ให้การดูแล ตามกลุ่ม	-จัดเวรยามสอดส่อง ความเรียบร้อย ด้าน ตรวจคนเข้าออกในหมู่บ้าน -ปรับปรุงจัดสิ่งแวดล้อมแหล่งมั่วสุ่มให้โล่ง และปลอดภัย โดยเฉพาะกระท่อมน้อยที่ รกร้างท้ายหมู่บ้าน
ขั้นตอนที่ 7 การรับรองครัวเรือน (เวทีประชาคมครั้งที่ 3)	3.การบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดด้วย รูปแบบที่เหมาะสมและชุมชน	1.จัดทำแนวทางการป้องกันยาเสพติด ระหว่างชุมชนกับโรงเรียนสร้างภูมิคุ้มกัน ด้วยโครงการ TO BE NUMBER ONE โครงการโรงเรียนสีขาว
ขั้นตอนที่ 8 การใช้มาตรการทาง สังคม (MOU)	ต้องการได้แก่การทำ BA/BI การ อบรมความรู้และให้คำปรึกษา รายบุคคล/ครอบครัว การใช้ กิจกรรมทางศาสนาสร้างสิ่งยึด เหนี่ยวจิตใจและการติดตามตรวจ ปัสสาวะโดยชุมชน	2. แนวทางการป้องกันยาเสพติดระหว่าง ชุมชนกับสถานประกอบการให้เฝ้าระวัง ปัญหาเสพติดในโรงงาน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน	การบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน	การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
ขั้นตอนที่ 9 การรักษาสภาพชุมชนเข้มแข็ง	4.การติดตามหลังการบำบัด ด้วยการเยี่ยมบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน	1.ดำเนินงานจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน 2.พัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างอาชีพ เสริมรายได้ การเฝ้าระวังโดยครอบครัวและกรรมการคุ้ม การให้ทุนอาชีพ การส่งเสริมตรวจปัสสาวะเป็นระยะ และคงความต่อเนื่อง

จากตารางที่ 1 จากผลการศึกษาสามารถสรุปรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน และการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน ร่วมกับการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561-2563

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ผลงาน					
		ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในชุมชน	100	6	23.07	9	37.51	19	90.47
อัตราการหยุดเสพ 3 เดือน	40	1	16.66	2	22.22	19	100
หลังการบำบัด (3 month remission rate)							
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1Year)	50	1	16.66	2	22.22	19	100
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	60	0	0	1	50	1	100

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561-2563 โดยการนำเอารูปแบบที่พัฒนาได้ในแต่ละปีมาใช้ ส่งผลให้ในปี 2563 พบว่า อัตราผู้สูงอายุเสพติดเข้ารับการรักษาในชุมชน มากถึงร้อยละ 90.47 โดยผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดมีอัตราการหยุดเสพ 3 เดือนหลังการบำบัด ผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงทั้งหมดได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ในระยะที่ 2 ดำเนินการอย่างน้อย 2 วงรอบระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ช่วงเวลาวิจัย 1 มิถุนายน 2561-31 ธันวาคม 2563 ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่สีแดง กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติด 21 คน แกนนำชุมชน 15 คน ตัวแทนแกนนำครอบครัว 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใน อบต. 1 คน ในรพ.สต 2 คน ครูและพัฒนาชุมชน 2 คน ตำรวจในพื้นที่ 2 คน รวม 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1)แบบบันทึกการบำบัดรักษา ยาเสพติดหรืออบสต. (แบบคัดกรอง/ แบบบำบัดรักษา /แบบติดตามหลังการบำบัดรักษา) (2)แบบ

คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดหรือ บกล.ส.V2 (3) แนวทางการประชาคม และ (4) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) เครื่องมือที่เป็นกระบวนการวิจัย ได้แก่ การจัดทำประชาคม การประชุมกลุ่มย่อย กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน และ กระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน

อภิปรายผล

จากการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ตั้งแต่ ปี 2561 ที่ใช้เพียงการสุ่มตรวจปัสสาวะและส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้บทบาททางกฎหมายเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน ส่งผลต่อการหยุดเสพของผู้ป่วยที่ยังมีอัตราที่น้อยกว่าเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำเอาปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาการดำเนินงานต่อในปี 2562 โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ที่ได้ดึงเอาการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ผลลัพธ์ยังพบว่ายังขาดความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนโยนให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้แก้ไขปัญหา ส่งผลให้อัตราการหยุดเสพของผู้ป่วยยังน้อยกว่าเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2563 จึงได้นำเอาปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาต่อ โดยใช้แนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นวิธีที่คุ้มค่า โดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และ ประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด⁽⁴⁾ สอดคล้องกับนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาล เน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเพื่อไม่ให้เป็นผู้เสพรายใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่วัยแรกเพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม ชุมชน และมีการพัฒนาระบบบริการที่มี

ประสิทธิภาพ นอกจากนั้น นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558)⁽⁷⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า โดยศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติด และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่เข้ารับการรักษาบำบัดด้วย มีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น ในส่วนของญาติผู้ป่วยเสพติดมีการทำหน้าที่ครอบครัวและมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น นรินยา แหะหมัดและคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา พบว่า กิจกรรมครอบครัวเป็นผู้มีความใกล้ชิด รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการบำบัดรักษา ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ดี เพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาจึงทำให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การแสดงความรักเอาใจใส่ดูแล อันแสดงถึงการยกย่องยอมรับของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้ มีความเข้าใจผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ได้รับรู้ถึงความรัก ห่วงใย ความรัก ความเข้าใจที่ครอบครัวมีให้กับตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ ทั้งนี้การดูแลผู้เข้ายาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอังกร ภัทรกร (2558) ได้ศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันธัญญารักษ์และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด พบว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมี

สถานะก่อนเข้าบำบัดคือเป็นผู้ที่มีงานทำคิดเป็นร้อยละ 51.18 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมามีปัญหาต้อง ขาดงานเฉลี่ยเป็นเวลา 17 วัน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังเป็นผู้ที่มีงานทำและทำงานในหน่วยงานเอกชน สามารถลา งานเพื่อมาบำบัดรักษาโดยเฉลี่ยได้ ประมาณ 6 วัน ถ้า ลางานมากกว่า 1 สัปดาห์ อาจมีผลกระทบต่อการทำงานได้

โดยสรุปแล้วการบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมทุกขั้นตอน เป็นบริการที่บูรณาการการสร้างชุมชนเข้มแข็งร่วมกับการบำบัดในชุมชนอย่างกลมกลืน ส่งผลให้ผู้เข้ายาเสพติดเข้าสู่บริการพยาบาลและบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถควบคุมตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations on Drugs and Crime. World Drug Report. เอกสารเผยแพร่เรื่องการบำบัดรักษา โดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้เข้ายาเสพติดและติดยาเสพติด; 2017.
2. มานพ คณะโต. การสำรวจข้อมูลผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
3. กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด. มหาสารคาม : เอกสารอัดสำเนา; 2559.
4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บ.บอร์น ทู ปี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.

5. อังกูร ภัทรากร ฉัญญา สิงห์โต สำเนา นิลบรรพ. การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันัญญารักษ์ และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด: วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(2): 305-316.
6. Kemmis, S., McTaggart, R .The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong. Australia: Deakin University; 1988.
7. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558.
8. นุรีนยา แหละหมัดและคณะ. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sctn.in.th/paper/24>

ความชุกและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก

Prevalence and Mortality of Pediatric Severe Sepsis and Septic Shock

ประภาพรณ วีระศิริ

Prapapan Weerasiri

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

Medical physician, Department of Pediatrics, Mahasarakham hospital, Mahasarakham, 44000

(Received: 8 June 2022 Revised: 5 July 2022 Accepted: 12 July 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุก อัตราการเสียชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก

รูปแบบและวิธีวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก และเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา : จากผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กทั้งหมด 592 ราย พบผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกจำนวน 52 ราย ความชุกเท่ากับร้อยละ 8.8 มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อจากชุมชนร้อยละ 82.7 ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อมากที่สุดคือ ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 57.7) มีหลักฐานการติดเชื้อร้อยละ 25 เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ *E. coli* (ร้อยละ 7.7) มีอวัยวะทำงานผิดปกติ 2 ระบบขึ้นไปร้อยละ 92.3 การรักษาส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีร้อยละ 76.9 ผลการรักษาบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรกร้อยละ 57.7 มีปัสสาวะออกตามเป้าหมายร้อยละ 90.4 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 28.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการรักษาจนบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรก (Adjusted OR 0.05, 95%CI 0.00-0.76, p-value 0.032)

สรุปผลการศึกษา : ความชุกของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกในเด็กพบร้อยละ 8.8 และยังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงถึงร้อยละ 28.8 การได้รับการรักษาจนบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรกอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบที่มีภาวะช็อก, ผู้ป่วยเด็ก, หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

Corresponding Author: *E-mail: pm.prapapan@gmail.com

ABSTRACT

Objective : To investigate prevalence, clinical outcomes, mortality rate and factors associated with mortality in pediatric severe sepsis and septic shock.

Method : A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on patients aged 1 month to 15 years diagnosed severe sepsis and septic shock in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) of Mahasarakham hospital between 1 January 2018 to 31 December 2020. The data were collected and analyzed by descriptive statistics. Multiple logistic regression was used to identify factors associated with mortality.

Result : Of 592 pediatric patients admitted to the PICU, 52 patients were severe sepsis and septic shock. Prevalence of pediatric severe sepsis and septic shock was 8.8%. 61.5% had comorbid diseases. Almost patients were community-acquired infection (82.7%). The most common source of infection was the respiratory system (57.7%). Only 25% had evidences of infection, most common organism was *E.coli* (7.7%). 92.3% of patients had ≥ 2 organs dysfunction. 76.9% of the patients received antibiotics within 60 minutes after diagnosis. Goal-directed therapy within 6 hours and target urine output were achieved in 57.7% and 90.4%, respectively. The mortality among pediatric severe sepsis and septic shock was 28.8%. Factor significantly decreased mortality was achieved goal-directed therapy within 6 hours (Adjusted OR 0.05, 95%CI 0.00-0.76, p-value 0.032).

Conclusion : Prevalence of pediatric severe sepsis and septic shock was 8.8% and had high mortality to 28.8%. Achieved goal-directed therapy within 6 hours might be decreased the mortality.

Keywords : Severe sepsis, Septic shock, Pediatric, PICU

บทนำ

ปัจจุบันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกนับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กในประเทศไทย การศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบความชุกของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 30 และร้อยละ 6.8 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อร้อยละ 39⁽¹⁾ และที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง 2 ราย และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 57 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20 ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิต ได้แก่ 1. ที่ 6 ชั่วโมงยังมีความดันโลหิตต่ำอยู่ 2. มีภาวะ ARDS 3. มีโรคประจำตัวเป็นมะเร็งเม็ดเลือดตามลำดับ⁽²⁾

ในแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีเกณฑ์เป้าหมายคือลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากชุมชน (community-acquired sepsis)⁽³⁾

ความเป็นมาหรือปัญหา

อุบัติการณ์ ความชุก และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย ลักษณะประชากร และรูปแบบของการวิจัย ความชุกของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อพบประมาณร้อยละ 1.4-8.2 และอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 8.9-50.8⁽⁴⁾

จากการทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลมหาสารคามที่ผ่านมาพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาและผลการรักษาของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญที่จะศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เพื่อให้ทราบถึงความชุกของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ลักษณะประชากร อัตราการเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต และระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ทั้งนี้จะได้นำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล และอาจจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกในโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกในโรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ retrospective cross-sectional descriptive study ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาในการศึกษา (Inclusion criteria) ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กที่วินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกแต่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของกลุ่มงานอื่น ๆ
2. ผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกและช็อก
3. ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายหรือดูแลแบบประคับประคองและผู้ปกครองไม่ยินยอมให้ทำการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก

4. ข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
ระยะเวลาในการทำการการศึกษา 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2563

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยค้นข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกตามรหัสโรค ICD10 จากระบบเวชระเบียน คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษานี้ที่กักข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่จัดทำขึ้น ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และบันทึกลงคอมพิวเตอร์ในระบบ Excel office 2019 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว
2. ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะการติดเชื้อ ตำแหน่งการติดเชื้อ หลักฐานการติดเชื้อ ความรุนแรงของการติดเชื้อและการทำงานผิดปกติของอวัยวะต่างๆ
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ระดับเกลือแร่ในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด

4. วิธีการรักษา ได้แก่ การได้ยาปฏิชีวนะ การได้สารน้ำ การได้ยาเพิ่มความดันเลือด การได้ยาสตีรอยด์ การได้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

5. ผลการรักษา การเสียชีวิต ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และระยะเวลาอนโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 22 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ถ้าข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติจะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยสถิติ Chi-Square tests แสดงค่าเป็น Odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) และสถิติ Multiple logistic regression แสดงค่าเป็น Adjusted odds ratio และ 95%CI โดยตัวแปรที่มีค่า p-value <0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

นิยามศัพท์⁽³⁾

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการติดเชื้อร่วมกับเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อนั้น ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และส่งผลให้การทำงานของอวัยวะผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้ คือ

1. Cardiovascular dysfunction (septic shock)
2. Acute respiratory distress syndrome
3. มีการทำงานของอวัยวะผิดปกติอย่างน้อย 2 อวัยวะในระบบดังต่อไปนี้ ระบบประสาท ระบบเลือด ระบบไต ระบบตับ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบที่มีภาวะช็อก (septic shock) คือ ผู้ป่วย severe sepsis ที่มีภาวะ cardiovascular dysfunction

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 64-01-021

ผลการศึกษา

1. ความชุก ข้อมูลพื้นฐานประวัติการเจ็บป่วย และลักษณะการติดเชื้อ

จากผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 - 31 ธันวาคม 2563 จำนวน 592 ราย พบผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกจำนวน 52 ราย ความชุกเท่ากับร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศ

ชาย 30 ราย (ร้อยละ 57.7) อายุเฉลี่ย 3.39 ± 4.41 ปี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 34.6) มีโรคประจำตัว 32 ราย (ร้อยละ 61.5) ส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 19.2) ระบบประสาท (ร้อยละ 15.4) และคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 13.5)

ส่วนใหญ่มาด้วยอาการไข้หรือตัวเย็น 49 ราย (ร้อยละ 94.2) ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.03 ± 1.54 วัน ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อจากชุมชนจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 82.7) ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อมากที่สุดคือ ระบบทางเดินหายใจจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 57.7) รองลงมาคือระบบทางเดินอาหารและระบบประสาทร้อยละ 13.5 เท่ากัน ส่วนน้อยที่พบหลักฐานการติดเชื้อจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 25) เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ *E. coli* รองลงมาคือ Coagulase negative Staphylococcus รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Pattern of infections and causative organisms (n=52)

Pattern of infections	n (%)
Fever or subtemperature	49 (94.2)
Body temperature at admission (°C), mean±SD	38.43±1.33
Duration of symptoms (day), mean±SD	2.03±1.54
Types of infection	
Community-acquired	43 (82.7)
Hospital-acquired	9 (17.3)
Sites of infection*	
Respiratory tract (RS)	30 (57.7)
Gastrointestinal tract	7 (13.5)
Central nervous system (CNS)	7 (13.5)
Skin and soft tissue	3 (5.8)
Unknown	3 (5.8)
Bacteremia	2 (3.8)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

Pattern of infections	n (%)
Evidences of infection	13 (25)
Causative organisms	
<i>E. coli</i>	4 (7.7)
Coagulase negative Staphylococcus	2 (3.8)
<i>S. aureus</i>	1 (1.9)
<i>A. baumannii</i> (MDR)	1 (1.9)
<i>S. maltophilia</i>	1 (1.9)
<i>S. pneumoniae</i>	1 (1.9)
<i>K. pneumoniae</i>	1 (1.9)
<i>P. aeruginosa</i>	1 (1.9)
<i>E. cloacae</i>	1 (1.9)
<i>L. monocytogenes</i>	1 (1.9)
<i>Salmonella</i>	1 (1.9)

* 7 patients had 2 sites infection.

2. ความรุนแรงของการติดเชื้อและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบที่มีภาวะช็อกจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 96.2) และการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงโดยที่ไม่มีภาวะช็อกจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 3.8) ส่วนใหญ่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 92.3) โดยระบบที่พบบ่อยที่สุดคือ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 96.2) รองลงมาคือระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 78.8) และระบบประสาท (ร้อยละ 65.4) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะโลหิตจาง 35 ราย (ร้อยละ 67.3) มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการมีไบคาร์บอเนตต่ำระดับรุนแรง 6 ราย (ร้อยละ 11.5) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 9 ราย (ร้อยละ 17.3) ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ 8 ราย (ร้อยละ 15.4) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Severity of infections, organ dysfunction and laboratory (n=52)

Severity of infections	n (%)	
Septic shock	50 (96.2)	
Severe sepsis without shock	2 (3.8)	
Numbers of organ dysfunction		
1	4 (7.7)	
≥ 2	48 (92.3)	
Types of organ dysfunction		
Cardiovascular	50 (96.2)	
Respiratory	41 (78.8)	
CNS	34 (65.4)	
Hemato	24 (46.2)	
Hepatic	15 (28.8)	
Renal	14 (26.9)	
Laboratory		
Hb (gm/dL), mean±SD		10.19±2.04
Anemia	35 (67.3)	
Serum sodium (mmol/L), mean±SD		135.12±8.16
Hyponatremia	23 (44.2)	
Hypernatremia	4 (7.7)	
Serum potassium (mmol/L), mean±SD		4.57±1.33
Hypokalemia	9 (17.3)	
Hyperkalemia	17 (32.7)	
Serum bicarbonate (mmol/L), mean±SD		16.42±5.04
Severe metabolic acidosis	6 (11.5)	
Dextrostix (mg/dL),median (IQR)		110.50 (75.75,169.75)
Hypoglycemia	9 (17.3)	
Serum calcium (mg/dL), mean±SD		8.78±0.78
Hypocalcemia	8 (15.4)	

3. ผลการรักษาและอัตราการเสียชีวิต

จากผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกจำนวน 52 ราย มีผู้เสียชีวิต 15 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 28.8 ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.60 ± 13.82 วัน ระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กเฉลี่ย 7.71 ± 14.24 วัน ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.38 ± 16.30 วัน ส่วนใหญ่ได้รับยา

ปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย 40 ราย (ร้อยละ 76.9) ได้รับสารน้ำ 43 ราย (ร้อยละ 82.7) ได้รับยาเพิ่มความดันเลือด 47 ราย (ร้อยละ 90.4) ได้รับยาสเตียรอยด์ 20 ราย (ร้อยละ 38.5) สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรก 30 ราย (ร้อยละ 57.7) และมีปัสสาวะออกตามเป้าหมาย 44 ราย (ร้อยละ 84.6) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 Mortality and clinical outcomes (n=52)

	n(%)	mean±SD
Mortality rate	15 (28.8)	
Duration of ventilation (day)		5.60±13.82
LOS in PICU (day)		7.71±14.24
LOS in hospital (day)		12.38±16.30
Antibiotic treatment within 60 minutes	40 (76.9)	
Fluid resuscitation	43 (82.7)	
Volume of fluid resuscitation (ml/kg)		29.42±21.66
Inserted central line	16 (30.8)	
Received vasoactive agent	47 (90.4)	
Dopamine (mcg/kg/min)		8.73±8.44
Dobutamine (mcg/kg/min)		3.50±7.14
Epinephrine (mcg/kg/min)		0.35±0.58
Norepinephrine (mcg/kg/min)		0.31±0.53
Received corticosteroid	20 (38.5)	
Received blood component	37 (71.2)	
LPRC (ml/kg)		12.19±14.43
FFP (ml/kg)		7.40±13.04
Achieved goal-directed therapy within 6 hours	30 (57.7)	
Achieved target urine output	44 (84.6)	
Urine output at 6 hours (ml/kg/hr)		2.99±1.61

LOS indicate Length of stay

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อการเสียชีวิตได้แก่ กลุ่มที่มีอวัยวะทำงานผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท กลุ่มที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีภาวะเลือดเป็นกรดจากการมีไบ

คาร์บอนเตตต่ำระดับรุนแรง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ กลุ่มที่บรรลุเป้าหมายในการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรก และมีปัสสาวะออกตามเป้าหมาย รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Factors associated with mortality

Factors	Odds Ratio	95%CI	p-value
Sex	0.58	0.16-2.06	0.404
Low body weight	2.06	0.60-7.11	0.245
Comorbid disease	0.91	0.26-3.11	0.885
Type of infection	4.12	0.92-18.35	0.100
Site of infection (RS)	1.14	0.33-3.87	0.830
Evidence of infection	1.13	0.28-4.44	0.860
Types of organ dysfunction			
Cardiovascular	1.42	1.19-1.71	1.000
Respiratory	1.57	1.25-1.99	0.022
CNS	11.90	1.41-100.06	0.007
Number of organ dysfunction			
1	0.68	0.56-0.83	0.311
≥ 2	1.45	1.20-1.76	0.311
Anemia	0.63	0.18-2.21	0.525
Hyponatremia	1.67	0.50-5.61	0.400
Hypernatremia	9.00	0.85-94.89	0.067
Hypokalemia	0.65	0.12-3.61	1.000
Hyperkalemia	1.57	0.45-5.50	0.525
Severe metabolic acidosis	18.00	1.88-172.22	0.006
Hypoglycemia	15.31	2.66-88.04	0.001
Hypocalcemia	1.60	0.31-8.11	0.568
Antibiotic treatment within 60 minutes	2.40	0.46-12.61	0.470
Fluid resuscitation (ml/kg)	0.77	0.16-3.60	0.706
Received vasoactive agent	1.46	1.20-1.78	0.305
Received corticosteroid	1.61	0.47-5.46	0.439

ตารางที่ 4 (ต่อ)

Factors	Odds Ratio	95%CI	p-value
Received blood component	1.16	0.30-4.46	1.000
Achieved goal-directed therapy within 6 hours	0.02	0.00-0.17	0.000
Achieved target urine output	0.03	0.00-0.29	0.000

เมื่อนำปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์หาค่าด้วยสถิติ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการรักษาจนบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรก (Adjusted OR 0.05, 95%CI 0.00-0.76, p-value 0.032) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Multiple logistic regression analysis of factors associated with mortality

Factor	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Achieved goal-directed therapy within 6 hours			
No	Reference	Reference	-
Yes	0.02 (0.00-0.17)	0.05 (0.00-0.76)	0.032*

Adjusted model by respiratory, CNS, hypernatremia, severe metabolic acidosis, hypoglycemia and target urine output.

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ร้อยละ 8.8 ซึ่งใกล้เคียงกับ SPROUT study⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในเด็ก 26 ประเทศทั่วโลกที่พบความชุกในระยะเวลานึ่งของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงร้อยละ 8.2 และการศึกษาของ Amanda Ruth และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าความชุกของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ

รุนแรงและช็อกของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กของโรงพยาบาล 43 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.2 ในปี ค.ศ. 2004 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี ค.ศ. 2012 และอัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ความชุกจากการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบความชุกของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ร้อยละ 6.8⁽¹⁾ (75 ใน 1100 ราย) อาจจะเป็นเนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลมหาสารคามที่ยังไม่มีกุมาร

แพทย์เฉพาะทางอนุสาขา ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีโอกาสเกิดความรุนแรงและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้มากกว่า อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง การดูแลรักษาผู้ป่วยหนักยังทำได้ไม่มากนัก จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กจึงน้อยกว่า ทำให้ความชุกมากกว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งมีขนาดใหญ่ มีแพทย์เฉพาะทางอนุสาขาหลายสาขา สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยหนักได้ดีและหลากหลายสาขามากกว่า จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อจึงน้อยกว่าและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กมากกว่า ส่งผลให้ความชุกของภาวะช็อกจากการติดเชื้อไม่สูงมากนัก

แหล่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าตำแหน่งของการติดเชื้อที่พัฒนาไปเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและช็อกที่พบบ่อยที่สุดคือระบบทางเดินหายใจ^(1,2,5,7,8) รองลงมาคือระบบทางเดินอาหารและระบบประสาทเท่ากันซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี⁹ แต่แตกต่างกันไปในการศึกษาอื่นๆ

พบหลักฐานการติดเชื้อชัดเจนเพียงร้อยละ 25 ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบหลักฐานการติดเชื้อสูงถึง 89.3%⁽¹⁾ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่ตรวจพบหลักฐานการติดเชื้อร้อยละ 36⁽²⁾ ซึ่งน่าจะเป็นจากการที่โรงพยาบาลมหาสารคามส่งตรวจหาเชื้อได้ด้วยวิธีตรวจที่หลากหลายน้อยกว่า ส่วนใหญ่ตรวจด้วยการเพาะเชื้อยังไม่สามารถตรวจด้วยวิธี PCR ได้

เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ *E. coli* รองลงมาคือ Coagulase negative Staphylococcus ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบเชื้อ *P.aeruginosa*, *B.fragillis*, *E.coli*¹ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบเชื้อ *H.influenzae*,

Salmonella, *K.pneumoniae*² โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบ *B.pseudomallei*, MRSE, *P.aeruginosa*¹⁰

ความรุนแรงของการติดเชื้อพบว่าส่วนใหญ่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยระบบที่พบบ่อยที่สุดคือระบบหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽⁸⁾ และ ENHANCE study⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาในหลายสถาบันของ 15 ประเทศในทวีปยุโรป อเมริกา และแอฟริกา

การรักษาในกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะแต่ได้รับภายใน 60 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 76.9 ซึ่งยังคงค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาทีสูงถึง 93.1%⁽¹⁰⁾ สาเหตุเนื่องมาจากที่ห้องฉุกเฉินมีความชำนาญในการเปิดเส้นเลือดดำส่วนปลายในผู้ป่วยเด็กน้อยกว่าผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยเด็กบางรายต้องมาเปิดเส้นเลือดดำและให้ยาปฏิชีวนะที่หอผู้ป่วย อีกทั้งบางรายยังมีปัญหาการเปิดเส้นเลือดดำค่อนข้างยากโดยเฉพาะช่วงที่มีการติดเชื้อรุนแรงและการไหลเวียนเลือดไม่ดี ทำให้ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้ากว่า 60 นาที

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกร้อยละ 28.8 ซึ่งอยู่ในช่วงกลางๆของอัตราการเสียชีวิตจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.9-50.8⁽⁴⁾ แต่ยังคงเกินเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยกว่าร้อยละ 24⁽³⁾

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรกได้นั้นเสียชีวิตเป็น 0.05 เท่าของกลุ่มที่ไม่บรรลุเป้าหมาย (95%CI 0.00-0.76, p-value 0.032) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา

ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการตายคือที่ 6 ชั่วโมงยังมีความดันโลหิตต่ำอยู่⁽²⁾ แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรก โดยการที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงได้นั้นน่าจะเป็นผลโดยรวมของการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมตามแนวทางการรักษาของภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่การให้ยาปฏิชีวนะอย่างทันท่วงที การได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย การได้รับยากระตุ้นหัวใจและความดัน การได้สเตรอยด์

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนซึ่งข้อมูลไม่ครบถ้วนในบางรายจึงถูกตัดออกจากการศึกษา และศึกษาในสถาบันเดียวทำให้กลุ่มประชากรค่อนข้างน้อย อาจจะไม่เห็นปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เป็นข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาคั้งต่อไปว่าควรศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพิ่มระยะเวลาการเก็บข้อมูลให้นานขึ้นหรือทำในหลายสถาบันเพื่อให้กลุ่มประชากรมีขนาดใหญ่ขึ้น

สรุปผลการศึกษา

ความชุกของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อกในเด็กพบร้อยละ 8.8 และยังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงถึงร้อยละ 28.8 การได้รับการรักษาจนบรรลุเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมงแรกอาจจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Samransamruajkit R, Hiranrat T, Prapphal N, et al. Levels of protein C activity and clinical factors in early phase of pediatric

septic shock may be associated with the risk of death. SHOCK 2007;28(5):518-23.

2. Locharoenrat S. Epidemiology and Outcomes of Pediatric Severe Sepsis and Septic Shock in Queen Sirikit National Institute of Child Health [Internet]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.childrenhospital.go.th/elib/multim/km/1047.pdf>
3. คณะอนุกรรมการกุมารเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและแบบที่มีภาวะช็อก พ.ศ. 2561. [Internet]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20190417145929.pdf>
4. Kawasaki T. Update on pediatric sepsis: a review. J Intensive Care 2017;5:47.
5. Weiss SL, Fitzgerald JC, Pappachan J, et al. Global epidemiology of pediatric severe sepsis: the sepsis prevalence, outcomes, and therapies study. Am J Respir Crit Care Med 2015;191(10):1147-57.
6. Ruth A, McCracken CE, Fortenberry JD, et al. Pediatric severe sepsis: current trends and outcomes from the Pediatric Health Information Systems database. Pediatr Crit Care Med 2014;15(9):828-38.
7. Wolfler A, Silvani P, Musicco M, et al. Incidence of and mortality due to sepsis, severe sepsis and septic shock in Italian Pediatric Intensive Care Units: a prospective national survey. Intensive Care Med 2008;34(9):1690-7.



8. Shime N, Kawasaki T, Saito O, et al. Incidence and risk factors for mortality in paediatric severe sepsis: results from the national paediatric intensive care registry in Japan. *Intensive Care Med* 2012;38(7):1191-7.
9. Goldstein B, Nadel S, Peters M, et al. ENHANCE: results of a global open label trial of drotrecogin alfa (activated) in children with severe sepsis. *Pediatr Crit Care Med* 2006;7(3):200-211.
10. Uppala R, Wongrat C. Mortality and Predictive Factors in Pediatric Severe Sepsis and Septic Shock after Implementation of Surviving Sepsis Campaign Guideline in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2020;35(4):404-9.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก
ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

FACTORS AFFECTING COMPLICATION IN THE OLDER PATIENTS
AFTER HIP SURGERY IN SINGBURI HOSPITAL

^{1*}ปราณี มีหาญพงษ์ ²สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ ³ศศิธร รุจนเวช และ กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร ⁴

Pranee Meehanpong, Suneerat Boonsin, Sasitorn Roojanavech, and
Kannikar Chatdokmaiprai

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และ ปร.ด., (บริหารการพยาบาล)
อาจารย์พิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม 73000

² ปร.ด., (พยาบาลศาสตร์) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 18000

³ Ph.D., (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
จังหวัดนครปฐม 73000

⁴ ส.ด., (สาธารณสุขศาสตร์) อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม 73000

¹ Registered Nurse, Singburi Hospital & Ph.D., (Nursing Management) Special Instructor, College of Nursing,
Christian University of Thailand, Nakhonpathom, 73000

² Ph.D., (Nursing), Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Saraburi, 18000

³ Ph.D., (Nursing), Instructor of College of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhonpathom, 73000

⁴ Dr.P.H., (Public Health), Instructor of College of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhonpathom, 73000

(Received: 25 March 2022 Revised: 10 July 2022 Accepted: 17 July 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก
โรงพยาบาลสิงห์บุรี

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก
จำนวน 73 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2563 ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหาเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 13.72 เท่า (OR =
13.72, 95% CI 2.31, 81.38) ของผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีอายุ 60 – 69 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า
4 โรคมีโอกาสรiskในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 8.47 เท่า (OR = 8.47 , 95% CI 1.57, 45.60) ของผู้สูงอายุที่มี
โรคร่วมน้อยกว่า 4 โรค ผู้ป่วยที่มีฮีโมโกลบิน (Hb) มากกว่า 10% มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

ร้อยละ $87 (0.314) * 100 = 86.6$ ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 30 มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 40.46 เท่า (OR = 40.46, 95% CI 2.08, 784.39) ของผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ≤ 24.9

สรุปผลการศึกษา : อายุ จำนวนโรคร่วม ฮีโมโกลบิน และดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกได้ร้อยละ 54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ภาวะแทรกซ้อน, ผู้สูงอายุ, ผ่าตัดกระดูกสะโพก

Corresponding Author: *E-mail: meehanpong@yahoo.com

Abstract

Objective : To describe factors associated with complication of fracture around the hip in the older patients after surgery in Singburi hospital.

Methods : Retrospective study was conducted in the older patient after hip surgery between October 2019 and September 2020. Seventy-three medical records of were reviewed retrospectively. Content validity index (CVI) of data collection form developed by the researcher was .89. Data were analyzed by using descriptive statistics and Logistic Regression.

Results : Older patients aged over 80 years were 13.72 times more risk of complication than those aged 60-69 years (OR = 13.72, 95% CI 2.31, 81.38). Who had over four comorbidities were 8.47 times more risk of complication than those lower four comorbidities (OR = 8.47, 95% CI 1.57, 45.60). A hemoglobin level of $> 10\%$ were 87% low risk of complication than those $< 10\%$. BMI ≥ 30 kg/m² were 40.46 times more risk of complication than those ≤ 24.9 (OR = 40.46, 95% CI 2.08, 784.39)

Conclusion : showed that factors affecting complication of fracture around the hip in the older patients after surgery were age, amount of comorbidity, body mass index (BMI), and hemoglobin. These factors could predict complication of fracture around the hip in the older patients after surgery at 54% with statistical significance ($p < .05$).

Keyword : complication, older patients, hip surgery

บทนำ

ในปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของระบบต่าง ๆ โครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรง จึงเกิดการหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ซึ่งส่วนใหญ่ต้องทำผ่าตัด จากการคาดการณ์ในปี.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลก 2.5 ล้าน และ ในปี.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียถึงร้อยละ 50^(1,2) ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือมีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150-250 รายต่อแสนประชากร⁽³⁾ ทั้งนี้ในปี.ศ. 2030 สหรัฐอเมริกาจะมีผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเพิ่มขึ้นถึง 174% และเพิ่มมากกว่า 2 เท่า⁽⁴⁾

สำหรับประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 มีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.3 และในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมดถือได้ว่าเป็น สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 75 ปีขึ้นไป จะหกล้มและกระดูกข้อสะโพกได้ถึงร้อยละ 10⁽⁶⁾ ซึ่งถ้าได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมไม่ทันท่วงที จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้จากการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดน่านในปี พ.ศ. 2560 พบว่าอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็น 238.5 ต่อประชากรแสนคน⁽⁷⁾

ผู้ป่วยสะโพกหักที่ได้รับการทำผ่าตัดจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดสะโพกแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือ ในระยะแรกหลังผ่าตัด (Early postoperative complications) ระหว่าง 24-72 ชั่วโมง ที่มักพบ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะตกเลือด เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ⁽⁸⁾ และระยะที่ 2 คือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (Long term complications) มากกว่า 6 เดือนที่พบ

ได้บ่อย⁽⁹⁾ คือ ความล้มเหลวจากการใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (Loss of fixation or implant failure)⁽¹⁰⁾ กระดูกติดล่าช้า (Non-union) มักพบหลังจาก 6 เดือนหลังผ่าตัด⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลสิงห์บุรี มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รับไว้โรงพยาบาลมากเป็น 1 ใน 5 อันดับแรก (ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2563) มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 90, 85 และ 82 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกจำนวน 63, 55, และ 62 รายตามลำดับ จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกร้อยละ 50 ตั้งปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2563 รวมทั้งหมด 92 ฉบับ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 74.94 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.08%) วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.67 วัน ระยะเวลารอคอยผ่าตัด 54.37 ชั่วโมง และมีโรคร่วมทางอายุรกรรม ร้อยละ 83.69 มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม ร้อยละ 31.52 คือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 37.14 โปแตสเซียมในเลือดต่ำ ร้อยละ 20 สับสนร้อยละ 20 โซเดียมในเลือดต่ำร้อยละ 8.50 ปอดบวมร้อยละ 8.50 และแผลผ่าตัดอักเสบ ร้อยละ 5.74⁽¹²⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก อันได้แก่ อายุ โรคร่วม ระยะเวลารอผ่าตัด ระดับฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัด และค่าดัชนีมวลกาย ในระยะแรกหลังผ่าตัดจนถึงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้นเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมและลดปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกในโรงพยาบาลสิงห์บุรีวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ฉบับ เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามรหัสโรค (ICD-10) ซึ่งมีรหัสโรคดังนี้ 2.1) Femoral neck fracture (รหัส S72.000-.019) 2.2) Intertrochanteric of fracture (รหัส S72.100-101, S72.110-111) 2.3) Subtrochanteric fracture (รหัส S72.20, 21) 3) ได้รับการทำผ่าตัดตามรหัสหัตถการ THA (ใช้รหัส 81.51) Partial hip replacement (ใช้รหัส 81.52) Fixation (ใช้รหัส 79.15, 79.35) Open reduction femur (ใช้รหัส 79.25) Close reduction (ใช้รหัส 79.05) Fixation (ใช้รหัส 78.55) และ 4) นอนโรงพยาบาล > 5 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย (Case record form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด จำนวนโรคร่วม ระยะเวลารอผ่าตัด ระดับฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกาย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ระดับ

.05 ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลจำนวนโรคร่วม ตำแหน่งของการหักและชนิดของการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ ระยะเวลารอผ่าตัด ระดับฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกาย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวนราย (ร้อยละ 61.6) อายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 37) สถานภาพสมรส จำนวนราย (ร้อยละ 53.9) จบชั้นประถมศึกษาจำนวนราย (ร้อยละ 84.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวนราย (ร้อยละ 44.3) การวินิจฉัยโรค จำนวน ราย (ร้อยละ) ชนิดของการผ่าตัด จำนวน ราย (ร้อยละ)
2. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่วนใหญ่คือภาวะโลหิตจาง จำนวน ราย (ร้อยละ 46.6) รองลงมาคือ ภาวะโลหิตจางร่วมกับติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน ราย (ร้อยละ 8.2)
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ จำนวนโรคร่วมน้อยกว่า 4 โรค จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 54.8) ระยะเวลารอผ่าตัด (ร้อยละ) ระดับฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัด $\geq 10\%$ จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 57.5) ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 24.9 \text{ kg/m}^2$ จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 53.4) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 73)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n= 73)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	53	72.6
ชาย	20	27.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	39	53.4
ประถมศึกษา 1-4	33	45.2
อนุปริญญา	1	1.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51	69.9
รับจ้าง	20	27.4
การวินิจฉัยโรค		
Fracture intertrochanteric	47	64.4
Fracture neck of femur	20	27.4
Fracture subtrochanteric	6	8.2
ชนิดการผ่าตัด		
Proximal femoral nail anti-rotation	41	56.2
Bipolar hemiarthroplasty	15	20.5
Dynamic hip screw	15	20.5
Total hip replacement	2	2.7

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง (n= 73)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (n= 73)	ร้อยละ
ภาวะโลหิตจาง	34	46.6
ภาวะโลหิตจางร่วมกับติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	6	8.2
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	3	4.1
ภาวะโลหิตจางร่วมกับภาวะโปแตสเซียมต่ำ	3	4.1
ภาวะโลหิตจางร่วมกับภาวะโซเซียมต่ำ	3	4.1
แผลติดเชื้อ	1	1.4
ปอดบวม	1	1.4
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	22	30.1

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 80 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37 (\bar{X} =74.05, S.D.= 8.42) มีอายุเฉลี่ย 74.05 ปี (SD = 8.42) ส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วมน้อยกว่า 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 54.8 มีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในภาวะไม่ปกติต่ำกว่า 10% คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีดัชนีมวลกาย \leq 24.9 คิดเป็นร้อยละ 53.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่มีผลการเกิดภาวะแทรกซ้อน (n= 73)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n= 73)	ภาวะแทรกซ้อน		χ^2 (p-value)
		ไม่มี	มี	
อายุ (ปี)				10.928
60-69	26 (35.6)	14 (63.6)	12 (23.5)	(.004)
70-79	20 (27.4)	4 (18.2)	16 (31.4)	
\geq 80	27 (37.0)	4 (18.2)	21 (45.1)	

(\bar{X} =74.05, S.D.= 8.42)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน (n= 73) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n= 73)	ภาวะแทรกซ้อน		χ^2 (p-value)
		ไม่มี	มี	
จำนวนโรคร่วม				4.088
< 4	40 (54.8)	16 (72.7)	24 (47.1)	(.043)
> 4	33 (45.2)	6 (27.3)	27 (52.9)	
ฮีโมโกลบิน				8.524
ปกติ > 10%	31 (42.5)	15 (68.2)	16 (31.4)	(.004)
ไม่ปกติ < 10%	42 (57.5)	7 (31.8)	35 (68.6)	
ดัชนีมวลกาย				7.347
≤ 24.9	39 (53.4)	17 (77.3)	22 (43.1)	(.025)
25 - 29.9	24 (32.9)	4 (18.2)	20 (39.3)	
≥ 30	10 (13.7)	1 (4.5)	9 (17.6)	

4. การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกโดยวิเคราะห์ด้วยวิธี Enter พบว่ามีตัวแปรทำนาย 4 ตัว คือ อายุ จำนวนโรคร่วม ฮีโมโกลบิน และดัชนีมวลกายมีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรร่วมกันทำนายภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกได้ร้อยละ 54 ($R^2 = .540, p < .05$) และทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 83.6 (Overall Percentage = 83.6) โดยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 13.72 เท่า (OR = 13.72, 95% CI 2.31, 81.38) ของผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีอายุ 60 – 69 ปี

2. ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมากกว่า 4 โรคร่วมมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 8.47 เท่า (OR = 8.47 , 95% CI 1.57, 45.60) ของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อยกว่า 4 โรค

3. ผู้สูงอายุที่มีฮีโมโกลบิน (Hb) มากกว่า 10% มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 87 ($0.134 * 100 = 86.6$)

4. ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย 25 – 25.9 มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 9.29 เท่า (OR = 9.29, 95% CI 1.73, 49.76) ของผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ≤ 24.9

5. ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 30 มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 40.46 เท่า (OR = 40.46, 95% CI 2.08, 784.39) ของผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ≤ 24.9 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบ Binary Logistic regression เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Wald	p-value	OR	95% CI	
						Lower	Upper
อายุ (ปี)							
60-69					1.0	Reference	
70-79	1.814	.886	4.195	.041	6.135	1.081	34.805
≥ 80	2.619	.908	8.311	.004	13.719	2.313	81.384
(\bar{X} =74.05, S.D.= 8.42)							
จำนวนโรคร่วม							
< 4					1.0	Reference	
> 4	2.137	.859	6.192	.013	8.473	1.574	45.598
ฮีโมโกลบิน							
ปกติ > 10%					1.0	Reference	
ไม่ปกติ < 10%	-2.009	.773	6.762	.009	.134	.030	.610
ดัชนีมวลกาย							
≤ 24.9					1.0	Reference	
25 - 29.9	2.229	.856	6.771	.009	9.287	1.733	49.766
≥ 30	3.700	1.513	5.985	.014	40.462	2.087	784.397

สัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke $R^2 = .540$) และ Overall Percentage = 83.6

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุ จำนวนโรคร่วม ฮีโมโกลบิน และดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดกระดูกสะโพกอธิบาย ได้ว่า ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากย่อมมี

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ที่ส่งผลให้การทำงานของทุกระบบในร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเองภายหลังการ

ผ่าตัดลดลง จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดมากขึ้น^(13,14)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคร่วมก่อนการผ่าตัดมากมีโอกาสเกิดโรคร่วมระหว่างผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้นนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดสูงขึ้น⁽¹³⁾ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Cannata⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกเทียม จำนวน 784 คน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ 1.06 เท่า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางหรือมีปริมาณฮีโมโกลบินอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุจะมีความอ่อนล้า อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย หน้ามืด เวียนศีรษะ การทรงตัวและความเร็วในการเดินหรือเคลื่อนไหวลดลงส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง ซึ่งหากผู้สูงอายุมีปริมาณฮีโมโกลบิน ในเลือดน้อยกว่า 10 mg/dl ทำให้ความสามารถในการลุกจากเตียงและระยะทางการเดินของผู้สูงอายุลดลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การติดเชื้อ การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา การเกิดแผลกดทับ⁽¹⁴⁾

ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสภาวะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ในผู้ป่วยสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ถ้าที่มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25 - 29.9 kg/m² จะมีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ง่าย⁽¹⁶⁾ และถ้ามีภาวะขาดสารอาหารหรือดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 20 kg/m² ก็จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายเช่นกัน⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับ Cannata⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์หรืออ้วนกว่าปกติจะมีความเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 1.06 เท่า (OR = 1.06; 95% CI = 1.02–1.09; p = 0.001)

จากการศึกษาพบว่า BMI มากกว่า 30 kg/m² อายุมากกว่า 60 ปี จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นถึง 3 เท่า ถ้าฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดแตกต่างกันตั้งแต่ 3 กรัมต่อเดซิลิตรมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงเช่นกัน⁽¹⁸⁾ เช่นกัน ซึ่งดัชนีมวลกาย (BMI) หรือน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติและฮีโมโกลบินต่ำจะทำให้การผ่าตัดจะยุ่งยากและใช้ระยะเวลาทำผ่าตัดนานขึ้น

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดสะโพกที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตั้งแต่ อายุ การมีโรคร่วม ระยะเวลารอผ่าตัด ความเข้มข้นของเลือด และดัชนีมวลกาย ดังนั้นพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนทำผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีภาวะเลือดจางควรให้เลือดก่อนผ่าตัดจนความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และถ้าผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย (BMI) หรือน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติควรเฝ้าระวังการเสียเลือดหลังผ่าตัด การเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และควรตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin) ภายใน 24- 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทุกราย และควรมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน (Early surgery) เพื่อป้องกันลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, Fuleihan GE-H. Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(6):338-51.
2. Marsh D, Akesson K, Beaton D, Bogoch E, Boonen S, Brandi M-L, et al. Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients. *Osteoporos Int*. 2011;22(7):2051-65.
3. Kanis J, Odén A, McCloskey E, Johansson H, Wahl D, Cooper C. IOF Working Group on epidemiology and quality of life. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int*. 2012;23(9):2239-56.
4. Zagra L. Advances in hip arthroplasty surgery: what is justified? *EFORT Open Rev*. 2017;2(5):171-8.
5. ศิวลาภ สุขไพบุลย์วัฒน์. บทบาทของผู้สูงอายุต่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*. 2560; 9(17): 176-91.
6. จิตติมา บุญเกิด. การหกล้มในผู้สูงอายุการป้องกันและดูแลรักษาทางเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992) จำกัด; 2561
7. Sucharitpongpan W, Daraphongsataporn N, Saloa S, Philawuth N, Chonyuen P, Sriuanthong K, et al. Epidemiology of fragility hip fractures in Nan, Thailand. *Osteoporos Sarcopenia*. 2019;5(1):19-22.
8. Pradeep AR, Kirankumar A, Dheenadhayalan J, Rajasekaran S. Intraoperative lateral wall fractures during dynamic hip screw fixation for intertrochanteric fractures-Incidence, causative factors and clinical outcome. *Injury*. 2018 Feb 1;49(2):334-83.
9. Malik AT, Quatman CE, Phieffer LS, Ly TV, Khan SN. Incidence, risk factors and clinical impact of postoperative delirium following open reduction and internal fixation (ORIF) for hip fractures: an analysis of 7859 patients from the ACS-NSQIP hip fracture procedure targeted database. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2019 Feb;29(2): 435-46.
10. Ziegler P, Schlemmer D, Flesch I, Bahrs S, Stoeckle U, Werner S, Bahrs C. Quality of life and clinical-radiological long-term results after implant-associated infections in patients with ankle fracture: a retrospective matched-pair study. *J Orthop Surg Res*. 2017 Dec;12(1):1-7.
11. Brox WT, Roberts KC, Taksali S, Wright DG, Wixted JJ, Tubb CC, Patt JC, Templeton KJ, Dickman E, Adler RA, Macaulay WB. The American academy of orthopaedic surgeons evidence-based guideline on management of hip fractures in the elderly. *J Bone Joint Surg Am*. 2015 Jul 15;97(14):1196-99.
12. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง. รายงานสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2564.
13. Mariconda M, Galasso O, Costa GG, Recano P, Cerbasi S. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term

- follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011 Dec;12(1):1-10.
14. Sydney W, Jo EB. Factors affecting post surgery hip fracture recovery. *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation.* 2014 Dec;18(2):54-8.
15. Cannata F, Laudisio A, Ambrosio L, Vadalà G, Russo F, Zampogna B, Napoli N, Papalia R. The Association of Body Mass Index with surgical time is mediated by comorbidity in patients undergoing total hip arthroplasty. *Journal of Clinical Medicine.* 2021 Jan;10(23):5600.
16. Correa-Valderama A, Stangl-Herrera W, Echeverry-Vélez A, Cantor E, Ron-Transateur T, Palacio-Mllegas JC. Relationship between body mass index and complications during the first 45 days after primary total hip and knee replacement: a single-center study from South America. *Clin Orthop Surg.* 2019 Jun 1;11(2):159-63.
17. Björkelund KB, Hommel A, Thorngren KG, Gustafson L, Larsson S, Lundberg D. Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2010 Jul;54(6):678-88.
18. Sali E, Marmorat JL, Gaudot F, Nich C. Perioperative complications and causes of 30-and 90-day readmission after direct anterior approach primary total hip arthroplasty. *J Orthop.* 2020 Jan;1;17:69-72.

ปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Problems and Needs of Nursing Documentation in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine,
Maharakham University

ปาลิตา พูลเพิ่ม^{1*}, นงเยาว์ มีเทียน², อภิญญา วงศ์พิริยโยธา³

Palita Pulperm^{1*}, Nongyaow Meethien², Apinya Wongpiriyayothar³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (งานการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม, 44000

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 44150

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 44150

¹Professional nurse, Nursing Department Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Maharakham University,
44000

²Assistant professor, Adult and Elderly Nursing Academic Group, Faculty of Nursing, Maharakham University,
44150

³Assistant professor, Adult and Elderly Nursing Academic Group, Faculty of Nursing, Maharakham University,
44150

(Received: 8 June 2022 Revised: 18 July 2022 Accepted: 25 July 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 27 คน แพทย์ 4 คน และแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้ม ศึกษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุทธาเวช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มีค่า Interrater Reliability $\geq .8$ 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า 1) การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่ทุกข้อมีคะแนนอยู่ในระดับ 1 คือ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ (\geq ร้อยละ 80) 2) จากการสนทนากลุ่ม พบประเด็นปัญหา 4 ประเด็น เกี่ยวกับแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล คือ 1) วิธีการเขียนแบบบันทึก 2) ความสามารถในการเขียนบันทึก 3) การประเมินผล และ 4) การตรวจสอบ

2. ความต้องการการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลต้องการ 1) พัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง มีคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาล 2) ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล และ 3) มีระบบการประเมิน และ 4) มีการตรวจสอบ

สรุปผลการศึกษา : จากผลการวิจัยบ่งชี้ว่า พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุทธาเวช ดังนั้นทางผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

คำสำคัญ : ปัญหาและความต้องการ การบันทึกทางการพยาบาล

Corresponding Author: *E-mail: nongyaow.m@msu.ac.th

ABSTRACT

Objective : To study problems and needs of nursing documentation in Suddhavej hospital.

Methods : This study was descriptive study. The sample consisted of 27 nurses, 4 doctors and 30 patient profiles studying in inpatient wards, Suthavej hospital. The research tools consisted of the 1) Assessing the Quality of the Nursing Record Form which had Interrater reliability of $\geq .8$, 2) Group Discussion Questionnaires, and 3) an In-depth Interview Form. Data were analyzed by using frequency, percentage, standard deviation, and content analysis

Results: The results of the study as follows;

1. Problems of nursing records were; 1) for assessing the quality of nursing documentation, most of all items were scored at level 1. It meant that recording was not clear, incomplete, and inaccurate ($\geq 80\%$) 2) for group discussion, there were 4 problems related to 1) the nursing documentation forms, 2) how to write in the form, 3) ability to write of the nurse, and 4) evaluation and audit.

2. The needs for nursing documentation were; 1) to develop for writing competency by having an expert to teach how to write correctly, 2) improving the nursing documentation form, 3) having the assessment, and 4) having an audit system.

Conclusion: The results of the research indicate that there were problems with the nursing documentation of the inpatient wards in Suthavej hospital. Therefore, the nursing administrators should provide policies for improving the quality of nursing documentation according to the problems and needs of nursing using participation of the nurses.

Keywords: Problems and needs, Nursing documentation

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลและการตอบสนองของผู้รับบริการต่อแผนการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร⁽¹⁾ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของผู้รับบริการ ตั้งแต่แรกรับบริการ ประเมินปัญหาการเจ็บป่วย การให้การช่วยเหลือดูแล การรักษา รวมทั้งผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลที่ได้รับ ตลอดจนการจำหน่ายเพื่อการพักฟื้นที่บ้าน หรือส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ⁽²⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล⁽³⁾ รวมทั้งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญในระหว่างทีมสุขภาพ เป็นเอกสารหลักฐานสำคัญทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง⁽⁴⁾ ดังนั้นบันทึกทางการพยาบาลจึงถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานสำคัญของการประกันคุณภาพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและสภาวิชาชีพพยาบาล⁽⁵⁾ การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องบันทึกอย่างครบถ้วน ชัดเจน สมบูรณ์ เป็นความจริง มีความต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกขั้นตอน สามารถติดตามความก้าวหน้าของปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอ⁽⁴⁾ แบบบันทึกที่ดีสามารถประเมินสภาพปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม แล้วนำมาวางแผนการดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา และผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากขึ้น⁽⁶⁾ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบฟอร์มบันทึกมีจำนวนมาก รูปแบบไม่เอื้อต่อการบันทึก วิธีการบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน^{(7),(8)} มีความซับซ้อนไม่ตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่สะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยการพยาบาล การ

วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล⁽⁹⁾ รวมทั้งไม่มีคู่มือหรือตัวอย่างเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรให้บันทึกได้อย่างถูกต้อง⁽¹⁰⁾

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีขนาด 120 เตียง เปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบันมีหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 หน่วยงาน มีการพัฒนาและใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบเดิมต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา 8 ปี จากการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2560-2563 พบว่าระดับคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในส่วนที่เป็นบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยใน มีคะแนน 72,74 และ 75 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 80 คะแนน พบปัญหา คือ 1) บันทึกไม่ครบสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) บันทึกไม่ต่อเนื่อง 3) เขียนศัพท์ทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง ลายมือที่อ่านไม่ออก 4) มีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการพยาบาลและรายรับของโรงพยาบาล

จากผลการประเมินพบสาเหตุที่สำคัญคือ เอกสารบันทึกทางการพยาบาลจำนวนมาก บางส่วนซ้ำซ้อน บันทึกยุ่งยาก การจัดทำแบบฟอร์มต่าง ๆ ไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมหรือข้อคิดเห็นของบุคลากรการบันทึกจึง ไม่สอดคล้องกับกับความต้องการของบุคลากร จึงทำให้คะแนนการบันทึกทางการพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และยังไม่ได้รับการพัฒนาทำให้ได้คะแนนการบันทึกทางการพยาบาลต่ำกว่ามาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) และเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบันทึก

ทางการพยาบาล^{(4),(5)} เป็นแนวทางในการศึกษา รวมทั้ง การสอบถามความต้องการของบุคลากรที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการบันทึกเพื่อให้ทราบปัญหาและความ ต้องการที่แท้จริงของการบันทึกทางการพยาบาล อันจะ เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาแบบบันทึก ทางทางการพยาบาลของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของบันทึก ทางทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น พยาบาล แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับแบบบันทึกทางการ พยาบาล และแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ศึกษาในหอผู้ป่วย ในทั้งหมด 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญชั้น 8 หอ ผู้ป่วยพิเศษชั้น 11 และหอผู้ป่วยระยะวิกฤต กลุ่ม ตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 3 ปี จำนวน 27 คน แพทย์ 4 คน และแฟ้ม ประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้มที่มีเอกสารครบตามที่สำนัก หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล และแพทย์
2. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักของ 4C+1C ได้แก่ ถูกต้อง (Correct) ชัดเจน (Clear) ครบถ้วน (Complete) ได้ใจความ (Concise) และความต่อเนื่อง (Continuous) ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล^{(4),(5)} จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการ ประเมินสุขภาพ (8 ข้อ) 2) ด้านการวินิจฉัยการ พยาบาล (2 ข้อ) 3) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการ

พยาบาล (4 ข้อ) และ 4) ด้านการประเมินผลการ พยาบาลและการวางแผนจำหน่าย (7 ข้อ) ซึ่งลักษณะ คำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่ถูกต้อง 1 คะแนน หมายถึง ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และ ไม่ได้ใจความ และ 2 คะแนน หมายถึง ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับการบันทึกทางการ พยาบาล มีประเด็นสำคัญ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) เกี่ยวกับ ความสำคัญ/ความจำเป็น 2) คุณภาพของแบบบันทึก 3) ความเหมาะสมของรูปแบบ/แบบฟอร์มการบันทึก การพยาบาล 4) ปัญหา/อุปสรรคที่พบของการเขียน บันทึกทางการพยาบาล 5) ความคิดเห็น/ความต้องการ และ 6) แนวทางการแก้ไขปรับปรุงการบันทึกทางการ พยาบาล

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อ ใช้สำหรับสัมภาษณ์แพทย์ ซึ่งมีแนวคำถามคล้ายคลึง กับแนวคำถามการสนทนากลุ่ม คือ ความสำคัญ/ความ จำเป็น คุณภาพของแบบบันทึก ความเหมาะสมของ แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ปัญหา/อุปสรรคที่ พบ ความคิดเห็น/ความต้องการ และแนวทางการแก้ไข ปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ 1) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 3) แบบสัมภาษณ์ เชิงลึก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลที่เป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย 2 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และนำมาแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ค่า IOC เฉพาะแบบประเมิน คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพการบันทึก

ทางการพยาบาลไปตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี Interrater reliability โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาล และเป็นคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (Audit chart) 6 คน ตรวจสอบการบันทึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย แบ่งผู้ตรวจเป็น 3 ทีม ทีมละ 2 คน ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ทีมละ 10 แฟ้ม พบว่าได้ค่าความเชื่อถือได้ของทั้ง 3 ทีม เท่ากับ 1, 1 และ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล และแพทย์ และขอความร่วมมือในการวิจัย และให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2565 ตามลำดับดังนี้

3.1. การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยประสานกับเวชระเบียน ให้คัดเลือกแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีเอกสารตามรายการที่ประเมินครบถ้วนที่เคยรักษาที่หอผู้ป่วย ในจำนวน 30 แฟ้ม และให้ผู้ช่วยวิจัย 6 คน แบ่งเป็น 3 ทีม ทีมละ 2 คน ทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้วยกัน

3.2. การสนทนากลุ่ม มี 4 กลุ่ม กลุ่ม ๆ ละ 6-7 คน แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/ครั้ง โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

3.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์แพทย์ 4 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณคนละ 1 ชั่วโมง

จริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564 (หมายเลข 24921912564)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณภาพของแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการบันทึกทางการพยาบาล จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำนวน 27 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 26-48 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี ทุกคนจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ ร้อยละ 88.89 และเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 11.11 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล 6-10 ปี ร้อยละ 56.67 และไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 60 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์จำนวน 4 คน เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 2 คน ศัลยกรรม 1 คน และสูตินรีเวช 1 คน มีอายุในช่วง 29-36 ปี มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง 2-5 ปี

2. ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล

2.1 **คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล** วิเคราะห์จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้ม จากการบันทึก 21 ข้อ พบว่าทุกข้อส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 (ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ได้ใจความ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาทางด้าน มีผลการวิจัยดังนี้ 1) **ด้านการประเมินสุขภาพ** พบว่าทุกแฟ้ม (ร้อยละ 100) มี 1 ข้อ ที่มีคะแนนในระดับ 1 เกี่ยวกับการบันทึกท้ายกระดาษ ส่วนข้อที่เหลือส่วนมากมีคะแนนการบันทึกในระดับ 1 คิดเป็น

ร้อยละ 96.67 2) ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล พบว่าทุกแฟ้ม (ร้อยละ 100) ทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนในระดับ 1 เกี่ยวกับการบันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าทุกข้อ ส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 ร้อยละ 83.33-96.67) และ 4) ด้านการประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย พบว่า ทุกแฟ้ม

(ร้อยละ 100) มี 1 ข้อ ที่มีคะแนนในระดับ 1 เกี่ยวกับการบันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล ส่วนข้อที่เหลือส่วนใหญ่คะแนนในระดับ 1 ร้อยละ 60.00-96.67 เมื่อพิจารณาถึงข้อที่มีคะแนนการบันทึกในระดับ 2 พบ 3 ข้อ มี 11 แฟ้ม (ร้อยละ 33.67) ที่บันทึกได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ ในเรื่องบันทึกข้อมูลทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ในการประเมินสุขภาพ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลรายข้อ

หัวข้อประเมิน	ระดับคุณภาพการบันทึก		
	0	1	2
ด้านที่ 1 การประเมินสุขภาพ (8 ข้อ)	n(%)	n(%)	n(%)
1. บันทึกถ่ายกระดาษ ด้วยชื่อ-สกุล อายุ เลขทะเบียนผู้ป่วยฯ หอผู้ป่วยที่รับไว้รักษา และชื่อแพทย์	0(0)	30(100)	0(0)
2. บันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ	10(33.33)	17(56.67)	3(10)
3. บันทึกลักษณะอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	10(33.33)	15(50)	5(16.67)
4. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด การได้รับอุบัติเหตุ การแพ้ยา และอาหาร โรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อของสมาชิกในครอบครัว	1(3.33)	19(63.33)	10(33.33)
5. บันทึกวัน เดือน ปี ช่วงเวลาที่รับผู้ป่วย	1(3.33)	26(86.67)	3(10)
6. บันทึกข้อมูลทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ช่วงเวลาที่รับผู้ป่วย	1(3.33)	18(60)	11(36.67)
7. บันทึกแบบฟอร์มปรอท	0(0)	29(96.67)	1(3.33)
8. บันทึกการให้ยา	0(0)	28(93.33)	2(6.67)
ด้านที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (2 ข้อ)			
1. บันทึกปัญหาของผู้รับบริการในรูปแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ฯ	0(0)	30(100)	0(0)
2. มีการระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการแสดงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ	0(0)	30(100)	0(0)
ด้านที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล (4 ข้อ)			
1. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมอาการแสดงหรือปัญหาสำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย	0(0)	29(96.67)	1(3.33)
2. บันทึกการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ระบุข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์	0(0)	27(90.00)	3(10.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อประเมิน	ระดับคุณภาพการบันทึก		
	0	1	2
ด้านที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (4 ข้อ)			
3. บันทึกกิจกรรมพยาบาลที่คำนึงถึงจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย	1(3.33)	27(90.00)	2(6.67)
4. บันทึกกิจกรรมปัญหาจากการเยี่ยมชมตรวจร่วมกับทีมสุขภาพ (ถ้ามี)	2(6.67)	25(83.33)	3(10)
ด้านที่ 4 การประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย (7 ข้อ)			
การประเมินผลการพยาบาล			
1. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาของแพทย์	0(0)	29(96.67)	1(3.33)
2. บันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล	0(0)	30(100)	0(0)
3. การบันทึกและการลงลายมือชื่อ	1(3.33)	18(60)	11(36.67)
การวางแผนจำหน่าย			
4. บันทึกระบุมารยาท หรือปัญหาสำคัญ หรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย	2(6.67)	27(90)	1(3.33)
5. บันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นและการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตัวเองมีการทบทวนข้อแนะนำเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย ก่อนจำหน่ายตามหลัก METHOD	1(3.33)	26(86.67)	3(10)
6. บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย	1(3.33)	18(60)	11(36.67)
7. บันทึกข้อมูลการประสานการดูแลที่ต่อเนื่อง	4(13.33)	24(80)	2(6.67)

2.2 การสนทนากลุ่มของพยาบาล

สามารถสรุปปัญหาได้ 5 ประเด็น คือ

2.2.1 ความสำคัญและความจำเป็น

ในการบันทึกทางการพยาบาล จากการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่า การบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่แสดงหลักฐานเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง การติดตามอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง การให้กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นหลักฐานทางกฎหมาย และใช้สื่อสารกันระหว่างพยาบาลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังเช่น

“สำคัญและจำเป็น เพราะเป็นการบันทึกเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้า และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย” “เป็นการบันทึกกิจกรรมที่พยาบาลทำหรือดูแล และประเมินผลการดูแล” “เป็นเครื่องมือสื่อสารให้เวรถัดไปเพื่อการดูแลต่อเนื่อง” “สำคัญเพราะใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย”

2.2.2 แบบฟอร์มการบันทึกทางการ

พยาบาล สรุปผลการสนทนากลุ่มได้ดังนี้

ด้านที่เหมาะสม พบว่า มีแบบฟอร์มมีรูปแบบเดียวกันเหมาะสมแล้ว สอดคล้องกับกระบวนการ

พยาบาล เช่น แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ที่ใช้รูปแบบของ Focus charting

ด้านที่ไม่เหมาะสม พบว่า 1) แบบฟอร์มซ้ำซ้อน 2) แบบฟอร์มขาดความสมบูรณ์ 3) ขาดแบบฟอร์มสำคัญ 4) ขาดส่วนการอธิบายรายละเอียดสำคัญบางแบบฟอร์ม 5) แบบฟอร์มยากในการนำมาใช้ 6) แบบฟอร์มมีความหลากหลาย แม้เป็นแบบฟอร์มเรื่องเดียวกัน เช่น แบบฟอร์มในการบันทึกติดตามอาการผู้ป่วย 7) แบบฟอร์มไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ 8) รูปแบบของแบบฟอร์มไม่เหมาะสม 9) มีรายละเอียดการประเมินมากเกินไป ทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้น เช่น แบบฟอร์มจำหน่ายมี 5 แผ่น มากเกินไป และ 10) ยังมีการใช้แบบฟอร์มที่สำคัญไม่ครอบคลุมทุกวอร์ด เช่น แบบบันทึกอาการต่อเนื่อง (Progress note) ดังเช่น

“ไม่มีช่องประเมินอาการแรกรับของผู้รับบริการ” “แบบบันทึกสารน้ำเข้าออกไม่มี” “แบบฟอร์มจำหน่ายไม่มีช่องขยายรายละเอียด ข้อมูลเลยไม่ค่อยชัดเจนเท่าไร” “แบบประเมินละเอียดเกินไป...ต้องเสียเวลาทำมาก” “บางวอร์ดไม่มีการนำแบบบันทึกอาการต่อเนื่องมาใช้กับผู้ป่วย”

2.1.3 วิธีการเขียนแบบบันทึกของพยาบาล พบว่า พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาล ยังไม่ได้คุณภาพ คือ 1) ไม่ชัดเจน 2) ไม่ครอบคลุม 3) ไม่ต่อเนื่อง 4) ไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย 5) ไม่บันทึกสิ่งที่ทำอย่างครอบคลุม 6) ไม่เป็นปัจจุบัน (เขียนไว้ก่อน) เขียนซ้ำ ๆ เดิม ๆ 7) ไม่ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติ 8) ไม่มีรูปแบบการเขียนไปในแนวทางเดียวกัน เขียนไม่เหมือนกัน 9) เขียนเหมือนเดิม ซ้ำ ๆ ทุกเวอร์ ไม่มีการปรับให้เป็นปัจจุบัน ดังเช่น

“บางคนไม่เขียนข้อมูลสนับสนุนของผู้ป่วยเลย แต่บางคนก็เขียน” “ต่างคนต่างเขียนตามความเคยชิน

แบบเดิม ๆ ที่ตนเองเคยเรียนหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน”

2.1.4 ความสามารถในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล พบว่า 1) ขาดความรู้ในการประเมินปัญหา และการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับโรคของผู้ป่วย 2) ขาดความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมและนำข้อมูลมาใช้ในการเขียนบันทึกไม่ชัดเจน 3) พยาบาลเขียนในสิ่งที่ตนเองไม่ได้ทำ 4) พยาบาลไม่ทำการบันทึกตามแนวปฏิบัติที่กำหนด เช่น กรณีที่ใช้ยา High alert drugs ต้องเซ็นชื่อกำกับแบบ Double check แต่พยาบาลเซ็นแค่ครั้งเดียว และการไม่ลงบันทึกปริมาณการเสียเลือดกรณีเข้ารับการผ่าตัด และ 5) การบริหารเวลาไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่น

“ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะโรคมากนัก เลยมองปัญหาผู้รับบริการไม่ออก” “ขาดความถนัดในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล” “บางเคสที่ผู้ป่วยซ็อก ต้องให้ยา High alert drugs หลายตัว น้องก็เขียนไม่ค่อยทัน เขียนไม่ชัดเจนเท่าไร”

2.1.5 การประเมินผลและตรวจสอบ พบว่า ขาดการประเมินผลและตรวจสอบแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง และทีมประเมินคุณภาพแบบบันทึกยังขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน ดังเช่น

“ขาดการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกในแต่ละวัน โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหา” “ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ” “บางคนยังไม่ทราบเกณฑ์การประเมินการบันทึกที่ถูกต้อง และยังไม่เข้าใจไม่ตรงกัน”

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการพยาบาล

ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ จำนวน 4 คน สรุปประเด็นได้ดังนี้

2.2.1 บันทึกการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็น คือ เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษาให้แม่นยำมากขึ้น และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2.2.2 ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล คือ วิธีการเขียนบันทึกของพยาบาล พบว่า ยังลงรายละเอียดไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจน ดังเช่น

“การบันทึก I/O ยังไม่ถูกต้อง บวกเลขผิด บางครั้ง” “เคสที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเสียงสูง ยังลงรายละเอียดได้ไม่ครอบคลุม” “การลงบันทึกเวลาการให้ยา บางครั้งไม่ตรงตามเวลาที่ผู้ป่วยได้รับจริง” “กรณีเคสที่เป็นคดีความ ยังลงรายละเอียดไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม เช่น เวลาแพทย์มา แพทย์ชื่ออะไรบ้าง แพทย์ทำอะไร พูดยอะไร”

3. ความต้องการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล

3.1 จากการสนทนากลุ่มพบว่า ต้องการพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ดีขึ้น โดยต้องการให้เขียนไปในแนวทางเดียวกัน และเสนอให้มีแนวทางปรับปรุงแก้ไขการบันทึกทางการพยาบาล สรุปได้ 3 ประเด็น คือ

3.1.1 ให้ผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการเขียนที่ถูกต้อง โดยมีคู่มือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาล และมีคู่มือหรือตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแต่ละโรคเป็นแนวทางเดียวกัน

3.1.2 ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เช่น ปรับแบบฟอร์มให้บันทึกง่าย ๆ ไม่ซ้ำซ้อน ครอบคลุม มีความทันสมัย และไม่มากเกินไป

3.1.3 ให้มีระบบการประเมินและตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง

3.2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในแพทย์ที่ใช้ข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาล สรุปได้ 3 ประเด็น คือ

3.2.1 อยากได้บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วยที่มีความถูกต้อง ครบคลุม ชัดเจน ได้ใจความ เป็นปัจจุบัน และมีความต่อเนื่อง เช่น “อยากเห็นแบบบันทึกที่ครอบคลุมมีรายละเอียดมากขึ้น ถูกต้องทั้งข้อมูล กิจกรรมที่ทำ เวลา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” “ให้เห็นภาพที่ชัดเจน สื่อสารกันง่ายขึ้น และบันทึกอย่างต่อเนื่อง”

3.2.2 กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ป่วยคดี ควรบันทึกให้ละเอียดมากขึ้น เช่น “ควรบันทึกรายละเอียดให้มากขึ้นกว่านี้ ในรายที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยคดี”

3.2.3 กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ป่วยคดี ควรบันทึกให้ละเอียดมากขึ้น

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 30 แฟ้ม จาก 4 หัวข้อการประเมิน คือ 1) การประเมินสุขภาพ (8 ข้อ) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (2 ข้อ) 3) การปฏิบัติการพยาบาล (4 ข้อ) และ 4) การประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย (7 ข้อ) รวมเป็น 21 ข้อ พบว่าทุกข้อส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับ 1 (ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่ใส่ใจความมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มี 4 ข้อที่มีคะแนนในระดับ 1 ร้อยละ 100 เป็นข้อเกี่ยวกับ 1) การบันทึกท้ายกระดาษ ฯ 2) การบันทึกปัญหาของผู้รับบริการใน

รูปแบบข้อวินิจฉัยการพยาบาลฯ 3) การระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ และ 4) การบันทึกการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล จากปัญหานี้มีข้อมูลสนับสนุนจากการสนทนากลุ่มกับพยาบาล 27 คน ที่เป็นผู้เขียนบันทึกทางการพยาบาล สรุปปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลได้ 4 ประเด็น คือ 1) ปัญหาของแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล เช่น ความซ้ำซ้อน ขาดความสมบูรณ์ ขาดการอธิบายรายละเอียด ยากในการนำมาใช้ มีความหลากหลาย และมีรายละเอียดการประเมินมากเกินไป 2) วิธีการเขียนแบบบันทึก พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ได้คุณภาพ เช่น เขียนไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย ไม่บันทึกสิ่งที่ทำอย่างครอบคลุม ไม่เป็นปัจจุบัน เขียนซ้ำ ๆ เดิม ๆ ไม่มีรูปแบบการเขียนไปในแนวทางเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพของแบบบันทึกทางการพยาบาล 3) ความสามารถในการเขียนบันทึก พบว่าพยาบาลขาดความรู้ในการประเมินปัญหาและการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคของผู้ป่วย ขาดความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนในสิ่งที่ตนเองไม่ได้ทำ ไม่ทำการบันทึกตามแนวปฏิบัติที่กำหนด และการบริหารเวลาไม่มีประสิทธิภาพ และ 4) การประเมินผลและการตรวจสอบ พบว่า การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง และทีมประเมินคุณภาพแบบบันทึกยังขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน จากข้อมูลที่ได้มาจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของการบันทึก เมื่อพิจารณาประวัติการเข้าอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า มีร้อยละ 60 ที่ผ่านการอบรม และมีผู้ที่ยังไม่เข้ารับการอบรมร้อยละ 40 อาจมีผลต่อคุณภาพการบันทึกและสอดคล้องกับผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือพยาบาลยังขาดความรู้ในการบันทึก

ทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนจากแพทย์ผู้ให้ข้อมูลจากการบันทึกยังให้ข้อมูลสนับสนุนว่าพยาบาลยังลงรายละเอียดไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจนในแบบบันทึกทางการพยาบาล เช่น การบันทึกสารน้ำเข้าออก ในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงยังลงรายละเอียดไม่ครอบคลุม บันทึกการให้ยาไม่ตรงกับเวลาที่ให้ ไม่มีการบันทึกเวลาที่แพทย์มาและชื่อของแพทย์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางคดี เป็นต้น

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการวิจัยของพาณิชย์ วิรัชกุล และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าแบบฟอร์มบันทึกไม่ชัดเจน บันทึกไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ไม่ตอบสนองต่อการจำหน่าย และการติดตามผลการพยาบาล และงานวิจัยของสาวิตรี ไหมโบราณ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและพบว่ากรบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้สะท้อนปัญหาของผู้ป่วยและไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล ขาดความต่อเนื่อง บันทึกไม่ครบถ้วน การบันทึกการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมปัญหาทางการพยาบาล บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำ ไม่มีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ไม่มีแนวทางในการเขียน ไม่มีรูปแบบชัดเจนและใช้เวลามาก เช่นกัน

ในประเด็นเรื่องการประเมินผลและตรวจสอบในงานวิจัยนี้พบว่า ขาดการประเมินผลและตรวจสอบแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง และทีมประเมินคุณภาพแบบบันทึกทางการพยาบาลยังขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน มีงานวิจัยของโสภาคย์ คำชัยเล็ก เพชรสุณีัย ทั้งเจริญกุล และทวิยาพรรณ สุภามณี⁽¹²⁾ ที่สนับสนุนปัญหาและอุปสรรคด้านนี้ว่า ผู้ตรวจการบันทึกทางการพยาบาลไม่สามารถจัดสรรเวลามาทำการตรวจสอบการ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาลในด้านสถานที่ที่ทำการตรวจบันทึกทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบปัญหาว่าแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกรอบ

ของสำนักการพยาบาลมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ตรวจ
บันทึกมีความอ่อนล้าและไม่อยากทำการตรวจ และยัง
พบว่าขาดการประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับ
ผลการวิจัยครั้งนี้

2. ความต้องการการบันทึกทางการพยาบาล
พบว่าพยาบาลต้องการการพัฒนาศักยภาพการเขียน
บันทึกทางการพยาบาล โดยมีผู้เชี่ยวชาญมาสอนวิธีการ
เขียนที่ถูกต้อง มีคู่มือการเขียนบันทึกการพยาบาลของ
โรงพยาบาล และมีคู่มือหรือตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลในแต่ละโรค ความต้องการนี้สอดคล้องกับ
ปัญหาการบันทึกการพยาบาลเป็นอย่างมากเนื่องจาก
เพราะจากการสนทนากลุ่มพบว่าพยาบาลยังขาด
ความรู้ในการประเมินปัญหาและการเขียนข้อวินิจฉัย
การพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคของผู้ป่วย ขาดความ
เข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้พยาบาลต้องการ
ผู้เชี่ยวชาญมาสอนในเรื่องการบันทึก และต้องการคู่มือ
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาล ส่วน
ปัญหาแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล ที่มี
จำนวนมาก ซ้ำซ้อน ไม่สมบูรณ์ ไม่ครอบคลุม ยากต่อ
การใช้ ฯลฯ พยาบาลต้องการปรับปรุงแบบฟอร์มการ
บันทึกทางการพยาบาล ให้บันทึกง่าย ๆ ไม่ซ้ำซ้อน
ครอบคลุม มีความทันสมัย และไม่มากเกินไป เป็นต้น
ส่วนปัญหาระบบการประเมินและตรวจสอบ ที่ขาดการ
ประเมินผลและตรวจสอบแบบบันทึกอย่างต่อเนื่อง
พยาบาลจึงต้องการให้มีการแก้ไขปัญหานี้ด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นปัญหาการบันทึก
ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุทธาเวช
ได้ชัดเจนมากขึ้น อันจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพ
การบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพต่อไป
เช่น การปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก การจัดทำคู่มือ
การบันทึกการพยาบาล⁽⁹⁾ การจัดทำคู่มือการตรวจ
บันทึกทางการพยาบาล และการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบ
บันทึกทางการพยาบาล⁽¹²⁾ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลสุทธาเวชควรมีการพัฒนาแบบ
การบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1. ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึกทางการ
พยาบาล ตามความต้องการของพยาบาล ให้บันทึก
ง่าย ๆ ไม่ซ้ำซ้อน สะดวก ประหยัดเวลา สามารถบันทึก
สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. จัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล การ
พยาบาลเฉพาะโรคต่าง ๆ ตามสาขา
3. จัดอบรมพยาบาลทุกคนเพื่อพัฒนา
ศักยภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ในกลุ่มโรค
5 โรคที่พบบ่อย ให้สามารถบันทึกในทิศทางเดียวกัน
4. จัดระบบการประเมินและตรวจสอบ
คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มีทีมที่สามารถให้
คำปรึกษา มีการติดตามประเมินผล และพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ปราณิ อัครวรรณ์. บันทึกทางการพยาบาล:
หลักการบันทึกเพื่อการใช้ประโยชน์ทางกฎหมาย.
วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ. 2555;5(2): 24-
32.
2. กาญจนา ธาณะ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. บันทึก
ทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาล
วิชาชีพ (Nursing documentation: The nurses' most
important evidence). พยาบาลสาร. 2558;42(1): 164-
170.
3. Moorhead, S., Swanson, E. Johnson, M., &
Mass, M. (Eds.). Nursing Outcome Classification (NOC):
Measurement of health outcomes. (6th ed.). St
Louis: Elsevier; 2018.

4. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
5. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. (Medical Record Audit Guideline). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
6. Cheevakasemsook, A, Moolsart, S., & Noimuenwai, P. Apply research finding subject: Development of a Nursing record model on the use of nursing process Lam Luk Ka hospital to provide academic services to society. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2013. (in Thai).
7. ดวงแก้ว พรรณพราว และนางเยาว์ มีเทียน. การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(2): 85-93.
8. Komlamlird, U. The development of a nursing record model in a neonatal intensive care unit of Samutsakhon hospital [Master Thesis of Nursing Science]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2012. (in Thai).
9. พาณี วิรัชชกุล บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี อารี ชิวเกษม สุข และยุวดี เกตสัมพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2021;32(2): 186-201.
10. พรศิริ พันธศรี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษรจำกัด; 2554.
11. สาวิตรี ไหมโบราณ อาภัสรา พันขาม และนุชนาฏ แสนสุข. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Develop of nursing documentation on focus charting nursing record). วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1): 173-179.
12. โสภา คำชัยเล็ก เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล และทวิยา พรรณ สุภามณี. การพัฒนาคุณภาพการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ. พยาบาลสาร. 2559;43(4): 105-113.

การเปรียบเทียบการรักษามะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Comparison of locally advanced rectal cancer with pre-operative concurrent chemoradiation and post-operative concurrent chemoradiation in Roi Et hospital)

พิชญดา ดารุนิกร^{1*}, อรทัย สิบเมือง²

Pichayada Darunikorn^{1*}, Orathai Seabmuangchai²

แพทยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 45000

Current position : radiation oncologist at radiology department , Roi et hospital 111 Ronnachaicharnyut rd. Roi-et ,45000

(Received: 27 May 2022 Revised: 4 August 2022 Accepted: 11 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally Advanced Rectal cancer) ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาจากเวชระเบียน ฐานข้อมูลการวางแผนการฉายรังสี (Eclipse Treatment Planning System) และการสอบถามอาการทางโทรศัพท์ จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่เฉพาะที่ (Locally Advanced Rectal cancer) ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 ธันวาคม 2563

ผลการศึกษา : 1. การศึกษานี้พบว่าการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแง่ผลการรักษาทั้ง Loco regional control, Disease free survival และ overall survival 2. ปัจจัยด้าน อายุ, เพศ, ระยะของโรค (T stage, N stage), Tumor Grade, Resected margin status, Lympho-vascular invasion status, Surgery procedure, CEA level ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ Loco-regional control, Disease free survival และ overall survival มีเพียง Resected margin status ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ Disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. กลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal

Toxicity) ต่ำกว่าในกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตวิทยา (Hematologic Toxicity) และระบบผิวหนัง (Dermatologic Toxicity) 4. นอกจากนี้ยังพบอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ (Pathological Complete Response) ในกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) สูงถึง 20%

สรุปผลการศึกษา : จากการศึกษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแง่ผลการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ซึ่งอาจจะต้องอาศัยจำนวนผู้ป่วยและระยะเวลาการติดตามการรักษาที่มากขึ้น ในกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารต่ำกว่าซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ และยังพบว่าอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ (Pathological Complete Response) อยู่ในเกณฑ์ที่ดีเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ตรง, ยาเคมีบำบัดและฉายแสงก่อนการผ่าตัดมะเร็ง, ยาเคมีบำบัดและฉายแสงหลังการผ่าตัดมะเร็ง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Corresponding Author: *E-mail: pimmpich@gmail.com



Abstract

Objective : To study outcome of the pre-operative concurrent chemoradiation compared to postoperative concurrent chemoradiation and associated factor in Roi-Et hospital.

Method : This study is analytic study by retrospective data collection. The medical record and eclipse Treatment Planning System are reviewed.

Result : This study show sex, T stage , N stage, Tumor Grade, Resected margin status, Lymphovascular invasion status, Surgery procedure, CEA > 5 are not associated to overall survival. In addition, resected margin status is associated with disease free survival and is statistically significant. The rate of complete pathological response is 20%. Gastrointestinal complication in preoperative concurrent chemoradiation group is lower than in postoperative concurrent chemoradiation group statistically significant.

Conclusion : The reason for this study is the selections of treatment methods for patients. The rate of complete pathological response is acceptable.

Keyword : Rectal cancer, pre-operative concurrent chemoradiation, postoperative concurrent chemoradiation, Roi-Et hospital.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย มีการศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศพบว่า การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่พบว่า อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Loco-regional control : LRC) ระยะเวลาการปลอดจากโรค (Disease free survival ;DFS) และอัตราการรอดชีวิต (Overall survival : OS) สูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดหรือฉายรังสีเพียงอย่างเดียว⁽¹⁻⁵⁾

การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดจึงถือเป็นการรักษาหลักร่วมกับการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ Sauer และคณะ ได้ทำการศึกษาระหว่างการฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เปรียบเทียบกับการฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) พบว่ากลุ่มที่ฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดสามารถลดขนาดของก้อนมะเร็งทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการผ่าตัดและเพิ่มโอกาสในการผ่าตัดแบบเก็บหูดได้ เพิ่มการตอบสนองทางพยาธิวิทยาแบบสมบูรณ์ (Pathological complete response : pCR) เพิ่มอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Loco-regional control : LRC) เพิ่มระยะปลอดโรค (Disease free survival) อีกด้วย นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงจากการรักษาน้อยกว่าการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการรักษาทิ้งสองรูปแบบก็ไม่มี ความแตกต่างในด้านอัตราการรอดชีวิต (Overall Survival)

การศึกษาของ Jeong Won Lee และคณะพบว่าอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเกิดการลุกลามเฉพาะที่ใน 5 ปี ของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการผ่าตัดแบบเก็บรักษา กล้ามเนื้อหูดในมะเร็งลำไส้ตรงที่อยู่ใกล้รูทวารของทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดกลุ่มระยะมะเร็งตามเกณฑ์ทางพยาธิวิทยาพบว่าลดระยะของโรคลงจากการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและฉายแสงแบบก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลข้างเคียงจากการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสงทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเทียบระหว่างกลุ่มให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงกับให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงหลังผ่าตัดนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁵⁾

โดยการศึกษาของ Euncheol Choi และคณะพบว่าอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ของมะเร็งลำไส้ตรงอยู่ที่ 20.8%⁽⁶⁾ และการศึกษาของ Simon Wilkins พบว่า อัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ของมะเร็งลำไส้ตรงอยู่ที่ 35%⁽⁷⁾ โดยมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของ Prajnan Das และคณะพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ของมะเร็งลำไส้ตรงต่ำลง ได้แก่ มะเร็งที่ลุกลามแบบรอบวงของลำไส้มากกว่า 60% และการตรวจพบระดับ carcinoembryonic antigen ก่อนการรักษา มากกว่า 2.5 ng/ml ปัจจัยที่มีผลช่วยลดระยะของโรคลงหลังจากการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสงก่อนการผ่าตัด ได้แก่ มะเร็งที่ลุกลามแบบรอบวงของลำไส้ตรงมากกว่า 60% การตรวจพบระดับ carcinoembryonic antigen ก่อนการรักษา มากกว่า 2.5 ng/ml และระยะห่างระหว่างมะเร็งกับรูทวารมากกว่า 5 เซนติเมตร⁽⁸⁾

แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) กับกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีและให้

ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีของมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาผลข้างเคียงระยะเฉียบพลันของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวินิจฉัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาจากเวชระเบียน ฐานข้อมูลการวางแผนการฉายรังสี (Eclipse Treatment Planning System) และการสอบถามอาการทางโทรศัพท์

เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-

operative concurrent chemoradiation) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 ธันวาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) เป็นการรักษาเพื่อหวังผลหายขาด (Curative aim)

1. ผู้ป่วยอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ตรง และมีผลยืนยันทางพยาธิวิทยาเป็น Adenocarcinoma
3. มะเร็งลำไส้ตรงที่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ (ระยะ T3, T4 หรือ N positive)
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามหลังการรักษาอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีจากโรงพยาบาลอื่น
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามจนครบ 1 ปี
3. ผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลับเป็นซ้ำหรือการแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ตรงขณะรับการรักษาครั้งแรก การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) แปลงเป็นรหัสบันทึกเพื่อป้องกันฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 2 คิว

- ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Overall survival, Disease free survival, Loco-regional control, Odd ratio, 95% CI, Hazard ratio

นิยามคำศัพท์

การควบคุมโรคเฉพาะที่ (Loco-regional control : LRC) หมายถึง การกลับเป็นซ้ำของโรคที่ตำแหน่งเดิม, ตำแหน่งรอยต่อ, ตำแหน่งรอยผ่าตัด,

ตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง โดยวินิจฉัยจากผลพยาธิวิทยา และ/หรือภาพถ่ายทางรังสีวิทยา

ระยะเวลาการปลอดจากโรค (Disease free survival : DFS) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงวันที่พบการกลับเป็นซ้ำหรือพบการแพร่กระจายของโรค หรือเสียชีวิต

อัตราการรอดชีวิต (Overall survival : OS) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงวันที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุใดๆหรือวันที่มาติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย

การตอบสนองทางพยาธิวิทยาแบบสมบูรณ์ (Pathological Complete Response : pCR) หมายถึงการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาไม่พบเซลล์มะเร็งหลังจากการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและ/หรือการฉายรังสี ผลข้างเคียงระยะพลัน (Acute complication) หมายถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนภายหลังการรักษาด้วยการฉายรังสี

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้พบข้อมูลทั่วไปไม่มีความต่างในระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) และกลุ่มที่ได้รับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยเป็นผู้ชาย 40 ราย (50.6%) และเพศหญิง 39 ราย (49.4%) อายุตั้งแต่ 27-84 ปี เฉลี่ย 59.75+/-10.22 ปี

Histological type ทุกรายเป็น Adenocarcinoma โดย Tumor grade 1 จำนวน 14 ราย (17.7%) grade 2 จำนวน 53 ราย (67.1%) grade 3 จำนวน 4 ราย (5.1%)

T stage ส่วนใหญ่เป็น T3 จำนวน 56 ราย (70.9%) รองลงมาคือ T4 จำนวน 16 ราย (20.3%) และ T2 จำนวน 7 ราย (8.9%) ตามลำดับ

N stage ส่วนใหญ่เป็น N2 จำนวน 34 ราย (43%) รองลงมาคือ N1 จำนวน 27 ราย (34.2%), N0 จำนวน 15 ราย (19.0%) และ N3 จำนวน 3 ราย (3.8%) ตามลำดับ

Resected margins ไม่ free จำนวน 7 ราย (8.9%) Presence of LVSI จำนวน 37 ราย (46.8%) ระดับ CEA > 5 จำนวน 17 ราย (21.5%)

Pre-op จำนวน 30 ราย (38.0%) Post-op จำนวน 49 ราย (62.0%)

Complete pathological response ในกลุ่ม pre-op จำนวน 6 ราย (20%) การผ่าตัด APR จำนวน 27 ราย (34.2%) LAR จำนวน 52 ราย (65.8%) ได้รับ CMT สูตร 5FU/LV จำนวน 72 ราย (91.1%) สูตร Capecitabine จำนวน 6 ราย (7.6%)

มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร จำนวน 33 ราย (41.8%) ระบบโลหิตวิทยา 6 ราย (7.6%) และระบบผิวหนัง 9 ราย (11.4%)

ค่า Median ของ overall survival เป็น 1,150 วัน และ ค่า Median ของ Disease free survival เป็น 1,275 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน

		Pre-operative Concurrent Chemoradiation	Post-operative Concurrent Chemoradiation
Gender	Male	19 (47.5%)	21 (52.5%)
	Female	11 (28.2%)	28 (71.8%)
Age		59.66+/-12.52	59.81+/-8.65
T stage	T2	1 (6.7%)	6 (85.7%)
	T3	20 (35.7%)	36 (64.3%)
	T4	9 (56.3%)	7 (43.8%)
N stage	NO	1 (6.7%)	14 (93.3%)
	N1	13 (48.1%)	14 (51.9%)
	N2	15 (44.1%)	19 (55.9%)
	N3	1 (33.3%)	2 (66.7%)
Tumor Grade	1	4 (28.6%)	10 (71.4%)
	2	15 (28.3%)	38 (71.7%)
	3	3 (75.0%)	1 (25.0%)
Margin status	Positive Resected margin	3 (42.9%)	4 (57.1%)
Lympho-vascular Invasion	Present	10 (27.0%)	27 (73.0%)
Surgery procedure	APR	17 (63.0%)	10 (37.0%)
	LAR	13 (25.0%)	39 (75.0%)
Chemotherapy Regimen	5FU/LV	30 (41.7%)	42 (58.3)
	Capecitabine	0 (0.0%)	6 (100.0%)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	Pre-operative Concurrent Chemoradiation	Post-operative Concurrent Chemoradiation
GI Toxicity	6 (18.2%)	27(81.8%)
Hematological Toxicity	3 (50.0%)	3 (50.0%)
Skin Toxicity	2 (22.2%)	7 (77.8%)
CEA level >5	9 (52.9%)	8 (47.1%)
Mean overall survival	1101.9- +/-407	1180.29 +/-393
Mean disease free survival	1030.43+/- 413	1323.16+/-332

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต (Overall survival : OS)

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังที่แสดงในตารางที่ 2 ไม่มีไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต (Overall survival : OS)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยกับอัตราการรอดชีวิต (Overall survival)

	Hazard ratio	95% CI	P value
Gender	0.57	0.414-1.995	0.812
Pre-operative Concurrent Chemoradiation /Post- Operative concurrent Chemoradiation	0.178	0.516-2.779	0.673
T stage	1.412	0.714-2.949	0.494
N stage	3.023	0.871-2.479	0.388

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	Hazard ratio	95% CI	P value
Tumor Grade	3.939	0.000-4.477	0.268
Resected Margin status	3.338	0.000-8.057	0.188
Lympho-vascular Invasion status	30.57	0.000-31.439	0.217
Surgery procedure	0.377	0.564-1.351	0.539
CEA level > 5	1.200	0.896-2.343	0.273

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการปลอดจากโรค (Disease free survival : DFS)

การศึกษานี้พบว่า Resected margin status มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการปลอดจากโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 7.317, P-value 0.026) ดังแสดงในตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยกับระยะเวลาการปลอดจากโรค (Disease free survival)

	Hazard ratio	95% CI	P value
Gender	1.720	0.029-2.298	0.190
Pre-operative concurrent chemoradiation /Post operative concurrent chemoradiation	0.055	0.135-4.842	0.815
T stage	2.184	0.254-6.600	0.336
N stage	1.571	0.500-4.773	0.666
Tumor Grade	2.491	0.021-85.34	0.477
Resected margin status	7.317	6.000-9.308	0.026*

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	Hazard ratio	95% CI	P value
Lympho-vascular invasion status	2.317	0.000-4.968	0.314
Surgery procedure	1.899	0.740-4.441	0.168
CEA level > 5	1.562	0.892-3.465	0.211

4. ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลันเปรียบเทียบระหว่างการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) และการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) การศึกษานี้พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารในกลุ่มที่ฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมี

บำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) สูงกว่าในกลุ่มฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตวิทยาและระบบผิวหนังไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะแทรกซ้อนระบบต่างๆกับกลุ่มที่การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-op) และ กลุ่มที่การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-op)

		Pre-op	Post-op	P value	Odd ratio	95% CI
Gastrointestinal Toxicity	Present	6	27	0.002*	4.909	1.706-14.127
	Absent	24	22			
Hematological Toxicity	Present	3	3	0.528	0.587	0.111-3.116
	Absent	27	46			
Skin Toxicity	Present	2	7	0.301	2.333	0.451-12.060
	Absent	28	42			

วิจารณ์

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย การรักษาหลักคือการฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด ข้อมูลงานวิจัยตลอดจนการศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ที่อ้างอิงเป็นมาตรฐานการรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากต่างประเทศ โดยที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่เป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้ง ศัลยแพทย์ มะเร็ง อายุรแพทย์และรังสีแพทย์แต่การเชื่อมโยงและการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ยังมีน้อย นอกจากนี้แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ 18 ตุลาคม 2560 จึงมีความสำคัญที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่เพื่อเป็นประโยชน์และให้การรักษาได้คุณภาพตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้คือ ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรักษา ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

ผลการศึกษานี้พบว่า เพศ, Pre-operative / Post-operative concurrent chemoradiation, T stage, N stage, Tumor Grade, Resected margin status, Lymph-vascular invasion status, Surgery

procedure, CEA level > 5 ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการควบคุมโรค เฉพาะที่ (Loco-regional control : LRC) ,ระยะปลอดโรค (Disease free survival) และอัตราการรอดชีวิต (Overall Survival) ยกเว้น Resected margin status มีความสัมพันธ์กับระยะปลอดโรค (Disease free survival) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 7.317, P-value 0.026) สุดท้ายยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารระยะเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) ต่ำกว่าว่าในกลุ่มที่ฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) เป็น 4.909 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตวิทยาและระบบผิวหนังไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeong Won Lee⁽⁵⁾ ที่ระบุว่าอัตราการรอดชีวิต (Overall survival) และอัตราการลุกลามเฉพาะที่ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม และการศึกษาของ Chung-Hung Yeh ก็ระบุว่าอัตราการรอดชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน⁽⁴⁾ โดยการศึกษาในคนไทยก็พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Pichayada Darunikorn และคณะ⁽³⁾ และปัจจัยอื่น ๆ ก็ไม่พบความแตกต่างกัน ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยในการศึกษา การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่จำเพาะและระยะเวลาในการศึกษายังไม่ยาวนานพอ ทำให้อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Loco-regional control : LRC) ระยะปลอดโรค (Disease free survival) และ อัตราการรอดชีวิต (Overall Survival) ไม่แตกต่างกันซึ่งถือว่าเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ มีการศึกษาของ Prajnan Das ที่ระบุว่า Serum CEA มากกว่า 2.5 ng/ml สัมพันธ์กับอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ของมะเร็งลำไส้ตรง⁽⁸⁾ ซึ่งการศึกษานี้ก็ไม่พบ

ความสัมพันธ์ดังกล่าว และการศึกษาของ Thitipong Setthalikhit และคณะ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ของมะเร็งไส้ตรง ได้แก่ ขนาดของมะเร็งที่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร⁽⁹⁾ ซึ่งการศึกษานี้ก็ไม่พบความสัมพันธ์ของ tumor size ส่วนอัตราการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ของการศึกษานี้คือ 20% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Euncheol Choi และคณะ⁽⁶⁾

สรุปผลการศึกษา

ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) เทียบกับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Post-operative concurrent chemoradiation) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ไม่พบความแตกต่างในด้านอัตราการควบคุมโรค เฉพาะที่ (Loco-regional control : LRC) ระยะปลอดโรค (Disease free survival) และอัตราการรอดชีวิต (Overall Survival) แต่ในกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Pre-operative concurrent chemoradiation) พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารระยะเฉียบพลันน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญและยังพบว่าการตอบสนองทางพยาธิวิทยาแบบสมบูรณ์ (Pathological complete response : pCR) สูงถึง 20%

เอกสารอ้างอิง

1. Jin-hong Park, Sang Min Yoon, Chang Sik Yu, Jong Hoon Kim, Tae Won Kim, Jin Cheon Kim. Randomized phase 3 trial comparing preoperative and postoperative

chemoradiotherapy with capecitabine for locally advanced rectal cancer. *Cancer*. 2011 Aug 15;117(16):3703–12.

2. Rolf Sauer, Heinz Becker, Werner Hohenberger, Claus Rödel, Christian Wittekind, Rainer Fietkau, et al. Preoperative versus Postoperative Chemoradiotherapy for Rectal Cancer. *N Engl J Med*. 2004 Oct 21;351(17):1731–40.
3. Pichayada Darunikom, Putipun Puataweepong, Mantana Dhanachai, Somjai Dangprasert, Thiti Swangsilpa, Chomporn Sitathanee, et al. Long Term Outcomes of Preoperative versus Postoperative Concurrent Chemoradiation for Locally Advanced Rectal Cancer: Experience from Ramathibodi Medical School in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2015;16(16):7315–9.
4. Chung-Hung Yeh, Miao-Fen Chen, Chia-Hsuan Lai, Wen-Shih Huang, Steve P. Lee, Wen-Cheng Chen. Comparison of treatment results between surgery alone, preoperative short-course radiotherapy, or long-course concurrent chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2012 Oct;17(5):482–90.
5. Jeong Won Lee, Jong Hoon Lee, Jun-Gi Kim, Seong Taek Oh, Hyuk Jun Chung, Myung Ah Lee, et al. Comparison between preoperative and postoperative concurrent chemoradiotherapy for rectal cancer: an institutional analysis. *Radiat Oncol J*. 2013 Sep;31(3):155–61.

6. Euncheol Choi, Jin Hee Kim, Ok Bae Kim, Mi Young Kim, Young Ki Oh, Sung Gyu Baek. Predictors of pathologic complete response after preoperative concurrent chemoradiotherapy of rectal cancer: a single center experience. *Radiat Oncol J.* 2016 Jun;34(2):106–12.
7. Simon Wilkins, Andrew Haydon, Ian Porter, Karen Oliva, Margaret Staples, Peter Carne, et al. Complete Pathological Response After Neoadjuvant Long-Course Chemoradiotherapy for Rectal Cancer and Its Relationship to the Degree of T3 Mesorectal Invasion. *Dis Colon Rectum.* 2016 May;59(5):361–8.
8. Prajnan Das, John M. Skibber, Miguel A. Rodriguez-Bigas, Barry W. Feig, George J. Chang, Robert A. Wolff, et al. Predictors of tumor response and downstaging in patients who receive preoperative chemoradiation for rectal cancer. *Cancer.* 2007 May 1;109(9):1750–5.
9. Thitipong Setthalikhit, Chairat Supsamutchai, Chumpon Wilasrusmee, Tharin Thampongsa, Jakrapan Jirasiritham, Jirat Teerapradith, et al. Predictive Factors of Pathologic Complete Response after Preoperative Chemoradiation in Rectal Cancer. *Thai J Surg.* 2021 Mar 30;42(1):14–22.
10. Chiara Carlomagno, Stefano Pepe, Francesco Paolo D’Armiento, Maria D’Armiento, Lucia Cannella, Alfonso De Stefano, et al. Predictive factors of complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy in patients with rectal cancer. *Oncology.* 2010;78(5–6):369–75.

**การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย
ในโรงพยาบาลหนองคาย**
**Quality of life in children with thalassemia and associated factors
in Nong Khai Hospital.**

รัชดาพร ปุยนุเคราะห์

Rachadaporn Puinukroh

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย, 43000

Medical Physician Department of Pediatrics Nongkhai Hospital , Nongkhai Province, 43000

(Received: 15 June 2022 Revised: 2 August 2022 Accepted: 9 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลหนองคาย

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบการทำวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์โดยผู้ป่วยและผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม PedsQL ที่แปลเป็นภาษาไทย จำนวนรวม 66 ราย โดยประกอบด้วยผู้ป่วย 33 ราย และผู้ปกครอง 33 ราย

ผลการศึกษา : จากการตอบแบบสอบถามของทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองพบว่าของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านสังคมสูงสุด ตามมาด้วยปัจจัยด้านโรงเรียน ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านอารมณ์ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยด้านต่างๆ ของผู้ปกครองพบว่าปัจจัยด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ตามมาด้วยปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านอารมณ์ และปัจจัยด้านโรงเรียนตามลำดับ

คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้ปกครองเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเพศ, อายุ, การเจริญเติบโต, ระดับชั้นการศึกษาของผู้ป่วย, ความเพียงพอของรายได้ของผู้ปกครอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าสอดคล้องกัน

สรุปผลการศึกษา : การศึกษานี้พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า และพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครอง

คำสำคัญ : โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย, ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย, โรงพยาบาลหนองคาย, คุณภาพชีวิต, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต



ABSTRACT

Objectives : To study the quality of life in children with thalassemia in Nong Khai hospital.
Materials and Methods : An analytic study by prospective data collection, 66 data were collected from 33 patients and 33 caregivers by using Pediatric Quality of Life InventoryTM (PedsQLTM) version 4.0 Generic Score Scale (Thai version).

Results : In the patient, the highest was social functioning, school functioning, physical functioning and emotional functioning, respectively. In the caregiver, the highest was physical functioning, social functioning, emotional functioning and school functioning, respectively. All four functioning were compared to sex, age, growth-development, education, income of care giver and shown no statistically significant.

Conclusion : This study revealed all four functions in acceptable ranges, consistent with previous studies and shown not relevant to the patient and caregiver.

Keywords : Thalassemia, Pediatric, Nong Khai hospital, Quality of life

บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยยีนด้อย จากสถิติของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียอยู่ร้อยละ 1 ของประชากรหรือประมาณ 600,000 คน และประชากรไทยมียีนแฝงของโรคนี้มากถึงร้อยละ 35 ถึง 40, ภูมาศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กธาลัสซีเมียชนิดเบต้าที่ต้องมารับเลือดเป็นประจำและผู้ดูแลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างที่ดัดแปลงจากแบบสอบถาม PedsQL รุ่นที่ 4.0 วิเคราะห์ผลตามเนื้อหา (content analysis) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบว่าเป็นโรคโลหิตจางแต่ไม่ทราบสาเหตุของโรค⁽¹⁾

อาการของผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียจะมีอาการซีดจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่ายเรื้อรังร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย, ตับและม้ามโต, กระดูกใบหน้าเปลี่ยน, จมูกแบน, โหนกแก้มสูง, กระดูกบางเปราะหักง่าย, การเจริญเติบโตไม่สมอายุ, ในรายที่ซีดมากจำเป็นต้องได้รับการให้เลือด

ในผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการให้เลือดอาจส่งผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด และมีความกังวลเกี่ยวกับใบหน้าที่ผิดปกติ และขาดเรียนเนื่องจากต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ John ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย พบว่ามีปัจจัยจากการเจ็บป่วยทางกายที่ส่งผลทางใจ, ฐานะทางครอบครัว, ความเครียดของผู้ดูแล, การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ, การขาดเรียน, ครูเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความเข้าใจแก่เพื่อนร่วมชั้นเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย, ความไม่เข้าใจของเด็กต่อโรคที่ตนเองเป็น, และพบว่าในช่วงวัยรุ่นมีความเข้าใจในตัวโรคมมากขึ้นแต่

ยังมีความกังวลเกี่ยวกับใบหน้าผิดปกติและความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากโรค⁽²⁾

PedsQL เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตถูกแปลเป็นภาษาต่าง ๆ รวมทั้งภาษาไทย, Paskorn และคณะได้ทดสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของแบบทดสอบ PedsQL 4.0 ที่ถูกแปลระหว่างภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา ให้เด็กนักเรียนจำนวน 2,086 คนและผู้ปกครองจำนวน 1,914 คนจากโรงเรียนในจังหวัดปทุมธานีจำนวน 4 แห่ง เด็กป่วยจำนวน 100 คนจากแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ปกครองจำนวน 100 คนจากโรงพยาบาลมหาวิทาลัยทำแบบทดสอบพบว่าแบบทดสอบ PedsQL4.0 มีความน่าเชื่อถือและความถูกต้องเพียงพอในการวัดคุณภาพชีวิตเด็กไทยอายุ 8-15 ปี โดยในกลุ่มเด็กปกติมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเด็กป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³⁾

Kapil และคณะ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำ 93 รายระหว่างอายุ 8-18 ปีพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ อายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาอายุที่เพิ่มขึ้นมีการไม่สนใจตัวโรคที่เพิ่มขึ้น ภาวะซีดเรื้อรัง ทำให้กระดูกใบหน้าผิดปกติ การถ่ายเลือดบ่อย ๆ ทำให้คะแนนด้านโรงเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการได้รับยาขับเหล็กชนิดฉีดเนื่องจากการทำหัตถการที่ผู้ป่วยต้องเจ็บตัว⁽⁴⁾

Nonglak เปรียบเทียบเด็กวัยรุ่นปกติ 64 รายกับเด็กธาลัสซีเมีย 64 ราย ในช่วงอายุ 13-18 ปี ทำการศึกษาแบบ cross sectional โดยทำแบบทดสอบ PedsQL 4.0 ในกลุ่มที่ต้องให้เลือดเป็นประจำและกลุ่มที่ให้เลือดบางครั้ง คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตเด็กปกติในทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการศึกษา⁽⁵⁾

รูปแบบการวิจัย (Research design)

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by prospective data collection) โดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยแบบสอบถามร่วมกับการทบทวนเวชระเบียน

- เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ

(Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 7-16 ปี
2. ผู้ป่วย Thalassaemia ที่ได้รับการรักษาที่

โรงพยาบาลหนองคาย

- เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจาก

โครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีผลการตรวจที่โรงพยาบาลหนองคาย
2. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ข้อมูลผู้ป่วยได้จากแหล่งข้อมูลผู้ป่วย

- แบบสอบถาม PedsQL version 4.0 โดยทำเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
- เวชระเบียนผู้ป่วยทางระบบคอมพิวเตอร์

โรงพยาบาลหนองคาย

- รายละเอียดที่เก็บ

ปัจจัยด้านต่าง ๆ ใน PedsQL version 4.0

- ด้านร่างกายมี 8 คำถาม
- ด้านอารมณ์มี 5 คำถาม
- ด้านสังคมมี 5 คำถาม
- ด้านโรงเรียนมี 5 คำถาม

ปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาวิเคราะห์

- เพศ
- อายุ
- ผู้ดูแลหลัก
- รายได้ของครอบครัว
- อาชีพของผู้ดูแล
- ระดับการศึกษาของผู้ดูแล
- ชนิดของ Hemoglobin typing
- ระดับ Serum ferritin
- ระดับ Hemoglobin
- จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด
- การได้รับยาขับเหล็ก
- ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน

ประกอบไปด้วย growth development, puberty, และ hepatosplenomegaly

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

แปลงเป็นรหัสบันทึกเพื่อป้อนลงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, SD, Odd Ratio, Relative Risk, 95%CI, Chi-square, Student t-test, และ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด 33 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.6, การศึกษาของทั้งบิดาและมารดาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 57.6 และ 54.5 ตามลำดับ, อาชีพของบิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบ



อาชีพพ่อบ้านและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60.6 และ 54.5 เป็นร้อยละ 57.6, และส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งคิดตามลำดับ, ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 60.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ปัจจัย		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	39.4
	หญิง	20	60.6
ระดับการศึกษาของมารดา	มัธยมศึกษาตอนต้น	13	39.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	54.5
	อนุปริญญา	1	3.0
	ปริญญาตรี	1	3.0
อาชีพของมารดา	ค้าขาย	4	12.1
	แม่บ้าน	2	6.1
	รับจ้าง	18	54.5
	เกษตรกร	9	27.3
ระดับการศึกษาของบิดา	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	24.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	57.6
	อนุปริญญา	4	12.1
	ปริญญาตรี	2	6.1
อาชีพของบิดา	ค้าขาย	3	9.1
	พ่อบ้าน	20	60.6
	รับจ้าง	1	3.0
	เกษตรกร	9	27.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย		จำนวน	ร้อยละ
เขตที่อยู่อาศัย	ในเขตเทศบาล	19	57.6
	นอกเขตเทศบาล	14	42.4
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	13	39.4
	ไม่เพียงพอ	20	60.6
ผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin < 2500 ng.		28	84.8
ผู้ป่วย Thalassemia มีค่า Hemoglobin \geq 9 g/dl.		4	12.1
ผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนักตามเกณฑ์		32	97.0
ผู้ป่วย Thalassemia มีส่วนสูง ตามเกณฑ์		29	87.9

จากการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยในด้านต่างๆของผู้ป่วยพบว่าปัจจัยด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ตามมาด้วยปัจจัยด้านโรงเรียน ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านอารมณ์ (76.36 ± 18.92 , 71.30 ± 16.54 , 69.50 ± 15.32 , และ 65.60 ± 13.73 ตามลำดับ) ในขณะที่

ปัจจัยด้านต่างๆของผู้ปกครองพบว่าปัจจัยด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ตามมาด้วยปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านอารมณ์ และปัจจัยด้านโรงเรียน (71.30 ± 16.54 , 70.75 ± 18.62 , 65.60 ± 16.19 , และ 59.54 ± 17.29 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ปัจจัยในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ปัจจัยในด้านต่างๆ	ค่าเฉลี่ย \pm SD.	พิสัย
ด้านร่างกายของผู้ป่วย	69.50 +/- 15.32	37.50-100.00
ด้านอารมณ์ของผู้ป่วย	65.60 +/- 13.73	45.00-100.00
ด้านสังคมของผู้ป่วย	76.36 +/-18.92	40.00-100.00
ด้านโรงเรียนของผู้ป่วย	71.30 +/- 16.54	40.00-100.00
ด้านร่างกายของผู้ปกครอง	71.30 +/-16.54	37.50-100.00
ด้านอารมณ์ของผู้ปกครอง	65.60 +/- 16.19	40.00-100.00
ด้านสังคมของผู้ปกครอง	70.75 +/- 18.62	40.00-100.00
ด้านโรงเรียนของผู้ปกครอง	59.54 +/- 17.29	30.00-100.00

จากการคำนวณทางสถิติระหว่างข้อมูลทั่วไปเทียบกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆต่อตัวผู้ป่วยเองพบว่าเพศ, อายุ, การเจริญเติบโต, ระดับชั้นการศึกษา, และความเพียงพอของรายได้ต่อปัจจัยในด้านต่าง ๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเทียบกับคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ต่อตัวผู้ป่วยเอง

		จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยด้านร่างกาย ของผู้ป่วย (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน อารมณ์ของ ผู้ป่วย (Mean Rank)	ปัจจัยด้านสังคม ของผู้ป่วย (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน โรงเรียน ของผู้ป่วย (Mean Rank)
เพศ	ชาย	13 (39.4)	13.88	13.85	14.15	13.35
	หญิง	20 (60.6)	19.03	19.05	18.85	19.38
	Mann-Whitney U (p-value)		89.50 (0.135)	89.00 (0.128)	93.00 (0.168)	82.50 (0.077)
อายุ	≤12 ปี	21 (63.6)	16.98	17.98	16.26	15.83
	>12 ปี	12 (36.4)	17.04	15.29	18.29	19.04
	Mann-Whitney U (p-value)		125.50 (0.985)	105.50 (0.440)	101.50 (0.557)	115.00 (0.355)
การเจริญเติบโต	ปกติ	10 (30.3)	14.40	14.90	13.05	15.20
	ต่ำกว่าเกณฑ์	23 (69.7)	18.13	17.91	18.72	17.78
	Mann-Whitney U (p-value)		89.00 (0.308)	94.00 (0.407)	75.50 (0.117)	97.00 (0.477)
ระดับชั้นการศึกษา	ประถมศึกษา	22 (66.7)	16.89	17.36	15.77	15.73
	มัธยมศึกษา	11 (33.3)	17.23	16.27	19.45	19.55
	Mann-Whitney U (p-value)		118.50 (0.924)	113.00 (0.758)	94.00 (0.297)	93.00 (0.281)
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอ	20 (60.6)	16.45	15.68	15.68	16.70
	พอ	13 (39.4)	17.85	19.04	19.04	17.46
	Mann-Whitney U (p-value)		119.00 (0.685)	103.50 (0.325)	103.50 (0.323)	124.00 (0.823)

จากการคำนวณทางสถิติระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเทียบกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้ปกครองพบว่า เพศ, อายุ, การเจริญเติบโต, ระดับชั้นการศึกษา, และความเพียงพอของรายได้ต่อปัจจัยในด้านต่างๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเทียบกับคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ต่อผู้ปกครอง

		จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยด้าน ร่างกาย ของผู้ปกครอง (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน อารมณ์ ของผู้ปกครอง (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน สังคม ของผู้ปกครอง (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน โรงเรียน ของผู้ปกครอง (Mean Rank)
เพศ	ชาย	13 (39.4)	14.46	15.12	13.46	15.08
	หญิง	20 (60.6)	18.65	18.23	19.30	18.25
	Mann-Whitney U (p-value)		97.00 (0.223)	105.50 (0.362)	84.00 (0.088)	105.00 (0.353)
อายุ	≤12 ปี	21 (63.6)	16.48	17.19	15.95	16.45
	>12 ปี	12 (36.4)	17.92	16.67	18.83	17.96
	Mann-Whitney U (p-value)		115.00 (0.680)	122.00 (0.880)	104.00 (0.408)	114.50 (0.664)
การเจริญเติบโต	ปกติ	10 (30.3)	15.10	18.85	14.95	15.45
	ต่ำกว่าเกณฑ์	23 (69.7)	17.83	16.20	17.89	17.67
	Mann-Whitney U (p-value)		96.00 (0.456)	96.50 (0.464)	94.50 (0.420)	99.50 (0.541)
ระดับชั้นการศึกษา	ประถมศึกษา	22 (66.7)	17.11	17.86	16.32	17.18
	มัธยมศึกษา	11 (33.3)	16.77	15.27	18.36	16.64
	Mann-Whitney U (p-value)		118.50 (0.924)	102.00 (0.463)	106.00 (0.565)	117.00 (0.878)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

		จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยด้าน ร่างกาย ของผู้ปกครอง (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน อารมณ์ ของผู้ปกครอง (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน สังคม ของผู้ปกครอง (Mean Rank)	ปัจจัยด้าน โรงเรียน ของผู้ปกครอง (Mean Rank)
ความเพียงพอ	ไม่พอ	20 (60.6)	15.93	15.93	14.40	16.80
ของรายได้	พอ	13 (39.4)	18.65	18.65	21.00	17.31
Mann-Whitney U			108.50 (0.427)	108.50 (0.423)	78.00 (0.054)	126.00 (0.882)
(p-value)						

วิจารณ์

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติหลายระบบในร่างกาย ไม่เพียงทำให้ผู้ป่วยซีดและเหนื่อยเพลียเท่านั้น แต่ยังทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์, กระดูกผิดรูป, และมีโรคอื่นๆแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ทางสังคม

การศึกษานี้พบว่าข้อมูลทั่วไปสอดคล้องกับการศึกษาของ Venti และคณะ⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ประกอบไปด้วยการศึกษาของพจนพร⁽⁴⁾, สารภีและคณะ⁽⁷⁾, ธิดารัตน์และคณะ⁽⁸⁾, ภูผา⁽⁹⁾, ผกาทิพย์⁽¹⁰⁾, พชรพรรณ⁽¹¹⁾, และการศึกษาของกิตติและคณะ⁽¹²⁾

จากการตอบแบบสอบถามของทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองพบว่าของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านสังคมสูงที่สุด ตามมาด้วยปัจจัยด้านโรงเรียน ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านอารมณ์ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยด้านต่างๆ ของผู้ปกครองพบว่าปัจจัยด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ตามมาด้วยปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านอารมณ์ และปัจจัยด้านโรงเรียนตามลำดับ

คุณภาพชีวิตในด้านต่างๆที่ต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้ปกครองเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเพศ, อายุ, การเจริญเติบโต, ระดับชั้นการศึกษาของผู้ป่วย, ความเพียงพอของรายได้ของผู้ปกครอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ จึงสรุปได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยและผู้ปกครองจากการศึกษาในแต่ละประเทศ

การศึกษา	จำนวนตัวอย่าง และเชื้อชาติ	ปัจจัยด้านร่างกาย		ปัจจัยด้านอารมณ์		ปัจจัยด้านสังคม		ปัจจัยด้านโรงเรียน	
		ผู้ป่วย	ผู้ปกครอง	ผู้ป่วย	ผู้ปกครอง	ผู้ป่วย	ผู้ปกครอง	ผู้ป่วย	ผู้ปกครอง
Ismail et al. 2006 ⁽¹³⁾	78 ราย มาเลเซีย	69.1 (16.4)	-	68.1 (17.2)	-	74.3 (18.7)	-	60.1 (16.4)	-
Cheuk et al. 2008 ⁽¹⁴⁾	25 ราย ฮ่องกง	66.7 (16.0)	-	60.8 (17.1)	-	82.5 (17.7)	-	75.4 (19.5)	-
Clarke et al. 2009 ⁽¹⁵⁾	22 ราย อังกฤษ	-	66.5 (21.8)	-	73.6 (22.7)	-	77.6 (19.9)	-	60.9 (27.5)
Thavorncharoen sap et al. 2010 ⁽¹⁶⁾	315 ราย ไทย	78.2 (14.8)	-	75.9 (16.6)	-	83.7 (14.7)	-	67.9 (15.9)	-
Surapolchai et al. 2010 ⁽¹⁷⁾	54 ราย ไทย	79.6 (2.3)	72.2 (2.6)	-	-	-	-	-	-
Garaibeh et al. 2011 ⁽¹⁸⁾	128 ราย จอร์แดน	54.2 (15.1)	-	62.4 (23.3)	-	73.3 (20.9)	-	46.7 (21.1)	-
Caocci et al. 2012 ⁽¹⁹⁾	60 ราย ตะวันออกกลาง	68.4 (27.2)	67.1 (28.0)	76.9 (24.6)	71.7 (25.3)	76.4 (20.6)	73.9 (23.2)	69.4 (21.4)	67.9 (21.4)
การศึกษานี้ 2022	33 ราย ไทย	69.5 (15.3)	71.3 (16.5)	65.6 (13.7)	65.6 (16.2)	76.4 (18.9)	70.8 (18.6)	71.3 (16.5)	59.5 (17.3)

ข้อจำกัดของการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า ทำในโรงพยาบาลจังหวัด มีตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนน้อย, ข้อจำกัดของแบบสอบถามที่อาจไม่ครอบคลุมทุกมิติของการใช้ชีวิต อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ทางสถิติ ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในช่วงอดีตจนถึงปัจจุบันจะสามารถสะท้อนให้เห็นภาพพัฒนาการของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้นและอาจสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่ยังสามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆของทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ปกครอง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียให้มีสุขภาพดีเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตได้เหมือนคนปกติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและของผู้ปกครองดียิ่งขึ้นตามไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Paskom Sritipsukho, Jureebhom Poomsitong. Health-related quality of life in children with chronic diseases at Thammasat University Hospital. J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet. 2012 Jan;95 Suppl 1:58-12.
2. Depression and Thalassemia in Children Adolescents and Adults | PDF | Major Depressive Disorder | Adolescence [Internet]. Scribd. [cited 2022 Jul 1]. Available from: <https://www.scribd.com/document/367175270/Depression-and-Thalassemia-in-Children-Adolescents-and-Adults>
3. Nonita Dhirar, Jyoti Khandekar, Damodar Bachani, Deonath Mahto. Thalassemia Major: how do we improve quality of life? SpringerPlus. 2016 Dec;5(1):1895.
4. พชรพรรณ สาริสุต. คุณภาพชีวิตและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2019;49(2):200-9.
5. Nonglak Boonhooduang, Orawan Louthrenoo, Worawut Choeyprasert, Pimlak Charoenkwan. Health-Related Quality of Life in Adolescents with Thalassemia. Pediatr Hematol Oncol. 2015 Jul 4;32(5):341-8.
6. Venty Venty, Rismarini Rismarini, Dian Puspitasari, Yudianita Kesuma, Raden Muhammad Indra. Depression in children with thalassemia major: prevalence and contributing factors. Paediatr Indones. 2018 Nov 22;58(6):263-8.
7. สารภี ด้วงชู, มาลัย ว่องชาญชัยเลิศ, สุดารัตน์ คชวรรณ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดประจำที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสงขลานครินทร์. 2014 Dec 1;32(6):353-63.
8. ธิดารัตน์ พันธุ์แก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ได้รับยาขับเหล็กชนิดรับประทาน : Deferiprone. R Thai Army Med J. 2009;139-48.
9. ภูพา วงศ์รัศมีเดือน. คุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลน้ำโสม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2020 Dec 30;28(3):326-35.
10. พชรพรรณ สาริสุต. คุณภาพชีวิตและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในศูนย์

- การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน. วารสาร
สาธารณสุขศาสตร์. 2562;49(2):200–9.
11. Phaktip Sinlapamongkolkul, Surapolchai P. Health-Related Quality of Life in Thai Children with Thalassemia as Evaluated by PedsQL and EQ-5D-Y: A Single-Center Experience. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2020 Jul 1;12(1):e2020036.
 12. กิตติ ต่อจรัส. คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. *วารสารเวชสารแพทย์ทหารบก.* 2551;61(2):101–6.
 13. Ismail, I., Haron, H., Ibrahim, D.N., & Isa, S.M. (2006). Service quality, client satisfaction and loyalty towards auditfirms: Perceptions of Malaysian Public Listed Companies. *Managerial Auditing Journal*, 21, 738-756.
 14. Wah Cheuk, Hunter K. L. Yuen, Stephenie Y. Y. Chu, Edmond K. W. Chiu, L. K. Lam, John K. C. Chan. Lymphadenopathy of IgG4-related Sclerosing Disease. *Am J Surg Pathol.* 2008 May;32(5):671–81.
 15. James Clarke, Hai-Chen Wu, Lakmal Jayasinghe, Alpesh Patel, Stuart Reid, Hagan Bayley. Continuous base identification for single-molecule nanopore DNA sequencing. *Nat Nanotechnol.* 2009 Apr;4(4):265–70.
 16. Montarat Thavorncharoensap, Yot Teerawattananon, Jomkwan Yothasamut, Chanida Lertpitakpong, Khannika Thitiboonsuwan, Prapag Neramitpitagkul, et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health.* 2010 Dec;10(1):323.
 17. Surapolchai P, Satayasai W, Sinlapamongkolkul P, Udomsubpayakul U: Biopsychosocial predictors of health-related quality of life in children with thalassemia in Thammasat University Hospital. *J Med Assoc Thai* 2010, 93(Suppl 7):65–75
 18. Huda Gharaibeh, Linda Haddad, Sukaina Alzyoud, Omar El-Shahawy, Nesrin Abu Baker, Mary Umlauf. Knowledge, Attitudes, and Behavior in Avoiding Secondhand Smoke Exposure Among Non-Smoking Employed Women with Higher Education in Jordan. *Int J Environ Res Public Health.* 2011 Nov 9;8(11):4207–19.
 19. Giovanni Caocci, Adriana Vacca, Antonio Ledda, Francesca Murgia, Eugenia Piras, Greco M, et al. Prophylactic and Preemptive Therapy with Dasatinib after Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Philadelphia Chromosome-Positive Acute Lymphoblastic Leukemia. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2012 Apr;18(4):652–4.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย
ในองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development The Health-Promoting Exercise Behavior Model Among The Medical Staff
Organization Mahasarakham Hospital.

ลัดดาวลัย บุณนวรศิลป์

Laddawan Buranavorasil

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัด มหาสารคาม 44000
Register Nurse Occupational Medicine Group Mahasarakham hospital ,Mahasarakham 44000

(Received: 8 June 2022 Revised: 4 August 2022 Accepted: 11 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพัฒนาใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในองค์กรแพทย์
โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart และทฤษฎีขั้นตอนการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะ
ประเมินผล เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น
Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 และ 2) รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น
เอง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.87 เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน
ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม 2565 เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ
ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ paired T-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ขั้นเริ่มปฏิบัติ
ร้อยละ 44.6 ใช้เวลาออกกำลังกายเฉลี่ย 50.06 นาที/ ครั้ง หรือ 3.43 ครั้ง/ สัปดาห์ วิธีออกกำลังกายส่วนใหญ่ คือ
การเดิน ร้อยละ 48.6 หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีลำดับขั้น
ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสมดุขภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกายและดัชนี
มวลกายเฉลี่ย แตกต่างกับระยะก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

สรุปผลการศึกษา : รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาจากทฤษฎีขั้นตอนการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการออกกำลังกายและควรขยายผลการศึกษาไปยังสหสาขา
วิชาชีพอื่นและส่งเสริมสุขภาพในประเด็นอื่น ๆ

คำสำคัญ : รูปแบบการออกกำลังกาย, ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, องค์กรแพทย์

Corresponding Author: *E-mail: Laddawan.eid@gmail.com

Abstract

Objectives : Development the health-promoting exercise behavior model among the medical staff organization Mahasarakham Hospital

Method : This action research uses the conceptual framework of Kemmis & McTaggart and the Transtheoretical theory. there were three phases in the research procedure: 1) the preparatory phase, 2) the implementation phase, and 3) the evaluation phase. The research instruments were 1) an exercise behavior data survey testing reliability, using Cronbach's alpha coefficient = 0.94, and 2) The health-promoting exercise behavior model which the Index of Item-Objective Congruence (IOC) was 0.87. Participant data collection was 74 samples. The study period was from October 2021 to May 2022. assessment of the effectiveness was done by conducting pre-test and post-test after receiving the program. data were analyzed using a paired t-test at a statistically significant $p < 0.05$

Results : The majority of participants had a readiness to change behavior at an initial stage of 44.6%, spending an average of 50.06 minutes/ time or 3.43 sessions/week. The Most type of exercise is walking. 48.6%. after using the health-promoting exercise model to improve participants had a readiness hierarchy to change exercise behavior, state of change in exercise behavior, self-efficacy in exercise practice, self-liberation balance of exercise decisions, and average body mass index differed with the per-use intervention was statistically significant $p\text{-value} < 0.05$

Conclusions : the health-promoting exercise behavior model developed from the transtheoretical theory is effective in promoting exercise and should be extended to other multidisciplinary fields and promote health among other issues.

Keywords : Exercise program, Transtheoretical model, Medical Services Organization

บทนำ

วิชาชีพแพทย์ ถือได้ว่าเป็นผู้นำทางสุขภาพที่เป็นกำลังสำคัญของระบบสาธารณสุขและด้วยลักษณะงานในการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย⁽¹⁾ ประกอบกับสภาวะขาดแคลนแพทย์ทำให้แพทย์ต้องทำงานหนักเกิดภาวะเครียด แพทย์ส่วนใหญ่จึงละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองหรือดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพและขาดการออกกำลังกาย^(1,2) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ ตามมา เช่น เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) และภาวะน้ำหนักเกิน⁽³⁾ โดยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินส่งผลกระทบต่อแพทย์ในหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพพบว่าภาวะน้ำหนักเกินสัมพันธ์กับอัตราการตายของแพทย์ด้วยโรค NCDs⁽⁴⁾ ด้านการทำงานพบว่าแพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพได้ไม่ดีเท่าแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติและได้รับความเชื่อใจจากผู้ป่วยน้อยกว่า⁽⁵⁾ ในมุมมองของคนทั่วไปจะมีทัศนคติด้านลบต่อแพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽³⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขาดกิจกรรมออกกำลังกายของแพทย์ ดังนั้นรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล จึงถือว่ามีมีความสำคัญในการกระตุ้นให้แพทย์มีการออกกำลังกายและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น^(5,6,7)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model : TTM or Stage of Change) ที่พัฒนาโดย Prochaska & DiClemente ในปี 1983 เป็นอีกทฤษฎีที่นิยมนำมาใช้ในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคคลทุกช่วงวัยและทุกกลุ่มโรค ประกอบด้วย ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ลำดับ คือ ขั้นก่อนคิด

(pre contemplation) ขั้นเริ่มพิจารณา (contemplation) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) ขั้นปฏิบัติ (action) และขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) และมีแนวคิดหลัก (Core constructs) 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ชั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) 2) ความมั่นใจเฉพาะอย่าง (self efficacy) 3) ดุลยภาพในการตัดสินใจ (decisional balance) ประเมินความสมดุลระหว่างผลดี-ผลเสีย (pros-cons) และ 4) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change)⁽⁸⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่พัฒนาจาก TTM model สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ จัดการภาวะน้ำหนักเกิน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคของบุคคลที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย รวมถึงมีผลต่อระดับสารเคมีในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(9,10,11,12,13)

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ ที่เปิดให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง 11 สาขา ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาเป็นหัวหน้าทีมให้บริการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาสารคาม มีแพทย์เฉพาะทาง รวมจำนวนทั้งสิ้น 100 คน อายุระหว่าง 35 - 59 ปี ในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 95 ยังต้องอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาข้อมูลผลการตรวจสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2564 มีจำนวนแพทย์ที่ตรวจสุขภาพรวมทั้งสิ้น 327 ราย พบว่ามีจำนวน 144 รายที่มีค่า BMI > 23 kg/m² จำนวน 28 รายมีระดับ Fasting blood sugar > 100 mg% จำนวน 64 รายมีระดับ Cholesterol > 200 mg/dL จำนวน 39 รายมี

ระดับ Triglyceride > 150 mg/dL และจำนวน 22 รายมีค่า blood pressure > 140/90 mmHg⁽¹⁴⁾ จาก การศึกษานำร่องของผู้วิจัย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการ ออกกำลังกายเฉลี่ยน้อยกว่า 20 – 30 นาที/ วันและไม่ ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ เหมาะสม เช่น อาหารที่มีแป้ง ไขมันสูง ของหวาน เกิด ความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ด้าน นโยบายองค์กร พบว่าโครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย ที่จัดขึ้นไม่มีการประเมินความสามารถหรือความ พร้อมของบุคลากรก่อนเข้าร่วมโครงการ เป็นผลให้ไม่ สอดคล้องกับบริบทการใช้ชีวิตของแพทย์ รวมถึงขาด การติดตามประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง

จากที่มาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยใน ฐานะพยาบาลกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมที่มีหน้าที่หลักใน การส่งเสริมสุขภาพบุคคลากร จึงมีความสนใจใน การศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการ ออกกำลังกายในองค์กรแพทย์ โรงพยาบาล มหาสารคาม เพื่อสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ เกิดสังคมแห่งการดูแลสุขภาพรวมถึงสามารถขยายผล ไปสู่องค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายใน องค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบ การส่งเสริม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁵⁾ และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นกรอบการวิจัย แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3

ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการ ปฏิบัติงาน (plan) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (act) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observe) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflect) และ 3) ระยะ ประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม 2565

ประชากร คือ แพทย์เฉพาะทางในทุกสาขา ใน โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวนประชากรทั้งสิ้น 100 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา ประกอบด้วย 1) เป็น แพทย์เฉพาะทาง ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาล มหาสารคาม 2) ไม่อยู่ในระยะเวลาการลาศึกษาใน ระหว่างที่ทำการศึกษาวิจัย 3) ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัด ในการออกกำลังกาย และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือเข้า ร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด และเกณฑ์ คัดออกจากการศึกษา ประกอบด้วย 1) ไม่สมัครใจเข้า ร่วมการวิจัย และ 2) ขอลาออก หรือ เข้าร่วมการวิจัย ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวนทั้งสิ้น 74 ราย

เครื่องมือวิจัย

1) แบบสำรวจข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ซึ่ง ประกอบด้วย 5 ส่วน สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเองและ ประยุกต์จากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul⁽¹⁶⁾ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลขั้นความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการ ออกกำลังกาย ส่วนที่ 3 ข้อมูลกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และส่วนที่ 5 ข้อมูลความสมดุลงภาพในการ ตัดสินใจในการออกกำลังกาย

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient = 0.94

2) รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นเอง ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชกรรม 1 ท่าน พยาบาลอาชีวเวชกรรม 1 ท่าน และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) = 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น ใช้สถิติ paired T-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามรหัสโครงการวิจัย เลขที่ MSKH_REC 65-01-007

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 74 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 45 ปี (Mean \pm SD; 36.56 \pm 8.26 ปี) ร้อยละ 56.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.4 น้ำหนักเฉลี่ย 60.49 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.81 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.63 kg/m² ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ ร้อยละ 35.1 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรม ร้อยละ 35.1 มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 58.1 และปฏิบัติงานเฉลี่ย 50.06 ชั่วโมง/สัปดาห์

ผลการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคามของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 ราย มีดังนี้

ด้านรูปแบบการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีเดิน ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ วิ่ง ร้อยละ 24.3 เต้นแอโรบิกและเข้าฟิตเนส ร้อยละ 8.1 ตามลำดับ โดยออกกำลังกายเฉลี่ย 50.06 นาที/ ครั้ง เฉลี่ย 3.43 ครั้ง/สัปดาห์

ด้านชั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นก่อนคิด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ขั้นเริ่มคิดพิจารณา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ขั้นเริ่มปฏิบัติ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 ขั้นลงมือปฏิบัติ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 และขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7

ด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.365, SD = 0.970) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.424, SD = 0.942) และด้านกระบวนการทางพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.307, SD = 0.998)

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่าความมั่นใจเฉพาะอย่างเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.982, SD = 1.112) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านผลกระทบเชิงลบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.004, SD = 0.964) ด้านการสร้างเงื่อนไข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.126, SD =

1.161) ด้านการออกกำลังกายคนเดียว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\underline{X} = 2.972, SD = 1.163) ด้านความไม่สะดวกในการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\underline{X} = 2.959, SD = 1.137) ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\underline{X} = 2.982, SD = 1.104) และด้านสภาพอากาศที่เลวร้าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\underline{X} = 2.851, SD = 1.143)

ด้านความสมดุลภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความดุลยภาพในการตัดสินใจด้านผลดี อยู่ในระดับปานกลาง (\underline{X} = 2.737, SD = 1.418) และคะแนนเฉลี่ยความดุลยภาพในการตัดสินใจด้านผลเสีย อยู่ในระดับปานกลาง (\underline{X} = 3.132, SD = 1.368)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถานการณ์ศึกษาบริบท สํารวจข้อมูลและการศึกษานําร่องเพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้วิจัยใช้แบบสำรวจข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 15 สัปดาห์ โดยมีทั้งหมด 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “รู้เขารู้เรา เข้าใจตัวเอง” กิจกรรมที่ 2 “เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” กิจกรรมที่ 3 “เพื่อนช่วยเพื่อน” และกิจกรรมที่ 4 “เล่นน้ำกัน สานสัมพันธ์องค์กรแพทย์”

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ ผู้วิจัยติดตามข้อมูลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านกลุ่ม line application ซึ่งวิเคราะห์ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) ลำดับชั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย 2) ด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 4) ความสมดุลภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกาย 5) ค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายหลังใช้รูปแบบการออกกำลังกาย และ 6) ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยและคณะกรรมการดำเนินงานจัดประชุมย่อยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสรุปผลการวิจัย รวมถึงถอดบทเรียนและแก้ไขปรับปรุงผลการดำเนินงาน ได้แก่ แนวทางการดำเนินงาน การติดต่อประสานงานระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง การจัดสถานที่ในการออกกำลังกาย การรวมกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ลำดับชั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของลำดับชั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลลำดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (n = 74)

ลำดับขั้น	ก่อน		หลัง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ขั้นที่ 1 ขั้นก่อนคิด	4	5.4	2	2.7	
ขั้นที่ 2 ขั้นเริ่มคิดพิจารณา	8	10.8	6	8.1	
ขั้นที่ 3 ขั้นเริ่มปฏิบัติ	33	44.6	25	33.8	< 0.001*
ขั้นที่ 4 ลงมือปฏิบัติ	10	13.5	21	28.4	
ขั้นที่ 5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง	19	25.7	20	27.0	

* p-value = 0.05

2) ด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (n = 74)

องค์ประกอบ	ก่อน			หลัง			p-value
	<u>X</u>	SD	ระดับ	<u>X</u>	SD	ระดับ	
ด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์	3.424	0.942	ปานกลาง	3.533	0.888	ปานกลาง	< 0.001*
ด้านกระบวนการทางพฤติกรรม	3.307	0.998	ปานกลาง	3.463	0.883	ปานกลาง	0.002*

* p-value = 0.05

3) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเฉพาะอย่างเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (n = 74)

องค์ประกอบ	ก่อน			หลัง			p-value
	<u>X</u>	SD	ระดับ	<u>X</u>	SD	ระดับ	
ด้านผลกระทบต่อเชิงลบ	3.004	0.964	ปานกลาง	2.954	1.232	ปานกลาง	< 0.001*
ด้านการสร้างเงื่อนไข	3.126	1.161	ปานกลาง	2.679	1.265	ปานกลาง	< 0.001*
ด้านการออกกำลังกายคนเดียว	2.972	1.163	ปานกลาง	2.598	1.211	ปานกลาง	< 0.001*
ด้านความไม่สะดวกในการออกกำลังกาย	2.959	1.137	ปานกลาง	2.680	1.167	ปานกลาง	< 0.001*
ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ	2.982	1.104	ปานกลาง	2.603	1.174	ปานกลาง	< 0.001*
ด้านสภาพอากาศที่เลวร้าย	2.851	1.143	ปานกลาง	2.692	1.174	ปานกลาง	< 0.001*

* p-value = 0.05

4) ด้านความสมดุลงานภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกาย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความดุลงานภาพในการตัดสินใจด้านผลดี อยู่ในระดับปานกลาง (X = 3.275, SD = 1.086) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลด้านความสมดุลงานภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (n = 74)

องค์ประกอบ	ก่อน			หลัง			p-value
	<u>X</u>	SD	ระดับ	<u>X</u>	SD	ระดับ	
ด้านผลดี	2.737	1.483	ปานกลาง	3.275	1.086	ปานกลาง	<0.001*
ด้านผลเสีย	3.132	1.368	ปานกลาง	2.789	1.247	ปานกลาง	<0.001*

* p-value = 0.05

5) ค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายหลังใช้รูปแบบการออกกำลังกาย พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีระดับดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.56 kg/m² ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย (n = 74)

ข้อมูล	ก่อน	หลัง	p-value
ค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	22.72	22.56	<0.001*

* p-value = 0.05

6) ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม ร้อยละ 93 เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 94 รองลงมา คือ กิจกรรมที่ 4 ร้อยละ 93 และกิจกรรมที่ 1 ร้อยละ 91 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย

กิจกรรม	ร้อยละ
กิจกรรมที่ 1 “รู้เขารู้เรา เข้าใจตัวเอง”	91
กิจกรรมที่ 2 “เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง”	94
กิจกรรมที่ 3 “เพื่อนช่วยเพื่อน”	94
กิจกรรมที่ 4 “เล่นน้ำกัน สานสัมพันธ์องค์กรแพทย์”	93
รวม	93

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีเดิน ร้อยละ 48.6 โดยใช้ระยะเวลาออกกำลังกายเฉลี่ย 50.06 นาที/ ครั้ง หรือเฉลี่ย 3.43 ครั้ง/ สัปดาห์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อเสนอระดับสากลเพื่อการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพของ WHO⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่าประชาชนในวัย 18 -64 ปี ควรมีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลางเป็นระยะเวลา รวมกัน 150-300 นาที/ สัปดาห์ หรือมีกิจกรรมทางกายระดับหนัก เป็นระยะเวลา 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือผสมผสานเท่ากันทั้งกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลางและระดับหนัก ซึ่งกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลออกแรงเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้แรงประมาณ 3.0-5.9 เท่าของขณะที่อยู่นิ่ง และกิจกรรมทางกายระดับหนัก หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลออกแรงเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้แรงประมาณ 6.0 เท่าของขณะที่อยู่นิ่ง⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) ซึ่งมีประโยชน์ในการกระตุ้นการทำงานหัวใจ ปอดและระบบไหลเวียนเลือด⁽⁸⁾ เมื่อวิเคราะห์ด้านขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในขั้นเริ่มปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 44.6 ซึ่งเป้าหมายในการส่งเสริมให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในขั้นนี้คือ ควรมีการเจรจาข้อตกลงและระบุเป้าหมายการออกกำลังกายให้เฉพาะเจาะจง มีความเหมาะสมและเพียงพอกับบุคคล รวมทั้งประเมินติดตามผลการออกกำลังกายในแต่ละวันว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่⁽⁸⁾ นอกจากนี้พบว่าระดับความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับความ

สมดุลภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคลเพื่อให้เกิดการทำกิจกรรมทางกายที่มีความเหมาะสมกับช่วงวัย⁽¹⁷⁾

การพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้เขารู้เรา เข้าใจตัวเอง” เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและจัดกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 2 “เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนักวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อหารูปแบบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับรูปแบบชีวิตและภาวะสุขภาพ การส่งเสริมด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 3 “เพื่อนช่วยเพื่อน” เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมดูแลสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 4 “เล่นนำกัน สานสัมพันธ์องค์กรแพทย์” เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้การออกกำลังกาย และทำ

กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน การจัดการแข่งขันการออกกำลังกายแบบกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลสุขภาพ

ประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย แตกต่างกับระยะก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในด้านลำดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกายและด้านความสมดุลภาพในการตัดสินใจในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (9,10,11,12,13) ที่พบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่พัฒนาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ จัดการภาวะน้ำหนักเกิน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยและมีผลต่อระดับสารเคมีในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนอกจากการจัดการจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจะช่วยให้เกิดผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายแล้ว การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการออกกำลังกายโดยการค้นหาสิ่งสนับสนุนที่ทำให้เกิดการออกกำลังกาย ถือเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย⁽¹³⁾ ซึ่งในบริบทการศึกษาของผู้วิจัยมีการส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อม อุปกรณ์การออกกำลังกายให้เอื้อต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง มีแนวทางในการสร้างกำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตนอย่างชัดเจนจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้รูปแบบ

การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้พบว่าระดับดัชนีมวลกายเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความแตกต่างกับระยะก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อวัดระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้น พบว่า กิจกรรมที่ 2 “เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” และกิจกรรมที่ 3 “เพื่อนช่วยเพื่อน” กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 94 เมื่อวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรมพบว่า รูปแบบกิจกรรมย่อยของทั้ง 2 กิจกรรม มีความสอดคล้องกับรูปแบบวิถีชีวิตและลำดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นผลให้เกิดความพึงพอใจมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในองค์กรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยประยุกต์จากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “รู้เขารู้เรา เข้าใจตัวเอง” กิจกรรมที่ 2 “เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” กิจกรรมที่ 3 “เพื่อนช่วยเพื่อน” และกิจกรรมที่ 4 “เล่นนำกัน สานสัมพันธ์องค์กรแพทย์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในบุคลากรทางสุขภาพกลุ่มอื่น ๆ เช่น พยาบาลวิชาชีพ และมีความรู้ในการศึกษาในประเด็นสุขภาพอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมบริโภค การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ปริชมน พันธุ์ติยะ. โรคอ้วนในวิชาชีพแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563;14(1):19-25.
2. ศิริพร พุทธรังสี, ขวดี บุญโต, สายสมร เฉลยกิตติ, นุชรัตน์ มังคละคีรี, ททัษรัตน์ ขาวเอี่ยม. การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในศตวรรษที่ 21 Health behaviors, Health workplace and happy life among healthcare providers in the 21st Century. J Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2015 Sep. 16 [cited 2022 May 18];16(2):8-14.
3. Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37(11):1415-21.
4. Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee IM, Spelsberg A, Buring JE, Willett WC, Manson JE. Body mass index and mortality among US male physicians. *Ann Epidemiol*. 2004;14(10):731-9.
5. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity (Silver Spring)*. 2012;20(5):999-1005.
6. World Health Organization (WHO). World health statistics 2013. HO Press, World Health Organization, Avenue Appia, Geneva, Switzerland, 2013
7. อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กัมพากร, สุนีย์ ละก้าปิ่น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.2554
8. กรฎา มาตยากร. การปรับพฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวคิดรูปแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. 2561; 10(2): 108-18
9. Liu KT, Kueh YC, Arifin WN, Kim Y, Kuan G. Application of transtheoretical model on behavioral changes, and amount of physical activity among university's students. *Front Psychol*. 2018; 17(9):2402
10. Lee JE, Lee DE, Kim K, Shim JE, Sung E, Kang JH, Hwang JY. Development of tailored nutrition information messages based on the transtheoretical model for smartphone application of an obesity prevention and management program for elementary-school students. *Nutr Res Pract*. 2017; 11(3):247-256.
11. Baysal HY, Hacialioglu N. The effect of transtheoretical model-based education and follow-up on providing overweight women with exercise behavior. *IJCS*.2017;10(1);471-8
12. สมนึก กุลสถิตพร, วัลลา ตันตโยทัย, ทิพนเนตร อริยปิติพันธ์, สิริเนตร กฤติยาวงศ์, นิภา โรจน์รุ่งวศินกุล, จงจิตร อังคะทวานิชและคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551; 2(3): 1447 – 55
13. จีรารักษ์ โสภณทัต, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, สุรินธร กลัมพากร, อนันต์ มลารัตน์. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบขั้นตอนการ



- เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับครูและบุคลากร
ทางการศึกษาสูงอายุ. 2562;33 Online: 67-86.
14. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม.
รายงานการตรวจสุขภาพประจำปี. เอกสารอัด
สำเนา, 2564
 15. Kemmis, McTaggart R. The action research
planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University,
Australia. 1988.
 16. Boonchuaykuakul J. Effectiveness of
applying the transtheoretical model to
improve physical activity behavior of
university students. [doctoral dissertation],
Oregon State University Corvallis; 2005.
 17. World Health Organization. Guidelines on
physical activity, sedentary behavior and
sleep for children under 5 years of age.
Geneva. 2019

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท
Factors Associated with Pressure Ulcers among Neurosurgical Critical Patients

วไลพร ปักกระกา¹, นิสากร วิบูลชัย², วุฒิชัย สมกิจ³, สุชัญญญา เดชศิริ³, จีรพร อินนอก⁴
สิรินารถ ประพาศพงษ์⁴

Walaipon Pukkaeraka¹, Nisakorn Vibulchai², Wuttichai Somgit³, Suchanya Dejsiri³ Jeeraporn
Innok⁴, Sirinard Praphatphong⁴

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรม
ราชชนก 44000

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Critical Care Department, Mahasarakham Hospital 44000

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute 44000

³ Registered Nurse, Professional Level, Surgical Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital 44000

⁴ Registered Nurse, Professional Level, Trauma Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital 44000

(Received: 6 July 2022 Revised: 4 August 2022 Accepted: 11 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการเกิดแผลกดทับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 125 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square

ผลการศึกษา : 1) กลุ่มตัวอย่างเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 24.8 มีความรุนแรงของแผลกดทับระดับ 2 ร้อยละ 67.74 และระดับ 1 ร้อยละ 25.81 2) โรคร่วมเบาหวาน ($\chi^2 = 6.30, p = .012$) โรคร่วมที่เกี่ยวกับหลอดเลือด ($\chi^2 = 21.49, p = <.001$) การสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 8.77, p = .003$) อุณหภูมิกายสูง ($\chi^2 = 5.46, p = .019$) ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ($\chi^2 = 5.06, p = .025$) ภาวะช็อค ($\chi^2 = 8.02, p = .005$) ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ($\chi^2 = 4.36, p = .037$) และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ($\chi^2 = 17.23, p = <.001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

สรุปผลการศึกษา : ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ได้แก่ โรคร่วมเบาหวาน โรครวมเกี่ยวกับหลอดเลือด สุกบุนทรีย์ อุณหภูมิกายสูง ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะซีด ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ดังนั้นในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทจึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

คำสำคัญ : แผลกดทับ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ปัจจัยสัมพันธ์

Corresponding Author: *E-mail: copywuttichai@gmail.com

Abstract

Objectives : To study occurrence of pressure ulcers and factors associated with pressure ulcers among neurosurgical patients in Intensive Care Unit (ICU)

Methods : A retrospective prognostic cohort study was carried out involving patients with neurosurgery who received treatment at the surgery intensive care unit and the accident surgery intensive care unit at Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, Thailand. The data were collected from patient records between 1 October 2019 and 30 September, 2020. Data were analyzed using descriptive statistic and Chi-square.

Results : The total number of patients included in the study was 125. Of these, 24.8% had developed a PU: 67.74% had a stage 2 pressure ulcer, followed by 25.81 percent for a stage 1 pressure ulcer. Diabetes mellitus ($\chi^2 = 6.30, p = .012$), vascular disease ($\chi^2 = 21.49, p = <.001$), smoking ($\chi^2 = 8.77, p = .003$), high body temperature ($\chi^2 = 5.46, p = .019$), serum albumin protein levels ($\chi^2 = 5.06, p = .025$), anemia ($\chi^2 = 8.02, p = .005$), bladder and bowel incontinence ($\chi^2 = 4.36, p = .037$) and vasopressor drug ($\chi^2 = 17.23, p = <.001$) were significantly associated with pressure ulcers.

Conclusion : The factors associated with pressure ulcers among neurosurgical patients were diabetes mellitus, vascular disease, smoking, body temperature, serum albumin protein levels, anemia, excretory system and vasopressor drug. Therefore, nursing care plan for neurosurgical patients should concern in these risk factors.

Key words : Pressure Ulcers, Neurosurgical Patients, Associated Factor.

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในภาพรวมของทุกประเทศทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอันดับต้นของโลก⁽¹⁾ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตมักเกิดความพิการหลงเหลือซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ปัญหาด้านการทำงานของสมองและปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ที่พบได้บ่อย คือ การเกิดแผลกดทับ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบโดยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทในต่างประเทศร้อยละ 16-18.8⁽²⁻³⁾ สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทสูงถึงร้อยละ 28⁽⁴⁾ ซึ่งแผลกดทับเกิดจากแรงกดที่มากกว่าแรงดันในหลอดเลือดฝอย (มากกว่า 16-33 mmHg) ร่วมกับแรงเฉือนและแรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเกิดภาวะเนื้อตายตามมา ซึ่งตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่เป็นบริเวณปุ่มกระดูกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังสามารถพบแผลกดทับจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น แผลกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับ แผลกดทับที่เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยส่งเสริมที่มีผลทำให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการหยุดหายใจจากสมอง

ทำงานลดลง มีปัญหาด้านการจำกัดการเคลื่อนไหวจากระบบสั่งการเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะข้อติดและเคลื่อนไหวเองได้น้อยทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงเป็นระยะเวลานาน สูญเสียการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) เพื่อรักษาความสมดุลของระบบไหลเวียนและเกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ เป็นต้น⁽²⁻³⁾ โดยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทจากการศึกษาก่อนหน้าทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ อายุ การรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรม ความชื้น การเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก ภาวะโภชนาการและการใช้อุปกรณ์และสายช่วยชีวิตต่างๆ⁽⁵⁻⁶⁾ ระดับคะแนนระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale; GCS) และคะแนนบราเดนสเกล (braden scale) การมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน โรคระบบหลอดเลือด ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.3 g/dL การใช้เครื่องช่วยหายใจและภาวะบวมระยะเวลาการได้รับอาหารทางสายยาง^(2-3,7-9)

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทของผู้วิจัย พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทซึ่งได้แก่ ภาวะขาดเจ็บสมอง ภาวะหลอดเลือดสมองแตกและภาวะเนื้องอกในสมอง ยังคงพบในอัตราสูงกว่าเกณฑ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2562 คิดเป็น 6.36 ครั้ง 5.39 ครั้ง และ 7.40 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ทั้งที่ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและใช้มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน braden scale และกิจกรรมการป้องกันและดูแลแผลกดทับ จากปัญหาและ

ความสำคัญดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษานำร่องโดยการติดตามการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 30 ราย⁽¹¹⁾ พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 16.67 และสังเกตพบว่าการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักเกิดในผู้ที่สูงอายุมีโรคร่วมเบาหวานและโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิร่างกาย $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด $< 3.3\text{ g/dL}$ มีภาวะซีด ($\text{Hct} < 30\text{ vol\%}$) ปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มีระดับคะแนน GCS 3 – 12 คะแนน คะแนน braden scale ต่ำและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ซึ่งผลสังเกตนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าในบริบทของประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทโดยตรง

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 11 ปัจจัยตามข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมและจากข้อมูลจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยและเป็นปัจจัยที่ระบุไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทนทานของเนื้อเยื่อ 9 ปัจจัย ได้แก่ อายุ โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิร่างกาย ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ภาวะซีด ปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด และ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการเคลื่อนไหว 2 ปัจจัย ได้แก่ ระดับคะแนน GCS และคะแนน braden scale อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อ

ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาอัตราและลักษณะการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทนทานของเนื้อเยื่อ 9 ปัจจัย ได้แก่ อายุ โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิร่างกาย ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ภาวะซีด ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการเคลื่อนไหว 2 ปัจจัย ได้แก่ ระดับคะแนน GCS และคะแนน braden scale มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยวิธีรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคามระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาททุกราย ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 จำนวนทั้งสิ้น 200 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะโรคในระบบประสาทศัลยกรรม ได้แก่ ภาวะบาดเจ็บสมอง ภาวะหลอดเลือดสมองแตกและภาวะเนื้องอกในสมองและความผิดปกติของเซลล์ โดยการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) หรือ ใช้เครื่องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) 2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) เป็นผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาททั้งที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักไม่ครบ 48 ชั่วโมง และ 2) เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก 3) เกิดแผลกดทับก่อนเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 125 ราย ผู้ป่วยที่คุณสมบัติไม่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาจำนวน 75 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักไม่ครบ 48 ชั่วโมง จำนวน 60 ราย 2) เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 2 ราย 3) อายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 8 ราย และ 4) เกิดแผลกดทับก่อนเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนในการเก็บข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทนทานของเนื้อเยื่อ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิกาย ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ภาวะซีด ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดการเคลื่อนไหว จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ระดับคะแนน GCS และคะแนน braden scale

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน สร้างโดย Braden และ Bergstrom ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แปลเป็นภาษาไทยโดย รักษนันท์ ขวัญเมือง ประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรม ความชื้นของผิวหนัง ภาวะโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเฉือน โดยให้คะแนน 1 (แย่มาก) ถึง 4 (ดีมาก) ในแต่ละ ด้าน ยกเว้นแรงเสียดสีและแรงเฉือนให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 6 ถึง 23 คะแนน โดยระดับคะแนนที่ต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง ระดับคะแนนที่ใช้ ในการทำงานแผลกดทับคือ 16 แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุ (มีอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) ระดับการทำงานการเกิดแผลกดทับ คือ 18 โดยแบ่งระดับของความเสียงเป็น 3 ระดับ คือ เสียงมาก (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12) เสียงปานกลาง (คะแนน 13-14) และเสียงน้อย (คะแนน 15-16) ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี หรือคะแนน 15-18 ในผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย การเกิดแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ และบริเวณการเกิดแผลกดทับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ผู้วิจัยนำต้นฉบับมาใช้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้มีการทดสอบหาความเที่ยงตรงในการศึกษาครั้งนี้

2. แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 ทดสอบหาความเที่ยงตรงของการสังเกตระหว่างผู้สังเกต ได้เท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงและข้อมูลเกี่ยวกับแผลกดทับ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยใช้สถิติ Chi-Square และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันผลเสียและปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างตามหลักการแห่งปฏิญญาเฮลซิงกิของแพทยสมาคมโลก ว่าด้วยเรื่องหลักการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้วิจัยมีการปกปิด ชื่อ – สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย สาเหตุการเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ได้จากเวชระเบียนอย่างเคร่งครัด ปกปิดเป็นความลับและนำมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามรหัส MSKH_REC 63-

01-062 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2563 และได้รับอนุญาตให้เข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยวันที่ 1 ตุลาคม 2563

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.0 เพศหญิง ร้อยละ 32.0 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.62 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นภาวะเบาหวาน ร้อยละ 45.52 ภาวะหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 35.68 และภาวะเนื้องอกในสมองและความผิดปกติของเซลล์ ร้อยละ 18.80 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 100 มีโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 30.4 โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด ร้อยละ 24.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 30.4 อุณหภูมิร่างกายสูง (≥ 38 °C) ร้อยละ 52.8 ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ (< 3.3 g/dL) ร้อยละ 75.2 ภาวะซีด (Hct < 30 vol%) ร้อยละ 36.8 มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ร้อยละ 36.0 ได้รับการกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ร้อยละ 24.0 ,ระดับคะแนน GCS < 8 คะแนน ร้อยละ 36.0 และมีระดับคะแนน braden scale ≤ 18 คะแนน (อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) และ ≤ 16 คะแนน (อายุต่ำกว่า 70 ปี) ร้อยละ 92.8

2. อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 ราย เกิดแผลกดทับจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.8 มีระดับความรุนแรงของแผลกดทับระดับ 2 ร้อยละ 67.74 และระดับที่ 1 ร้อยละ 25.81 บริเวณที่เกิดแผลกดทับจากปุ่มกระดูกกดทับ ได้แก่ กระดูกก้นกบ ร้อยละ 58.06 บริเวณสันเท้า ร้อยละ 25.81 และบริเวณสะโพก ร้อยละ 16.13 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท (n = 125)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับ	125	
ไม่เกิด	94	75.20
เกิด	31	24.8
ระดับแผลกดทับ		
ระดับ 1	8	25.81
ระดับ 2	21	67.74
ระดับ 3	1	3.26
ระดับ 4	1	3.26
ระดับ 5	-	-
ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับ		
บริเวณกระดูกก้นกบ	18	58.06
บริเวณสันเท้า	8	25.81
บริเวณสะโพก	5	16.13

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด การสูบบุหรี่ อุณหภูมิร่างกายสูง ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะซีด ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท (n = 125)

ปัจจัย	Total n (%)	ไม่เกิด แผลกดทับ n (%)	เกิด แผลกดทับ n (%)	χ^2	p-value
อายุ				0.60	0.438
≥ 60 ปี	57 (45.6%)	41 (71.9%)	16 (28.1%)		
< 60 ปี	68 (54.4%)	53 (77.9%)	15 (22.1%)		
โรคร่วมเบาหวาน				6.30	0.012*
มี	38(30.4%)	23 (60.5%)	15 (39.5%)		
ไม่มี	87 (69.6%)	71 (81.6%)	16 (18.4%)		
โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด				21.49	< 0.001*
มี	30 (24.0%)	13 (43.3%)	17 (56.7%)		
ไม่มี	95 (76.0%)	81 (85.3%)	14 (14.7%)		
การสูบบุหรี่				8.77	0.003*
สูบ	38 (30.4%)	22 (57.9%)	16 (42.1%)		
ไม่สูบ	87 (69.6%)	72 (82.8%)	15 (17.2%)		
อุณหภูมิกาย				5.46	0.019*
≥ 38 °C	66 (52.8%)	44 (66.7%)	22 (33.3%)		
< 38 °C	59 (47.2%)	50 (84.7%)	9 (15.3%)		
ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด				5.06	0.025*
< 3.3 g/dL.	94 (75.2%)	66 (70.2%)	28 (29.8%)		
≥ 3.3 g/dL.	31 (24.8%)	28 (90.3%)	3 (9.7%)		
ภาวะซีด				8.02	0.005*
< 30 Vol%	46 (36.8%)	28 (60.9%)	18 (39.1%)		
≥ 30 Vol%	79 (63.2%)	66 (83.5%)	13 (16.5%)		
ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย				4.36	0.037*
ปัสสาวะและอุจจาระ					
มี	45 (36.0%)	29 (64.4%)	16 (35.6%)		
ไม่มี	80 (64.0%)	65 (81.3%)	15 (18.8%)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	Total n (%)	ไม่เกิด แผลกดทับ n (%)	เกิด แผลกดทับ n (%)	χ^2	p-value
การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อ				17.23	< 0.001*
ได้รับ	30 (24.0%)	14 (46.7%)	16 (53.3%)		
ไม่ได้รับ	95 (76.0%)	80 (84.2%)	15 (15.8%)		
ระดับคะแนน GCS				1.50	0.220
GCS < 8 คะแนน	45 (36.0%)	31 (68.9%)	14 (31.1%)		
GCS ≥ 8 คะแนน	80 (64.0%)	63 (78.8%)	17 (21.3%)		
ระดับคะแนน braden scale				1.59	0.206
≤ 18 คะแนน (อายุ ≥ 70 ปี)	114 (92.8%)	84 (73.7%)	30 (26.3%)		
16 คะแนน (อายุ < 70 ปี)					
> 18 คะแนน (อายุ ≥ 70 ปี)	11 (7.2%)	10 (90.9%)	1 (9.1%)		
16 คะแนน (อายุ < 70 ปี)					

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท ร้อยละ 24.8 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทางศัลยกรรมระบบประสาทและผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 16-28⁽²⁻⁴⁾ ในบริบทการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดแผลกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูก ได้แก่ กระดูกก้นกบ สันเท้าและบริเวณสะโพก เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาและผลจากการศึกษาก่อนหน้า พบว่าตำแหน่งดังกล่าวเป็นตำแหน่งที่รับแรงกดจากร่างกายเมื่อผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ประกอบกับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทจะมีปัญหาด้านระบบประสาทสั่งการ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ร่วมกับการมีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ เช่น กระบวนการกำซาบในระดับผิวหนังลดลง

ภาวะช็อกและภาวะทุพโภชนาการ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับตามมา^(2,7-10) ทั้งนี้พบว่าแผลกดทับที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 2 ร้อยละ 67.74 ลักษณะแผลจะเป็นรอยแดงและผิวหนังมีการถูกทำลายบางส่วน (partial-thickness skin loss) ลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง นอกจากนี้ยังสามารถพบแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้เช่นกัน โดยจากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยพบตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์มากที่สุด คือ ตำแหน่งบริเวณเหนือใบหู ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ลักษณะการเกิดพบว่าตำแหน่งดังกล่าวเกิดจากการใช้เชือกผูกยึดท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เนื่องจากผู้ป่วยทางศัลยกรรมระบบประสาทจะมีภาวะตื่นตื่น (agitation) จากการทำงานของสมองเปลี่ยนแปลง จึงมีความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์และสายช่วยชีวิตต่าง ๆ^(2,7)

โรคร่วมเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.4 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 39.5 7 เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่าเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อหลอดเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (diabetic neuropathy) ทำให้สูญเสียความสามารถในการเหนี่ยวนำสัญญาณไฟฟ้า (conductive tissue) การส่งสัญญาณประสาท (nerve impulse) ทำงานได้ช้าลง ร่วมกับภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน (peripheral vascular disease) จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้การขนถ่ายและแลกเปลี่ยนออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อจึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนเป็นผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(8,13-14)

โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมที่เกี่ยวกับหลอดเลือด ร้อยละ 24 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 56.7 เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่าพยาธิสภาพที่เกิดจากโรกระบบหลอดเลือดแดงจะส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง โดยเฉพาะบริเวณที่ถูกกดทับจากปุ่มกระดูกและบริเวณที่ถูกกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้เกิดแผลกดทับตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(7,8)

พฤติกรรมสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบ

ประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.4 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 42.1 เมื่อวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสารพิษในบุหรี่ ประกอบด้วย นิโคติน (Nicotine) และทาร์ หรือน้ำมันดิน (Tar) จะมีผลกระทบต่อหลอดเลือดและถุงลมทำให้กระบวนการขนถ่ายออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในระดับเนื้อเยื่อลดลง ทั้งนี้นิโคตินยังมีผลต่อการหลั่ง prostacyclin PGI(2) ซึ่งทำให้หลอดเลือดหดตัวซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบสารพิษอื่น ๆ ที่มีผลต่อการหายใจของแผล เช่น carbon monoxide และ hydrogen cyanide จากการกระบวนการดังกล่าวจึงมีผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁵⁾

ระดับอุณหภูมิกาย พบว่าภาวะอุณหภูมิกายสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะอุณหภูมิกายสูง ≥ 38 °C ร้อยละ 47.2 เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 15.3 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้ภาวะอุณหภูมิกายสูง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถพบได้ในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ประมาณ ร้อยละ 41 โดยมีสาเหตุจาก Hypothalamus ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย ซึ่งเมื่อเกิดภาวะอุณหภูมิกายสูง จะส่งผลให้เพิ่มเมตาบอลิซึมโดยรวมของร่างกาย ความต้องการใช้พลังงานและออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามมา⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ภาวะอุณหภูมิกายที่สูงขึ้นยังส่งผลให้เกิดสมองบวม ทำให้การทำงานของสมองลดลง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว จึง

เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับตามตำแหน่งต่าง ๆ ตามมา⁽¹⁸⁾

ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.3 g/dL มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.3 g/dL ร้อยละ 75.2 และเกิดแผลกดทับร้อยละ 29.8 เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่าเมื่อระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดลดลง จะส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือด (oncotic pressure) ลดลง⁽¹⁹⁾ ทำให้น้ำถูกขับออกนอกหลอดเลือดมากขึ้นและถูกดูดกลับเข้าสู่หลอดเลือดน้อยลง เกิดภาวะน้ำสะสมใน interstitial compartment มากขึ้นและเกิดอาการบวมน้ำ (edema) และหลอดเลือดถูกกดเบียด ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับจึงเป็นสาเหตุให้เกิดแผลกดทับตามมา ซึ่งพบว่าผลการศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁽²⁰⁾

ภาวะซีด มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีด คือ ค่า Hct < 30 vol% ร้อยละ 36.8 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 39.1 ซึ่งผลการศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า² เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่าเม็ดเลือดแดงมีความสำคัญในการลำเลียงออกซิเจนจากกระบวนการหายใจไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและเซลล์ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดแดงลดลง ปริมาณออกซิเจนที่เลี้ยงเซลล์จึงลดลง เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดและภาวะเนื้อตายตามมา โดยเฉพาะในบริเวณที่กดจากปุ่มกระดูก ภาวะซีดจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับและนอกจากนี้ยังพบว่าภาวะ

ซีดที่เกิดขึ้นมีผลการหายของแผลและทำให้แผลกดทับที่เกิดขึ้นเพิ่มระดับความรุนแรง⁽²⁾

ปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ร้อยละ 36.0 และเกิดแผลกดทับร้อยละ 35.6 เมื่อวิเคราะห์กลไกการเกิดพบว่าเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระได้ จะทำให้ผิวหนังที่เกิดความชื้นจากการสัมผัสอุจจาระและปัสสาวะ ความเป็นกรดต่างบริเวณผิวหนังรอบทวารหนัก ผิวยับและบริเวณก้นบวมเพิ่มขึ้น โดยเอนไซม์ในอุจจาระจะเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนียและมีสารเคมีบางชนิดที่ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้น ผิวหนังทนต่อการระคายเคืองได้ลดลง เกิดการสะสมของเชื้อแบคทีเรีย เป็นผลให้เกิดแผลกดทับตามมา⁽²¹⁾ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^(22,23)

การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ร้อยละ 24.0 และเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 53.3 วิเคราะห์ตามหลักพยาธิสรีรวิทยาพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressors) เพื่อรักษาภาวะช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น hypovolemic shock neurogenic shock และ septic shock เป็นต้น แต่ทั้งนี้พบว่าหลังได้รับยาผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง (hypoperfusion)

ทั้งอวัยวะส่วนปลาย ผิวหนัง ไต และอวัยวะในช่องท้อง โดยเฉพาะเมื่อใช้ยาในขนาดสูงหรือระยะยาว พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine โดยอาการทางคลินิกที่พบ เช่น นิ้วมือนิ้วเท้าเย็น มีสีคล้ำขึ้น ปัสสาวะน้อยลง สาเหตุเกิดจากกลไกการกระตุ้น alpha-1 receptor ทำให้หลอดเลือดหดตัวมากเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนัง ซึ่งทำให้เกิดเป็น skin lesion และเกิดแผลกดทับตามมาในที่สุด⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่าผลการศึกษาศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^(3,8)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาศึกษาของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ > 60 ปี ระดับคะแนน GCS < 8 คะแนนและระดับคะแนน braden scale ≤ 18 คะแนน ไม่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทางศัลยกรรมระบบประสาท อาจเนื่องมาจากค่าคะแนน GCS และค่าคะแนน braden scale ที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้มาจากการให้คะแนนเมื่อแรกรับเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งในระหว่างที่นอนพักรักษาตัวผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนได้ รวมถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีอายุใกล้เคียงกัน จึงควรมีการนำตัวแปรดังกล่าวไปศึกษาต่อในอนาคต แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาก่อนหน้าและจากข้อมูลอาการทางคลินิก^(2,3) พบว่าผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและระดับความรู้สึกตัวลดลงซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลรวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทดังกล่าว

สรุปผลการศึกษา

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบอยู่เสมอในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีโรคร่วมเบาหวาน โรคร่วมเกี่ยวกับหลอดเลือด สูบบุหรี่

อุณหภูมิกายสูง ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะซีด ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ดังนั้นในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทจึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับป้องกันและวางแผนจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาทได้ และควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, Fisher M, Pandian J, Lindsay P. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022;17(1):18-29.
2. Dhandapani M, Dhandapani S, Agarwal M, Mahapatra AK. Pressure ulcer in patients with severe traumatic brain injury: significant factors and association with neurological outcome. *J Clin Nurs*. 2014; 23(7-8):1114-9.
3. Osis SL, Diccini S. Incidence and risk factors associated with pressure injury in patients with traumatic brain injury. *Int J Nurs Pract*. 2020;26(3): p12821.

4. อุบลรัตน์ วิสุทธินันท์และกฤตพัทธ์ ผีกฝน. ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงต่อการเกิดแผลกดทับและภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2559;17(3): 33-41
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and update the stages of pressure injury. Apr 13; 2016.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
7. สุชาดา นิลบรรพต และอัมพรพรรณ ธีราบุตร. ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562; 42(3): 1-10.
8. Cox BJ, Roche S. Vasopressors and development of pressure ulcers in adult critical care patients. AJCC 2015;24(6): 501-10.
9. Yoon JE, Cho OH. Risk factors associated with pressure ulcers in patients with traumatic brain injury admitted to the intensive care unit. Clin Nurs Res. 2022;31(4):648-655.
10. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานตัวชี้วัดประจำปี. เอกสารอัดสำเนา, 2563
11. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานตัวชี้วัดแผลกดทับ. เอกสารอัดสำเนา, 2563
12. ชยพล ศิรินิยมชัย. การจัดการแผลเท้าเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561; 24(1); 1-14.
13. Liang M, Chen Q, Zhang Y, He L, Wang J, Cai Y, Li L. Impact of diabetes on the risk of bed sore in patients undergoing surgery: an updated quantitative analysis of cohort studies. Oncotarget. 2017;8(9):14516-24.
14. Lima Serrano M, González Méndez MI, Carrasco Cebollero FM, Lima Rodríguez JS. Risk factors for pressure ulcer development in intensive care units: a systematic review. Med Intensiva. 2017;41(6):339-46.
15. Nassaji M, Askari Z, Ghorbani R. Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. Int J Nurs Pract. 2014;20(4):418-23.
16. Nijs N, Toppets A, Defloor T, Bernaerts K, Milisen K, Van Den Berghe G. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. J Clin Nurs. 2009;18(9):1258-66.
17. วุฒิชัย สมกิจและณิชชาภัทร พุฒิกามิน. Fever management within the first 72 hours in patients with severe traumatic brain injury. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(1): 153-63

18. วุฒิชัย สมกิจและชัจฉาเนค แพรชาว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไข้ ในผู้ป่วยสมองขาดเจ็บ ระยะ 72 ชั่วโมงแรกและได้รับการผ่าตัดสมอง. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2562;14(2): 33-54
19. Serra R, Caroleo S, Buffone G, Lugarà M, Molinari V, Tropea F, et al. Low serum albumin level as an independent risk factor for the onset of pressure ulcers in intensive care unit patients. *Int Wound J.* 2014;11(5):550–3.
20. Deng X, Yu T, Hu A. Predicting the risk for hospital-acquired pressure ulcers in critical care patients. *Crit Care Nurse.* 2017;37(4):1–11
21. ผกามาศ พิธรากร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล. *หัวหินเวชสาร.* 2564;1(1): July 1 [ahead of print]
22. Lachenbruch C, Ribble D, Emmons K, VanGilder C. Pressure ulcer risk in the incontinent patient: analysis of incontinence and hospital-acquired pressure ulcers from the International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43(3):235-41.
23. Park KH, Choi H. Prospective study on Incontinence-Associated Dermatitis and its Severity instrument for verifying its ability to predict the development of pressure ulcers in patients with fecal incontinence. *Int Wound J.* 2016;13 (Suppl 1):20-5.
24. อินทนนท์ อิมสุวรรณ. ยากระตุ้นการหดตัวกล้ามเนื้อหลอดเลือดที่ใช้ในห้องฉุกเฉิน. *ธรรมศาสตร์เวชสาร.* 2558;15(1): 104-13.

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

The Effects of Family-Based Adolescent Pregnancy Prevention Model, Si Songkhram District ,
Nakhon Phanom Province

วิสัย คตะ^{1*}, พัชนี สมกำลิ่ง², นาฎนภา อารยะศิลป์³

Wisai Kata^{1*}, Patchanee Somkumlung², Nadnapa Arayasinlapathon³

^{1*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี 41000

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม 48000

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม 48000

¹Asst.Prof Faculty of Nursing Ratchathani University , Udonthani Campus 41000

²Asst.Prof Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom 48000

³Lecturer Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom 48000

(Received: 19 May 2022 Revised: 2 August 2022 Accepted: 9 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม และศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 30 คน ประชุมระดมสมองร่วมกัน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับน้อย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ความเสี่ยงสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$, S.D = .31) ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน ความเป็นอิสระในการคิดการตัดสินใจ การเรียนรู้สังคมและวัฒนธรรม

สรุปผลการศึกษา : รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน จังหวัดนครพนมสามารถนำมาใช้ประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้ทันที่

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น , การป้องกันการตั้งครรภ์ , ครอบครัวเป็นฐาน

ABSTRACT

Objective : The purpose was to study the effects of adolescent pregnancy prevention model by the family based in Si Songkhram District Nakhon Phanom Province and to study problems and barriers to prevent adolescent pregnancy.

Methods : This research was a descriptive research. The sample consisted of 30 parents with adolescents aged 10-19 years, brainstorm meeting. Data was collected by using in-depth interview . adolescent pregnancy risk assessment tool and satisfaction questionnaire. The reliability for our questionnaire in which coefficient of Cronbach's alpha was 0.76. Data were analyzed using statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results : The result of the study revealed that 1) The risk of adolescent pregnancy was at a low level of 20 people, representing 66.66%, moderate risk of 5 people, representing 16.67 percent, and high risk of 5 people, representing 16.67 percent. The overall of satisfaction was at the highest level ($\bar{X} = 4.90$, S.D = .31)

2) The problems and barriers to prevent adolescent pregnancy were promotion of recreational activity, independence decision-making, social and cultural learning.

Conclusion : Family-Based Adolescent Pregnancy Prevention Model Nakhon Phanom Province can be used to assess the risk of pregnancy in teenagers to find a way to solve the problem immediately.

Keywords : adolescent pregnancy, pregnancy prevention , family based

ความเป็นมาหรือความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทย ในปัจจุบัน มีการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาให้สอดคล้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากการตั้งครรภ์แล้ว ยังส่งผลให้จำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ พบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นและอายุน้อยลง โดยค่าเป้าหมายของชีวิตในปีงบประมาณ 2563 ไม่เกิน 34 ต่อพัน เกณฑ์การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของอัตราการคลอด⁽²⁾ เมื่อพิจารณารายพื้นที่พบว่าจังหวัดนครพนมเป็น 1 ใน 32 จังหวัดที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิด

เป็นอัตรา 31.4 - 40.0 ซึ่งต้องเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่าสูงกว่าเกณฑ์จำนวน 3 อำเภอ คือ อำเภอนาทม คัดเป็นอัตรา 2.64 รองลงมาคือ อำเภอศรีสงคราม คิดเป็นอัตรา 1.79 และอำเภอท่าอุเทน คิดเป็นอัตรา 1.68 ตามลำดับ และอำเภอที่มีมารดาวัยรุ่นคลอดบุตรสูงกว่าทุกอำเภอ คือ อำเภอศรีสงคราม คิดเป็นอัตรา 42.28 สำหรับปี 2561 (ต.ค.-ธ.ค.60) การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี จังหวัดนครพนมในปี 2560 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) มีมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 16.51 เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่า สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ทุกอำเภอ⁽³⁾

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณี วัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง⁽⁴⁾ รวมทั้งสภาพการณ์ครอบครัวในปัจจุบันเป็นเรื่องที่น่าวิตก มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือรูปแบบของครอบครัวในสังคมไทย ตลอดห้าทศวรรษที่ผ่านมาจากครอบครัวขยายสู่การเป็นครอบครัวเดี่ยว รวมทั้งครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากการหย่าร้าง ทำให้มีผู้ดูแลบุตรตามลำพังคนเดียวคือพ่อหรือแม่ ปัจจุบันมีครอบครัวลักษณะพ่อหรือแม่เดี่ยวประมาณ 2.5 ล้านครอบครัว มีประชากรในกลุ่มอายุระหว่าง 11-22 ปี จำนวน 11.4 ล้านคน อาศัยอยู่ในครอบครัวดังกล่าว⁽⁵⁾ รวมทั้งยังพบว่า การหย่าร้างของครอบครัวมีสถิติสูงขึ้นทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 พบการหย่าร้างสูงถึงร้อยละ 35.5 หรือหนึ่งในสามของการแต่งงาน นอกจากนั้นยังพบว่า การกระทำรุนแรงในครอบครัว การขาดกรรมโดยคนในครอบครัว เป็นผู้กระทำเด็กถูกทอดทิ้ง⁽⁶⁾ ปัญหายาเสพติด สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาและความบอบช้ำของสถาบันครอบครัวเมื่อเยาวชนมีปัญหาเรื่องเพศศึกษาวัยรุ่นจึงไม่สามารถปรึกษาครอบครัว ส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องน่าอาย พ่อแม่หรือครอบครัวไม่มีการสอนเรื่องเพศศึกษา และผู้ปกครองไม่แสดงออกถึงความรักที่มีต่อบุตร ส่งผลให้เยาวชนมีโอกาสเกิดการตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อมได้

นับเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นต้องอาศัยความร่วมมือของ

หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการดำเนินงานต่างๆ โดยมียุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ที่บูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งยังมีกลไกที่ทำหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 บทบาทของหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ดังนั้น จึงต้องมีการขับเคลื่อน กลไกต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิภาพในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ ในวัยรุ่นให้เป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งกำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น จากปัญหาดังกล่าวรัฐบาล ไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัวและ กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศโดยบรรจุ ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อย่างไรก็ตามจากรายงานการติดตามและประเมินผลในระยะ แผนพัฒนา พบว่าประเทศไทยต้องให้ความสำคัญ ต่อเนื่องกับการพัฒนาคุณภาพคนและสังคม ดังนั้นดัชนี ครอบครัวอบอุ่นจึงเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่มีความสำคัญตาม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีเป้าหมายที่จะช่วยเพิ่มดัชนีครอบครัวอบอุ่นให้อยู่ในระดับดีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 70 การมีส่วนร่วมของครอบครัว เยาวชน และโรงเรียน ช่วยป้องกัน ปัญหาการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่น⁽⁷⁾ การส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะเวลาส่วนใหญ่ของวัยรุ่นอยู่ใน การดูแลของครอบครัว อีกทั้งโครงการและกิจกรรมที่ ปรากฏในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมของจังหวัดนครพนม ส่วนมากมุ่งเน้นที่การสอน เพศศึกษาที่มีโรงเรียนเป็นฐาน⁽⁸⁾ ทำให้การแก้ไข ปัญหาไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถครอบคลุมประชากรวัยรุ่นที่ ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียน

จากหลักการสำคัญของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครพนมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ความเป็นมาของการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ความเป็นไปได้ที่ผู้ปกครองวัยรุ่นจะนำไปใช้อยู่ในระดับมาก ประโยชน์ของรูปแบบต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบทจังหวัดนครพนมอยู่ในระดับมากที่สุด ความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาที่ปรากฏในรูปแบบอยู่ในระดับมาก และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่น จำนวน 33 ครอบครัว มีผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบดังนี้ ด้านความสะดวกในการใช้ ด้านความเหมาะสม ด้านความครบถ้วนของข้อมูล ด้านประสิทธิภาพ/ความรวดเร็ว ความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครพนมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากพัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่นในบริบทจังหวัดนครพนม ผู้วิจัยจึงจะศึกษาเพื่อขยายผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานไปยังพื้นที่อื่นๆของจังหวัดนครพนม โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอศรีสงคราม เนื่องจากมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดนครพนม ทั้งนี้เพื่อศักยภาพของครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น ลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลดปัญหาคุณภาพของประชากรคือ การเกิดน้อยด้อยคุณภาพ ตามลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

รูปแบบและวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประยุกต์กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁹⁾ คัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจและได้รับการชี้แจงสิทธิ และจริยธรรมการวิจัยในคนพร้อมลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน และเพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนครพนม ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 25/63 วันที่ 27 พฤษภาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ปกครอง/ครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น(อายุ 10-19 ปี) ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รวมทั้งสิ้น 11,002 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครอง/ครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น(อายุ10-19 ปี) ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 3 ตำบลๆละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ สาเหตุการตั้งครรภ์ แนวทางการแก้ไข และรูปแบบการแก้ไข
2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครพนม
3. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกปรากฏการณ์และผลที่ได้จากการศึกษา โดยผู้วิจัยจะทำการบันทึกทุกครั้งที่เข้าไปในพื้นที่วิจัยทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้งและการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและทำการวิเคราะห์
4. เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์
5. แบบประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามรูปแบบAPPLE Model โดยให้ผู้ปกครองบิดา/มารดาที่มีบุตรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เป็นผู้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของบุตรวัยรุ่น (เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการขยายผลการใช้โปรแกรมฯ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาและทารก และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามในการสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา ค่า IOC = 1.0 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.76

วิธีการรวบรวมข้อมูล แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการโดยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน ในเขตพื้นที่ที่ทำการวิจัย เพื่อขอข้อมูลนักเรียนอายุ 10-19 ปี

ระยะที่ 2 ระยะประชุมผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ในกลุ่มตัวอย่าง 3 ตำบลเพื่อชี้แจงการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระดับความเสี่ยง (A: Assessment) การประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตั้งครรภ์ 5 ด้าน ได้แก่ การเรียนความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง การคบเพื่อนและความสัมพันธ์กับเพื่อน การแต่งกาย และการวางตัวต่อเพศตรงข้าม

ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหาและความเสี่ยง (P: Problem Lists) ได้มาจากการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในวัยรุ่น 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม การเรียน สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนและพฤติกรรม การคบเพื่อน พฤติกรรมค่านิยมการบริโภคสื่อ และการคบเพศตรงข้ามและวางตัวไม่เหมาะสม แบ่งระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

(1) ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์น้อย หมายถึงวัยรุ่นที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ยังไม่คบเพศตรงข้ามในรูปแบบชู้สาว ตั้งใจเรียน สนใจการเรียน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ แต่งกายเหมาะสม วางตัวต่อเพศตรงข้ามเหมาะสม

(2) ต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึงวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ เริ่มคบเพศตรงข้าม แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน มีนัดกับเพศตรงข้ามเพื่ออยู่ตามลำพัง มีปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง จดจ้อกับโทรศัพท์และสื่อเกินจำเป็น

(3) ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง หมายถึงวัยรุ่นที่มีสัญญาณบ่งบอกว่ามีเพศสัมพันธ์แล้ว ได้แก่ พฤติกรรมหึงหวง จดจ่อหมกมุ่นกับเพศตรงข้าม มีปัญหาการเรียนชัดเจน มีปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่และผู้ปกครอง มีพฤติกรรมและค่านิยมที่ไม่เหมาะสม เช่น สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยาเสพติด การมั่วสุมแหล่งอบายมุข เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนตรงประเด็น (P: Purpose) หลังจากมีการประเมินความเสี่ยงในแต่ละระดับแล้ว ต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและตรงประเด็นตามระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมดังต่อไปนี้

(1) ด้านพฤติกรรมกรรมการเรียน กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและส่งเสริมและพัฒนาความสามารถพิเศษตามความถนัด

(2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

(3) ด้านเพื่อนและพฤติกรรมการคบเพื่อน กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อติดตามพฤติกรรมการคบเพื่อนและกลุ่มเพื่อนและส่งเสริมทักษะชีวิตและค่านิยมที่ดี

(4) ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคสื่อ ค่านิยม กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการใช้สื่อเทคโนโลยีและปฏิสัมพันธ์ในสังคมออนไลน์อย่างสร้างสรรค์

(5) ด้านการวางตัวไม่เหมาะสม กำหนดวัตถุประสงค์ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ สนับสนุนในการแสวงหาความรู้และทักษะการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนและขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดระดับกิจกรรมการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (L: Level of activities) การกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับปัญหาของวัยรุ่นแต่ละคนเป็นสิ่งจำเป็นมาก หากการกำหนดกิจกรรมไม่

สอดคล้องกับสภาพจริง กิจกรรมบางอย่างจะไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น สรุปแนวทางกิจกรรมที่ผู้ปกครองต้องทำเร่งด่วนตามระดับความเสี่ยงทั้ง 3 ระดับ ดังนี้

(1) ระดับความเสี่ยงน้อย กิจกรรมการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ ส่งเสริมทักษะชีวิตและค่านิยมที่ดี การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยการส่งเสริมด้านการเรียน และความสามารถพิเศษตามความถนัด

(2) ระดับเฝ้าระวัง กิจกรรมการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ การให้ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา การสื่อสารเรื่องเพศที่สร้างสรรค์ การติดตามอย่างใกล้ชิดร่วมกับครูและเพื่อน

(3) ระดับความเสี่ยงสูง กิจกรรมการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ติดตามพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดร่วมกับครูและเพื่อน การเข้าถึงบริการสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญที่เป็นไปได้อย่างรวดเร็วทันท่วงที

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (E : Effective Evaluation) พฤติกรรมวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น การประเมินผลต้องกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง และบ่อยกว่านั้นในกลุ่มความเสี่ยงสูง ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยให้ประเมินอย่างน้อยทุก 3 เดือน การประเมินต้องอาศัยความร่วมมือของเพื่อนหรือครูร่วมด้วย และที่สำคัญต้องแจ้งผลประเมินให้วัยรุ่นรับรู้และให้โอกาสในการอธิบาย และสร้างข้อตกลงร่วมกัน จะทำให้เกิดผลดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขยายผลรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน

ระยะที่ 4 ระยะการประเมินผล การขยายผล การใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน และนำเสนอผลการขยายผลการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัย และทีมผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันทำการประมวลผลและสรุปผลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต โดยตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่ผู้ปกครอง บิดา/มารดา เป็นผู้ประเมิน สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความพึงพอใจการส่งเสริมศักยภาพครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครพนม เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน ในด้านความสะดวกในการใช้ ด้านความเหมาะสม ด้านความครบถ้วนของข้อมูล ด้านประสิทธิภาพ/ความรวดเร็ว และความพึงพอใจในภาพรวม โดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

สาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1) ด้านตัววัยรุ่น ได้แก่ ขาดความตระหนัก อิทธิพลจากสื่อออนไลน์ พักอาศัย/ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ สภาพแวดล้อม ความอยากรู้อยากลอง การคบหากับเพื่อน อิทธิพลจากเพื่อน ขาดการป้องกัน(ไม่ใช้ถุงยาง) ความตื้อรั้นไม่เชื่อฟัง คำเตือนของพ่อแม่ มีคนรัก มีความรัก ไม่เปิดใจ อายุ

ไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัย ยกตัวอย่าง Int11 “อยู่หอพักคนเดียวมันเหงา พอดีเป็นหอรวมชายหญิง ทำให้เจอแฟน และได้อยู่ใกล้ชิดกัน เห็นเพื่อนคนอื่นมีแฟน ก็อยากมีกับเขาบ้าง”

2) ด้านครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ตามใจครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่นในครอบครัว พ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลอบรม พ่อแม่เข้มงวดกดดัน พ่อแม่กีดกันไม่ให้คบกัน พ่อแม่ยิ่งห้ามเหมือนยิ่งยุ ผู้ปกครองขาดทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศ ไม่เปิดใจคุยกันเรื่องเพศ ในครอบครัว ยกตัวอย่าง Int8 “พ่อคอยบังคับตลอดเวลา ห้ามนั่นห้ามนี่ ไปไหนก็ไม่ได้ ปรึกษาปัญหาอะไรไม่ได้ ไม่มีเวลาให้เลย ทำงานเลิกมืดค่ำ”

3) ด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่นในครอบครัว ชุมชนไม่มีระบบเฝ้าระวังปัญหา รู้ไม่เท่าทันสื่อต่างๆ รวมถึงสื่อออนไลน์ ความตระหนักในปัญหาของชุมชนยังน้อย บทบาทของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาน้อย สังคมต่างคนต่างอยู่ ขาดความเอื้ออาทร มีสถานที่/แหล่งให้วัยรุ่นพบปะ/มีวู้ม อาย/ไม่เปิดเผย สังคมวัฒนธรรมที่ยังไม่ค่อยเปิดใจ วัยรุ่นถูกมองจากครู/บุคลากรทางการแพทย์ไม่ดีจากการไปขอถุงยางอนามัย หรือฝังยาคุมกำเนิด การเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ยกตัวอย่าง Int1 “เคยไปขอถุงยางอนามัยที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่บอกว่า อยากนอนด้วยกันแต่ไม่มีปัญญาซื้อถุงยางอนามัย หรือบางครั้งก็บอกว่าไม่มีแจก” Int7 “ในชุมชนผมมีเด็กวัยรุ่นเยอะ และมักพากันมาวู้มกัน ส่วนใหญ่พ่อแม่ไปทำงานกรุงเทพฯ ปล่อยให้อยู่กับตายาย เราเป็นคนอื่นก็เลยไม่อยากพูดเตือนอะไรเขา”

4) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ถูกกระทำชำเรา/การข่มขืน การแต่งกาย/แฟชั่นนิยม Int9 “เด็กวัยรุ่นชอบแต่งตัวโป๊ กางเกงขาสั้นๆ เสื้อสายเดี่ยว แต่งหน้าทาปาก ไม่กลัวผู้ชาย” Int23 “ในชุมชนฉันมีเด็กคนหนึ่ง

ถูกข่มขืนแล้วท้อง พ่อแม่ไม่กล้าพาลูกไปทำแท้ง เลยปล่อยให้ท้องจนคลอด จนเด็กต้องหยุดเรียน”

2. ผลการประเมินการขยายผลใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานจังหวัดนครพนม

APPLE Model ถูกพัฒนาเพื่อนำมาประเมินความเสี่ยงในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงร่วมกัน (A: Assessment) การระบุปัญหาและความเสี่ยง (P: Problem Lists) ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนตรงประเด็น (P: Purpose) กำหนดระดับกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (L: Level of activities) และการประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (E : Effective Evaluation) รายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ประเมินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 เพศชายจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 มีความสัมพันธ์กับวัยรุ่นโดยเป็นบิดามารดา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 เป็นผู้ปกครอง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 ช่วงอายุของบิดามารดาและผู้ปกครอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี และช่วงอายุที่น้อยที่สุดอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี

2.2 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานจังหวัดนครพนม พบว่า ด้านความสะดวกในการใช้ ร้อยละ 90 ($\bar{X} = 4.90$, S.D.=.31) ด้านความเหมาะสมร้อยละ 90 ($\bar{X} = 4.90$, S.D.=.31) ด้านความครบถ้วนของข้อมูลร้อยละ 90 ($\bar{X} = 4.90$, S.D.=.31) ด้านประสิทธิภาพ/ความรวดเร็ว ร้อยละ

80 ($\bar{X} = 4.80$, S.D.=.41) ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 90 ($\bar{X} = 4.90$, S.D.=.31)

3. ปัญหา อุปสรรค ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มมารดา และผู้ปกครองที่มีบุตรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เกิดจากบิดามารดา/ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการพูดคุย เอาใจใส่ดูแลบุตร เพราะต้องไปทำงานที่ต่างจังหวัด หรือทำงานหนักจนทำให้เวลาในการพูดคุยกันในครอบครัวลดน้อยลง บางครอบครัวเกิดจากบิดามารดาแยกกัน ปล่อยให้บุตรอยู่ในความดูแลของปู่ย่า ตายาย

การอภิปรายผล

การขยายผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครพนมที่พัฒนา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงร่วมกัน (A: Assessment) การระบุปัญหาและความเสี่ยง (P: Problem Lists) ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนตรงประเด็น (P: Purpose) กำหนดระดับกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (L: Level of activities) และการประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (E : Effective Evaluation) จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ได้แก่ ด้านตัววัยรุ่นเอง ด้านครอบครัว ด้านชุมชนและสังคม และด้านอื่นๆ เนื่องจากสภาพปัญหาที่ผ่านมาในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการร่วมมือจากหลายๆ ภาคส่วนในการดำเนินการแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แต่ยังคงพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังคงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอภาพร เฝ้าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล และสุนีย์ ละกำปັນ⁽¹⁰⁾

พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับสังคม ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร หล่อหลอมความเป็นมนุษย์ สร้างค่านิยม เจตคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว วัยรุ่นต้องการความรักความห่วงใยจากบิดามารดา ส่งผลต่อรูปแบบการเลี้ยงดู สอดคล้องกับมณีรัตน์ เทียมหมอก และเกศินี สราญฤทธิชัย⁽¹¹⁾ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีความเสี่ยงหลายระดับ จากเสี่ยงน้อยถึงเสี่ยงมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีหลายปัจจัยทั้งรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว การคบเพื่อน สื่อเทคโนโลยีการสอนเรื่องเพศในครอบครัวของผู้ปกครองที่มีการสอนค่อนข้างน้อย ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ⁽¹²⁾⁽¹³⁾ การพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับบุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ด้วยการให้ความรู้และพัฒนาทักษะชีวิตวัยรุ่น ระดับครอบครัวได้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองให้มีทักษะในการพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัวกับวัยรุ่นและระดับชุมชน

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน จังหวัดนครพนม พบว่า ด้านความสะดวกในการใช้ ด้านความเหมาะสม ด้านความครบถ้วนของข้อมูล ด้านประสิทธิภาพ/ความรวดเร็ว ความพึงพอใจในภาพรวม ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับสุชาติ รัตธา, เรขา อรัญวงศ์ และรัชณี นิธากร⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลการประเมินรูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในจังหวัดกำแพงเพชร การประเมินรูปแบบมีทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านความถูกต้อง ด้านความสอดคล้อง ด้าน

ความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้และด้านความเป็นประโยชน์ ผลการประเมินทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่ารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครพนมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน มีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากพัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่นในบริบทจังหวัดนครพนม

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเน้นในการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้สะดวก รวดเร็ว สามารถประเมิน และระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายที่ตรงประเด็น จัดกิจกรรมแก้ไข ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม และมีการประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

สถานศึกษาและครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่นสามารถนำรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไปปรับใช้ตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.legal.moph.go.th/>
2. รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต].

- 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th>
3. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://r8way.moph.go.th>
 4. อรทัย ปานเพชร, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. การตั้งครุฑไม้พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2563;2:280-292.
 5. สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว. ชีวิตครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ; 2555.
 6. สถาบันรามจิตติ. โครงการติดตามสภาวะการเด็กและเยาวชนไทย (Child Watch). กรุงเทพฯ: สถาบันรามจิตติ ; 2555.
 7. สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ. มหิดลโมเดล : รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;1:75-90.
 8. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม. แผนและยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมจังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2558. เอกสารอัดสำเนา.
 9. Kemmis, S., & McTaggart, R. Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research. 2nd ed.. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
 10. อากาศร เฝ้าวัฒนา, นฤมล เอี่ยมณีกุล , สุนีย์ ละกำป็น. การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น : แนวคิดและการจัดการหลายระดับ. กรุงเทพฯ : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2560.
 11. มณีรัตน์ เทียมหมอก และเกศินี สราญฤทธิชัย. การพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. 2560; 3:38-46.
 12. สุตาภรณ์ อรุณดี, วุฒิสพร ญัฐจุโรจน์, พรรณทิพย์ กาหยี ,วรวิมล พึ่งพัก. ความต้องการของแม่ไวเยาว์เพื่อการแก้ไขปัญหาและป้องกันการตั้งครุฑไม้พร้อมในวัยรุ่น. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2559;1:46-61.
 13. นภาพร มีบุญ และสุริยะ หาญพิชัย. สาเหตุการตั้งครุฑไม้ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วารสารคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี. 2560;1:71-81.
 14. สุชาติ รัตถา, रेखा อรัญวงศ์ และรัชณี นิชากร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑไม้ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นจังหวัดกำแพงเพชร [สาขาวิชายุทธศาสตร์การบริหารและการพัฒนา, หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ; 2558.

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรก
และมารดาหลังคลอดครั้งหลัง

Postpartum Depression and Adaptation of First Postpartum Mothers
and Second Postpartum Mothers

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล^{1*}, สุภาพักตร์ หาญกล้า¹, อัญชลี อ้วนแก้ว¹,
กิ่งแก้ว สิทธิ², ธรรมวรรณ บูรณสรณ์³
Soiy Anusorntheerakul^{1*}, Suphaphak Harnklar¹, Anchalee Ounkeaw¹,
Kingkaew Sitthi², Thammawan Boornasun³

¹อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus.

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

²Professional nurse, Phangkhon Hospital, Sakon Nakhon Province

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

³Professional nurse, Nonghan Hospital, Udonthani Province

(Received: 14 December 2021 Revised: 22 June 2022 Accepted: 29 June 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและมารดาหลังคลอดครั้งหลัง

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาในมารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง จำนวน 129 คน เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก 58 คน มารดาหลังคลอดครั้งหลัง 71 คน ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2564 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postpartum Depression Scale และแบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดาหลังคลอด แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดเป็นมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสถิติด้วยไค-สแควร์

ผลการศึกษา : มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 3.4 ส่วนมารดาหลังคลอดครั้งหลังพบร้อยละ 12.7 แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนระดับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในภาพรวมทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง ส่วนการปรับตัวด้านการรับรู้การเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต พบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ปรับตัวในระดับสูง การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเองและการปรับตัวด้านความสามารถและความเข้าใจบทบาท ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง การปรับตัวทั้ง 2 กลุ่มในภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปผลการศึกษา : ความชุกภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งหลังมากกว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกถึง 3 เท่า ดังนั้น การดูแลมารดาหลังคลอดครั้งหลังจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดครั้งหลังมากขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, การปรับตัวหลังคลอด, มารดาหลังคลอด

ABSTRACT

Objectives : To study the prevalence of postpartum depression and postpartum adaptation among first postpartum mothers and second postpartum mothers.

Methods : The descriptive research was studied in 129 postpartum mothers during 48-72 hours postpartum. The sample consisted of 58 first postpartum mothers and 71 second postpartum mothers at Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon Province, and Nonghan Hospital, Udonthani Province, between May-November 2021. The research instruments were the Edinburgh Postpartum Depression Scale and the clinical tool for assessing adaptation to motherhood scale. Both questionnaires were a 4-level scale, which postpartum mothers administrated the questionnaires by themselves. The data were analyzed with descriptive statistics and chi-squares test.

Results : the prevalence of postpartum depression was 3.4% in first postpartum mothers, and 12.7% in second postpartum mothers, but no statistically significant difference at the 0.05 level was found. As for the level of adaptation to motherhood in the overall, most of the two groups were at a moderate level. As for the adaptation in the perception of motherhood as a crisis, it was found that most of the two groups adapted at a high level. Emotional adaptation to self-improvement, competence and role understanding adaptation, most of the two groups were at a moderately level. The overall and three aspects of the adaptation were not statistically significant difference at the 0.05 level.

Conclusion : The prevalence of postpartum depression among second postpartum mothers was three times greater than the first postpartum mothers. Therefore, psychological caring of second postpartum mothers, should be more attention.

Keywords: postpartum depression, postpartum adaptation, postpartum mother

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม โดยที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องอารมณ์ ซึ่งมารดา มารดาหลังคลอดจะมีอารมณ์แปรปรวน มารดาจะไวต่อความรู้สึก โกรธง่าย อาการเหล่านี้เป็นภาวะปกติซึ่งอาจยาวนานถึง 6-12 สัปดาห์⁽¹⁻²⁾ ภาวะหลังคลอดจึงเป็นระยะที่มีความต้องการพึ่งพาและเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต ทำให้มารดาเกิดความเครียดมากจากการที่ต้องปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระยะคลอด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดทั้งครั้งแรกและครั้งหลัง กอปรกับในการคลอดครั้งแรกไม่มีประสบการณ์การคลอด ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก ความเหน็ดเหนื่อยจากการเลี้ยงดูทารก และความกังวลที่ต้องปรับบทบาทเพื่อความเป็นมารดาและภรรยาไปพร้อมๆ กัน ส่วนในการคลอดครั้งหลังแม้จะมีประสบการณ์การคลอดมาแล้วแต่มีปัญหาความกังวลกับการดูแลบุตรคนก่อนๆรวมด้วย จึงทำให้มารดาหลังคลอดครั้งหลังเกิดความเครียดด้านจิตใจได้มาก ต้องปรับตัวและเผชิญความเครียดในระยะหลังคลอด จึงเป็นสัญญาณที่สำคัญที่จะบ่งบอกได้ว่ามารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ทุกคน

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของมารดา ทำให้มารดาไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีความบกพร่องในการปฏิบัติตัว การปรับบทบาทและการปรับตัว ไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลทารก ไม่สนใจทารก ปฏิเสธการดูแลทารก ปฏิเสธการให้นมแม่ สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ⁽³⁻⁶⁾ มีโอกาสเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาทั่วไป มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีโอกาสทำร้ายทารก ทารกมีโอกาส

ได้รับนมแม่น้อยลงหรือไม่ได้รับเลย และมีโอกาสเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าทารกทั่วไป เช่นเดียวกัน⁽⁷⁾ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังมีผลกระทบต่อครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อ ทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด และอาจมีทัศนคติหรือความรู้สึกทางลบต่อมารดาหลังคลอดสัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดลง⁽³⁾ เพิ่มภาระแก่ครอบครัวในการดูแล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล และขาดรายได้ของครอบครัว และทำให้สมาชิกครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50⁽⁸⁾ มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มารับบริการตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ จำนวน 85 คน ในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 64.71 และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.463, p<0.01$)⁽⁹⁾ ส่วนการศึกษาในมารดาหลังคลอดครั้งแรก 6 สัปดาห์หลังคลอด ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 120 คน พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 64.17⁽¹⁰⁾ ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ประเมิน เช่นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี ภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 80 คน ในปี 2560 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13.8⁽¹¹⁾ และการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น 12-19 ปี หลังคลอด 4-6 สัปดาห์ จำนวน 67 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 37.3⁽¹²⁾ การศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมา ใช้การประเมินด้วยแบบประเมิน Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)⁽¹³⁾ แต่ไม่ได้ศึกษาถึงการปรับตัวของมารดาหลังคลอด จะเห็นได้ว่า การศึกษาภาวะซึมเศร้า

หลังคลอด ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่มารดาหลังคลอดครั้งแรก ทั้งที่มารดาหลังคลอดทุกคนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน สรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ต้องปรับตัวปรับบทบาทต่อการเป็นมารดาในภาวะ วิกฤตหลังคลอดทุกคน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงให้ ความสำคัญกับมารดาหลังคลอดครั้งหลังด้วย โดย ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของ มารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง ก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดใน โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาล หนองหาน จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากที่ผ่านมา โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งยังไม่เคยประเมินภาวะซึมเศร้า หลังคลอดด้วยแบบประเมินใดๆ การศึกษาครั้งนี้ จึง น่าจะเป็นการเริ่มต้นให้เห็นความสำคัญและความ จำเป็นในการประเมินภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของ มารดาหลังคลอด เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลและเฝ้า ระวังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทาง อารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ เชื่องซึม หมดหวัง โดยใช้แนวคิดในการประเมิน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ Cox, Holden, & Sagovsky¹³ วิทยาลัยสูตินรีแพทย์ของสหรัฐอเมริกาได้ แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมารดาหลัง คลอดทุกคนอย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามี ผลต่อสุขภาพของมารดาและมีผลต่อพัฒนาการของ

ทารก โดยใช้แบบประเมิน EPDS ของ Cox, Holden, & Sagovsky¹³ เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานใน การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁽¹³⁻¹⁴⁾ กรม ออนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแบบประเมินนี้ที่ แปลเป็นภาษาไทยแล้วมาใช้ในการประเมินสุขภาพจิต มารดาหลังคลอด เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการ ยอมรับว่าสั้น กระชับ ใช้งานง่าย ใช้เวลาในการตอบไม่ นาน มีความไวและเฉพาะเจาะจง⁽¹⁵⁾ ส่วนการปรับตัว ต่อการเป็นมารดา หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความ เชื่อในการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา และ พฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อตอบสนอง ความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ใช้ กรอบแนวคิดการปรับตัวหลังคลอดของ Sheehan ตามแบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดา (clinical tool for assessing adaptation to motherhood)⁽¹⁶⁾ ที่ ครอบคลุมการปรับตัว 3 ด้าน คือ 1) การรับรู้ของ มารดาหลังคลอดต่อภาวะวิกฤตของชีวิต ความสามารถ ในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นๆ ระบบการ ช่วยเหลือสนับสนุนและกลไกการปรับตัว 2) ความรู้สึก ต่อการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤตทางจิตสังคม การ ยอมรับตนเองและผู้อื่น และ 3) และความสามารถ เข้าใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งครอบคลุม แนวคิดการปรับตัวต่อการเป็นมารดาทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและพัฒนาการ⁽¹⁶⁾

รูปแบบและวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-section data collection data) ด้วยแบบสอบถามใน มารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลพังโคน จังหวัด สกลนคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน

2564 จำนวน 129 คน เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก 58 คน และมารดาหลังคลอดครั้งหลัง 71 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ มารดาหลังคลอด ทุกกลุ่มอายุ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran⁽¹⁷⁾ โดยมีสัดส่วนของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 13.8⁽¹¹⁾ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดร้อยละ 95 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 129 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลพังโคน จำนวน 68 คน และโรงพยาบาลหนองหาน 61 คน เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก 58 คน มารดาหลังคลอดครั้งหลัง 71 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) คลอดปกติและยินดีเข้าร่วมโครงการ 2) เข้าใจภาษาไทยและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ 3) อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด และ 6) ทารกไม่มีความผิดปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนเกณฑ์การคัดออกเมื่อมารดาขอถอนตัวจากการวิจัยภายหลังการตอบแบบสอบถามแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS นำมาแปลเป็นไทยโดยกมลรัตน์ วัชรารักษ์, จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์ และนิศานต์ สำอางศรี⁽¹⁸⁾ และนำมาแปลกลับให้สมบูรณ์จนไม่มีความแตกต่างระหว่างฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดย Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont⁽¹⁹⁾ เป็นแบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยตนเองประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 0-3 คะแนน พิจารณาจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมกับคนไทย คือ ≥ 11 คะแนน จัดว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^(11,18-19)

3. แบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด (clinical tool for assessing adaptation to motherhood) จำนวน 40 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามการปรับตัวของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์⁽²⁰⁾ ครอบคลุมใน 3 ประเด็นคือ

- ประเด็นที่ 1 การรับรู้ต่อการเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1-10)

- ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤตทางจิตสังคม จำนวน 14 ข้อ (ข้อ 11-24)

- ประเด็นที่ 3 ความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา จำนวน 16 ข้อ (ข้อ 25-40)

แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นระดับมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนมีระดับการวัดคือ ไม่เป็นความจริงเลย เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย เป็นความจริงโดยส่วนมาก เป็นความจริงมากที่สุด

การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนของแบบสอบถามโดยรวมและแต่ละประเด็น ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของ Bloom⁽²¹⁾

คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในระดับสูง

คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 60-79 หมายถึง การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบักของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.77 และแบบประเมินการปรับตัวเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2 test)

การเก็บข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีที่มารดาหลังคลอดมีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หากผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย ให้แนะนำมารดาหลังคลอดปรึกษากับผู้ปกครองก่อน และเก็บข้อมูลในวันถัดไป โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการปรับตัวหลังคลอดด้วยตัวเอง (self-report questionnaire)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 029 2564 เลขที่ SKN REC 2021-008 ลงวันที่รับรอง 26 เมษายน 2564)

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก 58 คน มารดาหลังคลอดครั้งหลัง 71 คน มารดาหลังคลอดครั้งแรกส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.0 และ 27.6 ตามลำดับ ส่วนมารดาหลังคลอดครั้งหลัง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 40.8 รองลงมาอายุระหว่าง 20-24 ปี และ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 และ 15.5 ตามลำดับ

อาชีพมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลังส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้านอยู่กับบ้าน คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 50.7 ตามลำดับ มารดาหลังคลอดครั้งแรก ส่วนใหญ่เรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวส/ปวช คิดเป็นร้อยละ 41.4 ส่วนมารดาหลังคลอดครั้งหลังส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40.8 ทั้งมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 86.2 และ 95.8 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี คิดเป็นร้อยละ 96.6 และ 93.0 ตามลำดับ สถานภาพทางเศรษฐกิจหรือการเงินในครอบครัว ส่วนใหญ่มีเงินเพียงพอใช้จ่ายในครอบครัวในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 89.7 และ 85.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานการฝากครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 72.4 และ 67.6 ตามลำดับ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 75.9 และ 81.7 ตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

มารดาหลังคลอดครั้งแรก 58 คน มีภาวะซึมเศร้า 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ในขณะที่มารดาหลังคลอดครั้งหลัง 71 คน มีภาวะซึมเศร้า 9 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 สัดส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งหลังสูงกว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกถึง 3 เท่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่

พบโดยรวมทั้งหมด 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 การทดสอบสัดส่วนความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง พบว่าไม่มี

ความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	คลอดครั้งแรก		คลอดครั้งหลัง		รวม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มีภาวะซีมเศร้า(<11คะแนน)	56	96.6	62	87.3	118	91.5	
มีภาวะซีมเศร้า(≥11 คะแนน)	2	3.4	9	12.7	11	8.5	0.062

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดโดยรวมทั้ง 3 ด้านพบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกและมารดาหลังคลอดครั้งหลังส่วนใหญ่ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.8 และ 66.2 ตามลำดับ และปรับตัวได้ในระดับต่ำใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และ 9.9 ตามลำดับ การทดสอบสัดส่วนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดโดยรวมทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 2)

การปรับตัวด้านการรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต พบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง มีสัดส่วนครึ่งหนึ่งของมารดาหลังคลอดในแต่ละกลุ่มปรับตัวได้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 50.7 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการปรับตัวได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.7 และ 40.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบสัดส่วนการรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มี

ความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 2)

การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเอง พบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลังส่วนใหญ่ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.1 และ 73.2 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการปรับตัวได้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และ 16.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบสัดส่วนการปรับตัวด้านความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 2)

การปรับตัวด้านสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา พบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 57.7 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการปรับตัวได้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 39.7 และ 31.0 ตามลำดับ การทดสอบสัดส่วนการปรับตัวด้านความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง

การปรับตัวหลังคลอด	คลอดครั้งแรก (n = 58)		คลอดครั้งหลัง (n = 58)		รวม (n = 129)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การปรับตัวต่อการเป็นมารดาในภาพรวม							
ปรับตัวได้ในระดับต่ำ	5	8.6	7	9.9	12	9.3	0.884
ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง	37	63.8	47	66.2	84	65.1	
ปรับตัวได้ในระดับสูง	16	27.6	17	23.9	33	25.6	
การปรับตัวด้านการรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต							
ปรับตัวได้ในระดับต่ำ	6	10.3	6	8.5	12	9.3	0.934
ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง	23	39.7	29	40.8	52	40.3	
ปรับตัวได้ในระดับสูง	29	50.0	36	50.7	65	50.4	
การปรับตัวด้านความรู้สึกรู้สึกต่อการพัฒนาตนเอง							
ปรับตัวได้ในระดับต่ำ	9	15.5	12	16.9	21	16.3	0.976
ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง	43	74.1	52	73.2	95	73.6	
ปรับตัวได้ในระดับสูง	6	10.4	7	9.9	13	10.1	
การปรับตัวด้านความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาท							
ปรับตัวได้ในระดับต่ำ	6	10.3	8	11.3	14	10.9	0.587
ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง	29	50.0	41	57.7	70	54.3	
ปรับตัวได้ในระดับสูง	23	39.7	22	31.0	45	34.9	

อภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งแรกพบร้อยละ 3.4 ซึ่งมีความชุกที่ต่ำมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ 6 สัปดาห์หลังคลอดจำนวน 120 คน โดยใช้เครื่องมือประเมิน EPDS เช่นเดียวกันที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 64.17⁽¹¹⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดครั้งแรก 4 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 85 คน โดยใช้แบบประเมิน EPDS พบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกมีภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 57.65⁽¹⁰⁾ และการศึกษาในมารดาหลังคลอดครั้งแรก 4-8 สัปดาห์หลังคลอดจำนวน 164 คน ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 33.50⁽²²⁾ การศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดครั้งแรกน้อยกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาก่อนข้างมาก ทั้งนี้ เนื่องจากช่วงเวลาในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแตกต่างกัน ซึ่งภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด⁽²³⁾ เกิดขึ้นได้ตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนกระทั่งถึง 1 ปี และจะพบได้บ่อยในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในมารดาคลอดทางช่องคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน และประเมินภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด จึงพบอัตราภาวะซีมเศร้าหลังคลอดค่อนข้างน้อย

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดครั้งหลังหรือที่เคยผ่านการคลอดและมีบุตรแล้วอย่างน้อย 1 คน พบอัตราภาวะซีมเศร้าร้อยละ 12.7 ความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังคลอดครั้งหลัง ยังไม่พบมีการศึกษามาก่อน ซึ่งมีสัดส่วนที่มากกว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกถึง 3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ 20-34 ปี มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 7.8 และมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 6.8⁽²⁴⁾ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มารดาหลังคลอดครั้งหลังเกือบทั้งหมดมีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีมารดาวัยรุ่นเพียงร้อยละ 2.8 (2 คน) ในขณะที่มารดาหลังคลอดครั้งแรกเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ถึงร้อยละ 31.0 (18 คน) จึงพบความชุกของภาวะซีมเศร้าในมารดาหลังคลอดครั้งหลังมากกว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรก อย่างไรก็ตาม การทดสอบสถิติพบว่าสัดส่วนภาวะซีมเศร้าของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลังไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เนื่องจาก มารดาหลังคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง มารดาที่คลอดครั้งแรกและมารดาที่คลอดครั้งหลัง จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลังคลอด ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และจิตใจหลังคลอดทุกคน⁽²⁶⁾ ทำให้สัดส่วนภาวะซีมเศร้าหลังคลอดไม่แตกต่างกัน

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดรวมทั้ง 2 กลุ่ม พบร้อยละ 8.5 ซึ่งพบว่าอัตราที่พบน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา^(10-12,22) ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคลอดปกติทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังคลอด ทารกแรกเกิดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ช่วงเวลาในการประเมินหลังคลอด 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาอยู่ในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนั้น มารดาทั้ง 2 กลุ่มเกือบทั้งหมดมีสภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันกับสามีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ฐานะทางเศรษฐกิจ การเงินมีเพียงพอ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความไม่เพียงพอของรายจ่ายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า⁽²⁵⁾ นอกจากนั้น มารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และมีความตั้งใจในการตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ จึงพบความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้น้อย

การปรับตัวหลังคลอด

มารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลัง ส่วนใหญ่ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในภาพรวมในระดับปานกลาง ระดับการปรับตัวของมารดาทั้ง 2 กลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาหลังคลอดใน 3 วันแรก (48-72 ชั่วโมงหลังคลอด) มารดาอยู่ในระยะ taking in phase ซึ่งเป็นระยะที่ยังต้องการพึ่งพา ยังมีความต้องการความช่วยเหลือเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม และทั้ง 2 กลุ่มการปรับตัวได้ในระดับต่ำมีสัดส่วนน้อยที่สุด เนื่องจากมารดาหลังคลอดเกือบทั้งหมดอยู่ในสถานภาพสมรสคู่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวรักใคร่กันดีเกือบทั้งหมด สถานะทางการเงินดีมีเพียงพอใช้ ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ และมีความพร้อมในการตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ด้วย จึงมีการปรับตัวได้ในระดับปานกลางถึงระดับสูงมากกว่าร้อยละ 90 และในการทดสอบทางสถิติพบว่ามารดาทั้ง 2 กลุ่มมีระดับการปรับตัวไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

เมื่อพิจารณาการปรับตัวของมารดาหลังคลอดในแต่ละด้าน พบว่าการปรับตัวด้านการรับรู้การเป็นมารดาว่าเป็นภาวะวิกฤต การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเอง และการปรับตัวด้านความสามารถ

เข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดานั้น มารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีระดับการปรับตัวไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้ เนื่องจากมารดาทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปใกล้เคียงกันมาก นอกจากนั้น การปรับตัวหลังคลอดของมารดาทั้ง 2 กลุ่มในภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 80 จะมีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง และสูงขึ้นเรื่อยๆเมื่อใกล้เข้าสู่ระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ต้องปรับตัวมากขึ้นต่อการเตรียมตัวเป็นมารดา ประกอบกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เพิ่มมากขึ้นจากครรภ์ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีความอึดอัดเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ กลัวการคลอด จึงต้องการความรักความเอาใจใส่ ต้องปรับตัวในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดและการเป็นมารดา⁽²⁶⁾ แต่หลังการคลอดแล้วมารดาทั้งหมดคลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทารกไม่มี ความผิดปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ความเครียดของมารดาลดลงมารดาจึงปรับตัวได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาหลังคลอดครั้งหลังมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรก แม้ว่าการทดสอบทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างกันก็ตาม จึงควรให้ความสำคัญกับอารมณ์ จิตใจและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดครั้งหลังที่มีบุตรมาแล้ว เนื่องจากมารดาหลังคลอดครั้งหลังมักจะถูกละเลยมากกว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรก
2. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถตรวจพบได้ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ดังนั้น ก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดกลับบ้าน ทุกคนควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในภาพรวม ทั้งมารดาที่

คลอดครั้งแรกและมารดาที่คลอดครั้งหลัง เพื่อคัดกรองมารดาหลังคลอดที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง และติดตามเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อไปเมื่อนัดมาตรวจหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนและมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในมารดาหลังคลอดปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น่าจะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้
2. ควรทำการศึกษาปัญหาเชิงลึกหรือการศึกษาเชิงคุณภาพในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมารดาที่สามารถปรับตัวได้ในระดับต่ำ เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมารดาที่สามารถปรับตัวได้ในระดับต่ำได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของมารดาแต่ละคน
3. ควรศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอดครั้งแรกและครั้งหลังว่ามีปัจจัยทำนายที่เหมือนและแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการปรับตัวของมารดาได้ในระดับต่ำ
4. จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวของมารดาหลังคลอดให้กับมารดาหลังคลอดทุกคนก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดที่มีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระดับต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Marshall JE, Raynor MD. Myles textbook of midwives. 17th ed. Poland: Elsevier; 2020.
2. Giallo R, Saymour M, Dunning M, Cooklin A, Loutzenhise L, McAuslom P. Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *J Reprod Infant Psychol* 2015; 335: 528-44.
3. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam ZI. A Review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonatal Nurs* 2013; 27(1): 52-9.
4. Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health* 2014; 24(6): 975-87.
5. พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, นุชนาต สุนทรลิ่มศิริ, กนกพร จันทราทิตย์, จีราวรรณ ดีเหลือ, จีราภรณ์ นันท์ชัย, พฤกษลดา เขียวคา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร* 2558; 42(3): 37-50.
6. Bergström EB, Wallin L, Thomson G, Flacking R. Postpartum depression in mothers of infants cared for in a neonatal intensive care unit-incidence and associated factors. *J Neonatal Nurs* 2012; 18(4): 143-51.
7. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breast feeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med* 2014; 44(05): 927-36.
8. Freeley N, Bell L, Hayton B, Zekowitz P, Carrier ME. Care for postpartum depression: what do women and their partners prefer? *Perspect Psychiatr Care* 2016; 52(2): 120-30.
9. นลินี สีทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา, บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก. *พยาบาลสาร* 2563; 47(2): 169-79.
10. อักษรานัฐ ภัคดีสมัย, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, ปิยะนุช ชูโต. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรก. *พยาบาลสาร* 2560; 44(3): 19-29.
11. วันชัย กิตติโชติวัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารกรมการแพทย์* 2561; 43(5): 125-30.
12. กิตติศักดิ์ ด้วงเอียด. ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่โรงพยาบาลขอนแก่น. *ว.วิชาการแพทย์เขต* 11 2560; 31(3): 457-64.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782.

14. American College of Obstetrics and Gynecologists [ACOG]. Committee on gynecology opinion No. 630: screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 1268-71.
15. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
16. Sheehan F. Assessing postpartum adjustment: a pilot study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1981; 10(1): 19-23.
17. Cochran WC. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1973.
18. กมลรัตน์ วัชรารัตน์, จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์, นิตานต์ สำอางศรี. การประเมินแบบสอบถาม The Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2546; 11(3): 164-69.
19. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res* 2007; 149: 253-59.
20. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ อนามัยครอบครัว. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.*
21. Bloom BS, Hasting JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
22. กุสุมา แสนบุญมา, ธีัญญมล สุริยนิมิตสุข, กิตติพร ประชาศรัยสรเดช, นวพร มาลาก. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2564; 31(2): 128-39.
23. Blackman JS. Review of diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. clinical handbook of psychological disorders: a step by step treatment manual, 5th edition, and essentials of psychiatric diagnosis: responding to the challenges of DSM-V. *Psychoanalysis psychology* 2016; 33(4): 651-63.
24. Panyayong, B. Postpartum depression among Thai women: a national survey. *J Med Assoc Thai* 2013; 96(7): 761-67.
25. เอกลักษณ์ สรวมศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2564; 18(2): 148-58.
26. Lowdermilk D, Perry S, Cashion K. Maternal and women's health care. 10th ed. USA: Elsevier; 2012.



บทบาทของผู้ปกครองในการประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM
The Roles of Parents in child development assessment
according to the DSPM Manual

สิทธิพงษ์ ปาปะกัง

Sittipong Papakang

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดกลุ่มการพยาบาล หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก-ข้อและเด็ก
จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000

Clinical Nurse Specialist, Pediatric Orthopedic Outpatient Department, Nursing Service Center, Mahasarakham
Province, Postal Code 44000

(Received: 31 May 2022 Revised: 18 July 2022 Accepted: 25 July 2022)

บทคัดย่อ

เด็กคืออนาคตของชาติ การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีได้นั้น การปูพื้นฐานในช่วงแรกของชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญโดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านสมอง การที่เด็กที่มีพัฒนาการที่ดี จะส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และปรับตัวได้ดี มีความยืดหยุ่น สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีกว่าเด็กที่มีพัฒนาการที่ล่าช้า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยจึงเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างรากฐานของชีวิตและจิตใจ เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี มีความสำคัญต่อการพัฒนาสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสมบูรณ์ พัฒนาการที่ผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อโอกาสที่จะมีพัฒนาการก้าวหน้าตามวัย ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ปกครองคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เป็นผู้ช่วยในการดูแลเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตแข็งแรงตามวัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ปกครองจึงมีบทบาทที่สำคัญมากในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในช่วงวัยแรกของชีวิต บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ปกครอง ในการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ซึ่งเป็นคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้ปกครองได้มีความตระหนัก ใส่ใจ และมองเห็นถึงความสำคัญของการประเมินพัฒนาการบุตรหลาน เพื่อให้บุตรหลานมีพัฒนาการที่ดี สมวัยตามเกณฑ์ สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีคุณภาพ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขสืบไป

คำสำคัญ : บทบาทผู้ปกครอง, คู่มือ DSPM

Corresponding Author: *E-mail: nurse_nurse_nurse@hotmail.com



Abstract

Children are the future of the nation. That child can grow up to be good adults. Laying the groundwork in the early stages of life is especially important for brain development. that children with good development This will result in a good learning and adaptation process. flexible able to live in society better than children with delayed development. The development of early childhood is therefore the most important stage in shaping the foundations of life and mind. From birth to 5 years of age, it is essential for the development of a full-fledged adult. Developmental abnormalities affect the loss of opportunity for progressive development with age. make it a burden on family and society Parents are those closest to the child. Parents, therefore, play a very important role in promoting the development of children in the early stages of life. This academic article Its purpose is to show the importance of parents. To assess child development using the DSPM guide. which is a manual to monitor and promote early childhood development So that parents can be aware, care and see the importance of evaluating their child's development.

Keywords : Parent' roles, DSPM guide

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พัฒนาการล่าช้าในเด็ก ถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะต้องได้รับการดูแลและให้การช่วยเหลือ การที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้าพบว่า มีผลกระทบต่างๆมากมายหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านตัวเด็กเอง ที่อาจเสียโอกาสที่จะมีพัฒนาการก้าวหน้าตามศักยภาพ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาระดับชาติ โดยรัฐบาลจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดู และสูญเสียงบประมาณในการช่วยเหลือดูแลต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ปัจจัยของผู้ปกครอง ปัจจัยตัวเด็กเอง ปัจจัยด้านการดูแลขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและป้องกันได้ โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ปกครอง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถควบคุมที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะพ่อแม่ผู้ปกครองคือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด สามารถที่จะประเมินหรือดูแลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย อีกทั้งยังช่วยคัดกรองพัฒนาการเด็กเบื้องต้น ทำให้สามารถให้การดูแลได้ทันเวลาเมื่อพบว่าเด็กสงสัยหรือมีพัฒนาการที่ล่าช้า ซึ่งปัจจุบันนี้ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้แจกหนังสือคู่มือคัดกรองพัฒนาการเบื้องต้น (DSPM) สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อใช้ในการประเมินคัดกรองพัฒนาการของเด็ก โดยได้รับคำแนะนำการใช้คู่มือจากสถานพยาบาลโดยมีเจ้าหน้าที่ช่วยอธิบาย แนะนำการใช้คู่มือเบื้องต้นให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อนำกลับไปใช้ประเมินพัฒนาการของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการที่จะช่วยคัดกรอง ประเมินพัฒนาการของเด็กได้ ในสถานการณ์ปัจจุบันยังพบว่าผู้ปกครองเองยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้คู่มือ DSPM เท่าที่ควร ซึ่งสังเกตจากการที่ผู้ปกครองพาเด็กมารับบริการฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี จากการสอบถามถึงการใช้คู่มือ DSPM ที่เจ้าหน้าที่ได้แจก

ให้เมื่อตอนแรกคลอด พบว่าผู้ปกครองบางรายไม่ได้เปิดอ่านคู่มือ มีบางรายคู่มือหาย บางรายไม่เข้าใจวิธีการใช้คู่มือ เป็นต้น เมื่อเจ้าหน้าที่ประเมินพัฒนาการพบว่าเด็กบางรายมีพัฒนาการที่ล่าช้า ทำให้เด็กเสียโอกาสในการที่จะได้รับการดูแลได้อย่างทันเวลา จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองยังไม่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินพัฒนาการเด็กเท่าที่ควร ดังนั้นการที่ผู้ปกครองมองเห็นถึงความสำคัญตระหนักใส่ใจในการใช้คู่มือ DSPM จะช่วยให้สามารถประเมินพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้นได้ และถือเป็นบทบาทหลักที่สำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และเป็นอนาคตที่ดีของชาติต่อไป

จากการศึกษาสถานการณ์ข้อมูลเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการปฐมวัยเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบว่าเป้าหมายการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 1,515,545 ราย สามารถคัดกรองได้ 1,345,511 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.8 พบพัฒนาการเด็กสมวัยจำนวน 968,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 72 และสงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 377,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 28 ซึ่งในจำนวนที่สงสัยล่าช้าได้มีการส่งต่อไปกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน พบว่ามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 99⁽¹⁾ จากสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยปี พ.ศ. 2561 – 2564 พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นไปตามแนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ณ วันที่ 15 มีนาคม 2564) ดังนั้นการประเมินคัดกรองพัฒนาการในเด็กกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พ่อแม่ผู้ปกครอง จะต้องมีความตระหนักใส่ใจและเข้าใจการประเมินพัฒนาการของเด็ก เพื่อให้บุตรหลานมีพัฒนาการที่สมวัย อันจะส่งผลต่อความเจริญทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีตามมา

บทบาทผู้ปกครองในการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต ได้มีการพัฒนาคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual) เป็นคู่มือที่ใช้เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม โดยปรับแนวคิดใหม่ให้ผู้ปกครองเด็กเป็นผู้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยเป็นคู่มือในการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นสำหรับผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามเกณฑ์ เป็นคู่มืออย่างง่ายที่ผู้ปกครองสามารถใช้ในการประเมินคัดกรองเด็กเมื่ออยู่ที่บ้านได้ เพื่อสังเกตเด็กว่ามีพัฒนาการที่สมวัยหรือไม่ กรณีที่ผู้ปกครองประเมินเด็กไม่ผ่าน จะมีคำอธิบายในการฝึกทักษะในข้อนั้นๆ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถฝึกกระตุ้นเด็กได้ จากการศึกษาพบว่าเด็กที่มารดาไม่ได้รับการสอนด้วยวิธีการใช้คู่มือ DSPM เด็กจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กกลุ่มที่ผู้ปกครองได้รับการสอน 8.6 เท่า⁽²⁾ ดังนั้นการคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็กโดยผู้ปกครอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เมื่อผู้ปกครองได้รับคำแนะนำและคู่มือจากเจ้าหน้าที่แล้ว ให้ผู้ปกครองกลับไปทบทวนอ่านทำความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติกับเด็ก เพื่อความแม่นยำ และเกิดการประเมินที่ความถูกต้องน่าเชื่อถือและเป็น

ประโยชน์ต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของผู้ปกครอง

1.1 การเตรียมตัวของผู้ปกครอง ทำความสะอาดร่างกายให้พร้อมก่อนหยิบจับเด็กและอุปกรณ์การประเมิน และต้องไม่อยู่ในสภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วยหรือไม่สบาย

1.2 การเตรียมเด็ก ในการประเมิน เด็กจะต้องไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยป่วย ไม่หิว ไม่ง่วง หรืออึดเกินไป หรือหงุดหงิด งอแง เนื่องจากจะทำให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการประเมิน ผู้ปกครองอาจพาเด็กเข้าห้องน้ำซบถ่ายให้เรียบร้อยก่อนการประเมิน เพื่อไม่ให้เกิดความต้อเนื่องในการประเมิน

1.3 การเตรียมอุปกรณ์ ผู้ปกครองต้องจัดเตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ให้ครบตามหมวดหมู่ และเรียงตามลำดับการใช้ก่อนหลัง ซึ่งอุปกรณ์บางอย่างสามารถใช้วัสดุทดแทนในพื้นที่ที่มีแทนได้ และควรตรวจสอบทำความสะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังการประเมิน

1.4 การเตรียมสถานที่สำหรับประเมินพัฒนาการเด็ก ควรเป็นห้องหรือมุมที่เป็นสัดส่วน ไม่คับแคบเกินไป อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้เด็กรู้สึกสบาย ไม่หงุดหงิดและให้ความร่วมมือในการประเมิน ไม่มีสิ่งอื่นที่กระตุ้นหรือรบกวนความสนใจของเด็ก เช่น โทรทัศน์ วิทยุ คอมพิวเตอร์ รูปหรือวัตถุที่มีสีสันฉูดฉาด ควรเป็นห้องที่ไม่มีเสียงดังรบกวน หรือมีคนอื่นผ่านไปมา พื้นห้องสะอาด ปลอดภัย ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งของที่ไม่จำเป็นอยู่ในห้อง อุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในห้องต้องมีความปลอดภัย ไม่แหลมคม ไม่มีเหลี่ยมหรือมุมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ควรมีการจัดเบาะ โต๊ะ หรือ เก้าอี้ต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินในแต่ละช่วงวัยให้เหมาะสม

2. ขั้นตอนการเตรียมศึกษารายละเอียดเนื้อหาของคู่มือ

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

อายุ (เดือน)	ข้อที่	ทักษะ	วิธีประเมิน เฝ้าระวัง โดย พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ ครู และผู้ดูแลเด็ก	วิธีฝึกทักษะ โดย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็ก
แรกเกิด - 1 เดือน	1 <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	ท่านอนคว่ำยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้ (GM)	จัดให้เด็กอยู่ในท่านอนคว่ำบนเบาะนอน แขนทั้งสองข้างอยู่หน้าไหล่ สังเกตเด็กยกศีรษะ ผ่าน : เด็กสามารถยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้	จัดให้เด็กอยู่ในท่านอนคว่ำ เข่าของเล่นที่มีเสียงตรงหน้าเด็ก ระยะห่างประมาณ 30 ซม. เมื่อเด็กมองที่ของเล่นแล้วค่อย ๆ เคลื่อนของเล่นมาทางด้านซ้ายหรือขวา เพื่อให้เด็กหันศีรษะมองตาม ถ้าเด็กทำไม่ได้ช่วยประคองศีรษะเด็กให้หันตาม ทำซ้ำอีกครั้งโดยเปลี่ยนให้เคลื่อนของเล่นมาทางด้านตรงข้าม
	2 <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	มองตามถึงกึ่งกลางลำตัว (FM) อุปกรณ์: ลูกบอลผ้าสีแดง	จัดให้เด็กอยู่ในท่านอนหงาย ถือลูกบอลผ้าสีแดงห่างจากหน้าเด็กประมาณ 20 ซม. ขยับลูกบอลผ้าสีแดงเพื่อกระตุ้นให้เด็กสนใจ แล้วเคลื่อนลูกบอลผ้าสีแดงช้า ๆ ไปทางด้านข้างลำตัวเด็กข้างใดข้างหนึ่ง เคลื่อนลูกบอลผ้าสีแดงกลับมาที่จุดกึ่งกลางลำตัวเด็ก ผ่าน : เด็กมองตามลูกบอลผ้าสีแดง จากด้านข้างถึงระยะกึ่งกลางลำตัวได้	1. จัดให้เด็กอยู่ในท่านอนหงาย ก้มหน้าให้อยู่ใกล้ ๆ เด็ก ห่างจากหน้าเด็กประมาณ 20 ซม. 2. เรียกให้เด็กสนใจ โดยเรียกชื่อเด็ก เมื่อเด็กสนใจมองให้เคลื่อนหรือเอียงหน้าไปทางด้านข้างลำตัวเด็กอย่างช้า ๆ เพื่อให้เด็กมองตาม 3. ถ้าเด็กไม่มองให้ช่วยเหลือโดยการประคองหน้าเด็กให้มองตาม 4. ฝึกเพิ่มเติมโดยใช้ของเล่นที่มีสีสันสดใสกระตุ้นให้เด็กสนใจและมองตาม ของเล่นที่ใช้แทนได้ : อุปกรณ์ที่มีสีสันสดใส เช่น ลูกบอล ลูกตุ้ม ลูกบอลประมาณ 10 ซม. เช่น ผ้า/ลูกบอลผ้า พู่ไหมพรม
	3 <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	สะดุ้งหรือเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อได้ยินเสียงพูดระดับปกติ (RL)	1. จัดให้เด็กอยู่ในท่านอนหงาย 2. อยู่ห่างจากเด็กประมาณ 60 ซม. เรียกชื่อเด็กจากด้านข้างที่ละข้างทั้งซ้ายและขวา โดยพูดเสียงดังปกติ ผ่าน : เด็กแสดงการรับรู้ด้วยการกะพริบตา สะดุ้ง หรือเคลื่อนไหวร่างกาย	1. จัดให้เด็กอยู่ในท่านอนหงาย เรียกชื่อหรือพูดคุยกับเด็กจากด้านข้างที่ละข้างทั้งข้างซ้ายและขวาโดยพูดเสียงดังกว่าปกติ 2. หากเด็กสะดุ้งหรือขยับตัวให้อุ้มและสัมผัสตัวเด็ก ลดเสียงพูดคุยลงเรื่อย ๆ จนให้อยู่ในระดับปกติ



ตัวอย่างตารางคู่มือ DSPM (ที่มา:คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย;2562)

2.1 **อายุ** ในเนื้อหาช่องนี้จะแสดงให้เห็นในรายละเอียดของอายุเด็ก แยกอายุเป็นเดือน/ปีโดยให้ผู้ปกครองดูช่วงอายุของเด็กที่จะรับการประเมิน ในตัวอย่างนี้คือช่วงอายุ แรกเกิด – 1 เดือน

2.2 **ข้อที่** ในช่องนี้จะให้ผู้ปกครองทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยม กรณีที่เด็กประเมินผ่านหรือไม่ผ่าน

2.3 **ทักษะ** เด็กจะต้องทำทักษะในข้อนั้นๆได้ ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 5 ด้าน ถ้าเด็กทำได้ให้ทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมในช่องที่ผ่าน กรณีถ้าเด็กทำได้ให้ทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมในช่องที่ไม่ผ่าน

2.4 **วิธีประเมิน/เฝ้าระวัง** คือผู้ปกครองจะต้องทำการประเมินเด็กตามรายละเอียดคู่มือ ถ้าเด็กทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ ให้ผ่าน กรณีที่เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมในข้อนั้นได้ ให้ผู้ปกครองกลับไปฝึกในวิธีฝึกทักษะในช่องต่อไป

2.5 **วิธีฝึกทักษะ** กรณีที่เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมในข้อนั้นได้ ผู้ปกครองต้องฝึกทักษะให้เด็กตามช่องวิธีฝึกทักษะ และประเมินเด็กซ้ำอีก 1 เดือนถัดมา ถ้าเด็กทำได้ ให้เด็กผ่าน แต่ถ้าเด็กทำไม่ได้ให้ทำเครื่องหมายถูกในช่อง ไม่ผ่าน เพื่อเด็กจะได้รับการประเมินต่ออีกครั้งกับเจ้าหน้าที่ต่อไป

ในระหว่างการประเมินเด็ก ถือเป็นช่วงเวลาที่ดีที่พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถพูดคุยหยอกเล่นกับเด็กทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เป็นการ

ส่งเสริมทักษะพัฒนาการ ทักษะ EF ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีสมวัยและเกิดสัมพันธภาพและความอบอุ่นภายในครอบครัว ในบางกิจกรรมของ DSPM ยังช่วยสนับสนุนให้เด็กมีโอกาสเป็นตัวของตัวเอง ทำให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเอง กล้าคิด กล้าแสดงออก และเมื่อได้รับการฝึกทักษะบ่อยๆ เด็กจะเกิดจินตนาการ มีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้เด็กฉลาดและมี IQ ,EQ ที่ดีตามมา

ในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบาย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตเด็ก โดยเน้นการสร้างพ่อแม่คุณภาพ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน การที่ผู้ปกครองสามารถใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินพัฒนาการเด็กก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ทั้งนี้ยังเป็นการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการในกรณีที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้า จากสภาพปัญหาดังกล่าว เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือพัฒนาการไม่สมวัยส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ⁽²⁾ การดูแลเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครองมีส่วนสำคัญอย่างมาก ในการที่จะส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการในเด็ก สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าเด็กปฐมวัยในกลุ่มเด็กเล็ก มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยและมีพัฒนาการล่าช้าโดยพบมากที่สุดคือพัฒนาการด้านภาษา สาเหตุส่วนใหญ่มาจากครอบครัวไม่มี ความรู้และเวลาในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งในช่วงวัยนี้ สมองจะมีพัฒนาการสูงสุด ถ้าเด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์ในระยะยาว⁽³⁾

บทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านวุฒิภาวะ (maturity) ของอวัยวะระบบต่างๆ และตัวบุคคล ทำให้เพิ่มความสามารถของบุคคลให้ทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ทำสิ่งที่ยาก

และซับซ้อนยิ่งขึ้นได้ ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่และความสามารถในการปรับตัวในภาวะใหม่ของบุคคลนั้น เช่น ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ฝึกการแก้ปัญหา การควบคุมตนเองและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นต้น⁽⁴⁾

พัฒนาการของเด็กวัย 0 - 5 ปี ช่วงอายุพัฒนาการของเด็กวัยนี้ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ คือ

1. วัยทารก (Infancy) ตั้งแต่แรกคลอดถึง 12 เดือน เป็นช่วงที่มีพัฒนาการเร็วมากในด้านการเคลื่อนไหว สติปัญญา และสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูทำให้เด็กพัฒนา ความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเมื่อโตขึ้น

2. วัยหัดเดิน (Toddler) อายุตั้งแต่ 1- 3 ขวบ เป็นระยะที่เด็กมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จะเริ่มเดิน วิ่ง และสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจถึงความต้องการของตนเอง เริ่มแยกตัว ออกจากมารดาและผู้อื่นได้ และเริ่มพัฒนาความรู้สึกที่เป็นอิสระ เริ่มควบคุมตนเอง ต้องการจะทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

3. วัยก่อนเรียน (Preschool) อายุตั้งแต่ 3 - 6 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีความพร้อมจะเข้าโรงเรียน เด็กจะสนใจในการทำกิจกรรมและค้นคว้า ต้องการพัฒนาด้านภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่กว้างขึ้น เด็กสามารถควบคุมตนเองและเอาชนะอุปสรรค และต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น⁽⁵⁾

พัฒนาการของเด็ก จะแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development) เป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การนั่ง ยืน เดิน การทรงตัวและการเคลื่อนไหว เป็นต้น และพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการแก้ปัญหา เช่น การใช้มือประสานกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การหยิบจับของ และการขีดเขียน ซึ่ง

มนุษย์เริ่มมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อตั้งแต่อายุในครรภ์มารดาและมีการปรับเปลี่ยนได้ตลอดชีวิต⁽⁶⁾

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive Development) และพัฒนาการด้านภาษา (Language Development) เป็นความสามารถในการเรียนรู้เชิงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ ด้วยกระบวนการ การรับรู้ สังเกต จดจำ วิเคราะห์ คิดเชิงเหตุผล และความสามารถในการแก้ปัญหา การใช้ภาษาในการสื่อความหมายและความเข้าใจเป็นกระบวนการที่สนับสนุน และส่งเสริมให้เด็กเกิดกระบวนการรับรู้และเรียนรู้ของ ความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยการใช้ภาษาในการสื่อความหมายต่าง ๆ การสัมผัสรูปร่างและรูปทรงต่าง ๆ หรือการเรียกชื่อ เป็นต้น⁽⁷⁾

3. พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional Development) เป็นความสามารถในการแสดงความรู้สึก เช่น ความพอใจ ความรัก ความชอบ ความโกรธ และความกลัว เป็นต้น พัฒนาการด้านอารมณ์เป็น ความสามารถในการควบคุมการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงการสร้าง ความรู้สึกนับถือตนเอง (Self-Esteem) การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุน และส่งเสริม ให้เด็กได้แสดงออกที่เหมาะสมกับวัย สามารถรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง สำหรับพัฒนาการในด้านนี้ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กรู้สึกอบอุ่น เป็นที่รัก การได้รับการยอมรับ และความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งส่งผลดีต่อตนเองและเรียนรู้ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นในสังคมได้เมื่อเด็กโตขึ้น ทำให้เด็กสามารถเข้ากับผู้อื่นได้⁽⁷⁾

4. พัฒนาการด้านสังคม (Social Development) และคุณธรรม (Moral Development) เป็นทักษะความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ร่วมกับผู้อื่น ใน

การปรับตัว การทำตามบทบาทหน้าที่ของตน ความร่วมมือกับผู้อื่น ความรับผิดชอบ การเป็นตัวของตัวเอง และการรู้จักกาลเทศะ ซึ่งพัฒนาการด้านสังคม และคุณธรรม ช่วยให้เด็กมีความสามารถในการปรับตัว ใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น และดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม และคุณธรรมได้ โดยการสนับสนุนให้เด็กมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม การได้เล่นอย่างอิสระ การเล่นกับเด็กวัยเดียวกัน ได้รู้จักแบ่งปัน และการรอคอย เป็นต้น เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น อาบน้ำ แต่งตัว ใส่รองเท้าเองได้ บอกเวลาจะขับถ่ายได้ ถอดกางเกง เข้าห้องน้ำเอง และทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้ เด็กเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตัว เพื่อให้สังคมยอมรับ ทำตัวให้เข้ากับกลุ่มได้ รู้จักให้ รับ รู้จักผ่อนปรน รู้จักแบ่งปัน เด็กเรียนรู้จากคำสอน คำอธิบายและการกระทำของพ่อแม่ เด็กรู้สึกละเอียดใจเมื่อทำผิด เด็กเริ่มรู้จักการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เมื่อเห็นแม่เสียใจเด็กอาจเอาตุ๊กตามาปลอบ เป็นต้น⁽⁷⁾

ผู้ปกครอง หมายถึง พ่อแม่หรือบุคคลที่ได้รับเด็กไว้ในความดูแล และทำหน้าที่ในการอุปการะเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนเด็ก ด้วยความรักและเอาใจใส่ตลอดจนให้การศึกษแก่เด็กดูแลความปลอดภัย นอกจากนี้ผู้ปกครองยังต้องทำหน้าที่ดูแลชีวิตพื้นฐานทั่วไปของเด็ก คอยชี้แนะแนวทาง สนับสนุนช่วยเหลือส่งเสริมสิ่งที่ดีให้แก่เด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เจริญสมวัย ผู้ปกครองมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในทุกๆด้าน เพราะช่วงชีวิตทองของเด็กอยู่ในช่วงปฐมวัย วัยนี้เด็กจะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ปกครองมากที่สุด ดังนั้น ผู้ปกครอง จะต้องสร้างให้เด็กเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข มีพัฒนาการที่ดี สมวัย มีทักษะทางสังคมที่ดี ซึ่งเด็กจะเจริญเติบโตได้มากน้อยเพียงใด อยู่ที่บทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นสำคัญ ที่จะคอยอบรมเลี้ยงดูเด็ก

เด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีเป็นวัยที่กำลังเริ่มอยากเรียนรู้ มีความอยากรู้อยากเห็น ต้องการความเป็นอิสระ มีความต้องการอะไรหลากหลายอย่าง ช่างจินตนาการ ช่างสงสัย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญในชีวิต พัฒนาการเด็กเป็นรากฐานของการพัฒนามนุษย์ เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ โดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง เป็นระยะที่เกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด ผู้ใหญ่ควรให้ความสนใจและอธิบายด้วยภาษาง่ายๆ ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านความคิดและการกล้าแสดงออกในวัยต่อไป การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการกลุ่มเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีมีทักษะทางปัญญา ทักษะการเรียนรู้ ทักษะ สังคม และทักษะชีวิต เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ และได้รับการพัฒนาได้เต็มศักยภาพ⁽⁸⁾

ผู้ปกครองสามารถมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาเด็กในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย การที่เด็กได้รับการสัมผัส โอบกอดจากพ่อแม่ จะทำให้เกิดการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กและสนองตอบความตื่นตัวของระบบประสาทของเด็ก นอกจากนี้ พ่อแม่ควรจัดเวลาสถานที่ เพื่อให้ลูกได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกายและเล่นได้อย่างปลอดภัย ลูกจะเรียนรู้ได้มากจากการเล่นได้แสดงออก เลียนแบบท่าทางจากคนที่เล่นด้วย พ่อแม่ควรสังเกตพฤติกรรมพัฒนาการของลูก เพื่อจะได้เข้าใจธรรมชาติและความรู้สึกนึกคิดของลูก และเป็นการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มัดเล็กอีกด้วย

2. ด้านอารมณ์/จิตใจ พ่อแม่ผู้ปกครองควรดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด ด้วยความรักและความเข้าใจ ทำให้ลูกมีจิตใจดีให้โอกาสลูกเรียนรู้ และฝึกทำสิ่งต่างๆในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นมิตร พ่อแม่ต้องรับ

ฟังและพูดคุยโต้ตอบกับลูก จำเป็นต้องให้เวลาและเอาใจใส่ลูกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นคงทางจิตใจ การฝึกให้ลูกเป็นคนมีน้ำใจมีคุณธรรมจะทำให้เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

3. ด้านสังคม เด็กจะซึมซับค่านิยม และวัฒนธรรมที่ดีจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ไม่ว่าจะเป็นมารยาททางสังคม หรือแม้แต่เรื่องราวระเบียบวินัยทางสังคม การรักและชื่นชมธรรมชาติล้วนเป็นเรื่องที่พ่อแม่ ต้องชี้ให้ลูกสนใจและปลูกฝัง ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดี เพราะเด็กจะเลียนแบบจากผู้ที่พบเห็น ซึ่งจะทำให้เด็กรู้จักกาลเทศะ รู้ผิดรู้ชอบและคุ้นเคยกับสิ่งที่ดีงาม เป็นประโยชน์ต่อชีวิต รู้จักกฎกติกาของสังคม เป็นต้น

4. ด้านสติปัญญา พ่อแม่สามารถจูงใจให้ลูก มีความใฝ่รู้ กล้าแสดงความคิดเห็น ฝึกให้ลูกเป็นคนที่รู้จักคิดได้โดยให้ความสนใจ ในสิ่งที่ลูกกำลังทำ ฝึกให้ลูกสังเกตสิ่งต่างๆรอบๆตัว ให้ลูกได้มีโอกาสเรียนรู้จากการลองถูกลองผิดบ้าง ให้ความคิดที่แปลกใหม่ พยายามให้เด็กได้คิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทั้งนี้ ควรอยู่บนพื้นฐานของการใช้เหตุผล ความสามารถ ความคิดสร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ หากเข้าใจ ถึงแนวทางพื้นฐานเบื้องต้น คือ การฝึก การสังเกต ที่สำคัญ เสรีภาพในครอบครัวจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรค์ สามารถประสบความสำเร็จในอนาคตได้ ทั้งนี้พ่อแม่ต้องไม่ปิดกั้นหนทางในการสร้างสรรค์ของลูกน้อย⁽⁸⁾

อย่างที่ทราบกันดีว่าช่วงทองของชีวิตคือช่วงอายุ 0 – 5 ปี ช่วงวัยนี้สมองของคนเราจะมีการพัฒนาเป็นอย่างมาก ซึ่งพบว่าเด็กวัยนี้เริ่มมีการเรียนรู้ต่อสภาพแวดล้อมภายนอก เริ่มมีการอยากรู้อยากเห็น มีการเลียนแบบ และเริ่มสังเกตเห็นพัฒนาการทั้ง5ด้าน ดังนั้นการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงวัยนี้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ที่จะสามารถประเมินว่าเด็กมีพัฒนาการที่สมวัยหรือไม่ หรือถ้าหากพบว่ามีปัญหา

พัฒนาการที่ล่าช้า จะได้รับการรักษาแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือผู้ปกครอง ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีบทบาทที่สำคัญในการที่จะประเมินคัดกรอง ส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยและสามารถเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในสังคม สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และเป็นคนที่มีความคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อไป การเป็นผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครองในสถานะแบบไหนก็ตามที่ล้วนแล้วแต่จะต้องคำนึงถึงประโยชน์ของเด็กเป็นหลักทั้งสิ้น รวมไปถึงบทบาทของผู้ปกครองก็คือจะมุ่งเน้นไปที่ตัวเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเอาใจใส่ขั้นพื้นฐานในเรื่องต่างๆ เช่น ด้านอาหารการกิน ด้านสุขอนามัย ด้านความปลอดภัย การให้ความรัก การให้การศึกษ เพื่อที่เด็กจะสามารถเติบโตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ดังนั้นพ่อแม่เป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมให้กับเด็ก เพื่อที่จะได้มีอนาคตที่ดีและดำเนินอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เพราะพ่อแม่เป็นบุคคลแรกที่เด็กได้รู้จักและเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด พร้อมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการ ขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต และให้ความรักความอบอุ่นกับเด็ก เด็กจะมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพแบบใด ก็ขึ้นอยู่กับ การอบรมเลี้ยงดูจากที่บ้านได้ เพราะเด็กจะต้องเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต และจะเป็นผู้ที่ให้กำเนิดเด็กรุ่น ต่อๆ ไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด⁽⁸⁾ ฉะนั้นครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นหน่วยงานแรกของเด็ก จึงมีความสำคัญเป็น อย่างยิ่งต่อการพัฒนาของเด็กตั้งแต่วัยแรกเกิดและวัยต่อมา เพราะหน้าที่ที่สำคัญที่สุดของครอบครัว คือ การอบรมเลี้ยงดูเพื่อจะส่งเสริมให้เด็กของตนเป็นคนที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจและสติปัญญาซึ่งผลลัพธ์ของการอบรมเลี้ยงดูนี้จะเป็นเสมือนพื้นฐานรองรับบทบาทอื่น ๆ ของเด็กต่อไปในอนาคต

บทสรุป

การที่เด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีได้นั้น การมีพัฒนาการที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าจะเป็นพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ พัฒนาการที่ดีจะถือว่าเป็นกำไรชีวิตให้กับตัวเด็กและผู้ปกครอง ถ้าหากพบว่าเด็กที่เกิดมามีพัฒนาการที่ล่าช้าไม่สมวัย แต่หากได้มีการประเมินคัดกรองเบื้องต้นตั้งแต่ยังเล็กๆ เด็กคนนั้นก็จะมีโอกาสที่จะจะมีพัฒนาการที่ดีสมวัยในอนาคตต่อไปได้ ซึ่งผู้ที่สามารถช่วยเหลือดูแลเด็กได้ดีนั้นก็คือพ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด และควรเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยทองของชีวิต จะเห็นว่าการคัดกรองประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM เป็นเรื่องที่ย่างไม่ซับซ้อน ที่ผู้ปกครองสามารถทำได้ เพียงแต่จะต้องทำความเข้าใจในเนื้อหาและฝึกปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และผู้ปกครองเองต้องให้ความสำคัญตระหนักและใส่ใจในคู่มือ เพื่อช่วยในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ในรายที่พบความผิดปกติล่าช้า ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงทีต่อไป ถือเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับตัวเด็ก ทำให้เด็กที่เกิดมามีพัฒนาการที่ดีสมวัย และเป็นกำลังสำคัญหลักของชาติสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบัติกรมอนามัย. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://nichanamai.moph.go.th/th/general-of-50>.
2. บุชบา อรรถาวิรุ้,และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. รูปแบบการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์อนามัยที่5ราชบุรี.วารสารมนุษยศาสตร์และ

- สังคมศาสตร์วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
2561; 13(3): 229-242
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรื.
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสองพ.ศ.2560- 2564. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรื;2562.
 4. พนิดา ศิริอำพันธ์กุล.ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการเล่นต่อความรู้ การดูแลเด็กของพ่อแม่และพฤติกรรมกำรปรับตัวของเด็กออทิสซึม.วารสารพยาบาลทหารบก. 2562; 20(1): 311-320.
 5. ยุทธนา ศิลปรัสมิ์ และคณะ.การศึกษาพัฒนาการไม่สมวัยของเด็ กปฐมวัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก nstru.ac.th/home
 6. มั่นสมิ์น เจะโนะ,และรอฮานี เจะอาแซ.ผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5ปี.วารสารวิทย์บริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2562; 30(2): 80-88.7.
 7. Siritraekha,T.Child Development. Retrieved. [Internet].2006 [cited 2016 14 August]. Available from: <http://www.happyhomedclinic.com/academy/sp02-development.pdf>. (in Thai);
 8. มยุรา วิริยเวช. บทบาทของผู้ปกครองคนไทยในการส่งเสริมทักษะการฟังและการพูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย:กรณีศึกษา ในโรงเรียนนานาชาติในประเทศไทย.วารสารมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2561; 12(2): 133-147.

ผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Treatment outcome and associated factors of rectal cancer in Roi-Et hospital.

สุชนิตย์ พรหมรัมย์

Sukhanit Promrub

นายแพทย์ชำนาญการ สังกัดกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000

Medical department RoiEt Hospital RoiEt 45000

(Received: 27 May 2022 Revised: 3 August 2022 Accepted: 10 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบและวิธีวิจัย : รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาจากเวชระเบียน ฐานข้อมูลการวางแผนการฉายรังสี (Eclipse Treatment Planning System) และการสอบถามอาการทางโทรศัพท์ เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ตรงตั้งแต่ มกราคม 2554 - ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา : ผลการศึกษาพบว่า Serum CEA มากกว่า 2.5 ng/dL, Post op CMT, Post-op CCRT, Tumor grade, Stage, Resection margin, สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Disease free survival ได้แก่ Serum CEA > 2.5 ng/dL , Pre-op CCRT, Post-op CCRT, Post-op CMT, Surgery, Tumor grade, T stage, Resection margin สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอัตราการรอดชีวิต 2 ปี เป็นร้อยละ 76.0 อัตราการรอดชีวิต 5 ปี เป็นร้อยละ 13.0

สรุปผลการศึกษา : จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่าผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ยอมรับได้ และนอกจากนั้นทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับ overall survival และ disease free survival นำไปสู่การเลือกการรักษาที่ดียิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดต่อไป

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ตรง, ผลการรักษา, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Corresponding Author: *E-mail: nokeiang121@gmail.com



Abstract

Objective : To study treatment outcome and associated factors of rectal cancer in Roi-Et hospital.

Method : This study is analytic study by retrospective data collection. The medical record and pathological report are reviewed in patients who were diagnosed as rectal cancer between Jan 2011 to Dec 2021.

Result : This study shows Serum CEA more than 2.5 ng/dL, Post op CMT, Post-op CCRT, Tumor grade, Stage, Resection margin are associated statistically significant with overall survival. In addition, disease free survival is associated statistically significant with serum CEA more than 2.5 ng/dL, Pre-op CCRT, Post-op CCRT, Post-op CMT, Surgery, Tumor grade, T stage, Resection margin. 2 year survival is 76.0% and 5 years survival is 13.0%.

Conclusion : The treatment outcome of rectal cancer in Roi-Et hospital is in international standard. The associated factors that associate to overall survival and disease free survival should be considered for the treatment choice for better outcome of rectal cancer patients in Roi-Et hospital.

Keyword : Rectal cancer, Treatment outcome, Associated factors, Roi-Et hospital.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในประเทศไทยพบผู้ป่วย Colorectal cancer เป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับ และมะเร็งปอดในเพศชาย และเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งตับ และมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁾

มีการศึกษาก่อนหน้านี้ถึงปัจจัยการพยากรณ์โรคมะเร็งลำไส้ตรงพบว่าปัจจัยที่ทำให้อัตราการรอดชีวิตแบบปลอดโรคน้อยลงมี 2 ปัจจัย ได้แก่ เพศชาย การเหลือมะเร็งที่ผนังลำไส้ตรงภายหลังการรักษา⁽²⁾ และมีการศึกษาถึงการใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับฉายแสงก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงพบว่าอัตราการรอดชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด กับกลุ่มที่ได้หลังการผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการรอดชีวิตโดยรวมในระยะเวลา 5 ปี อยู่ที่ 65.2% อัตราสะสมของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำแบบเฉพาะที่ภายในระยะเวลา 5 ปี ในกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดอยู่ที่ 8.7%⁽³⁾

ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งมะเร็งกับอัตราการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหลังการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อัตราเสียชีวิต 31.4 ต่อ 100 ราย/ปี ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 1.95 ปี อัตรารอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 66.6, 39.3 และ 30.3 ตามลำดับ อัตราการรอดชีพตำแหน่งเกิดโรคมะเร็งด้านซ้ายและด้านขวา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁾

อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมะเร็งลำไส้ตรงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีของมะเร็งลำไส้ตรงในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic study by retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาจากเวชระเบียน ฐานข้อมูลการวางแผนการฉายรังสี (Eclipse Treatment Planning System) และการสอบถามอาการทางโทรศัพท์เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ตรงตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 - 31 ธันวาคม 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ตรง และมีผลยืนยันทางพยาธิวิทยา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น
2. ผู้ป่วยที่สืบค้นประวัติไม่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) แปลงเป็นรหัสบันทึกเพื่อป้อนลงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Locally recurrent, Odd ratio, 95% CI, Hazard ratio

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 59 ราย (ร้อยละ 59.0) และเพศหญิง 41 ราย (ร้อยละ 41.0) อายุ ตั้งแต่ 27-81 ปี เฉลี่ย 60.15 +/- 10.13 ปี ECOG 0 จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 61.0) ECOG 1 จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 39.0), Pretreatment serum CEA 0-118.75 ng/dL เฉลี่ย 8.76 +/- 16.88 ng/dL, distant from AV ตั้งแต่ 1 cm ถึง 20 cm , Pre-op CCRT จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 29.0), Post-op CMT จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 90.0), Post-op RT จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 12.0), การผ่าตัดแบบ LAR จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 66.0), APR จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 29.0), Colostomy จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.0), Hartman procedure จำนวน 1 ราย (ร้อยละ

1.0), ทั้งหมดเป็น Adenocarcinoma, Tumor grade เป็น Well-differentiation จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 42.0), Moderately differentiation จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 54.0), Poorly differentiation จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.0), Signet ring cell carcinoma จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.0), T stage T1จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.0), T2 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 7.0), T3 จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 74.0), T4จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 17.0), N stage N0 จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 35.0), N1 จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 31.0), N2 จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 31.0), N3 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.0), M stage M0 จำนวน 100 ราย, Resected margin NOT free จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 14.0), LVSI present จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 47.0)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	59	59.0
	หญิง	41	41.0
อายุ	27-81 ปี	Mean 60.15+/- 10.13 ปี	
ECOG	0	61	61.0
	1	39	39.0
Pre treat CEA	0-118.75 ng/dL	mean 8.76+/- 16.88 ng/dL	
distant from AV	1-20 cm		
Pre-op CCRT		29	29.0
Post-op CMT		90	90.0
Post-op RT		12	12.0
Post-op CCRT		38	38.0
Surgery	APR	29	29.0
	LAR	66	66.0
	Colostomy	4	4.0
	Hartman	1	1.0
Histological type	Adenocarcinoma	100	100.0
Tumor grade	Well-differentiation	42	42.0
	Moderately differentiation	54	54.0
	Pooly differentiation	3	3.0
	Signet ring cell carcinoma	1	1.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

		จำนวน	ร้อยละ
T stage	T1	2	2.0
	T2	7	7.0
	T3	74	74.0
	T4	17	17.0
N stage	N0	35	35.0
	N1	31	31.0
	N2	31	31.0
	N3	3	3.0
M stage	M0	100	100.0
Resection margin	Not Free	14	14.0
LVSI	Present	47	47.0
Overall survival		Median 1494.50 days	
Disease free survival		Median 920 days	
2 years survival		76.0%	
5 years survival		13.0%	

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Overall survival

ผลการศึกษาพบว่า Serum CEA มากกว่า 2.5 ng/dL สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 2.238 p value 0.049), Post op CMT สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.723 p value 0.021), Post-op CCRT สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR

0.721 p value 0.040), Tumor grade สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.445 p value <0.001), Stage สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.898 p value 0.004), Resected margin สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.995 p value 0.043) นอกจากนั้น เพศ, อายุ

มากกว่า 60 ปี, ECOG, Pre-op CCRT, Surgery, T overall survival
stage, N stage, M stage, Metastasis ไม่สัมพันธ์กับ

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Overall survival

	Hazard Ratio	95% CI	p-value
เพศ	0.510	0.241-1.081	0.079
อายุมากกว่า 60 ปี	1.653	0.794-3.442	0.179
Serum CEA > 2.5 ng/dL	2.238	1.003-4.991	0.049*
ECOG	1.295	0.644-2.603	0.468
Pre-op CCRT	0.931	0.608-1.428	0.744
Post op CMT	0.723	0.059-0.804	0.021*
Post op CCRT	0.721	0.399-0.939	0.040*
Surgery	0.011	0.000-1.496	0.967
Tumor grade	1.445	1.251-2.779	<0.001*
T stage	1.395	0.725-2.684	0.319
N stage	0.770	0.520-1.140	0.770
M stage	0.049	0.000-3.968	0.853
Stage	1.898	1.550-6.546	0.004*
Resection margin	1.995	1.963-2.028	0.043*
Metastasis	6.806	0.033-15.276	<0.001
LVSI	0.866	0.432-1.736	0.686

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Disease Free Survival

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Disease free survival ได้แก่ Serum CEA > 2.5 ng/dL สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 2.222, p value 0.021), Pre-op CCRT สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.723, p value 0.0015), Post-op CCRT สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.975, p value 0.029), Post-op CMT สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.517, p

value <0.001), Surgery สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.959, p value <0.001), Tumor grade สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.345, p value <0.001), T stage สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 2.492, p value 0.003), Resected margin สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.995, p value 0.0032) นอกจากนี้พบว่า เพศ, อายุมากกว่า 60 ปี, ECOG, N stage, M stage, Stage ไม่มีความสัมพันธ์กับ disease free survival

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับ disease free survival

	Hazard Ratio	95% CI	p-value
เพศ	0.612	0.314-1.193	0.149
อายุมากกว่า 60 ปี	1.120	0.594-2.112	0.726
Serum CEA > 2.5 ng/dL	2.222	1.105-4.468	0.021*
ECOG	1.359	0.724-2.552	0.339
Pre-op CCRT	0.723	0.517-0.999	0.015*
Post-op CCRT	0.975	0.301-0.996	0.029*
Post-op CMT	0.517	0.373-0.970	<0.001*
Surgery	0.959	0.000-0.998	<0.001*
Tumor grade	1.345	1.734-2.424	<0.001*
T stage	2.492	1.305-4.760	0.003*
N stage	1.157	0.811-1.651	0.420
M stage	6.343	0.834-48.251	0.065
Stage	1.187	0.282-4.996	0.971

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	Hazard Ratio	95% CI	p-value
Resection margin	1.995	1.967-2.024	0.032*
LVSI	1.000	0.998-1.002	0.964

LVSI ; lymphovascular space invasion , CCRT ; concurrent chemoradiation, T; tumor ,N ;node,M ;metastasis

อภิปรายผลการศึกษา

มะเร็งลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบ Serum CEA มากกว่า 2.5 ng/dL, Post op CMT, Post-op CCRT, Tumor grade, Stage, Resected margin สัมพันธ์กับ overall survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้า^(1,2,5 ,6,7) โดยการศึกษาของ Jose G. Guillem และคณะ พบว่าอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 10 ปีอยู่ที่ 58% และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ overall survival ยังมีการตอบสนองกับเคมีบำบัดมากกว่า 95%, LVSI, และ node metastasis การศึกษาของปรางระวี แสงจันทร์ พบว่า resected margin สัมพันธ์กับ overall survival และนอกจากนั้นยังรายงานอัตราการรอดชีวิตที่ 2 ปีอยู่ที่ 88.5% การศึกษาของ JUAN A. DÍAZ-GONZÁLEZ และคณะในปี พ.ศ. 2548 เรื่องปัจจัยการพยากรณ์โรคมะเร็งลำไส้ตรง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้อัตราการรอดชีวิตแบบปลอดโรคน้อยลงมี 2 ปัจจัย ได้แก่ เพศชาย การเหลือมะเร็งที่ผนังลำไส้ตรงภายหลังการรักษา และพบว่า อัตราการรอดชีวิตแบบปลอดโรคในเวลา 3 ปี ในกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเลยอยู่ที่ 100%, กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง

ข้ออยู่ที่ 81% และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงทั้งสองข้ออยู่ที่ 53% (p<0.001) และผลการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากล

นอกจากนั้นการศึกษานี้พบว่า Serum CEA > 2.5 ng/dL, Pre-op CCRT, Post-op CCRT, Post-op CMT, Surgery, Tumor grade, T stage, Resection margin สัมพันธ์กับ disease free survival อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้า^(2,3,4,5,6,8,9,) โดยการศึกษาของ Jose G. Guillem และคณะ พบว่า อัตราการปลอดโรคในระยะเวลา 10 ปี อยู่ที่ 62% และการศึกษาของปรางระวี แสงจันทร์ รายงานอัตราการปลอดโรคที่ 2 ปี เป็น 49.3% การศึกษาของ Jean-François Bosset⁽³⁾ และคณะในปี พ.ศ. 2549 พบว่า อัตราสะสมของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำแบบเฉพาะที่ภายในระยะเวลา 5 ปี ในกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดอยู่ที่ 8.7% กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดอยู่ที่ 9.6% หรือรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 7.6% และกลุ่มที่ไม่ได้ยาเคมีบำบัดเลยอยู่ที่ 17.1% (p=0.002)⁽³⁾ การศึกษาของ Jean-Pierre Gerard และคณะในปี พ.ศ. 2546⁽⁸⁾ พบว่า มีการตอบสนองดีขึ้นจาก 2% เป็น 24% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004) การติดตามการรักษาที่ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 35 เดือน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ในแง่ของการเสียชีวิตการเป็นมะเร็งซ้ำแบบเฉพาะที่ และอัตราการรอดชีวิตโดยรวมในระยะเวลา 2 ปี ก็ไม่แตกต่างกัน⁽⁸⁾ โดยปัจจัยระดับ serum CEA, Tumor grade, T stage เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของมะเร็งที่ทำให้ disease free survival แย่ลง ส่วนปัจจัย Pre-op CCRT, Post op CCRT, Post op CMT, Surgery เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ disease free survival ดีขึ้น

สรุปการศึกษา

จากผลการศึกษานี้ให้ทราบว่าผลการรักษา มะเร็งลำไส้ตรงที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากลที่ยอมรับได้ และนอกจากนั้นทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับ overall survival และ disease free survival นำไปสู่การเลือกการรักษาที่ดีขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kanokphan Phansranoi, Supot Kamsa-ard, Nut Boonnithi, Nintita Sripalboonkij Thokanit, Naowarat Maneenin. 'ไส้ตรงหลังการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดนครราชสีมา. Srinagarind Med J. 2021 Apr 7;36(2):222–8.
2. Juan A. Díaz-González, Felipe A. Calvo, Javier Cortés, José L. García-Sabrido, Marina Gómez-Espí, Emilio Del Valle, et al. Prognostic factors for disease-free survival in patients with T3-4 or N+ rectal cancer treated with preoperative chemoradiation therapy, surgery, and intraoperative irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006 Mar 15;64(4):1122–8.
3. Jean-François Bosset, Laurence Collette, Gilles Calais, Laurent Mineur, Philippe Maingon, Ljiljana Radosevic-Jelic, et al. hemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. N Engl J Med. 2006 Sep 14;355(11):1114–23.
4. รัชนก สิทธิโชติวงศ์. ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ระยะลุกลาม หรือกลับเป็นซ้ำที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2009;24(1):139–49
5. Jose G. Guillem, David B. Chessin, Alfred M. Cohen, Jinru Shia, Madhu Mazumdar, Warren Enker, et al. Long-term oncologic outcome following preoperative combined modality therapy and total mesorectal excision of locally advanced rectal cancer. Ann Surg. 2005 May;241(5):829–36; discussion 836-838.
6. van Zoggel DMGI, Bosman SJ, Kusters M, Nieuwenhuijzen G a. P, Cnossen JS, Creemers GJ, et al. Preliminary results of a cohort study of induction chemotherapy-based treatment for locally recurrent rectal cancer. Br J Surg. 2018 Mar;105(4):447–52.
7. ภาณุวัฒน์ ชันธสะอาด. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2015;12(2):101–11.
8. Gerard J-P, Chapet O, Nemoz C, Hartweig J, Romestaing P, Coquard R, et al. Improved sphincter preservation in low rectal cancer with high-dose preoperative radiotherapy: the lyon R96-02 randomized trial. J Clin



Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2004 Jun
15;22(12):2404–9.

9. Prangrawee Sangchan. Outcomes of preoperative
radiotherapy in rectal cancer: a single

institute experience. J Thai Assoc Radiat
Oncol. 2021 Jun 18;27(1):R67–80.

**ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทาง
การแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง มหาสารคาม**

**Prevalence and factors related to stress and anxiety to COVID-19
in OPD service's patients Muang district Mahasarakham**

อาคม ทิวทอง

Akome Tewthong

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
Medical Physician Social medicine department Mahasarakham hospital, Mahasarakham, 44000

(Received: 15 June 2022 Revised: 2 August 2022 Accepted: 9 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์

วิธีการศึกษา : ศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) ในผู้ที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลจำนวน 21 แห่ง เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่วิจัย ได้แก่ ผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร และผู้ที่มีโรคประจำตัวด้านสุขภาพจิต

ผลการศึกษา : ผู้เข้าร่วมการศึกษา 404 ราย พบความชุกของผู้ที่มีระดับความเครียดมากและระดับความเครียดมากที่สุด 6.19% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดได้แก่ สถานภาพสมรส และสมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด ความชุกของความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ในระดับมาก 11.63% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ได้แก่ อาชีพที่ต้องพบกับคนจำนวนมาก และความเพียงพอของรายได้

สรุปผลการศึกษา : ความชุกของความเครียดในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าช่วงต้นของการแพร่ระบาด แต่ความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรเฝ้าระวังโดยเฉพาะในประชากรที่ได้รับผลกระทบและประชากรกลุ่มเสี่ยงตามปัจจัยที่ศึกษาพบเพื่อจะช่วยให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วขึ้น

คำสำคัญ : โควิด-19, ความเครียด, ความวิตกกังวลต่อไวรัสโควิด-19, ปัจจัยเสี่ยง

Corresponding Author: Mynameakome@CPIRD.in.th



Abstract

Objectives : The purpose of this research is to study prevalence of stress and COVID-19 related anxiety and its related factors in patients who come to receive medical service at medical centers.

Methods : Cross-sectional study of those who come to receive medical services at the outpatient department in 21 medical centers. Inclusion criteria are age above 18 years and voluntarily participating in research. Exclusion criteria are people with communication disabilities and people with pre-existing mental health problems

Result : Prevalence of stress is 6.19% and the prevalence of COVID 19-related anxiety is 11.63% of 404 research participants. Factors related to stress are marital status and Family members have been infected with COVID-19. Factors related to COVID-19 related anxiety are occupation style and income adequacy.

Conclusion : At present, the prevalence of stress is lower compared to the first period of the outbreak, but concerns about the COVID-19 virus are moderate. The affected population and population at risk, according to factors found should be monitored.

Keywords : COVID-19, Stress, COVID 19-related anxiety, Risk factors

ความเป็นมา

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 หรือ COVID-19 ในระดับ Pandemic⁽¹⁾ ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ในระยะเวลาประมาณ 2 ปีของการแพร่ระบาด มีจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกแล้วประมาณ 281 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.4 ล้านคน⁽²⁾ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อแล้วประมาณ 2.2 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมประมาณ 2 หมื่นคน⁽³⁾

นอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้ว การแพร่ระบาดของ COVID-19 ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วยความชุกของผู้ที่มีสภาวะทางด้านสุขภาพจิตในช่วงของการแพร่ระบาดอยู่ในระดับที่สูงกว่าช่วงเวลาก่อนที่จะมีการแพร่ระบาด⁽⁴⁾ และผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ส่งผลในวงกว้างทั้งในผู้ติดเชื้อ COVID-19 บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษา และประชากรทั่วไป⁽⁵⁻⁸⁾

ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เช่น องค์ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19⁽⁹⁾ การปรับตัวของประชากรต่อการแพร่ระบาด⁽¹⁰⁾ การติดเชื้อไวรัส COVID-19 สายพันธุ์ใหม่ และในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศถึงการค้นพบเชื้อ COVID-19 สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron)⁽¹¹⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผลกระทบด้านสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อเชื้อไวรัส COVID-19 ในช่วงเวลานี้ เพื่อทราบถึงสถานการณ์ผลกระทบทางด้านจิตใจ และวางแผนในการดูแลประชากรในเขตพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อหาความชุกของความเครียดและความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19

รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลจากทุกสถานพยาบาลในสถานพยาบาลจำนวน 21 แห่ง ประกอบไปด้วยศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง (เครือข่ายโรงพยาบาล) 4 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา ได้แก่ ผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่กำหนดและมีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและ ผู้ที่มีโรคประจำตัวด้านสุขภาพจิต

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2565 โดยใช้แบบสอบถามซึ่งให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาคอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประเมินระดับความเครียดโดยใช้แบบสอบถามด้านความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ประเมินระดับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 โดยใช้แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณมีจำนวน 381 คน ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาล 21 แห่ง แห่งละ 18 คนเป็นอย่างต่ำ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยสถิติเชิงพรรณนาจะใช้หลักสถิติ ค่าต่ำสุด – สูงสุด , ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับความเครียดและความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 โดยใช้หลักสถิติ Chi-square และ Multinomial Logistic regression โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์จะแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มความเครียดระดับน้อยถึงปานกลาง และกลุ่มระดับความเครียดมากถึงมากที่สุด และจัดแบ่งระดับความวิตกกังวลต่อโควิด-19 ออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มความวิตกกังวลต่อโควิด-19 ระดับต่ำถึงปานกลาง และกลุ่มความวิตกกังวลต่อโควิด-19 ระดับสูง โดยการแบ่งระดับอ้างอิงจากคำนิยามของผู้ประสพภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต⁽¹²⁾

ปัจจัยที่นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยด้านโรคประจำตัวของ

ตนเองได้แก่ ผู้ที่มีโรคในกลุ่มโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวมีภาวะเสี่ยงได้แก่สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวตั้งข้างต้นหรือเป็นผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 404 ราย อายุเฉลี่ย 43.44 (± 16.46) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.77%) อยู่ในกลุ่มอายุ 41 ถึง 60 ปี (43.32%) สถานภาพสมรส (54.46%) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (32.43%) ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา (n=404)

	จำนวนคน	(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	110	27.23
หญิง	294	72.77
กลุ่มอายุ		
อายุน้อยกว่า 40 ปี	163	40.35
อายุ 41 ถึง 60 ปี	175	43.32
อายุมากกว่า 60 ปี	66	16.34

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	จำนวนคน	(ร้อยละ)
สถานภาพสมรส		
โสด	146	36.14
สมรส	220	54.46
หย่าร้าง	12	2.97
หม้าย	26	6.44
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	1.73
ประถมศึกษา	106	26.24
มัธยมศึกษา	131	32.43
อนุปริญญา	33	8.17
ปริญญาตรี	116	28.71
สูงกว่าปริญญาตรี	11	2.72
ลักษณะอาชีพ		
พบกับคนจำนวนมาก	212	52.48
ไม่ได้พบกับคนจำนวนมาก	192	47.52
การลดลงของรายได้		
ลดลง	311	76.98
ไม่ลดลง	93	23.02
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	107	26.49
ไม่เพียงพอ	297	73.51
โรคประจำตัวของตนเอง		
อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	83	20.54
ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	321	79.46
สมาชิกในครอบครัว		
อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	209	51.73
ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	195	48.27

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	จำนวนคน	(ร้อยละ)
ตนเองเคยติดโควิด-19		
เคย	4	0.99
ไม่เคย	400	99.01
สมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด-19		
เคย	9	2.23
ไม่เคย	395	97.77
เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดเคยติดโควิด-19		
เคย	32	7.92
ไม่เคย	372	92.08
ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด		
ได้รับอย่างน้อย 2 เข็ม	393	97.28
ได้รับน้อยกว่า 2 เข็ม	11	2.72
การติดตามข่าวสารโควิด-19		
ติดตาม	397	98.27
ไม่ได้ติดตาม	7	1.73
การปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อ		
ปฏิบัติตัวยังไม่ดี	6	1.49
ปฏิบัติตัวระดับปานกลาง	82	20.30
ปฏิบัติตัวดี	316	78.22

คะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอยู่ที่ 3.5 ระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับความเครียดน้อย (60.64%) ผู้ที่มีระดับความเครียดมากและระดับความเครียดมากที่สุดรวมกันแล้วมีจำนวน 25 ราย (6.19%) ข้อมูลระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย (n=404)

	จำนวนคน (ร้อยละ)
ระดับความเครียด	
ระดับความเครียดน้อย	245 (60.64)
ระดับความเครียดปานกลาง	134 (33.17)
ระดับความเครียดมาก	19 (4.70)
ระดับความเครียดมากที่สุด	6 (1.49)

คะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอยู่ที่ 8.9 ระดับความวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับความวิตกกังวลปานกลาง (74.75%) ผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลสูงมีจำนวน 47 ราย (11.63%) ข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ของผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ของผู้เข้าร่วมการวิจัย (n=404)

	จำนวนคน (ร้อยละ)
ระดับความวิตกกังวล	
ระดับความวิตกกังวลต่ำ	55 (13.61)
ระดับความวิตกกังวลปานกลาง	302 (74.75)
ระดับความวิตกกังวลสูง	47 (11.63)

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p = 0.01$) ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสแล้ว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$, 95%CI 0.681-11.034) และสมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด-19 ($p = 0.044$, 95%CI 0.908-23.513) ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับความเครียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความเครียด (n=404)

ปัจจัย	ระดับความเครียดน้อยถึง	ระดับความเครียดมากถึง	p-value
	ปานกลาง (n = 379)	มากที่สุด (n = 25)	
เพศ			0.708
ชาย	104 (27.44)	6 (24)	
หญิง	275 (72.56)	19 (76)	
กลุ่มอายุ			0.055 ^a
อายุน้อยกว่า 40 ปี	149 (39.31)	14 (56)	
อายุ 41 ถึง 60 ปี	165 (43.54)	10 (40)	
อายุมากกว่า 60 ปี	65 (17.15)	1 (4)	
สถานภาพสมรส			0.01 ^a *
โสด	133 (35.09)	13 (52)	
สมรส	213 (56.20)	7 (28)	
หย่าร้าง	12 (3.17)	0 (0)	
หม้าย	21 (5.54)	5 (20)	
ระดับการศึกษา			0.838 ^a
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6 (1.58)	1 (4)	
ประถมศึกษา	101 (26.65)	5 (20)	
มัธยมศึกษา	124 (32.72)	7 (28)	
อนุปริญญา	31 (8.18)	2 (8)	
ปริญญาตรี	106 (27.97)	10 (40)	
สูงกว่าปริญญาตรี	11 (2.90)	0 (0)	
ลักษณะอาชีพ			0.644
พบกับคนจำนวนมาก	200 (52.77)	12 (48)	
ไม่ได้พบกับคนจำนวนมาก	179 (47.23)	13 (52)	
การลดลงของรายได้			0.389
ลดลง	290 (76.52)	21 (84)	
ไม่ลดลง	89 (23.48)	4 (16)	
ความเพียงพอของรายได้			0.090
เพียงพอ	104 (27.44)	3 (12)	
ไม่เพียงพอ	275 (72.56)	22 (88)	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเครียดน้อยถึง		ระดับความเครียดมากถึง	p-value
	ปานกลาง (n = 379)	มากที่สุด (n = 25)		
โรคประจำตัวของตนเอง				0.562
อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	79 (20.84)	4 (16)		
ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	300 (79.16)	21 (84)		
สมาชิกในครอบครัว				0.424
อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	198 (52.24)	11 (44)		
ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	181 (47.76)	14 (56)		
ตนเองเคยติดโควิด-19				0.606
เคย	4 (1.06)	0 (0)		
ไม่เคย	375 (98.94)	25 (100)		
สมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด-19				0.044*
เคย	7 (1.85)	2 (8)		
ไม่เคย	372 (98.15)	23 (92)		
เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดเคยติดโควิด-19				0.436
เคย	29 (7.65)	3 (12)		
ไม่เคย	350 (92.35)	22 (88)		
ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด				0.685
ได้รับอย่างน้อย 2 เข็ม	369 (97.36)	24 (96)		
ได้รับน้อยกว่า 2 เข็ม	10 (2.64)	1 (4)		
การติดตามข่าวสารโควิด-19				0.493
ติดตาม	372 (98.15)	25 (100)		
ไม่ได้ติดตาม	7 (1.85)	0 (0)		
การปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อ				0.499 ^a
ปฏิบัติตัวยังไม่ดี	6 (1.58)	0 (0)		
ปฏิบัติตัวระดับปานกลาง	74 (19.53)	8 (32)		
ปฏิบัติตัวดี	299 (78.89)	17 (68)		

* p-value < 0.05

^a ใช้สถิติ Multinomial Logistic regression analysis

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลักษณะอาชีพ ($p = 0.004$, 95%CI 1.343-5.150) และความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.009$, 95%CI 0.115-0.774) ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 (n=404)

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวลต่ำถึง	ระดับความวิตกกังวลสูง	p-value
	ปานกลาง (n = 357)	(n = 47)	
เพศ			0.531
ชาย	99 (27.73)	11 (23.40)	
หญิง	258 (72.27)	36 (76.60)	
กลุ่มอายุ			0.352 ^a
อายุน้อยกว่า 40 ปี	136 (38.09)	27 (57.45)	
อายุ 41 ถึง 60 ปี	159 (44.54)	16 (34.04)	
อายุมากกว่า 60 ปี	62 (17.37)	4 (8.51)	
สถานภาพสมรส			0.942 ^a
โสด 146	124 (34.73)	22 (46.81)	
สมรส 220	199 (55.74)	21 (44.68)	
หย่าร้าง 12	11 (3.08)	1 (2.13)	
หม้าย 26	23 (6.44)	3 (6.38)	
ระดับการศึกษา			0.501 ^a
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6 (1.68)	1 (2.13)	
ประถมศึกษา	99 (27.73)	7 (14.89)	
มัธยมศึกษา	115 (32.21)	16 (34.04)	
อนุปริญญา	30 (8.40)	3 (6.38)	
ปริญญาตรี	96 (26.89)	20 (42.55)	
สูงกว่าปริญญาตรี	11 (3.09)	0 (0)	
ลักษณะอาชีพ			0.004*
พบกับคนจำนวนมาก	178 (49.86)	34 (72.34)	
ไม่ได้พบกับคนจำนวนมาก	179 (50.14)	13 (27.66)	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล		p-value
	ปานกลาง (n = 357)	ต่ำถึง สูง (n = 47)	
การลดลงของรายได้			0.076
ลดลง	270 (75.63)	41 (87.23)	
ไม่ลดลง	87 (24.37)	6 (12.77)	
ความเพียงพอของรายได้			0.009*
เพียงพอ	102 (28.57)	5 (10.64)	
ไม่เพียงพอ	255 (71.43)	42 (89.36)	
โรคประจำตัวของตนเอง			0.801
อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	74 (20.73)	9 (19.15)	
ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	283 (79.27)	38 (80.85)	
สมาชิกในครอบครัว			0.683
อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	186 (52.10)	23 (48.94)	
ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	171 (47.90)	24 (51.06)	
ตนเองเคยติดโควิด-19			0.402
เคย	3 (0.84)	1 (2.13)	
ไม่เคย	354 (99.16)	46 (97.87)	
สมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด-19			0.961
เคย	8 (2.24)	1 (2.13)	
ไม่เคย	349 (97.76)	46 (97.87)	
เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดเคยติดโควิด-19			0.191
เคย	26 (7.28)	6 (12.77)	
ไม่เคย	331 (92.72)	41 (87.23)	
ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด			0.790
ได้รับอย่างน้อย 2 เข็ม	347 (97.20)	46 (97.87)	
ได้รับน้อยกว่า 2 เข็ม	10 (2.80)	1 (2.13)	
การติดตามข่าวสารโควิด-19			0.333
ติดตาม	350 (98.04)	47 (100)	
ไม่ได้ติดตาม	7 (1.96)	0 (0)	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวลต่ำถึง	ระดับความวิตกกังวลสูง	p-value
	ปานกลาง (n = 357)	(n = 47)	
การปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อ			0.543 ^a
ปฏิบัติตัวยังไม่ดี	6 (1.68)	0 (0)	
ปฏิบัติตัวระดับปานกลาง	70 (19.61)	12 (25.53)	
ปฏิบัติตัวดี	281 (78.71)	35 (74.47)	

* p-value < 0.05

^a ใช้สถิติ Multinomial Logistic regression analysis

อภิปราย

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงต้นปี 2565 พบความชุกของความเครียดในระดับมากและระดับมากที่สุดรวมเป็น 6.19% ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในช่วงแรกของการแพร่ระบาด เช่น การศึกษาของ Maxime Marvaldi และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบความชุกของภาวะ acute stress อยู่ที่ 56.5% และการศึกษาของ Yuvaraj Krishnamoorthy และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบความชุกของภาวะ stress อยู่ที่ 34% จะพบว่าความชุกจากการศึกษานี้มีอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า

ความชุกที่ลดลงอาจอธิบายได้จากการที่มีองค์ความรู้ด้าน COVID-19⁽⁹⁾ ทั้งแนวทางการป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาที่มากขึ้นกว่าระยะแรกของการแพร่ระบาด และอาจอธิบายได้จากการฟื้นตัวของผู้ที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิต โดย Matthias Pierce และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาแนวโน้มด้านสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยศึกษาภาวะ Psychological distress เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 12% อยู่ในกลุ่มแนวโน้มฟื้นตัว (recovery group) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตแยกลงในช่วงแรกของการแพร่ระบาดและ

กลับมาสู่สภาวะสุขภาพจิตในระดับก่อนการระบาดได้ ดังนั้นการฟื้นตัวจึงน่าจะอธิบายการลดลงของความชุกที่พบได้

ระดับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 จากการศึกษาฉบับนี้พบว่าส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (74.75%) ความชุกของผู้ที่มีความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ในระดับสูงมีจำนวน 11.63% ซึ่งอาจเป็นจากช่วงเวลาที่ทำเนิกรการเก็บข้อมูลนั้นได้เริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 สายพันธุ์โอไมครอนในประเทศไทยแล้ว โดยจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวันเพิ่มสูงขึ้นจาก 3,011 รายต่อวันในช่วงที่เริ่มต้นเก็บข้อมูลขึ้นมาเป็น 14,822 รายต่อวันในวันสิ้นสุดการเก็บข้อมูล⁽³⁾ และข้อมูลในขณะนั้นที่พบว่า COVID-19 สายพันธุ์นี้มีความสามารถในการแพร่ระบาดได้มากกว่าสายพันธุ์อื่น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในประชากรที่ศึกษานี้ได้

การศึกษานี้พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดได้แก่ สถานภาพสมรส (สมรสแล้ว) และสมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ได้แก่ อาชีพที่ต้องพบกับคนจำนวนมาก และความไม่เพียงพอ

ของรายได้ ซึ่งผลการศึกษาที่พบนั้นสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับก่อนหน้านี้

ในช่วงของการแพร่ระบาดนั้น มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านรวมถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตซึ่งอาจส่งผลให้เกิดผลกระทบกับครอบครัว (ปัจจัยด้านสภาพสมรส(สมรสแล้ว)) ได้ โดยมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ การสูญเสียด้านอาชีพ การเว้นระยะห่างทางสังคม ความโศกเศร้าและการสูญเสียจากการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน⁽¹³⁾ บางการศึกษาได้กล่าวถึงภาวะ Relationship stress (ในด้านความคิดเห็นไม่ตรงกัน และในด้านความไม่เป็นอิสระ) ที่พบว่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาของการ Lockdown เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้านั้น⁽¹⁴⁾ และการศึกษาในครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อายุต่ำกว่า 18 ปีก็พบว่ามีความเครียดที่เป็นสาเหตุของความเครียดได้ เช่น การกลัวที่บุคคลในครอบครัวจะป่วยหนักหรือเสียชีวิตจากโควิด-19 หรือการที่ถ้าตนเองติดแล้วจะกระจายเชื้อสู่ผู้อื่น⁽¹⁵⁾ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อในครอบครัวจากสมาชิกในครอบครัวนั้นพบว่าคู่สมรสของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโควิด-19 นั้นมีโอกาสที่จะพบการติดเชื้อโควิด-19 ตามมาได้ 33%⁽¹⁶⁾

ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด-19 สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่นการศึกษาของ Le Shi และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนเคยติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะ Acute stress การศึกษาของ Jiang Hj และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มีเพื่อนหรือครอบครัวติด COVID-19 มักจะมีอาการของ Post-traumatic stress อยู่ในระดับปานกลางหรือ รุนแรง และการศึกษาของ Yuta Tanoue และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อน

ร่วมงานติด COVID-19 จะมีภาวะ Psychological stress มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านลักษณะอาชีพที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 นั้น อาจอธิบายได้จากงานที่ต้องพบกับคนจำนวนมากทำให้มีโอกาสที่จะสัมผัสกับเชื้อและมีโอกาสที่จะติดเชื้อ COVID-19 มากขึ้น ซึ่งเชื้อ COVID-19 นั้นสามารถติดต่อกันได้ถึงแม้ว่าจะเกิดจากผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือผู้ที่ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่เกิดอาการก็ตาม⁽²⁰⁾

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ilana Haliwa และคณะ⁽²¹⁾ ซึ่งศึกษาพบว่าความกังวลทางด้านการเงิน (Financial concern) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดในช่วงการระบาดของ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะพบความชุกของความเครียดในระดับต่ำกว่าช่วงเวลาที่ผ่านมาและผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับความเครียดน้อย แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบสามในสี่มีความวิตกกังวลต่อ COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการประเมินและติดตามสถานการณ์ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตเป็นระยะๆ จึงมีความสำคัญในการตรวจเจอแต่เนิ่นและการให้การดูแลรักษาและช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นการส่งเสริมในระดับตัวบุคคลให้มีแนวทางในการรับมือกับสถานการณ์⁽²²⁾ และการพัฒนาพลังสุขภาพจิตหรือ Resilience Quotient⁽²³⁾ จะมีส่วนช่วยลดผลกระทบด้านสภาวะสุขภาพจิตลงได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการได้แก่ การศึกษาดำเนินการในประชากรเฉพาะกลุ่มซึ่งไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั่วไปได้ การเก็บข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามด้วยตนเองอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเข้าใจข้อคำถามบริบทของประชากรและบริบทของสถานการณ์ใน

ปัจจุบันรวมถึงเครื่องมือการประเมินที่ใช้ในการศึกษานี้ อาจแตกต่างจากการศึกษาอื่น ดังนั้นจึงควรระมัดระวัง เมื่อนำผลการศึกษาไปเปรียบเทียบกับโดยตรงกับการศึกษาอื่น

สรุปผลการศึกษา

ในประชากรที่ศึกษาในช่วงเวลาปัจจุบัน (ต้นปี พ.ศ. 2565) พบความชุกของความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าช่วงเวลาก่อนหน้านี้ แต่ความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยเฉพาะในผู้ที่ได้รับผลกระทบในระดับมาก รวมถึงผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการศึกษา (สถานภาพสมรสแล้ว สมาชิกในครอบครัวเคยติดโควิด อาชีพที่ต้องพบกับคนจำนวนมาก และความเพียงพอของรายได้)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51 [Internet]. [Cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [Cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) สถานการณ์ในประเทศไทย [Internet]. [Cited 2021 Dec 30]. Available from: ddc.moph.go.th/viralpneumonia/
4. Mark Shevlin, Orla McBride, Jamie Murphy, Jilly Gibson Miller, Todd K. Hartman, Liat Levita, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19 related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. 2020. 6(6):e125.
5. Maxime Marvaldi, Jasmina Mallet, Caroline Dubertret, Marie Rose Moro, S'elime Benjamin Guessoum. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 126(2021):252–64.
6. Yuvaraj Krishnamoorthy, Ramya Nagarajan, Ganesh Kumar Saya, Vikas Menon. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systemic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 293(2020):113382.
7. Jiaqi Xiong, Orly Lipsitz, Flora Nasri, Leanna M.W. Lui, Hartej Gill, Lee Phan, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in general population: A systemic review. *Journal of Affective Disorders*. 277(2020):55–64.
8. Tianchen Wu, Xiaoqian Jia, Huifeng Shi, Jieqiong Niu, Xiaohan Yin, Jialei Xie, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 281(2021):91–8.
9. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Internet]. [Cited 2022 Jan 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>

10. Matthias Pierce, Sally Mcmanus, Holly Hope, Matthew Hotopf, Tamsin Ford, Stephani L Hatch, et al. Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:610–9.
11. World Health Organization. Update on Omicron [Internet]. [Cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron>
12. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานที่มช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Internet]. [Cited 2565 Jul 21]. Available from: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/>
13. Paula R. Pietromonaco, Nickola C. Overall. Implications of social isolation, separation, and loss during the COVID-19 pandemic for couples’s relationship. *Current opinion in Psychology* 2022. 43:189–94.
14. Janneke M. Schokkenbroek, Wim Hardyns, Sarah Anrijs, Koen Ponnet. Partners in Lockdown: Relationship Stress in Men and Women During the COVID-19 Pandemic. *Couple and Family Psychology Research and Practice*. 2021;10(3):149–57.
15. Anne C Gadermann, Kimberly C Thomson, Chris G Richardson, Monique Gagne, Corey McAuliffe, Saima Hirani, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ open* 2021. 11:e042871.
16. Nathaniel M Lewis, Victoria T Chu, Dongni Ye, Erin E Conners, Radhika Gharpure, Rebecca L Laws, et al. Household Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 in The United States. *Clinical Infectious Disease*. 2021 Oct 1;73(7):e1805–13.
17. Le Shi, Zheng-An Lu, Jian-yu Que, Xiao-Lin Huang, Lin Liu, Mao-Sheng Ran, et al. Prevalence of and Risk Factors Associates with Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. 2020. 3(7):e2014053.
18. Hong-juan Jiang, Jiang nan, Zhi-yue Lv, Juan Yang. Psychological impacts of the COVID-19 epidemic on Chinese people: Exposure, post-traumatic stress symptom, and emotional regulation. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2020;13(6):252–9.
19. Yuta Tanoue, Shuhei Nomura, Daisuke Yoneoka, Takayuki Kawashima, Akifumi Eguchi, Shoi Shi, et al. Mental health of family, friends, and co-workers of COVID-19 patients in Japan. *Psychiatry Research*. 291(2020):113067.
20. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? [Internet]. [Cited 2565 Jan 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and->



- answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted
21. Ilana Haliwa, Jenna Wilson, Jerin Lee, Natalie J. Shook. Predictors of Change in Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 291:331–7.
 22. Craig Polizzi, Steven Jay Lynn, Andrew Perry. Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. 2020. 17(2):59–62.
 23. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: resilience Quotient [Internet]. [Cited 2565 Mar 20]. Available from: <https://dmh.go.th/covid19/download/>